

BỘ Y TẾ
CỤC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS VIỆT NAM

BỘ CHỈ SỐ THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ
CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG
HIV/AIDS QUỐC GIA

Hà Nội, 20/01/2007

LỜI NÓI ĐẦU

Đảng và Chính phủ Việt Nam đã tỏ rõ sự cam kết phòng, chống HIV/AIDS thông qua việc mở rộng các hoạt động can thiệp và xây dựng Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020. Việc ban hành bản Chiến lược quốc gia cũng như việc thành lập Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, là cơ quan điều phối các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên toàn quốc đã thể hiện rõ cam kết của Chính phủ trong việc tuân theo nguyên tắc “Ba Thống nhất” do Liên Hiệp Quốc khởi xướng vào tháng 4 năm 2004. Một trong những nguyên tắc của “Ba thống nhất” chính là xây dựng thống nhất một hệ thống theo dõi và đánh giá quốc gia.

Năm 2006, Bộ Y tế phối hợp với các chuyên gia từ các Bộ, Vụ/Cục cũng như các chuyên gia quốc tế xây dựng Bộ chỉ số theo dõi đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Bộ chỉ số này bao gồm các chỉ số chính giành cho các nhà quản lý chương trình quốc gia và tuyến tỉnh, cũng như các nhà lập kế hoạch sử dụng để theo dõi, đánh giá, lập kế hoạch và cải thiện chương trình.

Theo thời gian, Bộ chỉ số này sẽ tiếp tục được xem xét, chỉnh sửa lại cho phù hợp với nhu cầu lập chính sách và khả năng thu thập số liệu trên thực tế, cũng như Chiến lược quốc gia được ban hành cho giai đoạn tiếp theo. Vì vậy, Bộ chỉ số theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia sẽ luôn là công cụ hữu ích hỗ trợ cho việc ra quyết định dựa vào bằng chứng nhằm làm cho những đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở Việt Nam ngày càng hiệu quả.

Nhân dịp này, thay mặt Bộ Y tế, tôi xin trân trọng cảm ơn sự tham gia nhiệt tình và phối hợp chặt chẽ của các Bộ, ngành, đoàn thể, các tổ chức Liên hợp quốc, các tổ chức trong nước, quốc tế và các chuyên gia trong và ngoài nước đã tham gia tích cực vào việc xây dựng Bộ chỉ số này nói riêng, cũng như trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam nói chung.

Hà Nội, ngày tháng năm 2006
THỨ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

PGS. TS. Trịnh Quân Huân

LỜI CẢM ƠN

Bộ Y tế xin cảm ơn tới tất cả các cơ quan chính phủ, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức quốc tế đã hỗ trợ và giúp đỡ Bộ Y tế xây dựng Bộ chỉ số theo dõi đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia, bao gồm:

1. Bộ Công an
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo
3. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
4. Tổng cục Thống kê
5. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
6. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh
7. Viện Pasteur Nha Trang
8. Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên
9. Viện Da liễu Quốc gia
10. Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương
11. Viện Các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới Quốc gia
12. Bệnh viện Phụ sản Trung ương
13. Trường Đại học Y Hà Nội
14. Chương trình Phối hợp của Liên hiệp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS)
15. Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ
16. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)
17. Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF)
18. Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC)
19. Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế (FHI)
20. USAID

Và các tổ chức khác.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	1
LỜI CẢM ƠN.....	2
DANH MỤC NHỮNG TỪ VIẾT TẮT.....	3
GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	6
CĂN CỨ VÀ MỤC ĐÍCH XÂY DỰNG BỘ CHỈ SỐ.....	7

CHƯƠNG 1

TỔ CHỨC VÀ CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ CỦA CÁC ĐƠN VỊ THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA TẠI VIỆT NAM.....

1. Tổ chức hệ thống theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS.....	10
2. Chức năng, nhiệm vụ của các cấp trong hệ thống theo dõi, đánh giá.....	13

CHƯƠNG 2

NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

1. Thu thập, quản lý và sử dụng số liệu theo dõi, đánh giá.....	16
1.1. Thu thập số liệu báo cáo, giám sát và đánh giá	17
1.2. Phân tích số liệu (thực hiện bởi các cơ quan thu thập số liệu).....	20
1.3. Thu thập số liệu vào cơ sở dữ liệu HIV/AIDS tại tỉnh và trên toàn quốc.....	21
1.4. Kiểm tra chéo (triangulation) số liệu từ các nguồn khác nhau	22
1.5. Rút ra bài học, khiếm khuyết và xác định ưu tiên	23
1.6. Xây dựng báo cáo theo dõi đánh giá tổng hợp	24
1.7. Sử dụng chiến lược thông tin trong cải tiến chương trình và xây dựng chính sách. 24	
2. Lưu trữ số liệu.....	26

CHƯƠNG 3

BỘ CHỈ SỐ THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

I. Nhóm 1: Nâng cao năng lực, nguồn lực, theo dõi và đánh giá.....	31
1. Lãnh đạo và công tác điều phối.....	31
2. Nguồn lực tài chính.....	32
3. Nguồn lực nhân lực.....	34

4.	<i>Theo dõi và đánh giá</i>	34
5.	<i>Tình hình dịch HIV hiện thời tại Việt Nam</i>	36
II	Nhóm 2: Dự phòng	37
1.	<i>Chương trình truyền thông thay đổi hành vi (BCC)</i>	37
2.	<i>Chương trình can thiệp giảm tác hại</i>	41
3.	<i>Chương trình phòng ngừa các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI)</i> . 43	
4.	<i>Chương trình an toàn truyền máu</i>	44
5.	<i>Chương trình tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)</i>	45
III.	Nhóm 3: Chăm sóc, điều trị và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.....	47
1.	<i>Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)</i>	47
2.	<i>Chăm sóc và điều trị</i>	49
IV.	Danh mục các chỉ số	54
	PHỤ LỤC.....	66
	Phụ lục 1: Mô tả chi tiết các chỉ số	66
	Phụ lục 2: Danh mục các chỉ số theo tần xuất báo cáo	165
	Phụ lục 3: Kế hoạch triển khai.....	168
	Tài liệu tham khảo	171

DANH MỤC NHỮNG TỪ VIẾT TẮT

AIDS

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do HIV gây ra - Acquired Immune

	Deficiency Syndrome
ARV	Kháng vi rút - Anti Retrovirus/Antiretroviral
ART	Điều trị kháng vi rút - Antiretroviral therapy
BCC	Truyền thông thay đổi hành vi - Behavioral Change Communication
BSS	Giám sát hành vi - Behavioral Surveillance Survey
CDC	Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ - Centers for Disease Control and Prevention (USA)
DFID	Bộ Phát triển Quốc tế - Vương quốc Anh - Department for International Development (UK)
DHS	Điều tra Dân cư và Sức khỏe - Demographic and Health Survey
FHI	Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế - Family Health International (USA)
GFATM	Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, lao và sốt rét - Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria
HIS	Hệ thống thông tin HIV/AIDS - HIV/AIDS information system
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người - Human Immunodeficiency Virus
IBBS	Giám sát Lồng ghép Huyết thanh và Hành vi - Integrated Biological and Behavioral Surveillance
MDG	Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ - Millennium Development Goals
TD- ĐG	Theo dõi và đánh giá
BYT	Bộ Y tế - Ministry of Health
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
PEPFAR	Chương trình khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ cho phòng chống AIDS - The President's Emergency Plan for AIDS Relief
NCH	Người nhiễm HIV
LTMC	Lây truyền mẹ con
STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục - Sexually Transmitted Diseases
STI	Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục - Sexually Transmitted Infections
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên hiệp quốc về HIV/AIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNGASS	Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hiệp Quốc về HIV/AIDS - United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
WB	Ngân hàng Thế giới - World Bank
WHO	Tổ chức Y tế T hế giới - World Health Organization

GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

1. **Chỉ số** là những thông tin định tính và định lượng cho 1 nhóm mục đích, mục tiêu và chỉ tiêu. Chỉ số là công cụ của hệ thống theo dõi và đánh giá nhằm đo lường việc triển khai chương trình hoặc tác động theo thời gian.

2. **Đánh giá** là quá trình kiểm tra một cách hệ thống và khách quan việc thiết kế, triển khai và kết quả của các dự án, chương trình hoặc chính sách đang triển khai hoặc đã hoàn thiện một dự án, chương trình hoặc chính sách nào đó nhằm xác định giá trị hoặc ưu điểm hoặc khuyết điểm của chúng, bao gồm ba giai đoạn chính: đánh giá tiến trình, đánh giá kết quả và đánh giá tác động.

3. **Độ bao phủ** là quy mô tiếp cận về nhóm đối tượng hoặc khu vực địa lý theo dự kiến trong mục tiêu của chương trình hoặc dự án.

4. **Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS** là việc thu thập thông tin định kỳ và hệ thống về các chỉ số dịch tễ học HIV/AIDS của các nhóm đối tượng có nguy cơ khác nhau để biết được chiều hướng và kết quả theo thời gian nhằm cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, dự phòng, khống chế và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

5. **Giám sát trọng điểm HIV/AIDS** là việc thu thập thông tin thông qua xét nghiệm HIV theo định kỳ và hệ thống trong các nhóm đối tượng được lựa chọn để theo dõi tỷ lệ và chiều hướng nhiễm HIV qua các năm nhằm cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, dự phòng, khống chế và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

6. **Nhóm tuyên truyền đồng đẳng** là những người tự nguyện tập hợp thành một nhóm để thực hiện công tác tuyên truyền, vận động và giúp đỡ những người có cùng cảnh ngộ.

7. **Kiểm tra chéo** là việc áp dụng các cách phân tích và sử dụng số liệu từ các nguồn khác nhau, được thu thập bằng các phương pháp khác nhau về cùng một đối tượng để sử dụng các kết quả được kiểm chứng và những hạn chế (hoặc sai số) của phương pháp hay nguồn số liệu này bổ sung bằng điểm mạnh của phương pháp hay nguồn số liệu khác, do đó làm tăng tính giá trị và độ tin cậy của kết quả.

8. **Nâng cao năng lực** là quá trình cung cấp thông tin, nguồn lực cho một nhóm đối tượng nhằm cung cấp thông tin mới hoặc khắc phục thiếu sót, khiếm khuyết hiện có.

9. **Theo dõi** là quá trình giám sát định kỳ các thành tố chính của 1 chương trình hoặc dự án và đầu ra mong đợi, bao gồm cả thông tin từ sổ sách và điều tra tại cộng đồng hoặc trong nhóm khách hàng.

10. **Tỷ lệ hiện mắc** là tỷ lệ phần trăm tổng số các trường hợp bệnh trong 1 thời điểm trong 1 quần thể xác định trong tổng số dân số của quần thể đó trong thời điểm đó.

11. **Tỷ lệ mới mắc** là tỷ lệ phần trăm số trường hợp mới mắc trong quần thể trong 1 khoảng thời gian trong tổng số dân số của quần thể có nguy cơ

CĂN CỨ VÀ MỤC ĐÍCH XÂY DỰNG BỘ CHỈ SỐ THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

Trong những năm qua, được sự quan tâm của Đảng Cộng sản Việt Nam, Quốc hội, Chính phủ và sự nỗ lực của các cấp, các ngành, các đoàn thể, các địa phương, các hoạt động can thiệp dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS đã được mở rộng và triển khai mạnh mẽ; nhiều chính sách, chương trình hành động và hướng dẫn quốc gia cũng đã được ban hành nhằm hỗ trợ việc thực hiện các chương trình can thiệp đó. Nhằm giúp định hướng cho công tác lập kế hoạch và triển khai các hoạt động và dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS cấp quốc gia và tỉnh, thành phố, việc thu thập đầy đủ bằng chứng từ nhiều nguồn khác nhau để biết được những hoạt động nào tốt, hoạt động nào chưa tốt và làm thế nào để phân bổ các nguồn lực một cách hiệu quả nhất là hết sức cần thiết.

Bên cạnh đó, Chính phủ Việt Nam đã cam kết thực hiện nguyên tắc “Ba Thống nhất” do Liên Hiệp Quốc khởi xướng vào tháng 4 năm 2004, đó là:

- Thống nhất một khung hành động phòng chống HIV/AIDS, tạo cơ sở cho công tác điều phối các hoạt động của tất cả các đối tác;
- Thống nhất một cơ quan điều phối phòng chống AIDS cấp quốc gia với phương châm hoạt động liên ngành;
- Thống nhất một hệ thống theo dõi và đánh giá cấp quốc gia.

Để thực hiện cam kết này, “Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010, tầm nhìn 2020” đã được xây dựng và được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt vào tháng 3 năm 2004. Nội dung của Chiến lược được xây dựng dựa trên các tuyên bố chung của Liên Hiệp Quốc, đặc biệt là Tuyên ngôn Cam kết Phòng chống HIV/AIDS năm 2001 tại Phiên họp Đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hiệp Quốc về HIV/AIDS (UNGASS), Mục tiêu Phát triển Thiên Niên kỷ (MDGs) và Tiếp cận phổ cập (Universal Access).

Trong đó, Bộ Y tế được giao là cơ quan thường trực, chịu trách nhiệm hướng dẫn triển khai Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS, phối kết hợp với các bộ ngành và chỉ đạo các hoạt động can thiệp dự phòng, các hoạt động về điều trị HIV/AIDS ở tất cả các cấp trong ngành y tế. Nhằm hỗ trợ cho việc triển khai Chiến lược Quốc gia, 8 chương trình hành động, trong đó có Chương trình Hành động số 4 – Giám sát, Theo dõi và Đánh giá các Chương trình phòng chống HIV/AIDS - đã và đang được xây dựng. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) được thành lập theo

Quyết định số 432/QĐ-TTg ngày 20/5/2005 của Thủ tướng Chính phủ có chức năng giúp Bộ trưởng Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước và tổ chức thực hiện các hoạt động về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS trong phạm vi cả nước. Cục phòng, chống HIV/AIDS đã soạn thảo Chương trình hành động về Theo dõi, Giám sát và Đánh giá các Chương trình phòng chống HIV/AIDS; trong đó, Bộ chỉ số theo dõi đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia là một thành tố quan trọng của chương trình hành động. Để thực hiện nhiệm vụ này, Cục phòng, chống HIV/AIDS đã thành lập Nhóm kỹ thuật xây dựng Bộ chỉ số quốc gia cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

Từ tháng 4 năm 2006, Cục phòng, chống HIV/AIDS (VAAC) đã phối hợp với các cơ quan trong nước như Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, Viện Da liễu Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Bệnh viện Nhi Trung Ương, Viện Các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới Quốc gia. Mục đích của việc xây dựng Bộ chỉ số này là:

- Tạo cơ sở nền tảng cho hoạt động theo dõi đánh giá dịch HIV tại Việt Nam;
- Cung cấp những số liệu bằng chứng giúp cho việc hoạch định chính sách phòng chống HIV hiệu quả;
- Thúc đẩy việc sử dụng hiệu quả chương trình theo dõi và đánh giá để cải thiện hệ thống báo cáo tại tất cả các cấp;
- Bảo đảm minh bạch trong việc sử dụng nguồn lực;
- Sử dụng số liệu thu thập được để theo dõi tiến trình thực hiện dựa trên những mục tiêu mà UNGASS và Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ đề ra.
- Hướng dẫn việc thu thập các thông tin chiến lược từ nhiều nguồn khác nhau;
- Xác định những thông tin thiếu hụt hiện thời và cách thức thu thập những thông tin thiếu hụt đó;
- Đưa ra hướng dẫn quản lý số liệu hiệu quả.

Bộ chỉ số được xây dựng dựa trên 8 chương trình hành động được xác định trong Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS và được nhóm lại thành 3 nhóm chính là:

- Nâng cao năng lực, nguồn lực, theo dõi và đánh giá;
- Dự phòng; và
- Chăm sóc và điều trị

Để xây dựng 03 nhóm chỉ số trên, Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam đã thành lập nhóm kỹ thuật để soạn thảo bộ câu hỏi chính sách chính, giúp cho các cấp lãnh đạo của Chính phủ đánh giá

được tiến trình thực thi nhằm đạt được các mục đích nêu trên. Sau khi đã thống nhất được các câu hỏi chính, các nhóm xây dựng danh mục và mô tả những chỉ số quốc gia chính cần có để trả lời những câu hỏi đó.

Nhóm làm việc toàn thể đã nhóm họp thường xuyên để thông báo và xem xét tiến độ thực thi công việc của các nhóm kỹ thuật. Vào tháng 11 năm 2006, hội thảo đồng thuận đã được tổ chức với sự tham gia rộng rãi của các cơ quan quốc gia và quốc tế và thông qua Bộ chỉ số. Bộ chỉ số này sẽ được áp dụng từ năm 2007.

Bộ chỉ số Quốc gia này sẽ cung cấp các thông tin về hệ thống Theo dõi Đánh giá tại Việt Nam cũng như các phương pháp thu thập và quản lý số liệu. Các thông tin mô tả chi tiết từng chỉ số được trình bày trong phần phụ lục của cuốn Bộ chỉ số này.

CHƯƠNG 1

TỔ CHỨC VÀ CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ CỦA CÁC ĐƠN VỊ THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA TẠI VIỆT NAM

I. TỔ CHỨC HỆ THỐNG THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

Hệ thống Theo dõi và Đánh giá (TD-ĐG) là một thành tố rất quan trọng trong mô hình “Ba Thống nhất” và là căn cứ để thúc đẩy các hoạt động phòng chống HIV/AIDS triển khai mạnh mẽ, toàn diện và hiệu quả. Hệ thống TD-ĐG được xây dựng với mục tiêu là đưa ra những hỗ trợ thích hợp và kịp thời trong việc triển khai các can thiệp phòng chống HIV/AIDS cấp quốc gia, khu vực và tỉnh, thành phố một cách hiệu quả.

Kể từ khi Chiến lược Quốc gia được thông qua vào tháng 3 năm 2004, Bộ Y tế đã nỗ lực xây dựng hệ thống TD-ĐG tại Việt Nam, thông qua việc kết hợp hài hoà giữa các chương trình TD-ĐG hiện thời vào trong một hệ thống TD-ĐG Quốc gia duy nhất. Hệ thống TD-ĐG Quốc gia được xây dựng bao gồm 4 cấp dựa trên nền tảng hệ thống tổ chức phòng, chống HIV/AIDS 4 cấp hiện có tại Việt Nam, bao gồm:

1. **Cấp quốc gia:** Đơn vị TD-ĐG quốc gia được đặt tại Bộ Y tế (Phòng Giám sát HIV/AIDS/STI - Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam).

2. **Cấp khu vực:** Bốn đơn vị TD-ĐG khu vực được đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực, bao gồm:

a) Đơn vị TD-ĐG khu vực miền Bắc đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực miền Bắc (Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 29 tỉnh, thành phố khu vực phía Bắc.

b) Đơn vị TD-ĐG khu vực miền Trung đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực miền Trung (Viện Pasteur Nha Trang) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 11 tỉnh, thành phố khu vực miền Trung.

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

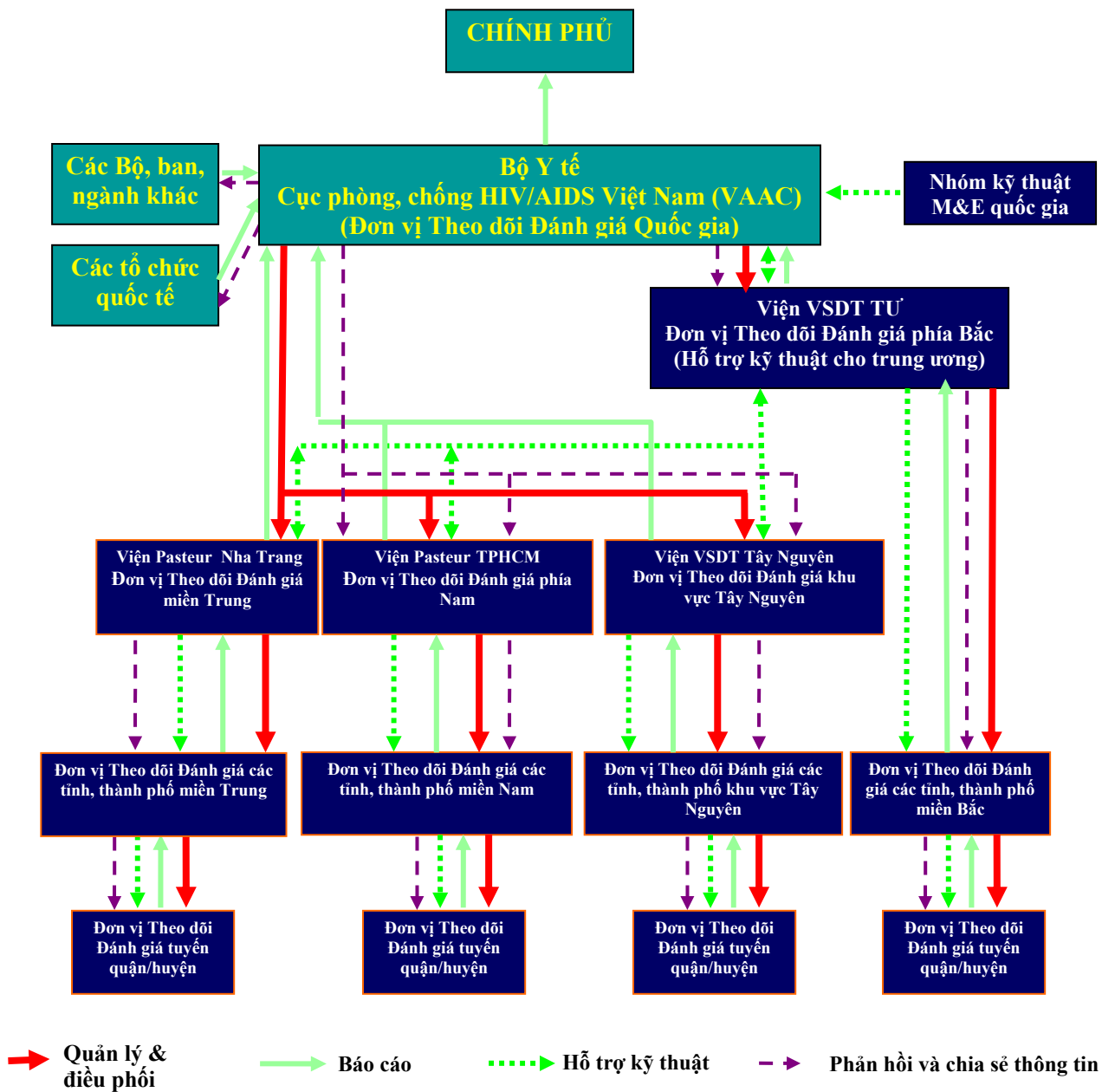
d) Đơn vị TD-ĐG khu vực Tây Nguyên đặt tại Ban điều hành phòng, chống HIV/AIDS khu vực Tây Nguyên (Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên) chịu trách nhiệm theo dõi và đánh giá các hoạt động của 4 tỉnh, thành phố khu vực Tây Nguyên.

3. Cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là tỉnh): Đơn vị TD-ĐG tuyển tỉnh được đặt tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh (Phòng giám sát HIV/AIDS/STI). Tính đến tháng 10 năm 2006 đã có 36 Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố được thành lập. Đến cuối năm 2007, tất cả 64 tỉnh, thành phố sẽ thành lập Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, trong đó có đơn vị TD-ĐG. Cơ cấu đơn vị TD-ĐG sẽ phụ thuộc vào quy mô dân số từng tỉnh, thành phố, mức độ lây nhiễm HIV cũng như tình hình thực tế tại tỉnh.

4. Cấp quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện): Đơn vị TD-ĐG tuyển huyện được đặt tại Trung tâm Y tế dự phòng huyện với ít nhất một đến hai cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm.

Bên cạnh đó, Nhóm Hỗ trợ kỹ thuật quốc gia về TD-ĐG sẽ được Bộ Y tế thành lập với sự điều phối của Cục Phòng, chống HIV/AIDS và sự tham gia của các đơn vị TD-ĐG Quốc gia, đơn vị TD-ĐG khu vực, các trường đại học và các chuyên gia từ một số tổ chức quốc tế để cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho các hoạt động theo dõi và đánh giá.

Sơ đồ 1 dưới đây mô tả hệ thống TD-ĐG tại Việt Nam:



Sơ đồ 1: Cơ cấu hệ thống Theo dõi và Đánh giá tại Việt Nam

II. CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA CÁC ĐƠN VỊ TRONG HỆ THỐNG THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

1. Chức năng:

Thu thập, quản lý và báo cáo các số liệu của tất cả các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong phạm vi được giao quản lý.

2. Nhiệm vụ:

a) Cấp quốc gia

- Xây dựng và quản lý toàn bộ hệ thống theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia;

- Thành lập nhóm chuyên gia hỗ trợ kỹ thuật cho hệ thống theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia từ các trường đại học, các viện, các bộ, ban, ngành, các tổ chức quốc tế có liên quan ;

- Chỉ đạo các đơn vị trong hệ thống theo dõi, đánh giá quốc gia và phối hợp với các đơn vị có liên quan thu thập, tổng hợp, phân tích số liệu theo dõi, đánh giá các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên phạm vi toàn quốc;

- Báo cáo số liệu cho Chính phủ để phục vụ cho việc xây dựng báo cáo quốc gia hàng năm, giai đoạn và hoạch định chính sách, chiến lược về phòng, chống HIV/AIDS;

- Là đầu mối xây dựng kế hoạch ngắn hạn, dài hạn của hoạt động theo dõi, đánh giá Chương trình phòng, chống HIV/AIDS, hướng dẫn các đơn vị trong hệ thống thực hiện hoạt động theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia theo kế hoạch;

- Tổ chức kiểm tra, giám sát và đánh giá kết quả việc thực hiện hoạt động theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS trên phạm vi toàn quốc;

- Thực hiện các nghiên cứu đánh giá và bổ sung chỉ số cho phù hợp với tình hình thực tế;

- Chủ trì và phối hợp với các đơn vị có liên quan trong việc xây dựng các đề án hợp tác quốc tế, các nghiên cứu khoa học và đào tạo cho hệ thống theo dõi, đánh giá Chương trình phòng, chống HIV/AIDS;

- Là cơ quan duy nhất được công bố các dữ liệu liên quan đến HIV/AIDS.

b) Đơn vị theo dõi, đánh giá khu vực:

- Xây dựng kế hoạch, tổ chức triển khai thực hiện hoạt động theo dõi, đánh giá cấp khu vực và báo cáo định kỳ cho đơn vị theo dõi, đánh giá cấp quốc gia;
- Thu thập, kiểm tra, xử lý số liệu theo dõi, đánh giá toàn bộ hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của các tỉnh trong khu vực và tại đơn vị theo dõi, đánh giá khu vực;
- Hướng dẫn nghiệp vụ, giám sát, đôn đốc, hỗ trợ kỹ thuật thu thập thông tin các chỉ số và phân tích số liệu cho việc hoạch định kế hoạch chính sách can thiệp lây nhiễm HIV cho các tỉnh thuộc khu vực phụ trách;
- Riêng đối với Đơn vị theo dõi, đánh giá khu vực phía Bắc, ngoài các chức năng và nhiệm vụ trên còn là đơn vị hỗ trợ kỹ thuật chịu trách nhiệm và có chức năng hỗ trợ chuyên môn nghiệp vụ về lĩnh vực theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS cho toàn bộ hệ thống theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia.

c) Đơn vị theo dõi, đánh giá tuyến tỉnh:

- Triển khai thực hiện các hoạt động theo dõi, đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS của địa phương bao gồm thu thập số liệu chính xác, phân tích số liệu hoạch định kế hoạch can thiệp lây nhiễm HIV cho tỉnh, báo cáo kịp thời và đề xuất các ý kiến đóng góp bổ sung cho tuyến khu vực và Quốc gia;
- Hướng dẫn nghiệp vụ, tổ chức kiểm tra đánh giá, tổng hợp kết quả theo dõi đánh giá các hoạt động cho tuyến quận, huyện và các đơn vị trực thuộc Sở Y tế tỉnh.

d) Đơn vị theo dõi, đánh giá tuyến huyện chịu trách nhiệm thu thập, xử lý, tổng hợp, quản lý và báo cáo toàn bộ số liệu có liên quan đến theo dõi, đánh giá hoạt động phòng, chống HIV/AIDS thuộc phạm vi huyện.

đ) Trạm y tế xã chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện đối với các báo cáo định kỳ và các điều tra với mục đích thu thập số liệu ban đầu cho việc theo dõi, đánh giá hoạt động phòng, chống HIV/AIDS theo quy định.

e) Nhóm kỹ thuật quốc gia về TD-ĐG

Nhóm kỹ thuật TD-ĐG sẽ cung cấp các hỗ trợ kỹ thuật cho đơn vị TD-ĐG quốc gia và khu vực kịp thời và có chất lượng.

g) Nhóm người nhiễm HIV

Nhóm người nhiễm HIV sẽ tham gia vào toàn bộ quá trình TD-ĐG chương trình phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam; bao gồm cả thu thập và hỗ trợ biện giải kết quả cũng như đề xuất khuyến nghị và phản hồi cho các nhà hoạch định chính sách các cấp. Cụ thể là:

- Tham gia các bước lập bản đồ, hỗ trợ xây dựng khung mẫu, góp ý cho phương pháp nghiên cứu, và phỏng vấn cho các nghiên cứu, điều tra.

- Khuyến khích những người nhiễm HIV khác trong cộng đồng tới xét nghiệm và khám chữa bệnh tại cơ sở y tế.

- Phản hồi thông tin về chất lượng dịch vụ và các chương trình can thiệp cho Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam) và các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, huyện.

- Sử dụng số liệu để đưa ra khuyến nghị, xác định ưu tiên, lập kế hoạch cho chương trình hoạt động cũng như chính sách liên quan đến HIV/AIDS.

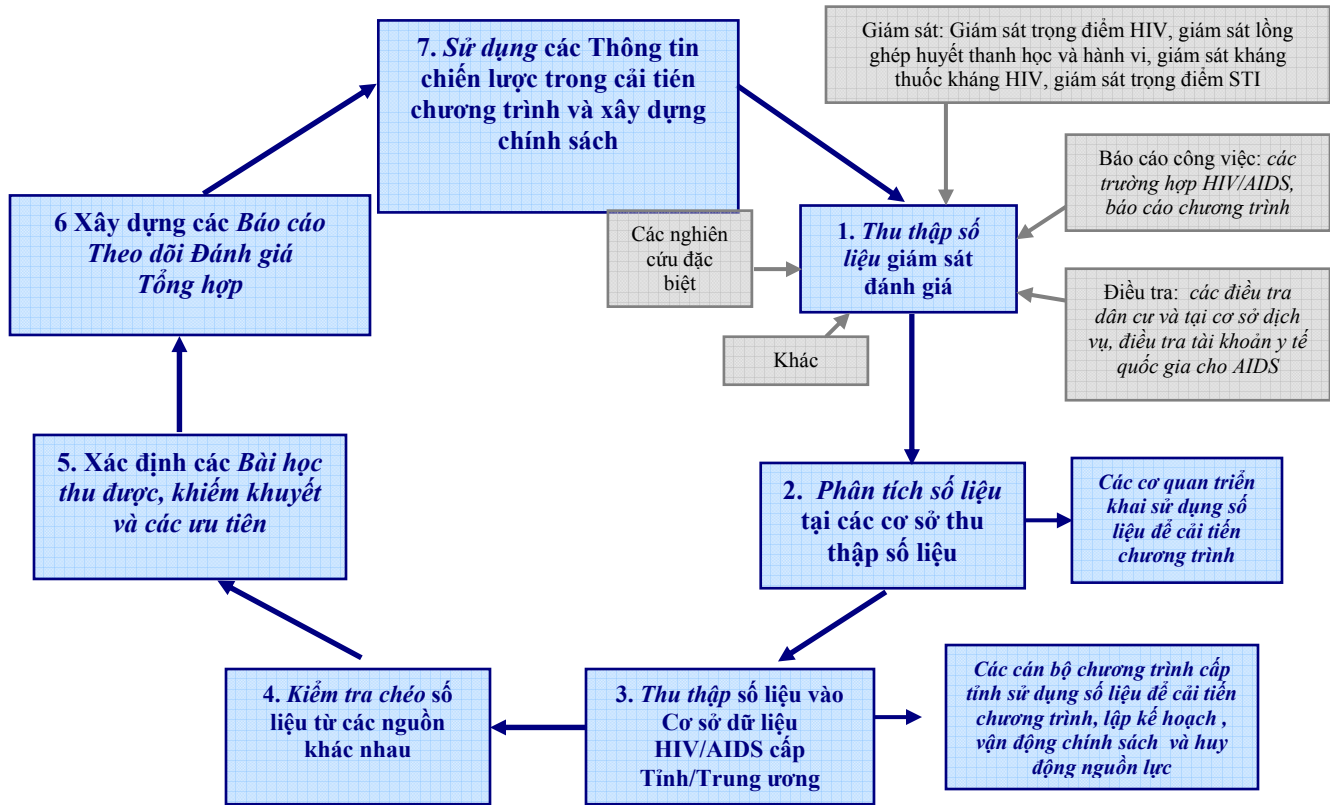
CHƯƠNG 2

CÁC NỘI DUNG CỦA HOẠT ĐỘNG THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

Hệ thống TD-ĐG quốc gia được thiết lập nhằm thực hiện các hoạt động thu thập, tổng hợp, phân tích và sử dụng số liệu. Các số liệu này hầu hết rất đa dạng, từ nhiều nguồn khác nhau như từ các cơ sở cung cấp dịch vụ, các viện nghiên cứu, các tổ chức quốc tế và các tổ chức phi chính phủ. Do đó, hệ thống theo dõi, đánh giá quốc gia cần phải có một hệ thống thu thập và quản lý số liệu tốt để giúp cho các cán bộ quản lý chương trình, cán bộ lập kế hoạch, các nhà hoạch định chính sách cũng như các nhà tài trợ có thể tiếp cận và sử dụng hiệu quả những nguồn số liệu quý báu này.

I. THU THẬP, QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG SỐ LIỆU THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ

Các hoạt động tổng hợp, xử lý số liệu của hệ thống theo dõi và đánh giá quốc gia được mô tả trong sơ đồ 2. Các số liệu tại cơ sở cung cấp dịch vụ sẽ được thu thập, kiểm tra chất lượng và phân tích ngay tại cơ sở đó. Các cán bộ triển khai và quản lý chương trình có thể sử dụng kết quả phân tích để cải tiến chương trình của mình. Các điều tra giám sát và các nghiên cứu đặc biệt cũng sẽ được tiến hành tại tuyến tỉnh dưới sự giám sát và hỗ trợ của các đơn vị theo dõi và đánh giá quốc gia và khu vực nhằm thu thập các số liệu về dịch tễ học và hành vi trong nhóm đối tượng đích. Sau đó, các số liệu chính của cấp tỉnh sẽ được nhập vào một cơ sở dữ liệu tổng hợp và được lưu tại đơn vị Theo dõi, đánh giá quốc gia, khu vực và tỉnh. Các đơn vị theo dõi và đánh giá khu vực sẽ kiểm tra chất lượng số liệu thu thập được và hỗ trợ các cơ quan cấp tỉnh trong việc phân tích các số liệu để sử dụng. Các cơ quan trung ương (đặc biệt là VAAC) sẽ tiến hành phân tích tổng hợp số liệu cấp tỉnh và các số liệu cấp quốc gia khác nhằm xác định các bài học thu được, các khiếm khuyết và ưu tiên cho các chương trình phòng chống, chăm sóc và điều trị HIV quốc gia. Cuối cùng, để giúp các cán bộ chương trình và những người ra quyết định dễ dàng sử dụng số liệu để phát triển chính sách, triển khai chương trình, xác định ưu tiên nghiên cứu, ủng hộ, và huy động nguồn lực, các báo cáo sẽ được xây dựng dựa trên những số liệu chính và được trình bày cho các đối tượng phù hợp.



Sơ đồ 2: Chu trình các hoạt động thu thập, quản lý và sử dụng số liệu

1. Thu thập số liệu báo cáo, giám sát và đánh giá

Nguồn số liệu:

- Báo cáo định kỳ: bao gồm báo cáo chương trình theo quy định tại Quyết định số 26/2006/BYT-QĐ ban hành ngày 06/9/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế và các báo cáo chuyên môn định kỳ như báo cáo giám sát phát hiện các trường hợp nhiễm HIV/AIDS;
- Điều tra Giám sát: bao gồm giám sát trọng điểm HIV, giám sát lồng ghép huyết thanh học và hành vi, giám sát kháng thuốc kháng HIV, giám sát trọng điểm STI;
- Điều tra: bao gồm điều tra dân cư và điều tra tại cơ sở y tế, điều tra tài khoản y tế quốc gia cho HIV/AIDS;
- Các nghiên cứu, điều tra đặc biệt;
- Nguồn khác.

Phương pháp thu thập số liệu được trình bày cụ thể dưới đây theo nguồn thu thập.

a) Báo cáo hoạt động định kỳ

Hầu hết các số liệu định kỳ là những chỉ số đầu vào và đầu ra của chương trình và được thu thập đều đặn nhằm cung cấp các thông tin về tiến độ thực hiện các chương trình đó. Mặc dù có khá nhiều thông tin về hoạt động và quản lý được thu thập cho từng chương trình, nhóm các chỉ số chính về dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ, điều trị, năng lực cán bộ, tài chính, tuy nhiên, nguồn số liệu mà hệ thống theo dõi, đánh giá quốc gia sẽ thu thập hàng quý là các số liệu tại Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS, bao gồm:

Số liệu định kỳ sẽ được thu thập bằng Biểu mẫu báo cáo chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Số liệu sẽ được thụtập từ tuyến xã/phường, quận/huyện và tỉnh/thành phố. Xin xem Quyết định 26 để biết thêm thông tin chi tiết.

- Báo cáo chương trình thu thập các số liệu về:
 - + Nhân lực của chương trình phòng chống AIDS;
 - + Hoạt động của các chương trình thông tin - giáo dục - truyền thông thay đổi hành vi, can thiệp giảm tác hại, chăm sóc và điều trị (bao gồm giám sát bệnh nhân), tư vấn xét nghiệm tự nguyện, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, quản lý và điều trị các nhiễm trùng qua đường tình dục, an toàn truyền máu;
 - + Nâng cao năng lực cán bộ;
 - + Trang thiết bị, thuốc, sinh phẩm;
 - + Nguồn ngân sách theo 8 Chương trình hành động; và
 - + Khó khăn và ý kiến đề xuất từ địa phương.

- Báo cáo giám sát phát hiện các trường hợp nhiễm HIV: Các thông tin về số mới phát hiện, số tích lũy nhiễm HIV, số trường hợp AIDS, và số tử vong do AIDS.

Khi phân giải số liệu thu thập định kỳ cần chú ý rằng chất lượng số liệu phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: nguồn lực, thực hành của các cơ sở công và tư, năng lực của cán bộ quản lý thông tin và lập báo cáo, tính sẵn có của phòng xét nghiệm, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của những nhóm người dễ bị tổn thương. Bên cạnh đó, số liệu báo cáo chỉ đưa ra con số nhiễm HIV tích lũy từ những năm trước, chứ cung cấp rất ít thông tin về tình hình lây nhiễm HIV hiện nay. Số liệu báo cáo không cung cấp thông tin về độ bao phủ của chương trình.

b) Điều tra giám sát

Điều tra giám sát là một quá trình thu thập số liệu liên tục, có hệ thống với các mục tiêu khác nhau, bao gồm: ước tính mức độ trầm trọng của dịch HIV, mô tả tình hình phân bố và lây lan của dịch và giám sát sự thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV. Hiện nay, trong toàn quốc có 40 tỉnh, thành phố triển khai giám sát trọng điểm HIV và trong đó có 10 tỉnh, thành phố thực hiện giám sát trọng điểm STI. Công tác giám sát trọng điểm này được tiến hành hàng năm và số liệu được gửi về Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, các Viện khu vực, Viện Da liễu Quốc gia và Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam để tổng hợp và phân tích, đánh giá..

Các điều tra giám sát hiện nay thu thập số liệu về:

- Tỷ lệ hiện nhiễm HIV
- Xu hướng hành vi trong các nhóm quần thể mục tiêu
- Tỷ lệ nhiễm các nhiễm khuẩn qua đường tình dục

Trong thời gian tới, các số liệu dịch tễ học về tình hình kháng thuốc ARV và tỷ lệ mới nhiễm HIV/STI cũng sẽ được thu thập thông qua những nghiên cứu chuyên biệt.

Khi phân giải số liệu thu thập từ điều tra giám sát cần chú ý rằng chất lượng số liệu phụ thuộc nhiều vào việc áp dụng quy trình thu thập số liệu, năng lực của cán bộ thu thập số liệu, sự thay đổi vị trí làm việc của các cán bộ có năng lực, và sự thống nhất của phương pháp thu thập số liệu qua các năm. Mẫu nghiên cứu không đại diện nếu quần thể đích che giấu, di động, hoặc không tiếp cận với cơ sở y tế công là nơi thu thập số liệu, hoặc bị bắt giam. Hơn thế nữa, thông tin về hành vi nhạy cảm có thể bị sai lệch.

c) Điều tra nghiên cứu

Điều tra là công cụ hữu hiệu nhằm thu thập các thông tin định lượng cơ bản về quần thể đích mà những thông tin này không thể thu thập được từ các báo cáo chương trình hay các cuộc điều tra giám sát. Điều tra có thể tập trung nghiên cứu quan điểm hay các thông tin cần thiết phụ thuộc vào mục đích của điều tra. Các điều tra với cỡ mẫu lớn và đại diện có thể cần đầu tư nguồn lực lớn, ví dụ như điều tra dân số thu thập thông tin từ toàn bộ cá thể trong quần thể, bên cạnh đó có các điều tra nhỏ chuyên biệt để làm rõ những câu hỏi cụ thể. Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam) là cơ quan điều phối các cuộc điều tra quốc gia thu thập các thông tin, số liệu phục vụ công tác TD-ĐG chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

Một số các điều tra hiện nay đang triển khai bao gồm:

- Điều tra dân cư 15-49 tuổi về kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến HIV
- Điều tra tài khoản y tế quốc gia cho HIV/AIDS (NASA) nhằm đánh giá chi tiêu cho

HIV/AIDS

Trong tương lai, một số thông tin về cơ sở cung cấp dịch vụ y tế hoặc các hoạt động của trường học trong công tác phòng, chống HIV/AIDS cũng sẽ được thu thập.

Khi phân giải số liệu thu thập từ điều tra nghiên cứu cần chú ý rằng chất lượng số liệu phụ thuộc nhiều vào việc áp dụng quy trình thu thập số liệu, năng lực của cán bộ thu thập số liệu, sự thay đổi vị trí làm việc của các cán bộ có năng lực, sự thống nhất của phương pháp thu thập số liệu qua các năm, tỷ lệ từ chối tham gia nghiên cứu có thể cao. Đặc biệt là các thông tin về hành vi nhạy cảm có thể bị sai lệch. Các điều tra dân cư lớn thường tốn kém và tốn thời gian.

d) Các nghiên cứu, điều tra đặc biệt khác

Bên cạnh những nguồn thu thập thông tin chính cho hệ thống giám sát và đánh giá quốc gia, các nghiên cứu đặc biệt tiến hành 1 lần có thể cung cấp các thông tin chi tiết về các vấn đề ưu tiên như bản chất và chiều hướng dịch HIV, hoặc hiệu quả thay đổi hành vi nguy cơ của các chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

đ) Nguồn khác

Nhiều tổ chức quốc tế, nhiều dự án hoạt động độc lập cũng có nguồn số liệu giám sát, đánh giá và nghiên cứu lớn được thu thập trong quá trình điều phối, quản lý các chương trình và dự án HIV/AIDS đang triển khai tại Việt Nam. Các tổ chức và dự án này có nhiệm vụ báo cáo hoạt động của mình cho Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam theo biểu mẫu báo cáo quốc gia.

2. Phân tích số liệu (thực hiện bởi các cơ quan thu thập số liệu)

Kết quả phân tích của các tổ chức thực hiện nghiên cứu, điều tra rất quan trọng, không chỉ cho báo cáo cho tuyến tỉnh và tuyến Trung ương, mà còn giúp cán bộ triển khai chương trình sử dụng ngay kết quả để cải thiện hoạt động dự án. Ví dụ, số liệu về giám sát quản lý bệnh nhân (như tình hình thiếu thuốc, tình hình tiếp tục điều trị phác đồ bậc 1, tuân thủ điều trị của bệnh nhân, ...) sẽ được thu thập và sử dụng để nâng cao chất lượng dịch vụ.

3. Thu thập số liệu cho cơ sở dữ liệu HIV/AIDS tuyến tỉnh và quốc gia

Đối với các số liệu định kỳ, quá trình giám sát được lồng ghép trong công việc quản lý chương trình và được thực hiện bởi cán bộ thực địa và các đơn vị giám sát, đánh giá tuyến tỉnh.

a) Tại cấp huyện: Hàng tháng, Trung tâm y tế dự phòng huyện chịu trách nhiệm thu thập số liệu từ các trạm y tế phường và các cơ quan y tế tuyến huyện.

b) Tại cấp tỉnh: Hàng quý, Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh chịu trách nhiệm thu thập, tổng hợp số liệu của toàn tỉnh và gửi báo cáo quý theo biểu mẫu quy định về đơn vị theo dõi và đánh giá khu vực thuộc Ban điều hành dự án phòng, chống HIV/AIDS khu vực và đơn vị giám sát, đánh giá tuyến Trung ương tại Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam).

c) Tuyến khu vực: Định kỳ 6 tháng một lần, Đơn vị TD-ĐG khu vực chịu trách nhiệm tổng hợp, phân tích và đánh giá tình hình hoạt động của các đơn vị trong địa bàn phụ trách và báo cáo về Đơn vị theo dõi và đánh giá quốc gia.

d) Các bệnh viện, viện trung ương và các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, các đơn vị phòng, chống HIV/AIDS trực thuộc các Bộ, ngành, đoàn thể, ban quản lý dự án Trung ương hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS gửi báo cáo về Cục phòng, chống HIV/AIDS theo biểu mẫu báo cáo.

Bảng 1: Quy định về thời hạn nộp báo cáo

Sản phẩm	Cơ quan có trách nhiệm	Thời hạn
Báo cáo tháng	Trạm y tế phường/xã	Chậm nhất 5 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho trung tâm YTDP huyện)
Báo cáo quý	TTYTDP quận/huyện	Chậm nhất 15 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho trung tâm HIV/AIDS tỉnh/TTYTDP tỉnh)
Báo cáo quý	TT HIV/AIDS của tỉnh/TTYTDP tỉnh	Chậm nhất 25 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho đơn vị TD-ĐG khu vực)
Báo cáo quý	Viện, BV trung ương, các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, các đơn vị phòng, chống HIV/AIDS trực	Chậm nhất 10 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho đơn vị TD-ĐG trung ương)

Sản phẩm	Cơ quan có trách nhiệm	Thời hạn
	thuộc các bộ, ngành, đoàn thể, các ban quản lý dự án trung ương hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS	
Báo cáo năm	TT HIV/AIDS tỉnh, TTYTDP tỉnh	Chậm nhất 25 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho đơn vị TD-ĐG trung ương và khu vực)
Báo cáo 6 tháng ¹	Đơn vị TD-ĐG khu vực	Chậm nhất 35 ngày làm việc kể từ ngày khoá sổ (nộp cho đơn vị TD-ĐG trung ương)
Báo cáo chỉ số hàng năm	VAAC	Tháng 2 hàng năm
Báo cáo giám sát trọng điểm HIV	Viện VSDT TW	Tháng 12 hàng năm
Báo cáo giám sát trọng điểm STI	Viện Da liễu trung ương	Tháng 12 hàng năm
Báo cáo điều tra lồng ghép huyết thanh học và hành vi, điều tra dân cư	VAAC và các tổ chức quốc tế có liên quan	2006 và 2008
Báo cáo dịch tễ học 2-3 năm	VAAC	2008
Báo cáo tổng hợp	VAAC	2010

4. Phân tích và tổng hợp số liệu

a) Đảm bảo chất lượng của số liệu

Mục đích chính của hệ thống TD-ĐG HIV/AIDS quốc gia là phối hợp chặt chẽ với các đơn vị tuyến tỉnh nhằm bảo đảm chất lượng các số liệu phục vụ cho việc sử dụng hiệu quả các số liệu giám sát đánh giá hiện có để phát triển chính sách và chương trình, vận động chính sách và huy động nguồn lực. Các đơn vị TD-ĐG quốc gia, khu vực sẽ giám sát định kỳ quá trình thu thập số liệu và xây dựng báo cáo, điều chỉnh và cung cấp hỗ trợ kỹ thuật kịp thời cho các đơn vị ở tuyến dưới.

Những câu hỏi cần đặt ra khi kiểm định tính chính xác của **số liệu báo cáo**:

- Phép tính toán có đúng không?
- Cán bộ lập báo cáo có tuân theo quy trình thu thập số liệu chuẩn không?

¹ Khi hệ thống báo cáo điện tử được xây dựng và triển khai thì các đơn vị TD-ĐG khu vực sẽ báo cáo lên trung ương hàng quý.

- Số liệu có bị thiếu hụt hay trùng lặp không?
- Vấn đề nào được đo lường?
- Các nhóm quần thể có dễ tiếp cận và sử dụng dịch vụ không?

Những câu hỏi cần đặt ra khi kiểm định tính chính xác của **số liệu giám sát**:

- Hệ thống giám sát có lựa chọn đúng các quần thể đích không?
- Mẫu quần thể có rõ ràng không?
- Cỡ mẫu có phù hợp không?
- Điều tra giám sát có được thực hiện tại cùng địa điểm qua các năm không?
- Vấn đề nào được đo lường?
- Có sai số hoặc yếu tố nào dẫn tới việc ước lượng cao hay thấp không?
- Việc trình bày số liệu có ảnh hưởng đến cách phiên giải kết quả không?

b) Kiểm tra chéo (triangulation) và phân tích lồng ghép (integrated analysis)

Mục đích của kiểm tra chéo là làm tăng tính giá trị và độ tin cậy khi đánh giá chương trình bằng cách sử dụng và phân tích số liệu từ nhiều nguồn, và thường được thu thập bằng các phương pháp khác nhau. Kiểm tra chéo được áp dụng để trả lời các câu hỏi dưới đây về *kết quả* và *tác động* của can thiệp:

- Can thiệp có hiệu quả không, có dẫn tới thay đổi không?
- Những chỉ số *kết quả* và *tác động* nào của quần thể thay đổi và sự thay đổi có ý nghĩa gì?
- Chỉ số *kết quả* và *tác động* thay đổi có phải do chương trình can thiệp không? Những nỗ lực triển khai trên diện đủ rộng có tác động đến chiều hướng dịch không?

Chỉ số *kết quả* và *tác động* về huyết thanh học và hành vi là những nguồn số liệu cơ bản cho phân tích kiểm tra chéo.

5. Bài học thu được, khiếm khuyết và xác định ưu tiên

Để sử dụng số liệu hiệu quả nhất nhằm đưa ra các khuyến nghị cải thiện chương trình, cần có các số liệu về hoạt động của 8 chương trình hành động trong Chiến lược Quốc gia, các vụ, cục của Bộ Y tế, các tổ chức quốc tế, chuyên gia trong nước sẽ cùng nhau xác định những bài học kinh nghiệm, những khiếm khuyết trong hoạt động và chính sách; và xác định ưu tiên những can thiệp phòng, chống HIV/AIDS hiệu quả và toàn diện.

Việc đánh giá định kỳ điểm mạnh và hạn chế của hệ thống giám sát đánh giá cũng rất quan trọng vì nó giúp cho việc hoàn thiện hệ thống.

6. Xây dựng báo cáo theo dõi, đánh giá tổng hợp

Các kết quả và khuyến nghị thu được thông qua quy trình phân tích số liệu sẽ được trình bày cho các cơ quan, đơn vị liên quan một cách kịp thời và hiệu quả. Ngoài các báo cáo được viết theo các mục tiêu cụ thể, các báo cáo dưới đây là những báo cáo cần phải có để đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia:

1. Báo cáo chỉ số hàng năm với diễn giải và các khuyến nghị

2. Báo cáo dịch tiến hành 2-3 năm một lần như các báo cáo về ước tính và dự báo, báo cáo UNGASS.

3. Báo cáo tổng hợp tiến hành 5 năm một lần: Để có thể hiểu rõ hơn về dịch HIV tại Việt Nam, báo cáo tổng hợp sẽ được chuẩn bị 5 năm một lần nhằm tập hợp, phân tích và tổng hợp số liệu về dịch tễ, hành vi và các ứng phó với dịch HIV. Báo cáo tổng hợp sẽ xác định và đặt ưu tiên thu thập các số liệu còn thiếu, đưa ra các khuyến nghị cho chương trình và vận động chính sách để đưa các khuyến nghị này vào thực hiện. Quy trình ước tính và dự báo sẽ được lồng ghép trong quá trình này để ước tính các gánh nặng và tác động của dịch trong tương lai, xác định các nhu cầu về chăm sóc, dự phòng, và lập kế hoạch phù hợp để giảm thiểu các tác động. Bên cạnh đó, báo cáo này sẽ giúp chính phủ chứng minh cho các tổ chức hỗ trợ quốc tế song phương và đa phương hiệu quả của các hoạt động được tài trợ để vận động cho các nguồn tài trợ trong tương lai.

Các báo cáo này sẽ được chia sẻ cho các cơ quan tuyến tỉnh, quận/huyện trong hệ thống TD-DG cũng như các Bộ, ban, ngành ngoài ngành y tế, các tổ chức quốc tế và nhóm người nhiễm HIV.

7. Chiến lược sử dụng thông tin trong cải tiến chương trình và xây dựng chính sách

a) Cải tiến chương trình:

Số liệu có thể được sử dụng để lập kế hoạch chương trình tại tất cả các tuyến. Tại tuyến Trung ương, các số liệu điều tra có thể được sử dụng để xác định mức độ dịch và phân bố theo các vùng địa lý khác nhau cũng như theo các nhóm dân cư khác nhau. Ước tính số lượng và phân bố các ca nhiễm HIV là rất quan trọng trong việc quyết định phân bổ các nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV cũng như lập kế hoạch cho các nhu cầu chăm sóc và hỗ trợ như thế nào ở cấp quốc gia. Tuy nhiên, ở

cấp địa phương và trong bản thân các chương trình phòng chống HIV, số liệu có thể được sử dụng để xác định các vấn đề, tìm kiếm giải pháp và đặt ra các chiến lược phù hợp đối với tình hình dịch.

- Để hiểu được diễn biến của dịch, số liệu cần được sử dụng để:

+ Xác định người bị ảnh hưởng: Số liệu cần được phân tích theo giới, nhóm tuổi và các nhóm quần thể. Nên trình bày số liệu bằng biểu đồ hoặc bản đồ để nêu bật những vấn đề trọng tâm, như xu hướng dịch theo thời gian hay theo khu vực.

+ Ước tính mức độ trầm trọng của vấn đề: Ước tính số người nhiễm HIV theo các nhóm quần thể, bao gồm cả các nhóm phân theo nghề nghiệp.

+ Dự báo nhu cầu dự phòng và chăm sóc trong tương lai.

+ Theo dõi sự thay đổi của các lĩnh vực dự phòng và chăm sóc cụ thể theo thời gian.

- Đối với việc lập kế hoạch và triển khai chương trình, số liệu cần được sử dụng để:

+ Xác định vấn đề trong quá trình triển khai chương trình. Để đảm bảo tối đa hoá việc tuân thủ điều trị ARV và dự phòng kháng thuốc, cần phát hiện kịp thời những hạn chế trong quá trình thực hiện như dừng cấp thuốc ARV, tỷ lệ tiếp tục điều trị phác đồ bậc 1 thấp, bệnh nhân đến nhận thuốc không đều đặn. Lúc này, cần triển khai những can thiệp thích hợp (theo dõi chặt chẽ một số tỉnh/huyện/cơ sở).

+ Xác định các vấn đề trọng tâm để can thiệp. Chúng ta đã biết khá nhiều về những hành vi nào có nguy cơ nhiễm HIV. Tuy nhiên, những hiểu biết này đôi khi làm cho các nhà y tế công cộng và lập kế hoạch đưa ra giả định về hành vi nguy cơ và do đó lập kế hoạch dựa trên những giả định này. Những số liệu, đặc biệt là số liệu giám sát hành vi, có thể giúp định hướng các lĩnh vực cần được quan tâm can thiệp trong từng hoàn cảnh, thời điểm cụ thể.

+ Xác định các giải pháp hợp lý để giải quyết các vấn đề trọng tâm. Số liệu sẽ giúp chúng ta chú trọng đến các hoạt động can thiệp dự phòng, chăm sóc chủ yếu và kết quả của tác động can thiệp đó.

+ Đánh giá hiệu quả của các chương trình can thiệp hoặc cảnh báo những vấn đề phát sinh ở một chương trình đã từng được đánh giá là thành công. Ở tuyến trung ương, số liệu góp phần quan trọng cho việc đánh giá hiệu quả của ứng phó quốc gia nói chung, bao gồm tất cả các hoạt động liên quan đến HIV được triển khai trên toàn quốc. Chỉ số hành vi tình dục trong nhóm người bán dâm có thể được sử dụng để kiểm định. Ví dụ, có thể coi các hoạt động can thiệp đa dạng và được triển khai mạnh mẽ trong nhóm người bán dâm sẽ làm tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su. Các chỉ số về hành vi tình dục trong nhóm người bán dâm có thể giúp chúng ta đánh giá xem liệu can thiệp có được triển khai

không. Trong hoạt động giám sát định kỳ, kết quả đánh giá cơ sở cung cấp dịch vụ có thể giúp nhận định về chất lượng dịch vụ STI hoặc tính sẵn có và việc sử dụng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc chăm sóc bệnh nhân AIDS tại cơ sở y tế.

- + Xác định cách can thiệp dựa trên bằng chứng.
- + Đo lường độ bao phủ của chương trình.

b) Vận động chính sách

Số liệu cho vận động chính sách có thể sử dụng cho mục đích lập kế hoạch và lập kinh phí, vận động hành lang và chứng minh các cam kết quốc gia và quốc tế. Ước tính mức độ dịch sẽ giúp cho việc quyết định phân bổ nguồn lực phù hợp. Cần chọn hình thức và công cụ phù hợp cho đúng nhóm đối tượng cần vận động với mục đích rõ ràng, đối tượng phù hợp, tìm hiểu xem điều gì sẽ ảnh hưởng đến suy nghĩ của họ, trả lời những vấn đề họ băn khoăn, sử dụng ngôn ngữ phù hợp, lựa chọn thông điệp tốt nhất cho nhóm đối tượng phù hợp, và không tốn nhiều thời gian.

c) Huy động nguồn lực

Việc phân bổ nguồn lực sẽ bị sai lệch nếu dựa trên các số liệu không hoàn chỉnh hoặc không chính xác về hiệu quả các chương trình can thiệp, các dịch vụ còn thiếu sót và chi phí. Việc sử dụng các số liệu từ hệ thống TD-ĐG quốc gia có thể giúp huy động các nguồn lực đối với các chương trình và chính sách hiệu quả.

d) Ưu tiên trong nghiên cứu

Để đáp ứng với dịch HIV/AIDS, chúng ta cần những ứng dụng thực tế, tuy nhiên những kiến thức sâu hơn về can thiệp hiệu quả và đặc điểm của quần thể cũng rất cần thiết. Số liệu của hệ thống TD-ĐG quốc gia sẽ giúp xác định những câu hỏi nghiên cứu trong tương lai để cung cấp thêm thông tin về các sự kiện, hành vi hoặc các giả thuyết.

2. Lưu trữ số liệu

Một trong những thành phần cốt yếu để triển khai thành công khung TD-ĐG của Việt Nam là hệ thống thông tin quốc gia về các hoạt động của chương trình HIV cho các đơn vị tham gia trong chương trình phòng, chống HIV từ tuyến trung ương đến địa phương. Hệ thống thông tin HIV (HIS) sẽ được xây dựng dựa trên chuẩn quốc gia và bảo đảm rằng số liệu từ các nguồn khác nhau như đã mô tả ở phần trên sẽ được tổng hợp vào một trung tâm lưu trữ số liệu chung tại Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam) phục vụ cho các chương trình tại tuyến huyện, tỉnh và trung ương, và

cho việc lập kế hoạch. Hệ thống thông tin HIV sẽ kết hợp các chỉ số chương trình theo báo cáo định kỳ và chỉ số chính của quốc gia được xác định trong báo cáo này. Nguồn số liệu tập hợp từ hệ thống báo cáo (bản in và bản điện tử) với các số liệu thu thập qua mạng từ các trung tâm tuyến tỉnh và tuyến trung ương sẽ được cập nhật lên hệ thống thông tin HIV.

Thông tin về các hoạt động của chương trình phòng, chống HIV từ các nguồn khác nhau và đến trong các thời điểm khác nhau. Các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, và điều trị sẽ cung cấp các thông tin tổng hợp từ dữ liệu ở bản in và bản điện tử từ các chương trình tại cộng đồng và tại cơ sở dịch vụ. Số liệu giám sát HIV sẽ được cập nhật lên hệ thống thông tin HIV từ hệ thống giám sát quốc gia. Trong hoạt động thu thập số liệu định kỳ của Bộ Y tế, các điều tra dân cư và điều tra tại cơ sở dịch vụ cũng như các điều tra khác cũng sẽ được tập hợp khi có thể và đưa lên HIS theo các vùng địa lý thích hợp. Các nguồn số liệu khác về kinh phí, nhân lực, hàng hoá, tập huấn cũng sẽ được tổng hợp trên HIS để có thể đưa ra một bức tranh toàn cảnh về tình hình chương trình phòng, chống HIV ở Việt Nam. Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam) sẽ tiếp tục mở rộng thông tin trong HIS khi các nguồn dữ liệu bổ sung và khả năng sử dụng dữ liệu đã được nâng cao.

Do các nguồn số liệu và loại hình, tiêu chuẩn để thu thập số liệu và cấu trúc số liệu khác nhau, việc trao đổi số liệu là hết sức quan trọng. Trong khi HIS quốc gia không phải là một hệ thống đơn lẻ để cung cấp cho tất cả các dịch vụ HIV, các hoạt động và/hoặc hệ thống thông tin liên quan sẽ được yêu cầu để báo cáo các chỉ số thích hợp được xác định trong khuôn khổ của HIS. Do vậy, mặc dù HIS không phải là sổ đăng ký khách hàng của chương trình VCT và ART, nó là một sổ đăng ký quốc gia cho toàn bộ số liệu của chương trình phòng, chống HIV tương ứng với các chương trình lập kế hoạch và TD-ĐG của huyện, tỉnh và toàn quốc.

Việc triển khai HIS toàn quốc sẽ được tiến hành từng bước một. Do có nhiều cách quản lý và sử dụng số liệu ở các tỉnh và huyện, việc quản lý và sử dụng số liệu TD- ĐG sẽ được thực hiện đầu tiên ở VAAC và 4 đơn vị khu vực. Các đơn vị này sẽ chịu trách nhiệm giám sát các hoạt động TD-ĐG tại các tỉnh và huyện. Việc xây dựng HIS phải được thực hiện cùng với kế hoạch xây dựng năng lực TD- ĐG tại các đơn vị trung ương và khu vực trước tiên.

Do một số số liệu được nộp từ tuyến xã, trong khi các số liệu khác lại được cung cấp bởi các cơ quan trung ương hay các cơ sở nhập số liệu vào HIS khác nhau nên có thể số liệu sẽ rất khác nhau hoặc có thể bị trùng lặp do nhiều cơ sở cùng cung cấp các dịch vụ cho cùng một số người. Vì vậy,

cần dựa trên nguồn và loại hình số liệu, vai trò và trách nhiệm để xác định có cho phép các cơ sở nhập và đưa số liệu lên hệ thống điện tử không. Ví dụ, số liệu của cơ sở cung cấp dịch vụ tuyến xã sẽ chủ yếu được báo cáo bằng bản in từ xã lên huyện, sau đó cho các trung tâm tuyến tỉnh để số liệu được tổng hợp và đưa vào hệ thống HIS. Các số liệu điều tra được đưa lên hệ thống điện tử trực tiếp từ Viện Vệ sinh dịch tễ lên HIS. Một số cơ sở sẽ có hệ thống điện tử nên cần có các tiêu chuẩn để trao đổi số liệu điện tử của HIS, nhờ đó các cơ sở cung cấp dịch vụ có thể gửi báo cáo điện tử thông qua các huyện hoặc trực tiếp tới tỉnh nhằm giảm thiểu việc nhập số liệu trùng lặp. Việc tránh trùng lặp các số liệu là rất cần thiết do nhiều cơ sở cùng cung cấp các dịch vụ cho cùng một số người. Để có thể lập kế hoạch cho các chương trình phòng, chống HIV tốt hơn, Nhóm hỗ trợ kỹ thuật và các cơ sở cung cấp dịch vụ cần xem xét cẩn thận để tránh việc trùng lặp này.

Để có thể thiết kế mạng lưới báo cáo bản in và báo cáo điện tử linh hoạt, cơ sở dữ liệu quản lý bằng mạng sẽ được duy trì ở tuyến trung ương. Mặc dù cơ sở dữ liệu quốc gia sẽ được thiết kế với các tiện ích giúp tuyến tỉnh nhập, làm sạch số liệu và đưa tệp dữ liệu cuối cùng lên mạng điện tử nhưng việc làm sạch số liệu cần phải thực hiện trong 1 khoảng thời gian cố định để giúp cho việc thống nhất con số báo cáo cho những người sử dụng báo cáo từ hệ thống. Quyết định xem tuyến khu vực và tuyến tỉnh có thể sử dụng hệ thống thông tin quốc gia đến mức nào cần dựa vào việc tối đa hoá ứng dụng của hệ thống trong công việc, tính toàn vẹn của số liệu và sự bảo mật. Nhóm kỹ thuật về hệ thống thông tin HIV của Bộ Y tế (VAAC) sẽ thu thập và xây dựng bản yêu cầu về chức năng và đặc điểm kỹ thuật của hệ thống để giúp cho việc xây dựng hướng dẫn và thiết kế hệ thống thông tin HIV.

Khi đã có các nguồn số liệu cho hệ thống thông tin HIV quốc gia, cách sử dụng số liệu để lập báo cáo theo mẫu và phân tích số liệu sẽ được xây dựng để hoàn thiện hệ thống này. Tập huấn về cách sử dụng công cụ sẽ được tổ chức; thông tin khi hệ thống thông tin quốc gia được mở rộng cũng sẽ được cập nhật. Việc tiếp cận với số liệu phụ thuộc vào vai trò và trách nhiệm của các cấp trong chương trình HIV quốc gia và do VAAC quản lý.

CHƯƠNG 3

BỘ CHỈ SỐ THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS QUỐC GIA

Tám chương trình hành động phòng, chống HIV/AIDS được mô tả trong Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2005-2010 là cơ sở cho việc thực hiện Chiến lược trong những năm tới tại Việt Nam. Chính vì vậy, tất cả thông tin và số liệu thu thập được phải đề cập toàn bộ các thành phần trong 8 chương trình hành động đó, đồng thời, nội dung của Chiến lược cũng được phản ánh trong Bộ chỉ số này. Bộ chỉ số được chia làm 3 nhóm chính bao phủ 8 chương trình hành động:

Nhóm chính	Chương trình hành động
1. Nâng cao năng lực, nguồn lực, theo dõi và đánh giá	Chương trình 4 (Theo dõi, giám sát và đánh giá các chương trình phòng chống HIV/AIDS) Chương trình 9 (Nâng cao năng lực và tăng cường hợp tác quốc tế)
2. Dự phòng	Chương trình 1 (Truyền thông thay đổi hành vi, thông tin-giáo dục-truyền thông, phối hợp với các chương trình phòng chống ma túy, mại dâm nhằm làm giảm lây nhiễm HIV/AIDS) Chương trình 2 (Can thiệp giảm tác hại) Chương trình 7 (Quản lý và điều trị STI/STD) Chương trình 8 (An toàn truyền máu)
3. Chăm sóc và điều trị	Chương trình 3-5 (Chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV, tiếp cận điề trị HIV/AIDS) Chương trình 6 (PLTMC)

Trong mỗi nhóm này, những câu hỏi chính sẽ được xây dựng sao cho câu trả lời sẽ phản ánh được những khía cạnh quan trọng nhất của 3 nhóm chính đó. Từ đó, các chỉ số sẽ được xây dựng để trả lời cho những câu hỏi này.

Trong mỗi nhóm chính, các câu hỏi và chỉ số chính được trình bày theo bố cục sau:

1. Nâng cao năng lực, nguồn lực, theo dõi và đánh giá gồm có :
 - Năng lực lãnh đạo và công tác điều phối
 - Nguồn lực tài chính
 - Nguồn nhân lực

- Giám sát, theo dõi và đánh giá
 - Tình hình dịch HIV
2. Dự phòng gồm có:
- Chương trình truyền thông thay đổi hành vi
 - Chương trình giảm hại
 - Chương trình dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục
 - Chương trình an toàn truyền máu
 - Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện
3. Chăm sóc, điều trị và dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, bao gồm
- Chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
 - Chương trình chăm sóc và điều trị

Trong phần mô tả chỉ số, từng chỉ số được trình bày theo các mục sau:

- Mục đích việc thu thập chỉ số
- Công thức tính, gồm có tử số, mẫu số và các định nghĩa, chú ý phù hợp khác.
- Phạm vi thu thập
- Chu kỳ thu thập
- Công cụ đánh giá
- Phương pháp thu thập
- Diễn giải

I. NHÓM 1: NÂNG CAO NĂNG LỰC, NGUỒN LỰC, THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

Nhóm này đề cập đến chương trình hành động số 4 (Theo dõi, Giám sát và Đánh giá các chương trình phòng chống HIV/AIDS) và chương trình hành động số 9 (Nâng cao năng lực và tăng cường hợp tác quốc tế).

1. Lãnh đạo và công tác điều phối

1 – CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA

Đánh giá thực trạng tình hình xây dựng và triển khai các chương trình hành động theo Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS?

Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 là một thành phần trong chương trình “Ba Thống nhất” và là một trong những văn bản hướng dẫn quan trọng cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Chiến lược Quốc gia được thông qua vào tháng 3 năm 2004 với 8 chương trình hành động. Kể từ khi Chiến lược Quốc gia được phê duyệt và ban hành, Bộ Y tế đã tiến hành xây dựng và triển khai từng chương trình hành động. Chính vì vậy, chúng ta cần biết được tình hình và tiến độ xây dựng và triển khai các hoạt động của 8 Chương trình hành động dựa trên kế hoạch và chỉ tiêu thực hiện.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.1	Thực trạng của 8 chương trình hành động (được soạn thảo, hoàn chỉnh, dự trù kinh phí, có ngân sách, và được triển khai thực hiện)	Đánh giá tình hình xây dựng và triển khai thực hiện các chương trình hành động theo Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS

2 – NĂNG LỰC

Đánh giá cơ cấu hoạt động của các cơ quan phòng chống HIV, kể cả cơ chế phối hợp liên ngành cấp quốc gia và cấp tỉnh, thành phố có tốt không?

Để hoạt động có hiệu quả cần có sự tham gia của các cơ quan, ban ngành, đoàn thể khác nhau trong chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Theo Quyết định 61/2000/QĐ - TTg của Thủ tướng Chính phủ, Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm bao gồm các thành viên từ các bộ, ngành, đoàn thể. Đây là Ủy ban liên ngành có chức năng giúp cho Thủ tướng Chính phủ trong công tác hướng dẫn, điều phối các hoạt động phòng chống ma túy, mại dâm và HIV/AIDS. Bộ Y tế đóng vai trò thường trực trong việc phối hợp với các bộ, ngành thành viên để thực hiện chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Cơ cấu hoạt động của Ban chỉ đạo phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm tỉnh, huyện, xã tương đồng với tuyến trung ương. Do đó, một trong những đáp ứng quan trọng là việc lập kế hoạch với chỉ tiêu và kinh phí phân bổ phù hợp cho các ban, ngành, đoàn thể tham gia.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.2	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia	Đánh giá tiến độ xây dựng và thực thi các chiến lược và chính sách phòng, chống HIV/AIDS cấp quốc gia.
1.3a	Tỷ lệ phần trăm các bộ, ngành và đoàn thể quản chúng có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.	Đánh giá mức độ đáp ứng của các bộ ngành, đoàn thể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS
1.3b	Tỷ lệ phần trăm các tỉnh, thành phố có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.	Đánh giá mức độ đáp ứng của các tỉnh, thành phố trong công tác phòng, chống HIV/AIDS

2. Nguồn lực tài chính

3 – NGUỒN LỰC (1)

Đánh giá ngân sách đã chi tiêu hàng năm cho công tác phòng, chống HIV/AIDS là bao nhiêu?

Tổng chi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS là một chỉ số quan trọng, cho biết một phần cam kết tài chính trong các chương trình can thiệp dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị. Ngoài ra, chi phí cho công tác phòng, chống HIV/AIDS còn cho chúng ta biết năng lực và hiệu quả sử dụng những hỗ trợ và đầu tư tài chính đó.

Tiền tài trợ đến từ nhiều nguồn khác nhau: từ Chính phủ (trung ương và tỉnh), hỗ trợ phát triển chính thức (ODA), khoản vay và từ khu vực tư nhân. Bên cạnh đó còn có tiền tự chi trả của những người nhiễm HIV và gia đình họ. Thông tin về chi tiêu từ nguồn tiền tự chi trả từ khu vực tư nhân, người nhiễm HIV và gia đình họ khó có thể xác định một cách chính xác, tuy nhiên, nếu có được thêm thông tin từ 2 nguồn này chúng ta sẽ hiểu rõ hơn về chi phí quốc gia hàng năm cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.4a	Tổng ngân sách cấp trung ương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Đánh giá chi phí từ Trung ương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
1.4b	Tổng ngân sách cấp địa phương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Đánh giá chi phí từ địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
1.4c	Tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Đánh giá chi phí từ nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
1.4d	Tổng chi từ khu vực tư nhân cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Đánh giá chi phí từ khu vực tư nhân cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
1.4e	Tổng chi do người dân tự chi trả cho các hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS	Đánh giá chi phí người dân tự chi trả cho các chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS
1.4f	Tỷ suất chi giữa tất cả các nguồn cho các chương trình dự phòng và các chương trình chăm sóc điều trị	Đánh giá chi phí tương quan giữa chương trình dự phòng và chăm sóc điều trị
1.4g	Chi phí bình quân đầu người cho các	So sánh tổng chi cho các chương

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
	chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong một năm	trình phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam với các quốc gia khác

3. Nguồn nhân lực

4 – NGUỒN LỰC (2)
Đánh giá tình hình nguồn nhân lực tại trung ương và địa phương (tỉnh, thành phố)
cho công tác phòng, chống HIV/AIDS?

Nguồn nhân lực đóng một vai trò quan trọng trong việc triển khai các chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Việc cam kết đầy đủ nguồn nhân lực từ phía Chính phủ đã được thể hiện trong chương trình hành động số 9 của Chiến lược Quốc gia.

Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đã chỉ ra rằng việc nâng cao năng lực cho toàn bộ hệ thống quản lý nhà nước và đào tạo nhân viên là 2 trong số các giải pháp chính trong chương trình nâng cao chất lượng nguồn lực và hợp tác quốc tế². Nguồn nhân lực gồm có những cán bộ chuyên trách, cán bộ kiêm nhiệm và tình nguyện viên. Do việc thu thập thông tin về cán bộ kiêm nhiệm khá khó khăn và phức tạp, khung theo dõi-đánh giá quốc gia chỉ xem xét 2 chỉ tiêu chính liên quan đến cán bộ chuyên trách là số lượng và các khoá đào tạo hàng năm họ tham gia.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.5	Số cán bộ chuyên trách làm việc trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS	Đánh giá cam kết nguồn lực nhân lực từ trung ương đến tuyến cơ sở
1.6	Số cán bộ chuyên trách được tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS hàng năm	Đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch xây dựng năng lực
1.7	Tỷ lệ các trường có giáo viên được đào tạo và	Đánh giá tiến độ triển khai giáo dục

² Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020. Nhà xuất bản y học. 2004 (trang 178).

	giảng dạy về giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống trong năm học vừa qua	về HIV dựa trên các kỹ năng sống tại tất cả các trường
--	--	--

4. Theo dõi và đánh giá

5 – HỆ THỐNG THEO DÕI ĐÁNH GIÁ

Đánh giá hệ thống theo dõi và đánh giá hoạt động như thế nào?

Theo dõi và Đánh giá là một thành phần trong chương trình “Ba Thống nhất”, là một hoạt động quan trọng trong các chương trình phòng chống HIV/AIDS và đã được nêu rõ trong Chiến lược Quốc gia. Để có thể theo dõi và đánh giá các chương trình, hệ thống theo dõi và đánh giá cần được củng cố và hoạt động hiệu quả.

Vì phần lớn thông tin và số liệu được thu thập từ các tỉnh và thành phố nên chúng ta cần đánh giá xem hệ thống TD- ĐG ở các tỉnh, thành phố hoạt động như thế nào. Có nhiều cách để đánh giá xem đơn vị TD- ĐG ở tỉnh, thành phố hoạt động có tốt hay không. Tuy nhiên, trong khuôn khổ Bộ chỉ số quốc gia, chúng ta chỉ xem xét những thành phần chính như đơn vị chính thực hiện công tác TD- ĐG, ngân sách được phân bổ, kế hoạch TD- ĐG của tỉnh, thành phố và tuân thủ thời hạn báo cáo lên cấp trung ương.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.8a	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá cấp quốc gia
1.8b	Tỷ lệ phần trăm đơn vị Theo dõi và Đánh giá tuyến tỉnh được vận hành	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá cấp tỉnh, thành phố

5. Tình hình dịch HIV hiện thời tại Việt Nam

6 - DỊCH TỄ HỌC

Đánh giá tình hình dịch HIV hiện tại ở Việt Nam như thế nào?

Mục đích cuối cùng của các chương trình phòng, chống HIV/AIDS là nhằm giảm các trường hợp mới nhiễm HIV. Tỷ lệ mới nhiễm là chỉ số tốt nhất để theo dõi xu hướng các trường hợp mới nhiễm. Tuy nhiên, do những khó khăn về tài chính, kỹ thuật và những vấn đề xã hội khác nên khó có thể đo lường được tỷ lệ mới nhiễm. Do vậy, tỷ lệ hiện nhiễm có thể được sử dụng làm chỉ số thay thế cho tỷ lệ mới nhiễm.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV phải được đánh giá ở nhóm quần thể chung cũng như ở các nhóm dễ bị tổn thương như: người nghiện chích ma túy, người bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới, bệnh nhân mắc các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI) và bệnh nhân lao. Hiểu rõ xu hướng dịch HIV sẽ giúp các nhà lãnh đạo ra các quyết định đúng đắn và hợp lý.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
1.9	Tỷ lệ hiện nhiễm ước tính trong các quần thể đích ³	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV trong các nhóm quần thể đích
1.10	Tỷ lệ hiện nhiễm (%) HIV ước tính tại Việt Nam (theo tuổi và giới)	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV
1.11	Số trường hợp nhiễm HIV, AIDS và tử vong do AIDS (theo tuổi và giới) theo báo cáo	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV

³ Thuật ngữ dùng trong giám sát trọng điểm để chỉ 7 nhóm quần thể được xét nghiệm HIV trong điều tra: người nghiện chích ma túy, người bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới, bệnh nhân mắc các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI), bệnh nhân lao, phụ nữ mang thai và thanh niên khám tuyến nghĩa vụ quân sự

II. NHÓM 2: DỰ PHÒNG

Nhóm này bao gồm Chương trình hành động số 1 (Truyền thông thay đổi hành vi, thông tin-giáo dục-truyền thông, phối hợp với các chương trình phòng chống ma túy, mại dâm nhằm làm giảm lây nhiễm HIV/AIDS), Chương trình hành động số 2 (Can thiệp giảm tác hại), Chương trình hành động số 7 (Quản lý và điều trị STI/STD) và Chương trình hành động số 8 (An toàn truyền máu).

2.1. Chương trình hành động về truyền thông thay đổi hành vi (BCC)

7 – Truyền thông thay đổi hành vi (1)

Đánh giá kiến thức và nhận thức của người dân về HIV/AIDS hiện nay như thế nào?

Truyền thông thay đổi hành vi (BCC) là một biện pháp dự phòng hiệu quả vì nó thúc đẩy và duy trì việc thay đổi làm giảm những hành vi có nguy cơ đối với các cá nhân và cộng đồng, thông qua việc xây dựng những thông điệp có ý nghĩa qua các kênh truyền thông khác nhau.

Các cá nhân và cộng đồng cần phải hiểu được tình hình cấp bách của dịch HIV rồi mới có thể giảm thiểu được những hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV. Họ cần được trang bị những kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, những kỹ năng bảo vệ, được tiếp cận các dịch vụ và sản phẩm phù hợp. Họ cũng cần nhận thức về môi trường hỗ trợ cho việc thay đổi hoặc duy trì những hành vi an toàn.

Một phần kết quả của chương trình BCC là kiến thức về HIV của người dân trong cộng đồng như thế nào.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.1	Tỷ lệ phần trăm những người trong độ tuổi từ 15 đến 24 và từ 25 đến 49 xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong độ tuổi từ 15 đến 49
2.2	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có hành vi nguy cơ cao xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong quần thể nguy cơ cao

8 – Truyền thông thay đổi hành vi (2)

Đánh giá mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS như thế nào?

Kỳ thị và phân biệt đối xử là một thách thức lớn trên thế giới. Những thái độ tiêu cực của xã hội, phân biệt đối xử quá mức hoặc một số chế định pháp luật đối với những hành vi của các quần thể có hành vi nguy cơ cao tạo ra một môi trường tiêu cực khi triển khai các chương trình can thiệp và nỗ lực phòng chống HIV. Kỳ thị và phân biệt đối xử ngăn cản người nhiễm HIV tìm đến các dịch vụ xét nghiệm, chăm sóc và điều trị. Chính vì những thái độ tiêu cực đó mà người có HIV khó có thể tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc y tế để duy trì chất lượng cuộc sống và phòng lây nhiễm HIV sang người thân và cộng đồng.

Chống kỳ thị và phân biệt đối xử là một trong những mục tiêu của Chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Hiện đang có nhiều chương trình và nỗ lực được tiến hành nhằm chống lại việc kỳ thị và phân biệt đối xử. Muốn biết được liệu những thái độ đó có giảm đi hay không, cần xem xét thái độ của người dân trong cộng đồng đối với người nhiễm HIV. Mức độ phân biệt đối xử và kỳ thị liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS là một kết quả của chương trình BCC.

Kỳ thị và phân biệt đối xử tại cơ sở y tế và tại nơi làm việc đối với người nhiễm HIV cũng là chỉ số quan trọng cần được thu thập qua các nghiên cứu đặc biệt. Tuy nhiên chỉ số này sẽ không được đưa vào khuôn khổ những chỉ số TD-ĐG chính của quốc gia.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.3	Tỷ lệ người dân trong độ tuổi 15-49 có thái độ tích cực đối với người có HIV	Đánh giá thái độ của người dân đối với người có HIV

9 – Truyền thông thay đổi hành vi (3)

Đánh giá xu hướng hành vi nguy cơ HIV tăng hay giảm trong quần thể chung, đặc biệt là trong nhóm thanh thiếu niên?

Một chỉ số khác cho thấy hiệu quả của chương trình BCC là chỉ số về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong quần thể chung.

Các kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng dịch HIV thường bắt đầu chậm, sau đó tăng lên nhanh hơn. Quá trình này sẽ mất một thời gian nếu như mỗi người nhiễm HIV chỉ lây cho 1 người. Chính vì vậy, dịch HIV có thể ở mức độ tập trung trong nhiều năm, sau đó tỷ lệ hiện nhiễm tăng lên nhanh chóng. Vì vậy, cần hiểu rõ những hành vi nguy cơ không chỉ ở trong những quần thể có nguy cơ mà còn ở trong quần thể chung và nhóm thanh thiếu niên sao cho có cái nhìn tổng quát về xu hướng dịch HIV trong hiện tại cũng như tương lai.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.4	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ giới trong độ tuổi từ 15 đến 24 và từ 25 đến 49) có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân, không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua	Đánh giá tiến độ trong việc giảm tỷ lệ những người trẻ tuổi trong độ tuổi 15-49 có hành vi nguy cơ cao

10 – Truyền thông thay đổi hành vi (4)

Đánh giá xu hướng hành vi nguy cơ HIV tăng hay giảm trong các quần thể có hành vi nguy cơ?

Đánh giá mức độ hành vi nguy cơ trong các quần thể có nguy cơ cao là một việc rất quan trọng trong bối cảnh dịch tập trung và có tỷ lệ nhiễm thấp. Thông qua việc xác định nguy cơ và dự báo xu hướng nguy cơ, những quốc gia có tỷ lệ hiện nhiễm thấp sẽ có cơ hội “khoanh vùng và giới hạn” dịch được. Các kết quả nghiên cứu cho thấy có 2 yếu tố quan trọng góp phần làm nên một chương trình tốt, đó là: phải xác định được nguy cơ và độ bao phủ của chương trình can thiệp phải đủ rộng. Bằng cách giảm các hành vi nguy cơ trong những quần thể có nguy cơ trong khi tỷ lệ hiện nhiễm còn thấp, đường cong dịch có thể thay đổi được.

Trong số các hành vi có nguy cơ cao của nhóm nguy cơ, cần theo dõi và đánh giá mức độ hành vi tình dục nguy cơ cao của nam giới, mức độ sử dụng bao cao su trong nhóm người bán dâm, mức độ dùng chung bơm kim tiêm trong nhóm nghiện chích ma túy.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.5	Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có quan hệ tình dục với người bán dâm trong 12 tháng qua	Đánh giá tình hình nam giới có hành vi tình dục nguy cơ
2.6a	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm khi quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng
2.6b	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su thường xuyên với khách hàng trong tháng vừa qua	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm khi quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng

2.7	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm có tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm tiêm chích ma túy
2.8	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy có sử dụng chung bơm kim tiêm trong tháng vừa qua	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy có hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm
2.9	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy có quan hệ tình dục không được bảo vệ
2.10	Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới qua đường hậu môn	Đánh giá tiến độ phòng ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới khi có quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ với bạn tình nam giới

2.2. Chương trình can thiệp giảm tác hại

11 – CAN THIỆP GIẢM TÁC HẠI

Đánh giá độ bao phủ của chương trình giảm hại cho các nhóm nguy cơ cao (người nghiện chích ma túy, người bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới) đến đâu?

Chương trình giảm hại đóng một vai trò quan trọng trong các chương trình phòng chống HIV/AIDS. Điều này đã được đề cập ở trong mục 15, điều 2, chương 1 trong Luật Phòng chống HIV/AIDS, được Quốc hội thông qua vào ngày 21 tháng 6 năm 2006, là “*Các chương trình can thiệp giảm hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm truyền thông, 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 giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV*”.

Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2010, tầm nhìn 2020 đã đưa ra chỉ tiêu cần đạt được là 100% người bán dâm sử dụng bao cao su và 100% người nghiện chích ma túy sử dụng bơm kim tiêm sạch. Cùng với những nỗ lực can thiệp khác, việc thực hiện các chương trình cung cấp thông tin và phân phát bao cao su và trao đổi bơm kim tiêm sẽ góp phần làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong các quần thể có nguy cơ cao và các quần thể dân cư khác.

Để hiểu rõ tiến độ thực hiện chương trình can thiệp giảm hại, chúng ta có thể xem xét độ bao phủ của chương trình giảm hại, nhận thức của quần thể có nguy cơ cao về những chương trình này và tiến độ thực hiện chương trình giảm hại.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.11a	Tỷ lệ phần trăm các quận, huyện thực hiện chương trình phân phát, trao đổi bơm kim tiêm	Đánh giá sự sẵn có các dịch vụ giảm hại cho người nghiện chích ma túy
2.11b	Tỷ lệ phần trăm các quận, huyện thực hiện các chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su trong nhóm người bán dâm	Đánh giá sự sẵn có các dịch vụ giảm hại cho người bán dâm
2.12	Số điểm thực hiện các chương trình điều trị thay thế	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại
2.13	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên tuổi từ 15-24 biết được nơi cung cấp/phân phát bao cao su	Đánh giá kiến thức về dự phòng HIV/AIDS
2.14	Tỷ lệ phần trăm quần thể có hành vi nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình giảm hại trong 6 tháng qua	Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình giảm hại dành cho các quần thể nguy cơ cao

2.3. Chương trình phòng ngừa các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI)

12 – DỰ PHÒNG CÁC NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC (1)

**Đánh giá tỷ lệ nhiễm các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục
trong các quần thể đích là bao nhiêu?**

Mối liên hệ dịch tễ học giữa các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và HIV đã được biết đến rất rõ. Luận điểm này cho rằng khi một người có HIV quan hệ tình dục với một người không có HIV mà mắc STI kinh điển thì những STI đó sẽ tạo điều kiện lây nhiễm HIV và sự lây nhiễm đó sẽ tăng lên gấp bội. Xác suất lây nhiễm HIV sẽ tăng từ 2-13 lần nếu có sự có mặt của các STI gây loét. Chính vì vậy, chúng ta cần xem xét tình hình mắc STI trong các quần thể đích, từ đó hiểu rõ hơn tình hình nhiễm HIV và giúp lập kế hoạch cho chương trình dự phòng phù hợp.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.15	Tỷ lệ hiện nhiễm STI trong các quần thể đích	Theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm STIs trong các quần thể đích, kể cả phụ nữ mang thai

13 – DỊCH VỤ CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC (2)

Đánh giá tình hình tiếp cận và chất lượng các dịch vụ chẩn đoán và điều trị STI cho các quần thể nguy cơ cao như thế nào và các dịch vụ đó có đạt tiêu chuẩn hay không?

Kinh nghiệm từ việc thực hiện các chương trình kiểm soát STI cho chúng ta thấy rằng để giảm tỷ lệ nhiễm STI đòi hỏi phải có một chiến lược tổng thể cho cả dự phòng và điều trị. Một điều quan trọng nữa là cần lưu ý đến những đối tượng nào sử dụng các dịch vụ y tế hiện thời và những đối tượng nào thì không sử dụng. Nếu như việc tiếp cận với

những dịch vụ bị hạn chế thì kể cả những dịch vụ có kỹ thuật tiên tiến nhất cũng có rất ít tác động đến tỷ lệ hiện nhiễm STI.

Một cách tiếp cận tốt là cung cấp những dịch vụ có khả năng chấp nhận và dễ dàng tiếp cận, khuyến khích sử dụng những dịch vụ đó, đặc biệt là với những đối tượng có khả năng lây nhiễm và truyền bệnh.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.16	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có hành vi nguy cơ cao tiếp cận được dịch vụ chẩn đoán và điều trị STIs	Đánh giá việc tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán và điều trị STI
2.17	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ giới mắc STIs tại các cơ sở y tế được chẩn đoán, điều trị và tư vấn phù hợp	Đánh giá chất lượng các dịch vụ chẩn đoán, điều trị và tư vấn các STI

2.4. Chương trình an toàn truyền máu

14 – AN TOÀN TRUYỀN MÁU
Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV qua con đường truyền máu ở Việt Nam hiện nay như thế nào?

Hàng năm có hàng triệu người đã được cứu sống nhờ được truyền máu. Tuy nhiên, việc lấy mẫu máu, xét nghiệm máu (hoặc không xét nghiệm) để phòng ngừa các bệnh nhiễm trùng đường máu (như HIV) còn nhiều bất cập. Điều này có nghĩa rằng nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh khác lây truyền qua đường truyền máu vẫn gia tăng ở một số quốc gia. Nếu như có các biện pháp dự phòng kịp thời và hữu hiệu, chúng ta có thể giảm được các trường hợp lây nhiễm đó.

Bộ Y tế đã xây dựng tiêu chuẩn sàng lọc HIV trong công tác an toàn truyền máu. Kết quả chương trình an toàn truyền máu có thể đánh giá bằng cách theo dõi số lượng đơn vị máu truyền được sàng lọc theo đúng tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.18	Tỷ lệ phần trăm các đơn vị máu truyền được sàng lọc HIV đạt đủ tiêu chuẩn của Bộ Y tế trong 12 tháng vừa qua	Đánh giá an toàn trong truyền máu

2.5. Chương trình tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

15 – TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV TỰ NGUYÊN

Đánh giá sự sẵn có, độ bao phủ và việc sử dụng các dịch vụ VCT?

Các kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy có tới 90% các trường hợp nhiễm HIV không biết tình trạng nhiễm của mình. Trong khi đó, nhiều chương trình dự phòng và điều trị HIV yêu cầu người nhiễm HIV cần biết được tình trạng dương tính của họ. Nhiều dịch vụ VCT được xây dựng và thiết lập rộng rãi do tính quan trọng cấp thiết của tư vấn xét nghiệm tự nguyện. VCT cũng giúp cho công tác tư vấn dự phòng và giới thiệu tới các dịch vụ chăm sóc và điều trị. Tuy nhiên, do phần lớn các quốc gia bị ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV cũng là những nước nghèo nhất nên việc thiếu hụt các nguồn lực sẽ dẫn đến các dịch vụ VCT không có sẵn khắp nơi. Chúng ta cần chứng minh được hiệu quả của các dịch vụ VCT, từ đó giúp cho việc lựa chọn ưu tiên và phân bổ nguồn lực cho các dịch vụ này.

Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đã đề ra chỉ tiêu là đến năm 2010, chương trình VCT sẽ được mở rộng đến 100% các tỉnh, thành phố và 50% các quận, huyện. Chiến lược cũng chỉ ra sự cần thiết phải xây dựng mạng lưới xét nghiệm tự nguyện và hệ thống giới thiệu liên kết với hệ thống chăm sóc y tế và các dịch vụ hỗ trợ xã

hội cũng như huy động sự tham gia của khu vực tư nhân vào trong công tác tư vấn và hỗ trợ⁴.

Để trả lời câu hỏi trên, chúng ta cần xem xét số lượng các dịch vụ VCT đạt chuẩn quốc gia và số lượng cũng như tỷ lệ phần trăm những người tiếp cận được các dịch vụ VCT đó.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
2.19	Tỷ lệ phần trăm các quận, huyện cung cấp dịch vụ VCT đạt chuẩn quốc gia	Đánh giá sự sẵn có và độ bao phủ các dịch vụ VCT
2.20	Số lượng người tự nguyện xét nghiệm và nhận được kết quả xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ VCT
2.21	Tỷ lệ phần trăm những người tự nguyện xét nghiệm được tư vấn trước và sau xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm HIV trong 12 tháng vừa qua	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ VCT
2.22	Tỷ lệ phần trăm quần thể có hành vi nguy cơ cao được xét nghiệm HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua	Đánh giá tiến độ thực hiện việc xét nghiệm và tư vấn HIV cho quần thể có nguy cơ cao

⁴ Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 (trang 162).

III. NHÓM 3: CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Nhóm này gồm có chương trình hành động số 3 và 5 (chăm sóc, điều trị và tiếp cận điều trị HIV/AIDS) và chương trình hành động số 6 (PLTMC).

3.1. Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC)

16 – DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ ME SANG CON (1)

Đánh giá mức độ sẵn có và độ bao phủ các dịch vụ dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con đến mức nào?

Lây truyền HIV từ mẹ sang con hiện vẫn là một trong những thách thức lớn trên thế giới, đặc biệt là tại những quốc gia hạn chế về nguồn lực. Những quốc gia này có số người nhiễm HIV chiếm đến hơn 95% tổng số các trường hợp nhiễm HIV trên toàn thế giới. Nếu không có bất kỳ can thiệp nào, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 25%-40%. Con có thể bị nhiễm HIV từ mẹ trong quá trình mẹ mang thai, chuyển dạ, đẻ và khi cho con bú. Với chương trình can thiệp toàn diện, tỷ lệ lây nhiễm có thể giảm xuống dưới 5%.

Chương trình làm giảm lây nhiễm cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bao gồm 4 thành tố: dự phòng nhiễm HIV sơ cấp; dự phòng có thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ có HIV; dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; và chăm sóc, điều trị, hỗ trợ cho mẹ nhiễm HIV cùng với con và gia đình họ⁵.

Nhận thấy tầm quan trọng của việc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS xây dựng chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nằm trong Chương trình Hành động số 6.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

⁵ WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2006

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.1	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các quận/huyện có ít nhất một cơ sở cung cấp gói dịch vụ PLTMC	Đánh giá sự sẵn có các dịch vụ PLTMC

17 – DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON (2)

Đánh giá việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ PLTMC của những người có nhu cầu?

Tính sẵn có và việc sử dụng các dịch vụ PLTMC sẽ phản ánh được liệu những dịch vụ này có đáp ứng được nhu cầu của các quần thể đích hay không.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.2	Số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai được tư vấn, xét nghiệm HIV để PLTMC và nhận được kết quả xét nghiệm	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ PLTMC
3.3	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các trường hợp cả bà mẹ mang thai nhiễm HIV và con của họ được điều trị dự phòng ARV hoàn chỉnh nhằm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con	Đánh giá tiến độ thực hiện công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua điều trị dự phòng ARV

18 – DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON (3)

Đánh giá xem liệu các dịch vụ PLTMC có phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con một cách hiệu quả không?

Để đánh giá hiệu quả các chương trình PLTMC, chúng ta cần xem xét tỷ lệ giảm các trường hợp trẻ em bị lây nhiễm HIV từ các bà mẹ nhiễm HIV.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.4	Tỷ lệ phần trăm trẻ sơ sinh nhiễm HIV bị lây từ bà mẹ nhiễm HIV	Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình PLTMC tiến đến loại bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con

3.2. Chăm sóc và điều trị

Dịch HIV/AIDS đang lan rộng tại Việt Nam và số các trường hợp nhiễm HIV/AIDS đang gia tăng mạnh mẽ. Do đó đã phát sinh ra nhu cầu cấp thiết việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS.

Người nhiễm HIV cũng như gia đình và con họ phải đối mặt với nhiều khó khăn về tinh thần, tâm lý, kinh tế, xã hội và thái độ kỳ thị phân biệt đối xử của cộng đồng. Do đó, nhu cầu chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV tương đối rộng, bao gồm nhu cầu chăm sóc xã hội, chăm sóc y tế. Một chương trình chăm sóc và điều trị toàn diện cần bao gồm các thành tố sau⁶:

- Tư vấn xét nghiệm HIV
- Quản lý lâm sàng:
 - + Điều trị dự phòng, chẩn đoán và điều trị NTCH bao gồm cả lao;
 - + Điều trị ARV;
 - + Hỗ trợ tuân thủ; và
 - + Điều trị triệu chứng, giảm đau và chăm sóc giảm nhẹ;
- Hỗ trợ tinh thần và kinh tế xã hội;
- Dự phòng lây nhiễm HIV;
 - + Khuyến khích tình dục an toàn và sử dụng bao cao su;
 - + Thực hiện các biện pháp giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV;
 - + Thực hiện dự phòng phổ quát;
 - + Cung cấp điều trị dự phòng sau phơi nhiễm nghề nghiệp; và

⁶ Chương trình hành động số 4

- + Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
- Huy động và điều phối các đơn vị liên quan, bao gồm các dịch vụ y tế và dịch vụ tại cộng đồng (Lao, STI, kế hoạch hoá gia đình, bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, dự phòng HIV). Cần huy động và khuyến khích người nhiễm HIV, chính quyền địa phương có liên quan, tổ chức cộng đồng, tổ chức phi chính phủ tham gia vào các hoạt động này.

19 – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (1)

Đánh giá mức độ sẵn có và độ bao phủ của các dịch vụ chăm sóc và điều trị cần thiết đến mức nào?

Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đưa ra Chương trình Hành động số 3 nhằm đáp ứng vấn đề chăm sóc và điều trị cho người có HIV và sẽ được kết hợp vào trong chương trình hành động số 5.

Tại Việt Nam, gói chăm sóc và điều trị không chỉ được cung cấp tại các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế mà còn tại các cơ sở không thuộc Bộ Y tế hoặc tại các trung tâm (05/06, môi trường tạm giam, tạm giữ). Chính vì vậy, khi tìm hiểu xem gói chăm sóc và điều trị có sẵn hay không, chúng ta cũng không nên bỏ qua các cơ sở không thuộc Bộ Y tế.

Thông tin về số cơ sở y tế bị thiếu thuốc tạm thời là rất quan trọng nhằm giúp cho công tác quản lý thuốc tốt hơn. Tuy nhiên, chỉ số này sẽ không nằm trong nhóm chỉ số quốc gia chính.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.5	Tỷ lệ phần trăm các quận, huyện có ít nhất một cơ sở y tế công (thuộc hệ thống Bộ Y tế) cung cấp ART	Đánh giá sự sẵn có các chương trình ART
3.6	Tỷ lệ phần trăm các huyện cung cấp gói điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS hoàn chỉnh theo chuẩn quốc gia	Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn diện HIV/AIDS

3.7	Số trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế cung cấp dịch vụ ART	Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ điều trị ARV tại trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế
-----	--	--

20 – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (2)

Đánh giá việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc và điều trị cần thiết ở những người có nhu cầu?

Tương tự như các chỉ số đánh giá chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, khi các dịch vụ đã được thiết lập, người có nhu cầu cần được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ một cách phù hợp và đầy đủ.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.8	Tỷ lệ phần trăm những người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị bằng liệu pháp ART kết hợp	Đánh giá tiến độ thực hiện cung cấp liệu pháp điều trị kết hợp ART cho tất cả những người nhiễm HIV tiến triển

21 – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (3)

Đánh giá hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc và điều trị trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống, kéo dài sự sống và phòng ngừa kháng thuốc không?

Để đánh giá hiệu quả các chương trình chăm sóc và điều trị, chúng ta cần xem xét chất lượng cuộc sống, thời gian kéo dài đời sống cho các cá nhân trong chương trình. Trong chương trình điều trị HIV, cần đặc biệt chú ý đến vấn đề thất bại trong điều trị do kháng thuốc. Bên cạnh đó, chúng ta cũng cần xem xét đến những dấu hiệu cảnh báo sớm việc kháng thuốc nhằm đưa ra các can thiệp phù hợp. Do đó, một chương trình điều trị hiệu quả là chương trình đảm bảo rằng bệnh nhân sẽ tuân thủ điều trị.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.9	Tiếp tục điều trị theo phác đồ 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi điều trị	Đánh giá việc tiếp tục điều trị theo phác đồ 1 của bệnh nhân
3.10	Tỷ lệ sống vào thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị	Đánh giá tỷ lệ sống

Chú ý: chỉ số về “chất lượng cuộc sống” và cảnh báo sớm về hiện tượng kháng thuốc cần được cân nhắc để đưa vào. Cần lưu ý là số liệu đã được thu thập ở các cơ sở điều trị.

22 – CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (4)

Đánh giá sự phối hợp giữa chương trình phòng chống HIV và phòng chống lao để giảm gánh nặng bệnh tật “kép” hay không?

Theo ước tính nguy cơ mắc lao trong suốt quãng đời của người không nhiễm HIV là khoảng 5-10%, trong khi đó có từ 5-10% người nhiễm HIV mắc lao hàng năm. Ngày càng nhiều bệnh nhân lao tiềm tàng bị phát hiện là nhiễm HIV, và nhiều người trong số họ đã mắc lao tiến triển do HIV làm suy yếu hệ miễn dịch của họ. So với người không nhiễm HIV, nguy cơ tiến triển thành tình trạng lao điển hình ở những người đồng nhiễm HIV và lao tiềm tàng cao gấp 800 lần và nguy cơ lan truyền bệnh cũng cao hơn⁷.

Người nhiễm HIV rất cần được điều trị khi họ mắc lao tiến triển. Từ đó giúp cho việc điều trị cho chính bệnh nhân và dự phòng lây nhiễm sang người khác. Chính vì vậy, các chương trình điều trị lao cần lồng ghép với điều trị HIV và ngược lại. Việc chẩn đoán sớm và điều trị lao cho những người HIV+ và phát hiện HIV+ trên các bệnh nhân lao; điều trị, chăm sóc đầy đủ và kịp thời cho những người đồng nhiễm HIV và lao sẽ phản ánh kết quả chương trình. Do đó, cần có cơ chế theo dõi và cộng tác hiệu quả giữa hai chương trình nhằm chăm sóc, điều trị và hỗ trợ các trường hợp đồng nhiễm HIV và lao.

⁷ CDC. TB and HIV Co-infection. CDC NCHSTP Division of Tuberculosis Elimination. Accessed via link http://www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/TB_HIVcoinfection/default.htm, in June 22, 2006.

Các chỉ số áp dụng bao gồm:

#	CHỈ SỐ	MỤC ĐÍCH
3.11	Tỷ lệ phần trăm người có HIV được điều trị và chăm sóc HIV cũng được sàng lọc các triệu chứng lao (TB/HIV-1, 2)	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm làm giảm tác động của lao đối với những người có HIV

1. Danh mục các chỉ số

NHÓM CHỈ SỐ 1: NÂNG CAO NĂNG LỰC, NGUỒN LỰC, THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
1.1	Đánh giá tình hình xây dựng và triển khai thực hiện các chương trình hành động theo Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS	Thực trạng của 8 chương trình hành động (được soạn thảo, hoàn chỉnh, dự trù kinh phí, có ngân sách, và được triển khai thực hiện)	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu vào Tiến trình
1.2	Đánh giá tiến độ xây dựng và thực thi các chiến lược và chính sách phòng, chống HIV/AIDS cấp quốc gia	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia	2-3 năm một lần	Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan	Trung ương	X	Đầu vào Tiến trình
1.3a	Đánh giá mức độ đáp ứng của các bộ ngành, đoàn thể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm các bộ-ngành và đoàn thể quần chúng có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.	Hàng năm	Bộ Y tế và các bộ ngành, đoàn thể liên quan	Trung ương		Đầu vào Tiến trình
1.3b	Đánh giá mức độ đáp ứng của các tỉnh, thành phố trong công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm các tỉnh, thành phố có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.	Hàng năm	Bộ Y tế, các tỉnh, thành phố	Tỉnh		Đầu vào Tiến trình
1.4a	Đánh giá chi phí từ trung ương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tổng ngân sách cấp trung ương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Hàng năm	Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ KH-ĐT, các viện quốc gia, các cơ quan Liên Hiệp	Trung ương	X	Đầu vào

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
				Quốc, các tổ chức và nhà tài trợ quốc tế			
1.4b	Đánh giá chi phí từ địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tổng ngân sách cấp địa phương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Hàng năm	Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ KH-ĐT, các viện quốc gia, các cơ quan Liên Hiệp Quốc, các tổ chức và nhà tài trợ quốc tế, Sở Tài Chính, Sở Y Tế	Tỉnh		Đầu vào
1.4c	Đánh giá chi phí từ nguồn viện trợ quốc tế cho công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	Hàng năm	Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ KH-ĐT, các cơ quan Liên Hiệp Quốc, các tổ chức và nhà tài trợ quốc tế	Trung ương		Đầu vào
1.4d	Đánh giá chi phí từ khu vực tư nhân cho công tác phòng, chống HIV/AIDS	Tổng chi từ khu vực tư nhân cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt	Trung ương		Đầu vào
1.4e	Đánh giá chi phí người dân tự chi trả cho các hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS	Tổng chi do người dân tự chi trả cho các hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt	Trung ương		Đầu vào
1.4f	Đánh giá chi phí tương quan giữa chương trình dự phòng và chăm sóc điều trị	Tỷ suất chi giữa tất cả các nguồn cho các chương trình dự phòng và các chương	Hàng năm	Nghiên cứu đặc biệt	Trung ương		Đầu vào

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
		trình chăm sóc điều trị					
1.4g	So sánh tổng chi cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam với các quốc gia khác	Chi phí bình quân đầu người cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong một năm	Hàng năm	Bộ Y tế , Bộ Tài chính, Bộ KH-ĐT, các cơ quan Liên Hiệp Quốc, các tổ chức và nhà tài trợ quốc tế	Trung ương		Đầu vào
1.5	Đánh giá cam kết nguồn lực nhân lực từ trung ương đến tuyến cơ sở	Số cán bộ chuyên trách làm việc trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS	Hàng năm	Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan	Trung ương Tỉnh		Đầu vào
1.6	Đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch xây dựng năng lực	Số cán bộ chuyên trách được tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS hàng năm	Hàng năm	Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan	Trung ương Tỉnh		Tiến trình
1.7	Đánh giá tiến độ triển khai giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống tại tất cả các trường	Tỷ lệ các trường có giáo viên được đào tạo và giảng dạy về giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống trong năm học vừa qua	2-3 năm một lần	Bộ Giáo dục Đào tạo	Trung ương	X	Tiến trình
1.8a	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá tuyến trung ương	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia	2-3 năm một lần	Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan	Trung ương	X	Tiến trình
1.8b	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá tuyến tỉnh	Tỷ lệ phần trăm đơn vị Theo dõi và Đánh giá tuyến tỉnh được vận hành	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Tỉnh		Tiến trình
1.9	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV trong các nhóm quần thể	Tỷ lệ hiện nhiễm ước tính trong các quần thể đích	2-3 năm một lần	Bộ Y tế, các tổ chức quốc tế	Trung ương	X	Tác động

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
	đích						
1.10	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV	Tỷ lệ hiện nhiễm (%) HIV ước tính tại Việt Nam (theo tuổi và giới)	2-3 năm một lần	Bộ Y tế, các tổ chức quốc tế	Trung ương	X	Tác động
1.11	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV	Số trường hợp nhiễm HIV, AIDS và tử vong do AIDS (theo tuổi và giới) theo báo cáo	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Tác động

NHÓM CHỈ SỐ 2: DỰ PHÒNG

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
2.1	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong độ tuổi 15-49	Tỷ lệ phần trăm những người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV	2-3 năm một lần	Điều tra dân cư như DHS/VPAIS	Trung ương	X	Kết quả
2.2	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong quần thể nguy cơ cao	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể nguy cơ cao xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS	Trung ương	X	Kết quả
2.3	Đánh giá thái độ của người dân đối với người nhiễm HIV	Tỷ lệ người dân trong độ tuổi 15-49 có thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV	2-3 năm một lần	Điều tra dân cư như DHS/VPAIS	Trung ương		Kết quả
2.4	Đánh giá tiến độ trong việc giảm tỷ lệ những người trẻ tuổi trong độ tuổi 15-49 có hành vi tình dục nguy cơ cao	Tỷ lệ phần trăm người trong độ tuổi 15-24 và 15-49) có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân, không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua	2-3 năm một lần	Điều tra dân cư như DHS/VPAIS và các nghiên cứu đặc biệt	Trung ương	X	Kết quả
2.5	Đánh giá tình hình nam giới có hành vi tình dục nguy cơ	Tỷ lệ phần năm nam giới cho biết có quan hệ tình dục với người bán dâm trong 12 tháng qua	2-3 năm một lần	Điều tra dân cư như DHS/VPAIS	Trung ương		Kết quả

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
2.6a	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm có quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS (nhóm người bán dâm)	Tinh trọng điểm	X	Kết quả
2.6b	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm có quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết luôn luôn sử dụng bao cao su với khách hàng trong tháng vừa qua	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS (nhóm người bán dâm)	Tinh trọng điểm		Kết quả
2.7	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm tiêm chích ma túy	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS (nhóm người bán dâm)	Tinh trọng điểm		Kết quả
2.8	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy có hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy có sử dụng chung bơm kim tiêm trong tháng vừa qua	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS (nhóm NCMT)	Tinh trọng điểm	X	Kết quả
2.9	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy có quan hệ tình dục không được bảo vệ	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS (nhóm NCMT)	Tinh trọng điểm	X	Kết quả
2.10	Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm	Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có sử dụng	2-3 năm	Nghiên cứu đặc biệt	Tinh trọng	X	Kết quả

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
	HIV trong nhóm nam có quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ với bạn tình nam giới	bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới qua đường hậu môn	một lần	như BSS/IBBS (nhóm đồng tính nam)	điểm		
2.11a	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại cho nhóm NCMT	Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện chương trình phân phát và/hoặc trao đổi bơm kim tiêm	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu ra
2.11b	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại cho nhóm người bán dâm	Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện các chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su cho nhóm người bán dâm	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu ra
2.12	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại	Số điểm thực hiện các chương trình điều trị thay thế	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu ra
2.13	Đánh giá kiến thức về dự phòng HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên tuổi từ 15-24 biết được nơi cung cấp/phân phát bao cao su	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt	Trung ương		Đầu ra
2.14	Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình giảm hại dành cho các quần thể nguy cơ cao	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình giảm hại trong 6 tháng qua	2-3 năm một lần	- Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS - Báo cáo định kỳ	Tinh trọng điểm	X	Đầu ra
2.15	Theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm các nhiễm khuẩn qua đường tình dục trong các quần thể đích, bao gồm cả phụ nữ mang thai	Tỷ lệ hiện nhiễm các nhiễm khuẩn qua đường tình dục trong các quần thể đích	Hàng năm- giám sát trọng điểm	- Giám sát trọng điểm STI - IBBS	Trung ương		Kết quả

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
			2-3 năm một lần-IBBS				
2.16	Đánh giá việc tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn qua đường tình dục	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể nguy cơ cao tiếp cận được dịch vụ chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn qua đường tình dục	2-3 năm một lần	- Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS - Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu ra
2.17	Đánh giá chất lượng các dịch vụ chẩn đoán, điều trị và tư vấn các nhiễm khuẩn qua đường tình dục	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ giới mắc các nhiễm khuẩn qua đường tình dục tại các cơ sở y tế được chẩn đoán, điều trị và tư vấn phù hợp	2-3 năm một lần	Nghiên cứu đặc biệt	Trung ương	X	Đầu ra
2.18	Đánh giá an toàn trong truyền máu	Tỷ lệ phần trăm các đơn vị máu được sàng lọc HIV theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế trong 12 tháng qua	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương	X	Đầu ra
2.19	Đánh giá sự sẵn có và độ bao phủ các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện	Tỷ lệ phần trăm các huyện cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện đạt chuẩn quốc gia	2-3 năm một lần	Điều tra chuyên biệt tại các điểm cung cấp/dịch vụ VCT	Trung ương		Đầu ra
2.20	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện	Số lượng người tự nguyện xét nghiệm HIV và nhận được kết quả xét nghiệm trong 12 tháng	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh		Đầu ra

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Loại chỉ số
		qua					
2.21	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện	Tỷ lệ phần trăm những người tự nguyện xét nghiệm, được tư vấn trước và sau xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		Đầu ra
2.22	Đánh giá tiến độ thực hiện việc xét nghiệm và tư vấn HIV cho quần thể có nguy cơ cao	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua	2-3 năm một lần	- Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS - Báo cáo định kỳ	Tinh trọng điểm	X	Đầu ra

NHÓM CHỈ SỐ 3: CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN TỪ MẸ SANG CON (PLTMC)

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Chỉ số ARV chính	Loại chỉ số
3.1	Đánh giá sự sẵn có của các dịch vụ PLTMC	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các huyện có ít nhất một cơ sở cung cấp gói dịch vụ PLTMC	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh		3	Tiến trình
3.2	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ PLTMC	Số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai được tư vấn, xét nghiệm HIV để PLTMC và nhận được kết quả xét nghiệm	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương		4	Đầu ra
3.3	Đánh giá tiến độ thực hiện công tác phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua điều trị dự phòng ARV	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các trường hợp cả mẹ mang thai <u>nhễm</u> HIV và con của họ được điều trị dự phòng ARV hoàn chỉnh nhằm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh	Generalised - 6 HIV-PI 7		Đầu ra
3.4	Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình PLTMC tiến đến loại bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con	Tỷ lệ phần trăm trẻ sơ sinh sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương	Generalised - 17		Tác động

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Chỉ số ARV chính	Loại chỉ số
3.5	Đánh giá sự sẵn có các chương trình ART tại các cơ sở y tế công	Tỷ lệ phần trăm các huyện có ít nhất một cơ sở y tế công (thuộc hệ thống Bộ Y tế) cung cấp ART	Hàng năm (trong khi mở rộng chương trình) Sau đó 2-3 năm một lần	Báo cáo định kỳ Điều tra tại cơ sở y tế	Trung ương			Tiến trình
3.6	Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn diện HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm các huyện cung cấp gói điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS toàn diện theo chuẩn quốc gia	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh		2	Tiến trình
3.7	Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ điều trị ARV tại trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế	Số trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế cung cấp dịch vụ điều trị ARV	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh			Đầu vào
3.8	Đánh giá tiến độ thực hiện cung cấp liệu pháp điều trị phối hợp ARV cho tất cả bệnh nhân AIDS	Tỷ lệ phần trăm những người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị bằng liệu pháp điều trị phối hợp ARV	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương	Generalised - 7 HIV - IT 1	7	Đầu ra

#	Mục đích	Chỉ số	Kỳ thu thập	Nguồn thu thập	Cấp độ cần thu thập	UNGASS	Chỉ số ARV chính	Loại chỉ số
3.9	Đánh giá việc tiếp tục điều trị theo phác đồ bậc 1 của bệnh nhân	Tiếp tục điều trị theo phác đồ bậc 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi điều trị	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh		8	Kết quả
3.10	Đánh giá tỷ lệ sống	Tỷ lệ sống vào thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị	Hàng năm	Báo cáo định kỳ	Trung ương Tỉnh		9	Tác động
3.11	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm làm giảm tác động của lao đối với những người nhiễm HIV	Tỷ lệ phần trăm người có HIV được điều trị và chăm sóc HIV cũng được sàng lọc các triệu chứng lao (TB/HIV-1, 2)	Hàng năm	Đăng ký tư vấn và xét nghiệm HIV (hiệu chỉnh) hoặc đăng ký chăm sóc và điều trị HIV	Trung ương Tỉnh	TB/HIV – 1,2		Đầu ra

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Mô tả chi tiết các chỉ số

NHÓM CHỈ SỐ 1:

NÂNG CAO NĂNG LỰC, NGUỒN LỰC, THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

Chỉ số 1.1 Thực trạng 8 chương trình hành động (được soạn thảo, hoàn chỉnh, dự trù kinh phí, có ngân sách, và được triển khai thực hiện)

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tình hình xây dựng và triển khai thực hiện các chương trình hành động theo Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	Danh mục thực trạng 8 chương trình hành động (được soạn thảo, hoàn chỉnh, dự trù kinh phí, có ngân sách và được triển khai thực hiện).
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Đánh giá thực trạng 8 chương trình hành động bằng cách đánh giá các hoạt động theo danh mục sau đã thực hiện chưa: <ul style="list-style-type: none">- Có dự thảo chương trình hành động- Dự thảo hoàn chỉnh được Bộ Y Tế thông qua- Từng chương trình hành động (trong 8 chương trình hành động) được lên dự trù ngân sách theo chương trình hành động đã được thông qua- Chương trình hành động nhận đủ ngân sách, nhận được một phần ngân sách hoặc không có ngân sách- Triển khai thực hiện 8 chương trình hành động (mô tả vắn tắt chương trình hành động được triển khai như thế nào)

DIỄN GIẢI

Việc thực hiện Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đòi hỏi phải xây dựng và thực thi 8 chương trình hành động. Chỉ số này cho biết tiến độ thực hiện những mốc/công việc chính trong toàn bộ tiến trình.

Chỉ số này chỉ xem xét tiến độ các chương trình hành động với câu trả lời CÓ hoặc KHÔNG hoặc các bước thực hiện. Nó không cho chúng ta biết được chất lượng thực hiện các chương trình hoặc cách thực hiện các chương trình đó.

Bảng 1 Tình hình xây dựng và thực hiện 8 chương trình hành động

Chương trình hành động	Soạn thảo		Hoàn chỉnh		Dự trù kinh phí		Có ngân sách			Thực hiện và tiến độ (3-4 dòng mô tả vắn tắt)
	<i>Có</i>	<i>Không</i>	<i>Có</i>	<i>Không</i>	<i>Có</i>	<i>Không</i>	<i>Đủ</i>	<i>Một phần</i>	<i>Không có ngân sách</i>	
1. Thông tin – giáo dục - truyền thông thay đổi hành vi										
2. Can thiệp giảm hại										
4. Giám sát, theo dõi và đánh giá										
5. Chăm sóc, điều trị và tiếp cận điều trị HIV/AIDS										
6. Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con										
7. Điều trị và quản lý các bệnh STIs										
8. An toàn truyền máu										
9. Nâng cao năng lực và tăng cường hợp tác quốc tế										

Chỉ số 1.2 Chỉ số hợp phần chính sách quốc gia

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ xây dựng và thực hiện các chiến lược và chính sách phòng, chống HIV/AIDS cấp quốc gia.
CÔNG THỨC TÍNH	Bộ Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia ước tính khối lượng công việc của các cơ quan chính phủ, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức quốc tế đối với các chương trình quốc gia phòng, chống HIV/AIDS. Chỉ số này đánh giá mức độ các hoạt động đầu vào và đầu ra chương trình, và cung cấp số liệu bổ sung cho kết quả chương trình.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần hoặc theo yêu cầu của UNGASS
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Bảng hỏi đánh giá quốc gia ⁸
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	<p>Bộ Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia xem xét nhiều lĩnh vực của chính sách và chia thành hai phần chính</p> <p>Phần A do các cơ quan Chính phủ cung cấp thông tin</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kế hoạch chiến lược2. Hỗ trợ chính trị3. Dự phòng4. Chăm sóc và điều trị5. Theo dõi và đánh giá <p>Phần B do đại diện các cơ quan đối tác chính của chính phủ, bao gồm các tổ chức phi chính phủ, cơ quan viện trợ song phương và các tổ chức thuộc hệ thống Liên Hợp Quốc</p> <ol style="list-style-type: none">1. Quyền con người2. Sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự3. Dự phòng

⁸ UNAIDS (2005). Xem Hướng dẫn Xây dựng Bộ Chỉ số chính Quốc gia của UNGASS: Chỉ số Hợp phần Quốc gia. Trang 80-102.

4. Chăm sóc và điều trị

Có nhiều chỉ số chính sách cụ thể áp dụng cho mỗi khu vực chính sách trên (Xem Hướng dẫn Xây dựng Bộ Chỉ số chính Quốc gia của UNGASS)

DIỄN GIẢI

Việc trả lời những vấn đề phức tạp như chính sách chỉ bằng những câu trả lời CÓ hoặc KHÔNG hoặc con số sẽ đơn giản hoá sự phức tạp của vấn đề đi. Tuy nhiên, chỉ số này chỉ cho phép chúng ta so sánh tiến độ hoạt động giữa các thời điểm và tìm ra những lĩnh vực/vấn đề cần tập trung và tăng cường.

Chỉ số này có thể so sánh tiến độ hoạt động giữa các thời điểm và giữa các quốc gia khác nhau. Tuy nhiên khó có thể biết được các tình huống phức tạp của từng quốc gia và những vấn đề đặc thù mà các quốc gia đó gặp phải.

Chỉ số 1.3a Tỷ lệ phần trăm các bộ ngành, đoàn thể quần chúng có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá mức độ đáp ứng của các bộ ngành, đoàn thể trong công tác phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số bộ, ngành và đoàn thể trả lời CÓ đối với các câu hỏi 1, 2 và 3 (xem phần đánh giá) MẪU SỐ Số bộ, ngành, và các cơ quan đoàn thể
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Đánh giá đặc biệt do Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y Tế tiến hành
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này được xây dựng dựa theo phần trả lời bộ câu hỏi đề xuất dưới đây: (1) Bộ, ngành/đoàn thể có kế hoạch hoạt động phòng, chống HIV/AIDS hàng năm không? (2) a) Bộ, ngành/đoàn thể có ngân sách cụ thể cho công tác phòng, chống HIV/AIDS không? b) Nếu CÓ, từ nguồn nào: Trung ương phân bổ? Ngân sách của bộ, ngành/đoàn thể? (3) Năm vừa qua, bộ, ngành/đoàn thể có báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS cuối năm không? Xem bảng 2 để biết thêm chi tiết
DIỄN GIẢI	Một chương trình can thiệp phòng, chống HIV/AIDS thành công đòi hỏi phải có sự tham gia của nhiều cơ quan, đoàn thể khác nhau. Để có thể tiến hành thành công can thiệp ngoài ngành y tế, các bộ, ngành và đoàn thể quần chúng cần xây dựng kế hoạch hành động, có ngân sách

và báo cáo hàng năm. Kế hoạch hoạt động cũng là cơ sở cho việc xây dựng toàn bộ hệ thống theo dõi và đánh giá.

Ngân sách có được từ 2 nguồn chính: phân bổ từ trung ương và ngân sách từ chính ngân sách của các bộ, ngành, đoàn thể.

Báo cáo hàng năm cần cung cấp thông tin nói rõ các hoạt động có được tiến hành đầy đủ hay không.

Chỉ số này không đề cập đến nội dung các kế hoạch hoạt động hoặc không nêu rõ bản chất những chỉ tiêu có liên quan. Một số kế hoạch có thể không hoàn chỉnh, thậm chí không thực tế, và chỉ số này không đề cập đến vấn đề chất lượng. Ngoài ra, chỉ số này cũng không cho chúng ta biết ngân sách đó là bao nhiêu và chất lượng các báo cáo hàng năm ra sao.

Bảng 2 Đáp ứng phòng chống HIV/AIDS từ các bộ, ngành và đoàn thể quần chúng

	Bộ, ngành/đoàn thể quần chúng	Kế hoạch hành động hàng năm		Ngân sách				Báo cáo hàng năm	
				Trung ương phân bổ		Ngân sách từ bộ, ngành/đoàn thể			
		Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1	Bộ Y Tế								
2	Bộ LĐ-TB-XH								
3	Bộ Giáo dục-Đào tạo								
4	Bộ Công an								
5	Bộ Giao thông-Vận tải								
6	Bộ Văn hoá-Thông tin								
7	Bộ Kế hoạch-Đầu tư								
8	Bộ Tài chính								
9	Hội LHPN Việt Nam								
10	Trung Ương Đoàn TNCS Hồ Chí Minh								
11	Đài Truyền hình Việt Nam								
12	Mặt trận Tổ quốc Việt Nam								
13	Ủy ban Khoa học-Giáo dục-Công nghệ (Quốc Hội)								
14	Hội Nông dân Việt Nam								
15	Ủy ban Các vấn đề xã hội (Quốc Hội)								

16	Bộ xây dựng								
17	VCCI								
18	Bộ công nghiệp								
19	Bộ Quốc phòng								

Chỉ số 1.3b Tỷ lệ phần trăm các tỉnh có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá mức độ đáp ứng của các tỉnh, thành phố trong công tác phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số tỉnh trả lời CÓ đối với các 3 câu hỏi dưới đây (xem phần Đánh giá)
	MẪU SỐ Tổng số tỉnh
PHẠM VI THU THẬP	Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Đánh giá đặc biệt ở từng tỉnh/thành phố và được Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y Tế tổng hợp
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này được xây dựng dựa theo phần trả lời bộ câu hỏi đề xuất dưới đây: <ol style="list-style-type: none">1. Tỉnh có kế hoạch hoạt động phòng, chống HIV/AIDS không?2. Bên cạnh ngân sách được phân bổ từ trung ương, tỉnh có ngân sách cụ thể cho công tác phòng, chống HIV/AIDS không?3. Năm vừa qua, tỉnh có báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS cuối năm không? Xem bảng 3 để biết thêm chi tiết
DIỄN GIẢI	Để có thể tiến hành thành công can thiệp, tỉnh cần xây dựng kế hoạch hành động, có ngân sách và báo cáo hàng năm. Một phần quan trọng không kém là việc chuẩn bị kế hoạch, trong đó có đề cập tới mục đích và chi phí. Kế hoạch hoạt động cũng là cơ sở cho việc xây dựng toàn bộ hệ thống theo dõi và đánh giá. Ngân sách có được từ 2 nguồn chính: phân bổ từ trung ương và ngân sách từ chính tỉnh và thành phố đó. Báo cáo hàng năm cần cung cấp thông tin nói rõ các hoạt động có được

tiến hành đầy đủ hay không.

Chỉ số này không đề cập đến nội dung các kế hoạch hoạt động, hoặc không nêu rõ bản chất những chỉ tiêu có liên quan. Một số kế hoạch có thể không hoàn chỉnh, thậm chí không thực tế, và chỉ số này không đề cập đến vấn đề chất lượng. Ngoài ra, chỉ số này cũng không cho chúng ta biết ngân sách đó là bao nhiêu và chất lượng các báo cáo hàng năm ra sao.

Bảng 3 Đáp ứng của tỉnh và thành phố trong công tác phòng, chống HIV/AIDS

	Tỉnh/thành phố	Kế hoạch thực hiện		Ngân sách từ tỉnh/thành phố		Báo cáo hàng năm	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
	Tây Bắc						
1	Sơn La						
2	Lai Châu						
3	Điện Biên						
4	Hòa Bình						
	Đông Bắc						
5	Hà Giang						
6	Cao Bằng						
7	Lào Cai						
8	Bắc Kạn						
9	Lạng Sơn						
10	Tuyên Quang						
11	Yên Bái						
12	Thái Nguyên						
13	Phú Thọ						
14	Vĩnh Phúc						
15	Bắc Giang						
16	Bắc Ninh						
17	Quảng Ninh						

	Tỉnh/thành phố	Kế hoạch thực hiện		Ngân sách từ tỉnh/thành phố		Báo cáo hàng năm	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
	Đồng bằng sông Hồng						
18	Hà Nội						
19	Hải Phòng						
20	Hà Tây						
21	Hải Dương						
22	Hưng Yên						
23	Hà Nam						
24	Nam Định						
25	Thái Bình						
26	Ninh Bình						
	Trung bắc bộ						
27	Thanh Hóa						
28	Nghệ An						
29	Hà Tĩnh						
30	Quảng Bình						
31	Quảng Trị						
32	Thừa Thiên-Huế						
	Ven biển trung Nam bộ						

	Tỉnh/thành phố	Kế hoạch thực hiện		Ngân sách từ tỉnh/thành phố		Báo cáo hàng năm	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
33	Đà Nẵng						
34	Quảng Nam						
35	Quảng Ngãi						
36	Bình Định						
37	Phú Yên						
38	Khánh Hòa						
	Tây Nguyên						
39	Kôn Tum						
40	Gia Lai						
41	Dăk Lăk						
42	Dăk Nông						
	Đông bắc Nam						
43	TP Hồ Chí Minh						
44	Lâm Đồng						
45	Ninh Thuận						
46	Bình Phước						
47	Tây Ninh						
48	Bình Dương						
49	Đồng Nai						

	Tỉnh/thành phố	Kế hoạch thực hiện		Ngân sách từ tỉnh/thành phố		Báo cáo hàng năm	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
50	Bình Thuận						
51	Bà Rịa-Vũng Tàu						
	Đồng bằng sông Mê Kông						
52	Long An						
53	Đồng Tháp						
54	An Giang						
55	Tiền Giang						
56	Vĩnh Long						
57	Bến Tre						
58	Kiên Giang						
59	Cần Thơ						
60	Hậu Giang						
61	Trà Vinh						
62	Sóc Trăng						
63	Bạc Liêu						
64	Cà Mau						

Chỉ số 1.4a Tổng ngân sách cấp Trung ương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chi phí từ Trung ương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	Tổng chi phí có thể phân ra 2 nhóm chính: <ul style="list-style-type: none">• Chi thường xuyên (lương, chi phí hành chính, chi phí hoạt động,...)• Chi cố định (Đất đai, nhà cửa, các trang thiết bị y tế chính, nhà xưởng và trang thiết bị khác, các khoản chi liên quan đến tài sản vô hình, và các khoản chi khác)
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Đánh giá tài khoản phụ quốc gia cho chương trình HIV/AIDS từ các báo cáo, tài liệu ở: <ul style="list-style-type: none">• Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Y Tế theo các khoản phân bổ cho chương trình• Các báo cáo tài chính từ các bộ ngành có liên quan
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Đánh giá tài khoản phụ quốc gia chương trình HIV/AIDS để thu thập thông chi cho chỉ số này. Thông tin thu thập sẽ được điền vào ô thích hợp trong bảng 4. Các thông tin thu thập cần chia theo 8 chương trình hành động
DIỄN GIẢI	Các thông tin thu thập từ chỉ số 1.4a-1.4e cho phép chúng ta xác định: “AI CHI TRẢ VÀ TRẢ BAO NHIÊU TIỀN” Chỉ số này không cho chúng ta biết được ngân sách được sử dụng như thế nào. Nó cũng không cho chúng ta biết liệu chương trình phòng, chống HIV/AIDS có được ưu tiên hay không khi so sánh mức độ chi tiêu của chính phủ cho các chương trình khác.

Chỉ số 1.4b Tổng ngân sách cấp địa phương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chi phí từ địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	<p>Tổng chi phí có thể phân ra 2 nhóm chính:</p> <ul style="list-style-type: none">• Chi thường xuyên (lương, chi phí hành chính, chi phí hoạt động...)• Chi cố định (Đất đai, nhà cửa, các trang thiết bị y tế chính, nhà xưởng và trang thiết bị khác, các khoản chi liên quan đến tài sản vô hình và các khoản chi khác)
PHẠM VI THU THẬP	Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	<p>Đánh giá tài khoản phụ quốc gia chương trình HIV/AIDS từ các báo cáo, tài liệu ở:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sở Tài chính, Sở Y Tế theo các khoản phân bổ cho chương trình• Các báo cáo tài chính của tỉnh <p>Các thông tin thu thập cần chia theo 8 chương trình hành động</p>
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	<p>Đánh giá tài khoản phụ quốc gia chương trình HIV/AIDS để thu thập thông chi cho chỉ số này.</p> <p>Thông tin thu thập sẽ được điền vào ô thích hợp trong bảng 4.</p>
DIỄN GIẢI	<p>Các thông tin thu thập từ chỉ số 1.4a-1.4e cho phép chúng ta xác định: “AI CHI TRẢ VÀ TRẢ BAO NHIÊU TIỀN”</p> <p>Chỉ số này không cho chúng ta biết được ngân sách được sử dụng như thế nào. Nó cũng không cho chúng ta biết liệu chương trình phòng, chống HIV/AIDS có được ưu tiên hay không khi so sánh mức độ chi tiêu của địa phương cho các chương trình khác.</p>

Chỉ số 1.4c Tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	Tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế (ODA, NGO, INGO) cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Xem xét toàn bộ tài liệu báo cáo theo biểu mẫu chuẩn từ: <ul style="list-style-type: none">• Các nhà tài trợ và cơ quan Liên Hiệp Quốc• Bộ Y Tế, Bộ KH-ĐT, Bộ Tài chính Các thông tin thu thập cần chia theo 8 chương trình hành động
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Sử dụng những thông tin thu thập được từ các tài liệu trên để trả lời chỉ số này. Thông tin thu thập sẽ được điền vào ô thích hợp trong bảng 4. Cần phân biệt giữa khoản vay và khoản tài trợ
DIỄN GIẢI	Các thông tin thu thập từ chỉ số 1.4a-1.4e cho phép chúng ta xác định: “AI CHI TRẢ VÀ TRẢ BAO NHIÊU TIỀN” Đòi hỏi có sự phối kết hợp với các nhà tài trợ trong khi báo cáo. Chỉ số này không cho chúng ta biết được mỗi nhà tài trợ đầu tư bao nhiêu tiền, vì vậy không thể so sánh được giữa số tiền <i>cam kết</i> và số tiền <i>đã chi tiêu</i> . Chỉ số này không cho chúng ta biết ngân sách được chi tiêu trên thực tế như thế nào, hoặc chất lượng thực thi chương trình như thế nào. Thông tin thu được từ chỉ số này cũng không theo dõi được thời gian tài trợ, hay kế hoạch tài trợ có tác động như thế nào đến việc thực thi chương trình trong tương lai.

**Chỉ số 1.4d Tổng chi từ khu vực tư nhân cho các chương trình phòng, chống HIV
[CÂN NHẮC ĐỂ LỰA CHỌN]**

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chi phí từ khu vực tư nhân cho công tác phòng, chống HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	Chi từ khu vực tư nhân gồm tất cả các khoản chi từ các doanh nghiệp, công ty, tập đoàn tư nhân.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra đặc biệt của Tổng cục Thống kê
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Điều tra đặc biệt do Tổng cục Thống kê tiến hành Các thông tin thu thập cần chia theo 8 chương trình hành động
DIỄN GIẢI	Các thông tin thu thập từ chỉ số 1.4a-1.4e cho phép chúng ta xác định: “AI CHI TRẢ VÀ TRẢ BAO NHIÊU TIỀN” Thông tin thu thập sẽ được điền vào ô thích hợp trong bảng 4. Rất khó có thể lấy được thông tin chính xác. Chỉ số này không cho chúng ta biết được ngân sách được chi tiêu, sử dụng như thế nào.

Chỉ số 1.4e Tổng chi do người dân tự chi trả cho các hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chi phí tự chi trả cho các chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	Tổng chi hàng tháng các gia đình, cá nhân chi trả cho dịch vụ chăm sóc và điều trị cho một người có HIV
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	<p>Điều tra đặc biệt như điều tra hộ gia đình có thể sử dụng để thu thập thông tin cho chỉ số này.</p> <p>Thông tin thu thập sẽ được điền vào ô thích hợp trong bảng 4.</p> <p>Các thông tin thu thập cần chia theo 8 chương trình hành động</p>
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Điều tra chuyên biệt (Xem Báo cáo về tác động của HIV/AIDS lên những nguy cơ tổn thương và nghèo đói hộ gia đình tại Việt Nam, Futures Group, tháng 9 năm 2004 để có thêm thông tin về phương pháp ⁹)
DIỄN GIẢI	<p>Các thông tin thu thập từ chỉ số 1.4a-1.4e cho phép chúng ta xác định: “AI CHI TRẢ VÀ TRẢ BAO NHIÊU TIỀN”</p> <p>Mối liên hệ giữa HIV và nghèo đói khá gần gũi. Cần lưu ý đến “bẫy nghèo đói” xảy ra khi một gia đình chỉ ở trên ngưỡng nghèo đói sẽ rơi xuống dưới ngưỡng nghèo đói (hoặc từ bậc 3 rơi xuống bậc 4) khi có một biến cố hoặc sự kiện y tế xảy ra do hậu quả hay tác động của HIV/AIDS. Chỉ số này đặc biệt quan trọng tại Việt Nam khi 70% tổng chi cho y tế là do người dân tự bỏ tiền ra chi trả.</p> <p>Chỉ số này rất khó ước tính. Người có HIV thường là những người đã ở trong chương trình can thiệp, vì vậy ước lượng chi phí tự trả có khả năng bị đánh giá thấp.</p>

⁹ Futures Group. Báo cáo về tác động của HIV/AIDS lên những nguy cơ tổn thương và nghèo đói hộ gia đình tại Việt Nam, Futures Group, tháng 9 năm 2004

Chỉ số 1.4f - Tỷ suất chi giữa tất cả các nguồn cho chương trình dự phòng và chương trình chăm sóc, điều trị

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chi phí tương quan giữa chương trình dự phòng và chăm sóc điều trị
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Tổng chi từ các nguồn cho chương trình dự phòng MẪU SỐ Tổng chi từ các nguồn cho chương trình can thiệp
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra chuyên biệt. Tổng chi từ tất cả các nguồn trong bảng 4 được tính để sử dụng cho chỉ số này.
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Xem Báo cáo về tác động của HIV/AIDS lên những nguy cơ tổn thương và nghèo đói hộ gia đình tại Việt Nam, Futures Group, tháng 9 năm 2004 để có thêm thông tin về phương pháp
DIỄN GIẢI	<p>Tỷ suất chi giữa chương trình dự phòng và chương trình chăm sóc-điều trị sẽ cho chúng ta biết sự cân đối trong quá trình phân bổ ngân sách chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Trên thực tế, đầu tư cho dự phòng sẽ giảm các trường hợp nhiễm HIV/AIDS nhiều hơn là đầu tư cho chăm sóc và điều trị.</p> <p>Chỉ số này rất khó ước tính. Những người nhiễm HIV thường là những người đã ở trong chương trình can thiệp, vì vậy nguy cơ đánh giá thấp chi phí tự trả là rất cao.</p>

Chỉ số 1.4g – Chi phí bình quân đầu người cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong một năm

MỤC ĐÍCH	So sánh tổng chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam với các quốc gia khác
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Tổng chi từ tất cả các nguồn cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS MẪU SỐ Tổng số dân trong năm
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Không áp dụng
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Điều tra đặc biệt Xem bảng 4 để có thêm chi tiết
DIỄN GIẢI	Chỉ số này cho phép so sánh chi tiêu cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam và các quốc gia khác. Tổng chi phí phụ thuộc vào chất lượng số liệu của tất cả các chỉ số 1.4 khác

Bảng 4 Chi tiêu từ các nguồn cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS

Chương trình hành động	Chính phủ					Nguồn từ bên ngoài					Khu vực tư nhân	Tổng
	Bộ Tài Chính	Bộ LĐ-TB-XH	Bộ Công An	Bộ GD-ĐT	Các bộ khác	Sở Y Tế tỉnh/thành phố	Sở Tài Chính tỉnh/thành phố	Hỗ trợ phát triển chính thức		Phi chính phủ quốc tế		
								Tài trợ	Khoản vay			
1. Truyền thông thay đổi hành vi												
2. Giảm hại												
4. Giám sát, theo dõi và đánh giá												
5. Chăm sóc và điều trị, tiếp cận điều trị HIV/AIDS												
6. Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con												
7. Quản lý và điều trị STI												
8. An toàn truyền máu												
9. Nâng cao năng lực và tăng cường hợp tác quốc tế												
TỔNG												

Chỉ số 1.5 - Số cán bộ chuyên trách làm việc trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS

Tính toàn bộ số lượng cán bộ nhà nước các cấp (trừ cấp xã)

MỤC ĐÍCH	Đánh giá cam kết nguồn lực nhân lực từ trung ương đến tuyến cơ sở
CÔNG THỨC TÍNH	Số cán bộ chuyên trách làm việc trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia và tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Báo cáo chương trình và cáo cáo từ tỉnh
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	<p>Cán bộ chuyên trách là những người được hưởng lương từ chương trình. Có thể chia nhóm cán bộ chuyên trách theo ba nhóm:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nhân viên, cán bộ bệnh viên- Cán bộ tại các cơ quan, tổ chức điều hành như Ban chỉ đạo phòng chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy mại dâm tỉnh, Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS (không ở bộ phận điều trị hoặc các chương trình cộng đồng...)- Nhóm khác
DIỄN GIẢI	<p>Số lượng nhân viên, cán bộ làm việc trong các chương trình phòng, chống HIV/AIDS thể hiện sự cam kết của chính phủ đảm bảo rằng các chương trình can thiệp có đầy đủ hỗ trợ. Tất cả các hoạt động đều đòi hỏi có đầy đủ nhân sự để hoàn tất các hoạt động phù hợp, đặc biệt là duy trì hoạt động ở mức độ cao.</p> <p>Chỉ số này đưa thêm bằng chứng sự cam kết của chính phủ và các cơ quan khác để ứng phó với dịch HIV/AIDS. Chuỗi logic các hoạt động sẽ là: cam kết chính trị, phân bổ ngân sách và tiếp đến là nguồn</p>

nhân lực. Ba bước này cần được tiến hành đồng thời với nhau.

Chỉ số này không đánh giá được những loại chương trình thực tế hoặc chất lượng công việc hoàn thành. Mặc dù là chỉ số đánh giá cam kết phòng, chống HIV/AIDS nhưng nó không thực sự đánh giá đầy đủ được cam kết đó.

Chỉ số 1.6 - Số cán bộ chuyên trách được tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS hàng năm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch xây dựng năng lực
CÔNG THỨC TÍNH	Số cán bộ chuyên trách được tập huấn hàng năm
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia và tỉnh/thành phố
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Hệ thống báo cáo quốc gia và biểu mẫu báo cáo từ các cơ quan quốc tế
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	<p>Có nhiều loại đào tạo cho cán bộ phòng, chống HIV/AIDS hàng năm. Do không phải tất cả các loại hình đào tạo đều có thể đánh giá được nên chúng ta chỉ tập trung vào các loại hình đào tạo sau:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lập kế hoạch và quản lý- Các vấn đề chuyên môn như: điều trị nhiễm trùng cơ hội, ARV, giảm tác hại, chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV, PLTMC, STI, an toàn truyền máu...
DIỄN GIẢI	<p>Chỉ số này sẽ cho chúng ta biết tiến độ thực hiện kế hoạch xây dựng năng lực hàng năm.</p> <p>Chỉ số này không cho chúng ta biết liệu các khoá đào tạo này có được diễn ra đầy đủ và chất lượng của chúng như thế nào.</p> <p>Chỉ số này không cho chúng ta biết liệu số nhân viên đã đủ để đáp ứng có hiệu quả hay không</p>

Chỉ số 1.7 - Tỷ lệ các trường có giáo viên được đào tạo và giảng dạy về giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống trong năm học vừa qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ triển khai giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống tại tất cả các trường
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số trường có nhân viên được đào tạo và thường xuyên giảng dạy về giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống. MẪU SỐ Số trường điều tra Các điểm chỉ số cần thiết cho tất cả các trường và riêng mỗi trường tiểu học và trung học theo tính chất trường công lập hay ngoài công lập và theo địa điểm tại khu vực thành thị/nông thôn. Cần coi các trường đạo như là các trường tư thục. Nếu trường có cả hai bậc tiểu học và trung học, cần thu thập và báo cáo các thông tin riêng biệt theo các bậc giáo dục.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra đặc biệt

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP

Các hiệu trưởng đại diện các trường cấp quốc gia (bao gồm cả các trường công lập và tư thục) được giới thiệu vấn đề về giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng cuộc sống và sau đó được hỏi các câu hỏi sau

1. Có phải trường của bạn có ít nhất 1 giáo viên đạt tiêu chuẩn đã được đào tạo về giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống trong 5 năm vừa qua?

2. *Nếu câu 1 trả lời là “đúng”*: Giáo viên này đã giảng dạy về giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống thường xuyên cho mỗi cấp học tại trường của bạn trong suốt năm học vừa qua chưa?

Thời gian cho các khoá đào tạo giáo viên này cần đủ để áp dụng phương pháp cùng tham gia nhằm phát triển kiến thức, thái độ tích cực, và các kỹ năng (như kỹ năng giao tiếp, đàm phán, ra quyết định và thực hiện các chiến lược) có thể hỗ trợ thanh niên duy trì lối sống an toàn. Khi có thể, đào tạo giáo viên cần được thực hiện theo các hướng dẫn mới nhất của UNICEF, có thể tìm tại

http://www.unicef.org/lifeskills/index_documents.html.

Để tính toán chỉ số này, cần ít nhất 30 giờ học một năm cho mỗi cấp học nếu giáo dục HIV dựa trên kỹ năng sống đủ điều kiện là môn học thu phí. Tuy nhiên, các quốc gia có thể điều chỉnh con số này dựa theo thực tế của mình.

DIỄN GIẢI

Giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống trong các năm học đầu tiên ở trường tiểu học, sau đó tiếp tục trong suốt quá trình học tiếp theo với nội dung và phương pháp phù hợp theo lứa tuổi và kinh nghiệm của học sinh là rất quan trọng. Nếu các trường có cả 2 cấp học là tiểu học và trung học, cần có ít nhất 1 giáo viên được đào tạo về giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống theo mỗi cấp này.

- Chỉ số sẽ cung cấp các thông tin hữu hiệu về xu hướng thực hiện giáo dục HIV dựa trên các kỹ năng sống tại các trường. Tuy nhiên, các biến số chủ yếu tại các cấp học cần được xem xét kỹ khi giải thích (hay so sánh giữa các nước với nhau) chỉ số này.

Do đó, học phí tại các trường tiểu học và trung học trong năm gần đây cần bao gồm cả chi phí hỗ trợ thông tin để cung cấp cho chỉ số này.

- Các chiến lược tổng thể về nhu cầu của thanh niên ngoài thời gian tại

trường là đặc biệt quan trọng tại các quốc gia có học phí thấp

- Chỉ số này có thể đo lường độ bao phủ của chương trình. Chất lượng giáo dục có thể khác nhau giữa các quốc gia và theo thời gian.

Chỉ số 1.8a - Chỉ số hợp phần chính sách quốc gia

MỤC ĐÍCH	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá
CÔNG THỨC TÍNH	Bộ Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia ước tính khối lượng công việc của các cơ quan chính phủ, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức quốc tế đối với các chương trình quốc gia phòng, chống HIV/AIDS. Chỉ số này đánh giá mức độ các hoạt động đầu vào và đầu ra chương trình, và cung cấp số liệu bổ sung cho kết quả chương trình.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần hoặc theo yêu cầu của UNGASS
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Bảng hỏi đánh giá quốc gia ¹⁰
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Bộ Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia xem xét nhiều lĩnh vực của chính sách, trong đó có phần đánh giá về hệ thống Theo dõi Đánh giá Phần A do các cơ quan Chính phủ cung cấp thông tin 5. Theo dõi và đánh giá (Xem Hướng dẫn Xây dựng Bộ Chỉ số chính Quốc gia của UNGASS)
DIỄN GIẢI	Hệ thống theo dõi-đánh giá vận hành tốt là một yếu tố quan trọng đảm bảo đáp ứng có hiệu quả đối với dịch HIV. Hệ thống theo dõi-đánh giá cần vận hành tốt cả ở cấp độ quốc gia để đáp ứng được điều đó. Do chỉ số này có thể so sánh tiến độ hoạt động giữa các thời điểm và giữa các quốc gia khác nhau nên khó có thể biết được các tình huống phức tạp của từng quốc gia và những vấn đề đặc thù mà các quốc gia đó gặp phải.

¹⁰ UNAIDS (2005). Xem Hướng dẫn Xây dựng Bộ Chỉ số chính Quốc gia của UNGASS: Chỉ số Hợp phần Quốc gia. Trang 80-102.

Chỉ số 1.8b Tỷ lệ phần trăm đơn vị theo dõi và đánh giá tuyến tính vận hành

MỤC ĐÍCH	Đánh giá những yêu cầu cơ bản của hệ thống Theo dõi và Đánh giá
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số tỉnh có 75% câu trả lời CÓ những câu hỏi dưới đây MẪU SỐ Tổng số tỉnh
PHẠM VI THU THẬP	Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo của VAAC tại tuyến Trung ương (xem bảng 5)
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Trong bảng hỏi hệ thống theo dõi quốc gia, kiểm tra: - Đơn vị chịu trách nhiệm theo dõi-đánh giá - Ngân sách được phân bổ - Có ngân sách cho theo dõi-đánh giá - Tại cấp quốc gia, kiểm tra thêm tỉnh phố có báo cáo đúng hạn không.
	Xem bảng 5 để biết thêm chi tiết
DIỄN GIẢI	Hệ thống theo dõi-đánh giá vận hành tốt là một yếu tố quan trọng đảm bảo đáp ứng có hiệu quả đối với dịch HIV. Hệ thống theo dõi-đánh giá cần vận hành tốt cả ở cấp độ tỉnh để đáp ứng được điều đó. Ở cấp tỉnh/thành phố cần phải có cơ quan đầu mối phụ trách TD-ĐG, có kế hoạch và ngân sách. Một điều quan trọng nữa là hệ thống TD-ĐG quốc gia còn phải dựa vào các báo cáo đúng hạn từ tỉnh. Câu trả lời CÓ và KHÔNG chỉ đưa ra hình ảnh khái quát về tình hình hệ thống TD-ĐG ở cấp tỉnh và thành phố, không đề cập được các vấn đề phức tạp khác được. Chỉ số này chỉ nói cho chúng ta biết được có đơn vị TD-ĐG hay không, nó không cho chúng ta biết các đơn vị đó hoạt động có tốt hay không?

Bảng 5. Hoạt động của đơn vị TD-ĐG tuyến tỉnh

	Tỉnh/thành phố	Đơn vị đầu mối			Ngân sách được phân bổ		Kế hoạch TD-ĐG		Báo cáo đúng hạn	
		Đúng	Không	Nếu có, bao nhiêu	Đúng	Không	Đúng	Không	Đúng	Không
	Tây Bắc									
1	Sơn La									
2	Lai Châu									
3	Điện Biên									
4	Hòa Bình									
	Đông Bắc									
5	Hà Giang									
6	Cao Bằng									
7	Lào Cai									
8	Bắc Kạn									
9	Lạng Sơn									
10	Tuyên Quang									
11	Yên Bái									
12	Thái Nguyên									
13	Phú Thọ									
14	Vĩnh Phúc									
15	Bắc Giang									
16	Bắc Ninh									
17	Quảng Ninh									
	Đồng bằng sông Hồng									
18	Hà Nội									
19	Hải Phòng									
20	Hà Tây									
21	Hải Dương									
22	Hưng Yên									

	Tỉnh/thành phố	Đơn vị đầu mối			Ngân sách được phân bổ		Kế hoạch TD-ĐG		Báo cáo đúng hạn	
		Đúng	Không	Nếu có, bao nhiêu	Đúng	Không	Đúng	Không	Đúng	Không
23	Hà Nam									
24	Nam Định									
25	Thái Bình									
26	Ninh Bình									
	Trung bắc bộ									
27	Thanh Hóa									
28	Nghệ An									
29	Hà Tĩnh									
30	Quảng Bình									
31	Quảng Trị									
32	Thừa Thiên-Huế									
	Ven biển trung Nam bộ									
33	Đà Nẵng									
34	Quảng Nam									
35	Quảng Ngãi									
36	Bình Định									
37	Phú Yên									
38	Khánh Hòa									
	Tây Nguyên									
39	Kôn Tum									
40	Gia Lai									
41	Dăk Lăk									
42	Dăk Nông									
	Đông bắc Nam									
43	TP Hồ Chí Minh									
44	Lâm Đồng									
45	Ninh Thuận									

	Tỉnh/thành phố	Đơn vị đầu mối			Ngân sách được phân bổ		Kế hoạch TD-ĐG		Báo cáo đúng hạn	
		Đúng	Không	Nếu có, bao nhiêu	Đúng	Không	Đúng	Không	Đúng	Không
46	Bình Phước									
47	Tây Ninh									
48	Bình Dương									
49	Đồng Nai									
50	Bình Thuận									
51	Bà Rịa-Vũng Tàu									
	Đồng bằng sông Mê công									
52	Long An									
53	Đồng Tháp									
54	An Giang									
55	Tiền Giang									
56	Vĩnh Long									
57	Bến Tre									
58	Kiên Giang									
59	Cần Thơ									
60	Hậu Giang									
61	Trà Vinh									
62	Sóc Trăng									
63	Bạc Liêu									
64	Cà Mau									

Chỉ số 1.9 Tỷ lệ hiện nhiễm ước tính trong các quần thể đích

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV trong các nhóm quần thể đích
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người trong quần thể đích có xét nghiệm HIV dương tính MẪU SỐ Số người trong quần thể đích được xét nghiệm HIV. Nhóm quần thể đích bao gồm: người nghiện chích ma túy, người bán dâm, đồng tính nam, phụ nữ mang thai, thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự, bệnh nhân STI, bệnh nhân lao.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm đối với giám sát trọng điểm 2-3 năm một lần đối với điều tra lồng ghép huyết thanh học và hành vi – (IBBS)
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Giám sát trọng điểm và IBBS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này có được dựa vào số liệu từ xét nghiệm HIV trên quần thể đích tại 40 tỉnh (trong giám sát trọng điểm) và 7 tỉnh trong IBBS)
DIỄN GIẢI	Tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm quần thể đích trong giám sát trọng điểm qua các năm sẽ cho chúng ta biết xu hướng của dịch HIV. Cần hiểu rõ quần thể được chọn mẫu có cùng hành vi nguy cơ cao với quần thể chung đến mức độ nào để diễn giải chỉ số này. Thời gian một cá nhân nằm trong quần thể có nguy cơ cao liên quan chặt chẽ đến nguy cơ nhiễm HIV hơn là tuổi. Chính vì vậy, khi phân tích số liệu không nên giới hạn ở nhóm trẻ tuổi mà còn phân tích và báo cáo cả các nhóm tuổi khác.

Rất khó có thể có được mẫu ngẫu nhiên, đặc biệt là khi rất nhiều người bán dâm và nghiện chích ma túy được đưa vào các trung tâm 05/06.

Tại nhiều tỉnh, kích cỡ mẫu không đủ lớn đối với 2 nhóm: người nghiện chích ma túy và người bán dâm.

Hai nhóm này không ổn định và di biến động thường xuyên.

Câu hỏi đặt ra là việc không lấy mẫu giấu tên sẽ dẫn đến sai số từ chối tham gia trong các chương trình giám sát trọng điểm.

Nhân viên tham gia giám sát trọng điểm thay đổi thường xuyên, chính vì vậy sẽ gây khó khăn cho việc bảo đảm sự nhất quán các phương pháp tiến hành ở các địa phương khác nhau ở các thời điểm khác nhau.

Chỉ số 1.10 Tỷ lệ hiện nhiễm HIV (%) ước tính tại Việt Nam (theo tuổi và giới)

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số trường hợp nhiễm HIV ước tính theo tuổi và giới MẪU SỐ Tổng số người trong mỗi độ tuổi và giới tính Có thể chia thành 3 độ tuổi khác nhau: <ul style="list-style-type: none">- 15- 24- 25 - 49- 15 - 49
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Ước tính và dự báo HIV/AIDS sử dụng các mô hình khác nhau (phần mềm ước tính và dự báo như EPP hoặc AEM)
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Ước tính và Dự báo HIV/AIDS
DIỄN GIẢI	Việc xem xét tỷ lệ nhiễm HIV theo tuổi và giới rất quan trọng để hiểu được HIV tác động như thế nào đến từng giới và các độ tuổi khác nhau. Đối với việc thực thi các chương trình dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV, điều này càng trở nên quan trọng để hướng các chương trình can thiệp đáp ứng nhu cầu ở các lứa tuổi và giới khác nhau. Thanh niên cần được đặc biệt quan tâm bởi những thói quen và hành vi làm cho họ có nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS đều được hình thành trong giai đoạn này. Tỉ số của chỉ số này phụ thuộc vào ước tính số trường hợp nhiễm HIV. Tuy vậy, quá trình ước tính không phải là một quá trình hoàn hảo, chỉ

phù hợp với việc đưa ra khoảng ước tính hơn là điểm ước tính.

Mẫu số của chỉ số này phụ thuộc vào số liệu tổng điều tra dân số. Một mặt số liệu này cho chúng ta biết được ước tính chính xác nhất hiện có về kích cỡ quần thể theo tuổi, giới và các yếu tố nhân khẩu học khác, nhưng khó khăn ở đây là tổng điều tra dân số chỉ thực hiện 10 năm một lần. Chính vì vậy, tỷ lệ nhiễm HIV có thể ước tính cao hơn hoặc thấp hơn, phụ thuộc nhiều vào di biến động dân cư.

Chỉ số 1.11 Số trường hợp nhiễm HIV, bệnh nhân AIDS và tử vong do AIDS (theo tuổi và giới) theo báo cáo

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm giảm các trường hợp mắc HIV
CÔNG THỨC TÍNH	Số trường hợp nhiễm HIV, bệnh nhân AIDS và tử vong do AIDS theo nhóm tuổi và giới tính. Có thể chia thành 3 độ tuổi khác nhau: <ul style="list-style-type: none">- 15 - 24- 25 - 49- 15 - 49
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Số liệu từ hệ thống báo cáo các trường hợp HIV/AIDS được sử dụng cho chỉ số này. Hệ thống này được xây dựng để thu thập các trường hợp HIV/AIDS trên các quần thể khác nhau.
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Biểu mẫu báo cáo
DIỄN GIẢI	Chỉ số này cung cấp một trong những số liệu đề cập đến phạm vi và động lực tác động của dịch HIV. Có khá nhiều hạn chế xảy ra trong quá trình thu thập dữ liệu cho hệ thống báo cáo các trường hợp tử vong do AIDS. Sai số chọn sẽ tăng trong trường hợp cá nhân đó tiếp hiện đang tiếp cận hệ thống y tế. Có 4 lý do xảy ra gồm: Nhiều người không đến các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện đến khi phát hiện ra triệu chứng; Tư vấn xét nghiệm tự nguyện không được cung cấp định kỳ và có sẵn; Xét nghiệm kháng định/bổ sung HIV không dễ dàng tiến hành và quy trình báo cáo hiện chưa hoàn toàn được chuẩn hoá và các phòng khám tư không thường xuyên báo cáo kết quả xét nghiệm cho hệ thống quốc gia.

NHÓM CHỈ SỐ 2: DỰ PHÒNG

Chỉ số 2.1 Tỷ lệ phần trăm những người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong độ tuổi 15-49
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người được phỏng vấn trong độ tuổi 15–24 và 15–49 trả lời đúng 5 câu hỏi liên quan đến lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV. MẪU SỐ Tổng số người trong độ tuổi 15–24 và 15–49 được phỏng vấn 5 câu hỏi và trả lời (kể cả câu trả lời “tôi không biết”) Số lượng người chưa bao giờ nghe đến HIV/AIDS sẽ được loại ra khỏi tử số nhưng được đưa vào mẫu số. Chú ý: Phân tích và báo cáo tỷ lệ phần trăm theo lứa tuổi (15–24 và 15–49), giới tính và vùng sinh sống (nông thôn hoặc thành thị)
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra dân cư
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này có thể được xây dựng dựa vào câu trả lời cho những câu hỏi đề xuất dưới đây: <ol style="list-style-type: none">1. Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV có làm giảm lây nhiễm HIV hay không?2. Dùng bao cao su có giảm được lây nhiễm HIV hay không?

3. Một người nhìn khoẻ mạnh có thể bị nhiễm HIV không?
4. Muối cắn có thể lây truyền HIV hay không?
5. Ăn chung với người bị nhiễm HIV có bị lây HIV được không?

DIỄN GIẢI

Quan niệm sai lầm về việc nhìn một người khoẻ mạnh mà cho rằng người đó không thể bị nhiễm HIV rất hay gặp. Điều đó dễ dẫn đến quan hệ tình dục không bảo vệ với người bị nhiễm HIV.

Việc phản đối những quan niệm sai lầm về đường lây truyền HIV cũng quan trọng không kém kiến thức đúng về hình thái lây truyền. Ví dụ, quan niệm HIV có thể lây truyền nếu như bị muối cắn có thể làm giảm động lực chấp nhận hành vi tình dục an toàn, trong khi quan niệm rằng HIV có thể bị lây nếu như ăn-uống chung với người bị nhiễm HIV sẽ làm tăng kỳ thị người nhiễm HIV.

Tỷ lệ những người vừa xác định được cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và vừa phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV sẽ thấp.

Chỉ số 2.2 Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở những người trong quần thể nguy cơ cao
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người được phỏng vấn trong quần thể có nguy cơ cao trả lời đúng 5 câu hỏi liên quan đến lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV MẪU SỐ Tổng số người trong quần thể có nguy cơ cao được phỏng vấn 5 câu hỏi và trả lời (kể cả câu trả lời “tôi không biết”) Những người chưa bao giờ nghe đến HIV/AIDS sẽ được loại ra khỏi tử số nhưng được đưa vào mẫu số. Chú ý: Phân tích và báo cáo tỷ lệ phần trăm theo lứa tuổi (15–24 và 15–49), giới tính và vùng sinh sống (nông thôn hoặc thành thị) <u>Quần thể nguy cơ cao bao gồm:</u> - Người nghiện chích ma túy - Người bán dâm - Nam quan hệ tình dục đồng giới
PHẠM VI	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này có thể được xây dựng dựa vào câu trả lời cho những câu hỏi đề xuất dưới đây: 1. Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV có làm giảm lây nhiễm HIV hay không? 2. Dùng bao cao su có giảm được lây nhiễm HIV hay không?

3. Một người nhìn khoẻ mạnh có thể bị nhiễm HIV không?
4. Muối cắn có thể lây truyền HIV hay không?
5. Ăn chung với người bị nhiễm HIV có bị lây HIV được không?

DIỄN GIẢI

Quan niệm sai lầm về việc nhìn một người khoẻ mạnh mà cho rằng người đó không thể bị nhiễm HIV rất hay gặp. Điều đó dễ dẫn đến quan hệ tình dục không bảo vệ với người bị nhiễm HIV.

Việc phản đối những quan niệm sai lầm về đường lây truyền HIV cũng quan trọng không kém kiến thức đúng về hình thái lây truyền. Ví dụ, quan niệm HIV có thể lây truyền nếu như bị muối cắn có thể làm giảm động lực chấp nhận hành vi tình dục an toàn, trong khi quan niệm rằng HIV có thể bị lây nếu như ăn-uống chung với người bị nhiễm HIV sẽ làm tăng kỳ thị người nhiễm HIV.

Điều tra quần thể có nguy cơ cao là một việc khó khăn. Vì vậy, số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho toàn quốc quần thể có nguy cơ cao. Nếu như chúng ta còn băn khoăn về vấn đề số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta có thể đề cập đến vấn đề đó trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào đưa ra ước tính chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Chỉ số 2.3 Tỷ lệ người dân trong độ tuổi 15-49 có thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá thái độ của người dân đối với người nhiễm HIV
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người trong độ tuổi 15-49 đã từng nghe đến HIV/AIDS và trả lời với thái độ tích cực 4 câu hỏi liên quan đến thái độ đối với người có HIV/AIDS. MẪU SỐ Số người trong độ tuổi 15-49 đã từng nghe đến HIV/AIDS và trả lời các câu hỏi liên quan đến thái độ đối với người có HIV/AIDS. Chú ý: Cần tính tỷ lệ % theo giới và nhóm tuổi (15-24, 25-49)
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra dân cư như DHS/VPAIS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ được hỏi những câu hỏi sau: <ol style="list-style-type: none">1. Bạn có mua rau từ người bán hàng bạn biết bị nhiễm HIV không?2. Nếu như có một người thân trong gia đình bạn bị lây nhiễm HIV, bạn có muốn giữ kín chuyện này hay không?3. Nếu như một người thân trong gia đình bạn bị ốm do AIDS, bạn có sẵn lòng chăm sóc người thân đó trong nhà bạn không?4. Theo bạn, nếu như một thầy hoặc cô giáo nhiễm HIV nhưng chưa bị ốm, thầy hoặc cô giáo đó có được tiếp tục giảng dạy tại trường học hay không?
DIỄN GIẢI	Kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người có HIV gây ra nhiều tác động không tốt đối với họ, từ đời sống hàng ngày đến mong muốn tiếp cận các dịch vụ y tế. Các chương trình truyền thông về HIV được xây dựng cho quần thể không nhiễm HIV để khuyến khích hành vi an toàn của họ và khuyến khích hỗ trợ những người bị nhiễm HIV. Những đợt truyền thông đó cũng giành cho quần thể có HIV, giải thích cho họ biết vì

rút tác động đến đời sống của họ như thế nào, những hành vi chăm sóc sức khỏe như thế nào sẽ giúp họ có cuộc sống bình thường và việc tiếp tục những hành vi an toàn sẽ giúp họ bảo vệ những người khác như thế nào. Nhìn tổng thể, những chiến dịch truyền thông đó nhằm giải thích rõ về căn bệnh này và cung cấp thông tin hỗ trợ cho cả người bị lây nhiễm và không lây nhiễm.

Chỉ số này mô tả thái độ của quần thể chung đối với người có HIV, mặc dù nó không thích hợp hoặc nhạy cảm với những quần thể có tỷ lệ nhiễm thấp. Theo đó, chỉ số này có thể theo dõi sự thành công của các chiến dịch truyền thông và giáo dục, và cho biết về những hoạt động can thiệp đang diễn ra, bên cạnh các chương trình chăm sóc, điều trị và hỗ trợ tại cùng cộng đồng. Việc thái độ thay đổi chậm, tiêu cực, hoặc không có hành vi tích cực cho thấy nhu cầu cần phải có các chương trình phối hợp nhằm cải thiện và thay đổi môi trường trong cộng đồng.

Chỉ số này không đánh giá những hành vi có liên quan đến thay đổi thái độ. Khi người trả lời phỏng vấn nói họ sẵn sàng hỗ trợ người nhiễm trong cộng đồng thì chúng ta không thể đánh giá được những hành động tích cực (hoặc tiêu cực) trong chỉ số này.

Chỉ số 2.4 Tỷ lệ phần trăm người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân, không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ trong việc giảm tỷ lệ những người trẻ tuổi trong độ tuổi 15-49 có hành vi nguy cơ cao
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 trả lời có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân, không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua
	MẪU SỐ Số người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 cho biết có quan hệ tình dục trong 12 tháng vừa qua
	Chú ý: Phân tích và báo cáo theo nhóm tuổi 15-24 và 15-49, và theo giới
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra dân cư hoặc điều tra đặc biệt
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ được hỏi về tình trạng hôn nhân và 3 bạn tình gần nhất trong 12 tháng qua. Đối với mỗi bạn tình, cần hỏi thêm xem họ có sống chung với bạn tình hay không, việc sử dụng bao cao su và các yếu tố khác.
DIỄN GIẢI	<p>Chỉ số này sẽ cho chúng ta biết được mức độ quan hệ tình dục nguy cơ cao.</p> <p>Chỉ số này cho chúng ta biết mức độ nguy cơ cao từ quan hệ tình dục của quần thể chung. Không thể tránh khỏi việc thông tin thu thập không phản ánh hết được thực trạng do <i>bản chất</i> nhạy cảm của thông tin.</p> <p>Trong các cuộc điều tra dân cư, điều tra viên chỉ gặp được những người đang sinh sống trong hộ gia đình trong thời gian tiến hành điều tra. Chính vì vậy, điều tra loại này sẽ loại ra những người thuộc quần thể nguy cơ cao hoặc</p>

những người thuộc nhóm di biến động.

Nếu như một người ngừng quan hệ tình dục ngoài hôn nhân, thay đổi đó có thể làm thay đổi chỉ số này. Tuy nhiên, nếu như người đó giảm số bạn tình từ 7 người xuống còn một người chẳng hạn, thì chỉ số này sẽ không phản ánh được thay đổi đó, mặc dù điều đó rất có thể tác động lớn đến sự lan truyền của dịch HIV và ảnh hưởng đến hiệu quả của chương trình can thiệp.

Chỉ số 2.5 Tỷ lệ phần trăm nam giới có hành vi tình dục với người bán dâm trong 12 tháng qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tình hình nam giới có hành vi tình dục nguy cơ
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người được phỏng vấn cho biết có quan hệ tình dục với người bán dâm trong 12 tháng qua MẪU SỐ Số người tham gia nghiên cứu Chú ý: Phân tích và báo cáo theo nhóm tuổi 15–24 và 15–49
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Điều tra dân cư
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Những người được phỏng vấn trong độ tuổi 15-49 sẽ được hỏi trong số 3 bạn tình gần nhất của họ có ai là người bán dâm không. Ngoài ra, họ còn được hỏi xem có trả tiền để quan hệ tình dục trong 12 tháng vừa qua không.
DIỄN GIẢI	Chỉ số này cho chúng ta biết được mức độ quan hệ tình dục nguy cơ cao đến đâu. Thông tin từ chỉ số này công với thông tin về các yếu tố bảo vệ từ những hành vi nguy cơ cao (như số bạn tình, kể cả người bán dâm, mức độ sử dụng bao cao su và/hoặc mức độ sử dụng bao cao su thường xuyên khi quan hệ tình dục với người bán dâm) sẽ cho chúng ta biết được mức độ nguy cơ cao đến đâu trong nhóm nguy cơ thấp (vợ và bạn tình của khách làng chơi). Chỉ số này cho chúng ta biết mức độ nguy cơ cao từ quan hệ tình dục của quần thể chung. Không thể tránh khỏi việc thông tin thu thập không phản ánh hết được thực trạng do bản chất nhạy cảm của thông tin.

Trong các cuộc điều tra dân cư, điều tra viên chỉ gặp được những người đang sinh sống trong hộ gia đình trong thời gian tiến hành điều tra. Chính vì vậy, điều tra loại này sẽ loại ra những người thuộc quân thể nguy cơ cao hoặc những người thuộc nhóm di biến động.

Nhìn chung với bối cảnh của Việt Nam và mức độ nhạy cảm của câu hỏi, việc sai lệch do báo cáo thấp là điều khó có thể tránh khỏi.

Chỉ số 2.6a Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm có quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ

Số người trả lời có sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất

MẪU SỐ

Tổng số người bán dâm trong cuộc điều tra

Khách hàng được chia thành:

- Khách lạ
- Khách quen

Số liệu cần được chia theo tỉnh và phân nhóm người bán dâm

PHẠM VI THU THẬP Các tỉnh trọng điểm

CHU KỲ THU THẬP 2-3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Người được phỏng vấn sẽ trả lời câu hỏi dưới đây:

Chị và bạn tình lần gần nhất có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không?

DIỄN GIẢI Bao cao su sẽ hiệu quả nhất khi được sử dụng thường xuyên hơn là thỉnh thoảng mới sử dụng. Chỉ số này sẽ đưa ra con số ở mức độ cao hơn so với tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên. Ngoài ra, xu hướng sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất thường sẽ phản ánh xu hướng sử dụng bao cao su thường xuyên.

Điều tra quần thể người bán dâm là một việc khó khăn. Vì vậy, số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể người bán dâm trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ vấn đề đó trong phần diễn giải

số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Theo lý thuyết, chỉ số này có thể bị tác động bởi sai số “phản ánh mong muốn của xã hội” (socially desirable bias). Mức độ sai số có thể tăng hoặc giảm, tùy theo khu vực điều tra.

Sai số nhớ lại (recall bias) có thể gặp phải khi hỏi xem bao cao su được sử dụng thường xuyên hay thỉnh thoảng hay không bao giờ trong các lần quan hệ tình dục với khách hàng trong một thời điểm xác định.

Nhìn chung, chỉ số này có xu hướng ước lượng cao.

Chỉ số 2.6b Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết luôn luôn sử dụng bao cao su với khách hàng trong tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm có quan hệ tình dục không được bảo vệ với khách hàng

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ

Số người trả lời luôn luôn sử dụng bao cao su với khách hàng trong tháng vừa qua

MẪU SỐ

Tổng số người bán dâm trong cuộc điều tra

Khách hàng được chia thành:

- Khách lạ
- Khách quen

Số liệu cần được chia theo tỉnh và phân nhóm người bán dâm

PHẠM VI THU THẬP Các tỉnh trọng điểm

CHU KỲ THU THẬP 2-3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Người được phỏng vấn sẽ trả lời câu hỏi dưới đây:

Chị và bạn tình trong tháng vừa qua có luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không?

DIỄN GIẢI Bao cao su sẽ hiệu quả nhất khi được sử dụng thường xuyên hơn là thỉnh thoảng mới sử dụng. Chỉ số này sẽ đưa ra con số ở mức độ cao hơn so với tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên. Ngoài ra, xu hướng sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất thường sẽ phản ánh xu hướng sử dụng bao cao su thường xuyên.

Điều tra quần thể người bán dâm là một việc khó khăn. Vì vậy, số liệu thu

thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể người bán
dâm trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được
thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu
điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác
nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và
bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số
này.

Theo lý thuyết, chỉ số này có thể bị tác động bởi sai số “phản ánh mong
muốn của xã hội” (socially desirable bias). Nhìn chung, chỉ số này có xu
hướng ước lượng cao.

Chỉ số 2.7 Tỷ lệ phần trăm người bán dâm tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiến độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm người bán dâm có tiêm chích ma túy

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ

Số người trả lời có tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua

MẪU SỐ

Tổng số người bán dâm trong cuộc điều tra

Số liệu cần được chia theo tỉnh và phân nhóm người bán dâm

PHẠM VI THU THẬP Các tỉnh trọng điểm

CHU KỲ THU THẬP 2-3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Người được phỏng vấn sẽ trả lời câu hỏi dưới đây:
Chị có tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua không?

DIỄN GIẢI Điều tra quần thể người bán dâm là một việc khó khăn. Vì vậy, số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể người bán dâm trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng hoặc độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Theo lý thuyết, chỉ số này có thể bị tác động bởi sai số “phản ánh mong muốn của xã hội” (socially desirable bias). Nhìn chung, chỉ số này có xu hướng ước lượng thấp.

Chỉ số 2.8 Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy có sử dụng chung bơm kim tiêm trong tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiền độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy có hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người phỏng vấn cho biết có dùng chung bơm kim tiêm trong tháng vừa qua
	MẪU SỐ Số người nghiện chích ma túy trong điều tra
	Chú ý Cần phân chia theo tỉnh và nhóm tuổi (<25/25+)
PHẠM VI THU THẬP	Các tỉnh trọng điểm
CHU KỲ THU THẬP	2–3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ được hỏi: Trong 1 tháng qua, anh hay chị có sử dụng lại dụng cụ tiêm chích (bơm kim tiêm) do người khác đã sử dụng rồi không?
DIỄN GIẢI	Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể nghiện chích ma túy trên toàn quốc do những khó khăn khi cần tiếp cận nhóm đối tượng này. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng hoặc độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này. Chỉ số này có thể bị tác động bởi sai số “phản ánh mong muốn của xã hội” (socially desirable bias). Mức độ sai số có thể tăng hoặc giảm, tùy theo khu vực điều tra.

Chỉ số 2.9 Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiền độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ
Số người nghiện chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su với bạn tình trong lần quan hệ tình dục gần nhất trong 12 tháng qua.

MẪU SỐ
Số người nghiện chích ma túy trong điều tra trong 12 tháng qua

Chú ý:
Chia số liệu theo tính, nhóm tuổi (<25/25+), và loại bạn tình
Bạn tình có thể phân loại thành:
- Người bán dâm
- Bạn tình bất chợt
- Vợ/bạn gái

PHẠM VI THU THẬP Các tỉnh trọng điểm

CHU KỲ THU THẬP 2-3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Người được phỏng vấn sẽ được hỏi câu hỏi:

Trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất trong 12 tháng vừa qua, anh có sử dụng bao cao su hay không?

DIỄN GIẢI
Bao cao su sẽ hiệu quả nhất khi được sử dụng thường xuyên hơn là thỉnh thoảng mới sử dụng. Chỉ số này sẽ đưa ra con số ở mức độ cao hơn so với tỷ lệ sử dụng bao cao su thường xuyên. Có thể gặp phải sai số nhớ lại (recall bias) khi hỏi xem bao cao su được sử dụng thường xuyên hay thỉnh thoảng

hay không bao giờ trong các lần quan hệ tình dục với khách hàng trong một thời điểm xác định. Ngoài ra, xu hướng sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất thường sẽ phản ánh xu hướng sử dụng bao cao su thường xuyên.

Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể nghiên cứu ma túy trên toàn quốc do những khó khăn khi cần tiếp cận nhóm đối tượng này. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng hoặc độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Chỉ số này có thể bị tác động bởi sai số “phản ánh mong muốn của xã hội” (socially desirable bias). Mức độ sai số có thể tăng hoặc giảm, tùy theo khu vực điều tra.

Chỉ số 2.10 Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới qua đường hậu môn

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiền độ phòng ngừa phơi nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới khi có quan hệ tình dục qua đường hậu môn không được bảo vệ với bạn tình nam giới

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ
Số người phỏng vấn trả lời có sử dụng bao cao su khi có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với bạn tình nam giới trong 12 tháng qua

MẪU SỐ

Tổng số người phỏng vấn trả lời có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với bạn tình nam giới trong 12 tháng qua

Chú ý:

Chia số liệu theo tỉnh, nhóm tuổi (<25/25+), và loại bạn tình

Bạn tình có thể phân loại thành:

- Nam mại dâm
- Bạn tình bất chợt
- Bạn tình thường xuyên

PHẠM VI THU THẬP Các tỉnh trọng điểm

CHU KỲ THU THẬP 2–3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Người được phỏng vấn sẽ được hỏi câu hỏi:

Trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất trong 12 tháng vừa qua với bạn tình nam giới, anh có sử dụng bao cao su từ khi bắt đầu đến khi kết thúc hay không?

DIỄN GIẢI

Sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục qua đường hậu môn gần đây nhất chỉ ra mức độ và xu hướng được bảo vệ và không được bảo vệ ở quần thể điều tra.

Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới trên toàn quốc do những khó khăn khi cần tiếp cận nhóm đối tượng này. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Chỉ số này không cho chúng ta biết mức độ hành vi nguy cơ khi quan hệ tình dục với nữ giới, ở những người có quan hệ tình dục với cả nam và nữ giới. Tại những khu vực có nhóm nam có xu hướng quan hệ tình dục với cả nam và nữ giới, cần điều tra mức độ sử dụng bao cao su. Trong trường hợp đó, khi trình bày cần tách riêng ra mức độ sử dụng bao cao su với bạn tình nam và bạn tình nữ.

Chỉ số 2.11a Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện chương trình phân phát và/hoặc trao đổi bơm kim tiêm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại cho nhóm NCMT
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số huyện thực hiện chương trình trao đổi và/hoặc phân phát bơm kim tiêm
	MẪU SỐ Tổng số quận/huyện trên toàn quốc
PHẠM VI THU THẬP	Toàn quốc
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Thông tin sẽ được thu thập sau khi phân tích số liệu báo cáo từ tỉnh và thành phố
DIỄN GIẢI	Chỉ số này mô tả sự sẵn có các dịch vụ nhưng không cung cấp thông tin về độ bao phủ hoặc việc sử dụng các dịch vụ đó. Chỉ số này cho phép chúng ta thu thập được thông tin từ 64 tỉnh và thành phố trên toàn quốc. Tuy nhiên, mức độ báo cáo sai có thể cao. Chỉ số này chỉ đề cập đến số lượng chứ không đề cập đến chất lượng các chương trình can thiệp

Chỉ số 2.11b Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện các chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su cho nhóm người bán dâm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại cho nhóm người bán dâm
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số huyện thực hiện chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su cho người bán dâm MẪU SỐ Tổng số quận/huyện toàn quốc Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su gồm có các hoạt động thông tin-giáo dục-truyền thông thay đổi hành vi tại cộng đồng (giáo dục đồng đẳng, thảo luận nhóm, truyền thông qua các hoạt động cộng đồng, hoạt động truyền thông lồng ghép tại cộng đồng...) Đặc biệt lưu ý đến việc sử dụng đúng bao cao su và làm cách nào để tiếp cận được bao cao su dễ dàng nhất.
PHẠM VI THU THẬP	Toàn quốc
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Thông tin sẽ được thu thập sau khi phân tích số liệu báo cáo từ tỉnh và thành phố
DIỄN GIẢI	Chỉ số này mô tả sự sẵn có các dịch vụ nhưng không cung cấp thông tin về độ bao phủ hoặc việc sử dụng các dịch vụ đó. Chỉ số này cho phép chúng ta thu thập được thông tin từ 64 tỉnh và thành phố trên toàn quốc. Tuy nhiên, mức độ báo cáo sai có thể cao. Chỉ số này chỉ đề cập đến số lượng chứ không đề cập đến chất lượng các chương trình can thiệp.

Chỉ số 2.12 Số điểm thực hiện các chương trình điều trị thay thế

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có các chương trình giảm hại
CÔNG THỨC TÍNH	Số điểm hoạt động tốt để thực hiện chương trình điều trị thay thế. Chương trình điều trị thay thế được định nghĩa là các chương trình khuyến khích và phân phát sử dụng các chất thay thế thuốc phiện
PHẠM VI THU THẬP	Toàn quốc
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo do VAAC thực hiện
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Điểm thực hiện có thể bao gồm các điểm trong trung tâm 05/06 hoặc trại tạm giam, tạm giữ
DIỄN GIẢI	Chỉ số này mô tả sự sẵn có của các dịch vụ nhưng không cung cấp thông tin về độ bao phủ, việc sử dụng và chất lượng các dịch vụ đó. Chỉ số này cho phép chúng ta thu thập được thông tin từ 64 tỉnh và thành phố trên toàn quốc. Chỉ số này chỉ đề cập đến số lượng chứ không đề cập đến chất lượng các chương trình can thiệp.

Chỉ số 2.13 Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên tuổi từ 15-24 biết được nơi cung cấp/phân phát bao cao su

MỤC ĐÍCH	Đánh giá kiến thức về dự phòng HIV/AIDS
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số nam và nữ thanh niên (15-24) biết được nơi cung cấp/phân phát bao cao su
	MẪU SỐ Tổng số nam và nữ thanh niên (15-24) trong điều tra
	Chú ý Số liệu sẽ được phân tích theo giới tính
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ được hỏi những câu hỏi sau: 1. Anh hay chị có biết nơi nào để mua hoặc lấy bao cao su không? Nếu có, hãy cho biết cụ thể: <i>a. Các cơ sở y tế nhà nước :</i> - Bệnh viện - Trung tâm y tế - Phòng/đơn vị KHHGD - Các phòng khám vệ tinh, khu vực - Nhân viên cộng đồng - Các nhân viên khác <i>b. Cơ sở tư nhân</i> - Bệnh viện/Phòng khám đa khoa - Hiệu thuốc

- Bác sỹ tư

c. Nguồn khác:

- Cửa hàng

- Bạn hoặc người thân

- Nguồn khác

DIỄN GIẢI

Sử dụng bao cao su trong nhóm người trẻ tuổi là một trong những biện pháp chính giúp họ có quan hệ tình dục an toàn hơn. Tại một số khu vực, việc không tiếp cận được với bao cao su hoặc không biết nơi nào để có được bao cao su là một trong những nguyên nhân khiến tỷ lệ sử dụng bao cao su thấp, không chỉ ở thanh niên nói riêng mà còn ở quần thể chung.

Chỉ số này không cho chúng ta biết được hành vi tìm kiếm bao cao su. Sai số chọn mẫu có thể xảy ra, đặc biệt trong quần thể di biến động hoặc nguy cơ cao không có mặt trong khi tiến hành điều tra.

Chỉ số 2.14 Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình giảm hại trong 6 tháng qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình giảm hại dành cho các quần thể nguy cơ cao
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người được phỏng vấn trả lời đã được tiếp cận bởi ít nhất một chương trình giảm hại trong 6 tháng vừa qua
	MẪU SỐ Tổng số người tham gia điều tra
	Chú ý Số liệu của chỉ số này cần được phân chia theo giới và nhóm tuổi (<25/25+).
PHẠM VI THU THẬP	Các tỉnh trọng điểm
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ được hỏi một số câu hỏi. Tùy tình huống, danh sách câu hỏi có thể bao gồm: <ol style="list-style-type: none">1. Giáo dục đồng đẳng và cộng đồng2. Sàng lọc và/hoặc điều trị STI3. Xét nghiệm và tư vấn HIV4. Liệu pháp điều trị thay thế và việc thực hành tiêm chích an toàn ở người nghiện chích ma túy5. Khuyến khích sử dụng và phân phát bao cao su Quần thể có nguy cơ cao gồm: <ul style="list-style-type: none">- Người nghiện chích ma túy- Người bán dâm

- Nam quan hệ tình dục đồng giới

DIỄN GIẢI

Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể có nguy cơ cao trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng hoặc độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Các dịch vụ khác nhau sẽ cùng được tính khi ước tính độ bao phủ của dịch vụ.

Trong trường hợp chỉ số dựa vào số liệu chương trình, cần phải giải quyết vấn đề “đếm trùng lặp” trong thời gian tiến hành. Chỉ số cần tính cả những khách hàng sử dụng cùng một dịch vụ hoặc các dịch vụ khác nhau (chứ không phải số lượt người).

Chỉ số này không đánh giá được chất lượng dịch vụ.

Chỉ số 2.15 Tỷ lệ hiện nhiễm các nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) trong quần thể đích

MỤC ĐÍCH	Theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm STI trong các quần thể đích, kể cả phụ nữ mang thai
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người được chẩn đoán bị bất kỳ bệnh STI nào MẪU SỐ Tổng số người trong điều tra được xét nghiệm STI Chú ý Số liệu của chỉ số này được phân chia theo giới và nhóm tuổi (<25/25+).
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm trong giám sát trọng điểm STI hoặc 2-3 năm một lần trong IBBS
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Giám sát trọng điểm STI, IBBS Sau đây là những bệnh STI trong giám sát trọng điểm: Lậu ¹¹ , giang mai ¹² , Chlamydia trachomatis ¹³ và trùng roi âm đạo ¹⁴ .
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Tỷ lệ nhiễm STI trong quần thể đích (người bán dâm, người nghiện chích ma tuý, người đến khám bệnh STI, thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự, phụ nữ có thai và nam quan hệ tình dục đồng giới).
DIỄN GIẢI	Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể có nguy cơ cao trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào

¹¹ Chẩn đoán bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp, nuôi cấy hoặc PCR

¹² Chẩn đoán bằng xét nghiệm bằng phản ứng RPR, TPHA

¹³ Chẩn đoán bằng phương pháp ELISA hoặc IF (miễn dịch huỳnh quang) hoặc PCR

¹⁴ Chẩn đoán bằng phương pháp soi tươi

chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Chọn mẫu trong quần thể có nguy cơ cao luôn gặp khó khăn, đặc biệt là không thể lấy mẫu đại diện được và trong thời gian diễn ra các chiến dịch cao trào của chính phủ.

Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm sử dụng trong giám sát trọng điểm STI có thể khác với các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán và điều trị.

Chỉ số 2.16 Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể nguy cơ cao tiếp cận được dịch vụ chẩn đoán và điều trị các nhiễm trùng qua đường tình dục

MỤC ĐÍCH Đánh giá việc tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán và điều trị các nhiễm trùng qua đường tình dục

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ

Số người trong quần thể có nguy cơ cao có triệu chứng STI có đi khám chữa bệnh (A) hoặc số người được chẩn đoán và điều trị STI (B)

MẪU SỐ

Tổng số người trong quần thể có nguy cơ ở trong mẫu (A) hoặc dùng các biện pháp ước tính tỷ lệ nhiễm để có được kích cỡ quần thể trong mẫu số (B)

Quần thể có nguy cơ cao gồm:

- Người nghiện chích ma túy
- Người bán dâm
- Nam quan hệ tình dục đồng giới

Chú ý

Số liệu của chỉ số này được phân chia theo giới và nhóm tuổi (<25 / 25+)

PHẠM VI THU THẬP Quốc gia

CHU KỲ THU THẬP 2-3 năm một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ A. Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS trên các quần thể có nguy cơ cao
B. Theo dõi chương trình

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP A. Điều tra: Người được điều tra sẽ được hỏi nếu như họ có triệu chứng STI và có thể tiếp cận được các dịch vụ chẩn đoán và điều trị STI

B. Theo dõi chương trình: báo cáo chương trình cung cấp các dịch vụ nói trên được tổng hợp và tính toán để đánh giá tổng thể mức độ bao phủ của chương trình giảm hại

DIỄN GIẢI

Bộ chỉ số đầy đủ (hợp phần) có thể phản ánh được sự tiếp cận của các quần thể có nguy cơ cao với các dịch vụ chẩn đoán và điều trị.

Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể có nguy cơ cao trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Chỉ số này không thu thập được thông tin từ khu vực y tế tư nhân. Số liệu từ khu vực này hoặc không có, hoặc không đủ độ tin cậy. Do người có bệnh thường có xu hướng đến các phòng khám tư nên chỉ số này khó có thể thu thập được đầy đủ thông tin về toàn bộ các quần thể có nguy cơ cao.

Chỉ số này chỉ cho chúng ta biết được sự tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán và điều trị STI. Nó không cho chúng ta biết được chất lượng hoặc chi phí cho các dịch vụ đó.

Chỉ số 2.17 Tỷ lệ phần trăm nam và nữ mắc các nhiễm trùng qua đường tình dục được chẩn đoán, điều trị và tư vấn phù hợp

MỤC ĐÍCH	Đánh giá chất lượng các dịch vụ chẩn đoán, điều trị và tư vấn các nhiễm trùng qua đường tình dục
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số bệnh nhân STI được tiếp cận theo các tiêu chuẩn sau: khai thác tiền sử; khám lâm sàng; chẩn đoán và điều trị và tư vấn về việc thông báo cho bạn tình, sử dụng bao cao su và xét nghiệm HIV. MẪU SỐ Số bệnh nhân STI được quan sát là có tiếp xúc với người cung cấp dịch vụ Chú ý Số liệu của chỉ số này được phân chia theo giới và nhóm tuổi (<25 / 25+) Điểm số mỗi phần trong chỉ số (khai thác tiền sử ; khám lâm sàng; chẩn đoán và điều trị; tư vấn) cần được báo cáo cùng với tổng số điểm của chỉ số <ul style="list-style-type: none">• Các biện pháp chẩn đoán, điều trị và tư vấn “phù hợp” cần tuân theo hướng dẫn chuẩn quốc gia của Bộ Y Tế.• Cơ sở “chăm sóc y tế” được định nghĩa là bất kỳ cơ sở y tế nào (bao gồm cơ sở y tế công, tư) cung cấp các dịch vụ y tế bởi một hoặc nhiều nhân viên y tế có đủ trình độ.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt (Điều tra cơ sở y tế-dựa theo UNAIDS/MEASURE (2000) <i>Chương trình AIDS Quốc gia: Hướng dẫn theo dõi và đánh giá-</i>
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Số liệu được thu thập bằng cách quan sát quá trình tương tác giữa bệnh nhân-người cung cấp dịch vụ trong một mẫu các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ

STI. Tham khảo tại: *Đánh giá Chương trình AIDS Quốc gia: Phương pháp - UNAIDS/WHO (1994)* để có thêm thông tin về cách chọn mẫu.

Người cung cấp dịch vụ sẽ hỏi tiền sử, khám lâm sàng, đưa ra chẩn đoán và điều trị phù hợp, tư vấn hiệu quả kể cả tư vấn cho bạn tình về sử dụng bao cao su và về xét nghiệm HIV.

DIỄN GIẢI

Chỉ số này phản ánh năng lực những người cung cấp dịch vụ y tế để xác định và điều trị đúng các trường hợp nhiễm STI, sự sẵn có các trang thiết bị cần thiết, thuốc, tài liệu, và việc tư vấn phù hợp cho người bệnh.

Chỉ số này không thu thập được thông tin từ khu vực y tế tư nhân. Số liệu từ khu vực này hoặc không có, hoặc không đủ độ tin cậy. Do người có bệnh thường có xu hướng đến các phòng khám tư nên chỉ số này khó có thể thu thập được đầy đủ thông tin về toàn bộ các quần thể có nguy cơ cao.

Chỉ số này chỉ cho chúng ta biết được chất lượng các dịch vụ chẩn đoán và điều trị STI. Nó không cho chúng ta biết được sự tiếp cận hoặc chi phí cho các dịch vụ đó.

Chỉ số 2.18 Tỷ lệ phần trăm các đơn vị truyền máu được sàng lọc theo tiêu chuẩn quốc gia của Bộ Y Tế trong 12 tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá an toàn trong truyền máu
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số đơn vị truyền máu được sàng lọc HIV trong 12 tháng qua và đạt tiêu chuẩn quốc gia
	MẪU SỐ Số đơn vị máu truyền trong 12 tháng qua
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Có ba thông tin cần thiết cho chỉ số này: số đơn vị truyền máu trong 12 tháng qua, số đơn vị máu được sàng lọc HIV trong 12 tháng qua, và trong số các đơn vị máu được sàng lọc HIV, số đơn vị máu được sàng lọc đạt tiêu chuẩn quốc gia. Chất lượng sàng lọc có thể được xác định qua một nghiên cứu đặc biệt nhằm xét nghiệm lại mẫu máu được sàng lọc trước đó. Trong trường hợp không tiến hành được biện pháp này, số liệu về tỷ lệ phần trăm các cơ sở có hệ thống báo cáo sàng lọc và truyền máu tốt, không có để lại sinh phẩm được sử dụng để ước tính đơn vị truyền máu được sàng lọc.
DIỄN GIẢI	Tại những nơi hệ thống y tế được phân quyền, hoặc là cơ sở y tế tư nhân, kể cả bệnh viện hoặc phòng khám, có liên quan đến sàng lọc máu và ngân hàng máu, rất khó có thể lấy được thông tin chính xác để xây dựng một chỉ số thật tốt ở cấp độ quốc gia. Trong trường hợp đó, cần chọn ra những bệnh viện và phòng xét nghiệm trọng điểm cả ở khu vực công và tư nhân để tiến hành điều tra về tình hình truyền máu và chất lượng sàng lọc. Chỉ số này chỉ cho chúng ta biết được số lượng chứ không cho biết chất lượng các dịch vụ sàng lọc máu để truyền.

Chỉ số 2.19 Tỷ lệ phần trăm các quận/huyện cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) đạt tiêu chuẩn quốc gia

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có và độ bao phủ các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số điểm/dịch vụ VCT đạt chuẩn quốc gia (kể cả chất lượng tư vấn trước và sau xét nghiệm)
	MẪU SỐ Tổng số điểm hoặc dịch vụ VCT được đánh giá
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện hiện đang được xây dựng và sẽ được dùng để thu thập số liệu và đánh giá chỉ số này.
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Nghiên cứu đặc biệt về các quận/huyện cung cấp dịch vụ VCT
DIỄN GIẢI	Xét nghiệm HIV vì mục đích chẩn đoán cần phải tiến hành dưới hình thức tự nguyện, có tư vấn trước và sau khi xét nghiệm. Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện HIV giúp: phát hiện sớm các trường hợp không có triệu chứng, giúp cho họ tiếp cận các can thiệp và dịch vụ trợ giúp sớm, giáo dục về lây truyền và dự phòng HIV. Các dịch vụ VCT là một thành phần của chương trình dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS với mục tiêu giảm thiểu tác động của HIV/AIDS. Chỉ số này không cho chúng ta biết quần thể có nguy cơ cao có sử dụng các dịch vụ đó hay không.

Chỉ số 2.20 - Số lượng người tự nguyện xét nghiệm và nhận được kết quả xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
CÔNG THỨC TÍNH	Số lượng người tự nguyện xét nghiệm và nhận được kết quả trong 12 tháng vừa qua
PHẠM VI THU THẬP	Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Báo cáo từ các cơ sở cung cấp dịch vụ
DIỄN GIẢI	<p>Chỉ số này cho chúng ta biết được số lượng người sử dụng các dịch vụ VCT. Nếu liên kết được chỉ số 2.18 và 2.19, chúng ta sẽ có thông tin đầy đủ hơn về việc tiếp cận dịch vụ VCT.</p> <p>Chỉ số này không cho chúng ta biết quần thể có nguy cơ cao có sử dụng các dịch vụ đó hay không.</p>

Chỉ số 2.21 - Tỷ lệ phần trăm những người tự nguyện xét nghiệm được tư vấn trước và sau xét nghiệm, và nhận kết quả xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số khách hàng tự nguyện xét nghiệm, được tư vấn trước và sau xét nghiệm nhận được kết quả xét nghiệm HIV trong 12 tháng vừa qua MẪU SỐ Tổng số khách hàng đến dịch vụ VCT Chú ý Số liệu của chỉ số này được phân chia theo giới và nhóm tuổi nếu có thể
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Các điểm cung cấp dịch vụ cần báo cáo số liệu chính xác số người đạt đủ 4 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none">1. Được tư vấn trước xét nghiệm2. Được xét nghiệm3. Được tư vấn sau xét nghiệm4. Nhận được kết quả
DIỄN GIẢI	Chỉ số này cho ta biết tỷ lệ phần trăm khách hàng nhận được dịch vụ VCT đầy đủ. Đây là chỉ số đánh giá đầu ra, không thể cung cấp được khối lượng công việc. Chỉ số này chỉ cho chúng ta biết được phạm vi dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở mà không cho biết được chất lượng của từng dịch vụ cụ thể.

Chỉ số 2.22 Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện việc xét nghiệm và tư vấn HIV cho quần thể có nguy cơ cao
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người phỏng vấn trong quần thể có nguy cơ cao cho biết được xét nghiệm HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua. MẪU SỐ Số người trong điều tra Chú ý Số liệu của chỉ số này được phân chia theo giới và nhóm tuổi (<25/25+).
PHẠM VI THU THẬP	Các tỉnh trọng điểm
CHU KỲ THU THẬP	2-3 năm một lần
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Nghiên cứu đặc biệt như BSS/IBBS
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Người được phỏng vấn sẽ trả lời những câu hỏi sau: 1. Trong 12 tháng vừa qua, anh hay chị có được xét nghiệm HIV hay không? 2. Nếu “có”, anh hay chị có biết kết quả xét nghiệm không? Quần thể có nguy cơ cao gồm: - Người nghiện chích ma túy - Người bán dâm - Nam quan hệ tình dục đồng giới
DIỄN GIẢI	Số liệu thu thập được có thể không lấy được từ mẫu đại diện cho quần thể có nguy cơ cao trên toàn quốc. Nếu như chúng ta còn băn khoăn do số liệu không được thu thập từ mẫu đại diện, chúng ta cần nêu rõ trong phần diễn giải số liệu điều tra. Trong trường hợp có nhiều nguồn số liệu, thì số liệu nào chính xác nhất sẽ được sử dụng. Thông tin về cỡ mẫu, chất lượng/độ tin cậy

số liệu và bất kỳ điều gì có liên quan cần được đưa vào trong báo cáo gửi kèm chỉ số này.

Việc theo dõi quần thể nguy cơ cao theo thời gian để đánh giá tiến bộ rất khó do đặc điểm di biến động của các nhóm này.

Đây là chỉ số đánh giá đầu ra, không thể cung cấp được thông tin về khối lượng công việc. Chỉ số này không cho chúng ta biết được toàn bộ chất lượng dịch vụ.

NHÓM CHỈ SỐ 3:
CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN TỪ MẸ SANG CON

Chỉ số 3.1 Số lượng và tỷ lệ phần trăm các quận/huyện có ít nhất một cơ sở cung cấp gói dịch vụ PLTMC

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có các dịch vụ PLTMC
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số cơ sở y tế huyện hoặc tỉnh cung cấp gói dịch vụ PLTMC
	MẪU SỐ Số cơ sở y tế huyện hoặc tỉnh
	Chú ý: Cần phân tích và báo cáo theo loại hình dịch vụ. Số liệu cần phân tích theo tuyến tỉnh và tuyến huyện Việc phân cấp cơ sở y tế thuộc tuyến tỉnh hoặc huyện sẽ căn cứ vào vị trí địa lý hành chính
	Định nghĩa gói dịch vụ PLTMC¹⁵: Chuyển tuyến và cung cấp dịch vụ
	- Tư vấn và xét nghiệm HIV
	- Dự phòng ARV
	- Tư vấn và hỗ trợ nuôi trẻ an toàn
	- Kế hoạch hoá gia đình
	- Chuyển tuyến đến các cơ sở điều trị và chăm sóc
	- Thực hành sản khoa an toàn
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm

¹⁵ Định nghĩa chi tiết về gói dịch vụ PLTMC sẽ được xây dựng trong hướng dẫn quốc gia về PLTMC

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Biểu mẫu báo cáo từ Bộ Y tế (Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam) như trình bày trong chỉ số 2.10a
DIỄN GIẢI	<p>Chỉ số này cung cấp thông tin quan trọng về sự sẵn của chương trình PLTMC quốc gia. Chỉ số này hữu ích cho những người lập chương trình trong việc quyết định nơi nào cần có dịch vụ, hoặc khi nào cung cấp dịch vụ với đầy đủ các loại hình dịch vụ để dự phòng lây nhiễm HIV cho mẹ và trẻ sơ sinh.</p> <p>Chỉ số này cho biết thông tin về mức độ đáp ứng các chương trình PLTMC tại tuyến tỉnh và huyện.</p> <p>Chỉ số này chỉ cho chúng ta biết số lượng tỉnh, quận/huyện cung cấp gói dịch vụ PLTMC, tuy nhiên, nó không cho biết chất lượng các dịch vụ đó.</p>

Chỉ số 3.2 Số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai trong 12 tháng qua được tư vấn, xét nghiệm HIV để PLTMC, và nhận được kết quả xét nghiệm

MỤC ĐÍCH	Đánh giá việc sử dụng các dịch vụ PLTMC
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số phụ nữ mang thai được tư vấn và xét nghiệm HIV để dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng vừa qua
	MẪU SỐ Số phụ nữ sinh trong 12 tháng qua được phỏng vấn
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Báo cáo định kỳ của VAAC (tử số) và báo cáo định kỳ của chương trình sức khỏe sinh sản (mẫu số)
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này đòi hỏi có báo cáo chương trình để biết được số phụ nữ thực sự được xét nghiệm và tư vấn, nhận kết quả xét nghiệm và tư vấn sau xét nghiệm. Số phụ nữ đến khám thai ít nhất 1 lần tại phòng khám thai trước sinh được ước tính bằng cách nhân số phụ nữ đẻ trong 12 tháng trước, mà tổng điều tra dân số là nguồn dữ liệu tốt nhất, với tỷ lệ đến khám tại phòng khám thai (Điều tra Y tế và Nhân khẩu học-DHS)
DIỄN GIẢI	Để thực hiện thành công chương trình PLTMC, cần phải biết được tình trạng nhiễm HIV (huyết thanh học) của người phụ nữ đó, từ đó quyết định biện pháp dự phòng và điều trị phù hợp với nhu cầu. Một chương trình PLTMC tốt là chương trình bao phủ được càng nhiều phụ nữ mang thai càng tốt để biết được tình trạng nhiễm HIV của những phụ nữ mang thai đó. Chỉ số này cho biết một loạt các dịch vụ được cung cấp và cho biết tình hình bao phủ chương trình PLTMC tại các dịch vụ khám thai trước sinh. Chỉ số

này không cho người cung cấp dịch vụ biết được thời điểm nào trong quá trình xét nghiệm và tư vấn người phụ nữ mang thai sẽ bỏ, không tiếp tục tham gia nữa.

Những người quản lý chương trình có thể sử dụng các chỉ số ở cấp độ thấp hơn để xác định mức độ “bỏ cuộc” của các thai phụ. Do không thể đánh giá được chất lượng các dịch vụ nên những thông tin về “bỏ cuộc” và thời điểm “bỏ cuộc” không có giá trị nhiều nếu như chúng không tiến hành theo dõi trong hoạt động nghiên cứu với mục đích xác định xem tại sao người phụ nữ đó không thể theo được toàn bộ quá trình.

Chỉ số 3.3 Số lượng và tỷ lệ phần trăm các trường hợp cả mẹ mang thai có HIV và con của họ được điều trị dự phòng ARV hoàn chỉnh nhằm làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

MỤC ĐÍCH Đánh giá tiến độ thực hiện công tác phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua điều trị dự phòng ARV

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ
Số cặp mẹ nhiễm HIV và con được cung cấp ARV điều trị dự phòng để làm giảm lây truyền từ mẹ sang con theo chuẩn thường quy quốc gia trong 12 tháng vừa qua

MẪU SỐ

Ước tính số lượng phụ nữ có thai nhiễm HIV

Dự phòng ARV “hoàn chỉnh” có thể được định nghĩa là cả mẹ và con đều được nhận ARV dự phòng theo đúng Hướng dẫn Quốc gia.

PHẠM VI THU THẬP Quốc gia
Tỉnh

CHU KỲ THU THẬP 12 tháng một lần

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Biểu mẫu báo cáo

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Số lượng phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV nhằm làm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con trong 12 tháng qua có thể lấy được từ các báo cáo theo dõi chương trình. Chỉ những cặp mẹ-con nào được điều trị dự phòng ARV theo đúng phác đồ của Bộ Y tế mới được đưa vào tử số.

Số lượng phụ nữ có thai nhiễm HIV *hiếm khi* được điều trị dự phòng ARV để dự phòng lây truyền từ mẹ sang con có thể ước tính bằng cách nhân tổng số phụ nữ đẻ trong 12 tháng vừa qua (Tổng cục Thống kê-ước tính số ca sinh) với ước tính quốc gia gần nhất về tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai (ước tính HIV từ giám sát trọng điểm các phòng khám trước sinh).

DIỄN GIẢI Ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ có thai được sử dụng trong khi tính toán chỉ số này dựa vào số liệu giám sát HIV tại các phòng khám trước sinh. Tuy

nhiên, có nhiều phụ nữ mang thai không đến phòng khám trước sinh hoặc không sử dụng dịch vụ tại phòng khám đó. Phụ nữ mang thai nhiễm HIV có thể sử dụng nhiều hoặc ít các dịch vụ trước sinh hơn những phụ nữ không nhiễm HIV, đặc biệt là khi điều trị dự phòng ARV có thể tiếp cận được thông qua các phòng khám đó. Trong những trường hợp đó, khi diễn giải chỉ số này cần tham khảo thêm những ước tính gần nhất việc sử dụng các dịch vụ khám thai trước sinh toàn quốc.

Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện HIV và dự phòng ARV giảm lây truyền từ mẹ sang con có thể có sẵn, tuy nhiên về cơ bản còn phụ thuộc vào quyết định của từng cá nhân phụ nữ mang thai là liệu họ có muốn sử dụng các dịch vụ đó hay không. Chính vì vậy, nên có một thang điểm quốc gia cho chỉ số này nhằm phản ánh mức độ quan tâm, sử dụng các dịch vụ này (một phần trong chức năng khuyến khích sử dụng dịch vụ) và mức độ sẵn có các dịch vụ đó.

Chỉ số này không đánh giá được mức độ tuân thủ phác đồ dự phòng ARV bởi vì nó không cho phép theo dõi việc tuân thủ theo phác đồ, trừ khi có tiến hành các giám sát cần thiết.

Chỉ số 3.4 Tỷ lệ phần trăm trẻ sơ sinh nhiễm HIV lây nhiễm từ bà mẹ bị nhiễm HIV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiệu quả chương trình PLTMC tiến đến loại bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số trẻ sơ sinh bị nhiễm HIV từ các bà mẹ nhiễm HIV MẪU SỐ Tổng số trẻ sơ sinh được các bà mẹ nhiễm HIV sinh ra
PHẠM VI	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Ước tính dựa vào độ bao phủ chương trình
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Chỉ số này được tính toán dựa vào trung bình xác suất lây nhiễm hiệu chỉnh từ mẹ sang con ở những phụ nữ mang thai có điều trị dự phòng và không điều trị dự phòng ARV, mức điều chỉnh là tỷ lệ phụ nữ có điều trị dự phòng và không điều trị dự phòng ARV. Có thể diễn giải đơn giản hơn trong công thức toán học sau: Điểm chỉ số = { T*(1-e) + (1-T) } * v Trong đó: T = tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV v = tỷ suất lây nhiễm mẹ sang con trong trường hợp không có điều trị e = hiệu lực điều trị T là chỉ số quốc gia #3.3 [Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng hoàn chỉnh ARV nhằm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con]. Giá trị mặc định của v và e tương ứng là 25% và 50%. Giá trị v và e cần được xác định dựa theo phác đồ điều trị và các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Trong trường hợp không có số liệu quốc gia thì có thể sử dụng số liệu

khu vực.

Trong trường hợp nhiều phác đồ thuốc điều trị PLTMC được sử dụng thì **điểm chỉ số** sẽ được tính theo công thức sau:

$$\text{Điểm chỉ số} = \{T_1*(1-e_1) + T_2*(1-e_2) + T_3*(1-e_3) + (1-T)\} * v$$

Trong đó:

$$T = T_1 + T_2 + T_3$$

T_1, T_2, T_3 là tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV theo các phác đồ 1, 2, 3.

e_1, e_2, e_3 là hiệu lực điều trị của các phác đồ 1, 2, 3.

Những liệu trình điều trị thông dụng trong 12 tháng vừa qua cần được lưu giữ lại.

Ghi chú: Biểu mẫu báo cáo hiện thời không thu thập thông tin về phác đồ điều trị dự phòng ARV, do đó không thu thập được số liệu T_1, T_2, T_3 . Tuy nhiên, sau khi hướng dẫn PLTMC được xây dựng lại, biểu mẫu báo cáo sẽ được chỉnh sửa sau 1-2 năm thực hiện để đảm bảo sẽ thu thập được những thông tin này.

DIỄN GIẢI

Chỉ số này tập trung vào việc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua việc tăng cường điều trị dự phòng ARV. Chính vì vậy, tác động của việc nuôi con bằng sữa mẹ lên quá trình lây truyền HIV mẹ-con đã không được tính đến, và chỉ số này có thể ước tính thấp tỷ lệ thực tế trong bối cảnh thực hành nuôi con bằng sữa mẹ kéo dài. Tương tự như vậy, trong bối cảnh những biện pháp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con khác được tiến hành rộng rãi (như thủ thuật Cesar), chỉ số này sẽ ước tính cao tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con. Chính vì những lý do đó mà chỉ số này sẽ không phản ánh được toàn bộ xu hướng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Chỉ số quốc gia #3.3 [**Tỷ lệ phụ nữ mang thai có HIV được điều trị dự phòng hoàn chỉnh ARV nhằm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con**]
khó có thể đưa ra được ước tính cho giá trị T trong trường hợp các việc sử dụng các dịch vụ khám trước sinh thấp.

Chỉ số 3.5 Tỷ lệ phần trăm các quận/huyện có ít nhất một cơ sở y tế công (thuộc hệ thống Bộ Y Tế) cung cấp ART

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có các chương trình ART tại các cơ sở y tế công
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số huyện có ít nhất 1 cơ sở y tế (thuộc Bộ Y Tế) cung cấp ART
	MẪU SỐ Tổng số huyện
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm trong giai đoạn phát triển và mở rộng chương trình 2-3 năm một lần sau đó
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo Số liệu về dân số và tỷ lệ nhiễm HIV các quận huyện rất có ích, giúp cho quá trình đánh giá sự sẵn có các dịch vụ nhằm đáp ứng các nhu cầu.
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Số liệu sẽ được thu thập từ biểu mẫu báo cáo cấp quận/huyện về chương trình điều trị ART
DIỄN GIẢI	Mặc dù đây chỉ là số liệu thô, nhưng quan trọng trong việc đánh giá độ bao phủ ART ra toàn quốc. Chỉ số này sẽ rất hữu ích trong việc theo dõi qua thời gian khi các chương trình quốc gia mở rộng việc cung cấp các dịch vụ để đáp ứng nhu cầu của người dân.

Chỉ số 3.6 Tỷ lệ phần trăm các quận/huyện cung cấp gói điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS toàn diện theo chuẩn quốc gia

MỤC ĐÍCH Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn diện HIV/AIDS

CÔNG THỨC TÍNH TỬ SỐ

Số huyện có cơ sở y tế công cung cấp gói chăm sóc, điều trị và hỗ trợ HIV hoàn chỉnh theo chuẩn quốc gia

MẪU SỐ

Tổng số huyện trên toàn quốc

PHẠM VI THU THẬP Quốc gia
Tỉnh

CHU KỲ THU THẬP Hàng năm

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ Biểu mẫu báo cáo

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP Các dịch vụ chính gồm có:

- Tư vấn xét nghiệm HIV
- Quản lý lâm sàng:
 - + Điều trị dự phòng, chẩn đoán và điều trị NTCH bao gồm cả lao;
 - + Điều trị ARV;
 - + Hỗ trợ tuân thủ; và
 - + Điều trị triệu chứng, giảm đau và chăm sóc giảm nhẹ;
- Hỗ trợ tinh thần và kinh tế xã hội;
- Dự phòng lây nhiễm HIV;
 - + Khuyến khích tình dục an toàn và sử dụng bao cao su;
 - + Thực hiện các biện pháp giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV;
 - + Thực hiện dự phòng phổ quát;
 - + Cung cấp điều trị dự phòng sau phơi nhiễm nghề nghiệp; và
 - + Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

- Huy động và điều phối các đơn vị liên quan, bao gồm các dịch vụ y tế và dịch vụ tại cộng đồng (Lao, STI, sức khỏe sinh sản, dự phòng HIV). Cần huy động và khuyến khích người nhiễm HIV, chính quyền địa phương có liên quan, tổ chức cộng đồng, tổ chức phi chính phủ tham gia vào các hoạt động này.

Chú ý: Biểu mẫu báo cáo hiện nay chưa có câu hỏi để thu thập thông tin cho chỉ số này. Tuy nhiên, biểu mẫu báo cáo sẽ được chỉnh sửa sau 1-2 năm thực hiện và sẽ được bổ sung những thông tin cho chỉ số này.

DIỄN GIẢI

Chỉ số này là bản tóm lược nhiều vấn đề khác nhau trong điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, tất cả cần phải có nếu như cơ sở y tế đó được đưa vào trong tử số. Bởi vì các dịch vụ thường có xu hướng cải thiện không đồng bộ nên chỉ số có thể đạt điểm thấp tại một số thời điểm. Việc phân tách riêng trong chỉ số ra cho thấy những lĩnh vực trong dịch vụ cần phải cải thiện và những lĩnh vực nào còn thiết hụt.

Việc cho điểm các thành phần trong chỉ số cần thiết phải khách quan. Tính khách quan có thể bị ảnh hưởng nếu như đoàn đánh giá thay đổi hoặc cần theo dõi qua các thời điểm khác nhau.

Chỉ số 3.7 Số trại tạm giam, trại tạm giam cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trung tâm chữa bệnh - giáo dục và lao động xã hội, cơ sở bảo trợ xã hội và cơ sở không trực thuộc Bộ Y Tế cung cấp dịch vụ điều trị ARV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá sự sẵn có của dịch vụ điều trị ARV tại trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trung tâm chữa bệnh - giáo dục và lao động xã hội, cơ sở bảo trợ xã hội và cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế
CÔNG THỨC TÍNH	Số trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trung tâm chữa bệnh - giáo dục và lao động xã hội, cơ sở bảo trợ xã hội và cơ sở không trực thuộc Bộ Y Tế cung cấp dịch vụ điều trị ARV <u>Môi trường “khép kín”</u> : Trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trung tâm chữa bệnh - giáo dục và lao động xã hội <u>Các cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế có thể trực thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Bộ Giao thông - Vận tải</u>
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	
PHƯƠNG PHÁP THU THẬP	Biểu mẫu báo cáo
DIỄN GIẢI	Số liệu sẽ được thu thập từ các cơ sở cung cấp dịch vụ điều trị ART theo biểu mẫu báo cáo tiêu chuẩn. Chỉ số này thực hiện với mục đích nắm được mức độ bao phủ và tiến độ triển khai các chương trình can thiệp ART.

Chỉ số 3.8 Tỷ lệ phần trăm những người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị bằng liệu pháp phối hợp ARV

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện cung cấp liệu pháp điều trị phối hợp ARV cho tất cả những người bị nhiễm HIV tiến triển
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người nhiễm HIV tiến triển được điều trị bằng liệu pháp phối hợp ARV theo Hướng dẫn Quốc gia MẪU SỐ Số người nhiễm HIV tiến triển được biết (những người cần được điều trị bằng liệu pháp phối hợp ARV)
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Tính toán dựa vào số liệu của biểu mẫu báo cáo Số liệu về số người nhiễm HIV tiến triển hiện đang được điều trị bằng liệu pháp phối hợp ARV sẽ thu thập từ báo cáo theo dõi chương trình.

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP

Từ số được tính toán như sau:

Số người trưởng thành (>15 tuổi) được điều trị vào đầu năm, cộng với số người bắt đầu điều trị trong 12 tháng trước, trừ đi số người chấm dứt điều trị trong 12 tháng trước (kể cả những trường hợp tử vong)

Thông tin về số bệnh nhân hiện đang điều trị ARV thu thập qua hệ thống báo cáo định kỳ đăng ký ART có thể sử dụng cho từ số.

Mẫu số được tính toán bằng cách:

Số người trưởng thành cần điều trị phối hợp ARV được tính bằng cách: cộng số người trưởng thành mới có nhu cầu điều trị với số người đã điều trị trong năm trước và còn sống trong năm hiện thời.

Số người trưởng thành mới có nhu cầu điều trị phối hợp ART được ước tính bằng số người nhiễm HIV tiến triển chưa được điều trị. Bởi vì một số người trưởng thành ước tính sẽ tiến triển HIV có thể đã được điều trị trong năm vừa qua nên số người trưởng thành mới có nhu cầu điều trị phối hợp ART có thể điều chỉnh bằng cách trừ đi số người trong diện này. Trên thực tế, khoảng 80%-90% người trưởng thành được điều trị sẽ sống tiếp trong năm tiếp theo, tùy theo khả năng tuân thủ điều trị của từng bệnh nhân, tình trạng kháng thuốc, chất lượng điều trị lâm sàng và các yếu tố khác.

Ước tính số người nhiễm HIV tiến triển cần liệu pháp phối hợp ART, thường dựa vào số liệu giám sát trọng điểm mới nhất. Nếu có thể, có thể đưa số liệu điều trị ART tại các cơ sở tư nhân và mức độ hoạt động có thể ghi nhận riêng.

Ước tính quốc gia số người nhiễm HIV cần ART (TỔNG SỐ người cần ART = (số các trường hợp tử vong do AIDS trong vòng 2 năm = số mới cần ART trong 1 năm) + số người được điều trị ART ở vào thời điểm cuối năm vừa qua. Phương pháp ước tính sẽ được điều chỉnh theo phương pháp chung được sử dụng toàn cầu.

Cần ghi rõ ngày bắt đầu và ngày kết thúc liệu pháp điều trị phối hợp ART.

Cần tránh hiện tượng trùng thời gian báo cáo.

Ghi chú: Biểu mẫu báo cáo hiện nay chỉ thu thập số bệnh nhân điều trị ARV tích lũy chứ không thu thập số bệnh nhân hiện đang điều trị. Biểu mẫu báo cáo sẽ được điều chỉnh để thu thập thông tin về số bệnh nhân hiện đang điều trị, số dừng điều trị.

DIỄN GIẢI

Các thông tin về việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc và điều trị ở trẻ em là vô cùng quan trọng. Số lượng trẻ em được tiếp cận với dịch vụ này được thu thập theo biểu mẫu báo cáo của chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia. Tuy nhiên, do không thể thu thập số liệu về tổng số trẻ bị nhiễm HIV trên toàn quốc nên chỉ số này sẽ không tính cho nhóm trẻ nhiễm HIV.

Chỉ số này cho phép theo dõi xu hướng bao phủ, nhưng không phân biệt được những liệu pháp điều trị khác nhau, hoặc đánh giá chi phí, chất lượng, hoặc hiệu quả điều trị.

Tỷ lệ người nhiễm HIV tiến triển sẽ khác nhau tùy theo các giai đoạn dịch khác nhau và trung bình lũy tích cũng như hiệu quả liệu pháp phối hợp ART ở người trưởng thành và trẻ em.

Tỷ lệ nhiễm cao sẽ tác động đến độ chính xác của ước tính trong quần thể phù hợp. Thay đổi ước tính tỷ lệ nhiễm sẽ không phản ánh được trên tỷ lệ nhiễm hiện thời. Điều này sẽ tác động nhiều đến mẫu số.

Mức độ sử dụng liệu pháp ART phụ thuộc vào chi phí liên quan đến thu thập tại địa phương, chất lượng và cơ sở hạ tầng các dịch vụ cung cấp ART, sự sẵn có và triển khai các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm, nhận thức về hiệu quả và những phản ứng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị...

Điều trị dự phòng ART nhằm dự phòng lây truyền mẹ sang con và dự phòng sau khi phơi nhiễm sẽ không được tính trong chỉ số này.

Chỉ số 3.9 Tiếp tục điều trị theo phác đồ bậc 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi điều trị

MỤC ĐÍCH	Đánh giá việc tiếp tục điều trị theo phác đồ bậc 1 của bệnh nhân
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số bệnh nhân vẫn đang tiếp tục điều trị và được kê đơn theo phác đồ bậc 1 chuẩn sau 6, 12 và 24 tháng khi bắt đầu điều trị MẪU SỐ Tổng số người được bắt đầu điều trị phác đồ bậc 1 trong nhóm điều trị ART trước đó 6, 12 và 24 tháng
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Trích dẫn thông tin hàng tháng cho từng nhóm bắt đầu ART 6, 12 và 24 tháng trước đó. Tử số và mẫu số được cộng lại sau mỗi năm để có được tỷ lệ phần trăm hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Bệnh nhân bắt đầu ART lần đầu được xác định qua hệ thống báo cáo y tế. Đối với mỗi bệnh nhân, phác đồ điều trị (danh sách thuốc + liều và tần suất sử dụng) được đưa ra vào tháng đầu và liều cuối được kê vào tháng thứ 6, 12, 24 sẽ được lấy thông tin từ thẻ bệnh nhân hoặc báo cáo y tế. Có thể sử dụng báo cáo của hiệu thuốc. Tất cả các thông tin về bệnh nhân tử vong, không theo dõi được, hoặc chuyển sang chương trình điều trị khác, ngừng ART, hoặc không được kê đơn vào thời điểm 6, 12 và 24 tháng cần được ghi chép lại đầy đủ. <u>Chú ý:</u> Bệnh nhân dùng thuốc thay thế do ngộ độc các loại thuốc trong phác đồ bậc 1 có thể vẫn được đưa vào trong phác đồ điều trị bậc 1.

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP

Biểu mẫu báo cáo

DIỄN GIẢI

Chỉ số rất quan trọng nhằm theo dõi các dấu hiệu sớm của điều trị thất bại. Tất cả những thay đổi phác đồ không cần thiết, thất bại trong khi điều trị hoặc gián đoạn điều trị ART đều liên quan đến kháng thuốc HIV. Năm điều trị đầu tiên là chỉ số quan trọng nhất về khả năng thành công và duy trì việc tiếp tục điều trị theo phác đồ.

Sau 1 năm, nếu một chương trình có hơn 80% bệnh nhân mới không được điều trị bằng phác đồ bậc 1 thì sẽ khó có khả năng kiểm soát được tình hình kháng thuốc HIV.

Chỉ số này đánh giá tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu phác đồ điều trị bậc 1 trong một quần thể cụ thể những người vẫn trong phác đồ điều trị bậc 1 sau 1 năm.

Bởi vì chỉ số này không đánh giá được sự gián đoạn nhất thời trong khi điều trị ART nên nó có thể ước tính cao việc tiếp tục điều trị HIV phác đồ bậc 1. Nếu có thể, nên thu thập thêm thông tin liệu bệnh nhân có đến nhận thuốc hàng tháng không. Chất lượng của chỉ số này còn phụ thuộc vào chất lượng các bệnh án và việc đăng ký bệnh nhân.

Chỉ số 3.10 Tỷ lệ sống vào thời điểm 6, 12 và 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tỷ lệ sống sót
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người tiếp tục ART vào thời điểm 6, 12 và 24 tháng sau khi đề cập đến điều trị MẪU SỐ - Sống sót tối thiểu: Tổng số người bắt đầu ART trong nhóm bắt đầu ART vào tháng thứ 6, 12 và 24, kể cả những người đã ngừng ART, được chuyển đi nơi khác hoặc không theo dõi được - Sống sót tối đa: Tổng số người bắt đầu ART trong nhóm bắt đầu ART vào tháng thứ 6, 12 và 24, không tính đến những người đã ngừng ART, được chuyển đi nơi khác hoặc không theo dõi được
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia Tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Thu thập số liệu liên tiếp, tính toán hàng năm dựa vào hệ thống theo dõi bệnh nhân
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Biểu mẫu báo cáo

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP

Tính toán kết quả cho nhóm theo dõi hàng tháng, mỗi mẫu tính từ khi bắt đầu điều trị ARV được 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng và những năm sau đó. Để hiểu rõ, thấu đáo về tình hình sống sót của bệnh nhân, cần đánh giá những vấn đề sau:

- a) Số người bắt đầu điều trị ART và thời gian bắt đầu điều trị
- b) Số người tiếp tục điều trị ở trong tháng thứ 6, 12, 24 sau khi bắt đầu điều trị
- c) Số người ngừng điều trị ART, được chuyển đi nơi khác hoặc không theo dõi được hoặc chết

Tuy vậy, còn một tỷ lệ những người ngừng điều trị hoặc không theo dõi được vẫn còn sống nhưng do họ không tiếp tục điều trị nữa nên sẽ không được đưa vào tử số.

Những người chuyển sang các chương trình điều trị ART khác và vẫn có ngày bắt đầu điều trị thì nên được tính là tiếp tục điều trị.

Những số liệu này cần được trình bày cho từng giai đoạn cụ thể. Nếu có thể, cần theo dõi bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị vì AIDS là một bệnh đi theo bệnh nhân suốt đời.

Cần có bảng tính toán 6 tháng đối với các bệnh nhân mới để đánh giá chỉ số này

DIỄN GIẢI

Chỉ số này lượng giá mức độ điều trị để có thể kéo dài đời sống cho bệnh nhân thông qua việc đánh giá xem có bao nhiêu bệnh nhân sống sót sau khi điều trị 6, 12, 24 tháng.

Ưu điểm của chỉ số này là việc thu thập thuận tiện, dễ dàng số liệu vì bất kỳ chương trình điều trị ARV nào cũng theo dõi quá trình điều trị bệnh nhân và xác định số lượng người sống sót sau những thời điểm nhất định.

Báo cáo (bệnh án) bệnh nhân có thể không có nhóm di biến động hoặc tình trạng thời gian điều trị.

Chỉ số này chỉ có thể có từ một số ít các cơ sở chuyên tuyến và chăm sóc hiện đại và/hoặc những nghiên cứu thuần tập trong giai đoạn mở rộng đăng ký bệnh nhân quốc gia. Trong giai đoạn sau, việc thu thập số liệu sẽ trở nên khó khăn hơn do số liệu hoàn chỉnh và toàn diện hơn.

Chỉ số 3.11 Tỷ lệ phần trăm người có HIV được điều trị và chăm sóc HIV cũng được sàng lọc các triệu chứng lao

MỤC ĐÍCH	Đánh giá tiến độ thực hiện nhằm làm giảm tác động của lao đối với những người có HIV
CÔNG THỨC TÍNH	TỬ SỐ Số người có HIV trong các dịch vụ điều trị và chăm sóc được khám sàng lọc các triệu chứng lao trong một thời gian nhất định. MẪU SỐ Tổng số người có HIV trong các dịch vụ điều trị và chăm sóc trong cùng một thời gian nhất định. Chú ý: Có thể báo cáo tổng số hoặc báo cáo riêng loại hình y tế cho mỗi trường hợp khi có tiến hành tư vấn, xét nghiệm HIV và hỗ trợ; ví dụ số khách hàng có HIV mới được chẩn đoán tại các trung tâm VCT hoặc số khách hàng có HIV tham dự các buổi khám sức khỏe hàng năm và hiện được sàng lọc các triệu chứng HIV.
PHẠM VI THU THẬP	Quốc gia và tỉnh
CHU KỲ THU THẬP	Hàng năm
CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ	Đăng ký tư vấn và xét nghiệm tự nguyện có sửa đổi hoặc đăng ký điều trị và chăm sóc HIV.

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP

Số liệu được thu thập thường xuyên, liên tục, báo cáo và phân tích hàng quý.

Số liệu cần được thu thập từ các cơ sở tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện (ví dụ: trung tâm VCT, những người cung cấp dịch vụ PLTMC, khoa khám bệnh nội trú, cơ sở y tế tư nhân) và trong bất kỳ cơ sở nào có cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ HIV thường kỳ (ví dụ: phòng khám và cung cấp ART, phòng chăm sóc HIV, nhóm hỗ trợ người có HIV). Phương pháp đề xuất khám sàng lọc là hỏi xem gần đây người có HIV có được điều trị lao hay không. Nếu không, người bệnh sẽ được hỏi một số triệu chứng của bệnh lao (ho, sốt, ra mồ hôi trong đêm, sụt cân, bệnh hạch bạch huyết). Một người bị nghi nhiễm lao nếu có câu trả lời gợi ý nhiễm lao trong 1 bảng kiểm đơn giản. Chương trình kiểm soát lao cần có các bảng kiểm với các tiêu chuẩn chẩn đoán nghi ngờ lao. Nếu một người bị nghi nhiễm lao sau khi trả lời bộ câu hỏi sàng lọc (theo thường quy quốc gia), không nên chỉ định điều trị lao cho người đó cho đến khi chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm lao (hoặc giới thiệu đến cơ sở phù hợp), rồi mới điều trị theo phác đồ.

Biểu mẫu báo cáo hiện thời không thu thập thông tin cho chỉ số này. Tuy nhiên biểu mẫu báo cáo sẽ được chỉnh sửa sau 1-2 năm thực hiện.

DIỄN GIẢI

Chỉ số này là chỉ số tiến trình một hoạt động nhằm làm giảm tác động của lao trên người có HIV. Nó sẽ cho biết mức độ thực thi và đề xuất người có HIV nên được sàng lọc lao, chẩn đoán lao hay không.

Phụ lục 2: Danh mục các chỉ số theo tần xuất báo cáo

1. Các chỉ số thu thập hàng năm

1.1	Thực trạng của 8 chương trình hành động (được soạn thảo, hoàn chỉnh, dự trù kinh phí, có ngân sách, và được triển khai thực hiện)
1.3a	Tỷ lệ phần trăm các bộ-ngành và đoàn thể quần chúng có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.
1.4a	Tổng ngân sách cấp trung ương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
1.4b	Tổng ngân sách cấp địa phương chi cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
1.4c	Tổng chi từ nguồn viện trợ quốc tế cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
1.4f	Tỷ suất chi giữa tất cả các nguồn cho các chương trình dự phòng và các chương trình chăm sóc điều trị
1.4g	Chi phí bình quân đầu người cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong một năm
1.5	Số cán bộ chuyên trách làm việc trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS
1.6	Số cán bộ chuyên trách được tập huấn về phòng, chống HIV/AIDS hàng năm
1.8b	Tỷ lệ phần trăm đơn vị Theo dõi và Đánh giá tuyến tính được vận hành
1.9	Tỷ lệ hiện nhiễm ước tính trong các quần thể đích: người nghiện chích ma túy, người bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới, bệnh nhân mắc các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI), bệnh nhân lao, phụ nữ mang thai và thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự (GSTĐ)
1.11	Số trường hợp nhiễm HIV, AIDS và tử vong do AIDS (theo tuổi và giới) theo báo cáo
2.11a	Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện chương trình phân phát và/hoặc trao đổi bơm kim tiêm
2.11b	Tỷ lệ phần trăm các huyện thực hiện các chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su cho nhóm người bán dâm
2.12	Số điểm thực hiện các chương trình điều trị thay thế
2.15	Tỷ lệ hiện nhiễm các nhiễm khuẩn qua đường tình dục trong các quần thể đích (GSTĐ)
2.18	Tỷ lệ phần trăm các đơn vị máu được sàng lọc HIV theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế trong 12 tháng qua
2.20	Số lượng người tự nguyện xét nghiệm HIV và nhận được kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua
2.21	Tỷ lệ phần trăm những người tự nguyện xét nghiệm, được tư vấn trước và sau xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua
3.1	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các huyện có ít nhất một cơ sở cung cấp gói dịch vụ PLTMC
3.2	Số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai được tư vấn, xét nghiệm HIV để PLTMC và nhận được kết quả xét nghiệm

3.3	Số lượng và tỷ lệ phần trăm các trường hợp cả mẹ mang thai có HIV và con của họ được điều trị dự phòng ARV hoàn chỉnh nhằm giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con
3.4	Tỷ lệ phần trăm trẻ sơ sinh sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV
3.5	Tỷ lệ phần trăm các huyện có ít nhất một cơ sở y tế công (thuộc hệ thống Bộ Y tế) cung cấp ART
3.6	Tỷ lệ phần trăm các huyện cung cấp gói điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS toàn diện theo chuẩn quốc gia
3.7	Số trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở không trực thuộc Bộ Y tế cung cấp dịch vụ điều trị ARV
3.8	Tỷ lệ phần trăm những người nhiễm HIV tiến triển được điều trị bằng liệu pháp điều trị phối hợp ARV
3.9	Tiếp tục điều trị theo phác đồ bậc 1 tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi điều trị
3.10	Tỷ lệ sống vào thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị
3.11	Tỷ lệ phần trăm người nhiễm HIV được điều trị và chăm sóc HIV cũng được sàng lọc các triệu chứng lao

2. Chỉ số thu thập 2-3 năm một lần

1.2	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia
1.3b	Tỷ lệ phần trăm các tỉnh, thành phố có kế hoạch, ngân sách và báo cáo hàng năm.
1.4d	Tổng chi từ khu vực tư nhân cho các chương trình phòng, chống HIV/AIDS
1.4e	Tổng chi do người dân tự chi trả cho các hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS
1.7	Tỷ lệ các trường có giáo viên được đào tạo và giảng dạy về giáo dục về HIV dựa trên các kỹ năng sống trong năm học vừa qua
1.8a	Chỉ số Hợp phần Chính sách Quốc gia
1.9	Tỷ lệ hiện nhiễm ước tính trong các quần thể đích (IBBS)
1.10	Tỷ lệ hiện nhiễm HIV (%) ước tính tại Việt Nam (theo tuổi và giới)
2.1	Tỷ lệ phần trăm những người trong độ tuổi 15-24 và 15-49 xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phân đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV
2.2	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể nguy cơ cao xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phân đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV
2.3	Tỷ lệ người dân trong độ tuổi 15-49 có thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV
2.4	Tỷ lệ phần trăm người trong độ tuổi 15-24 và 15-49) có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân,

	không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua
2.5	Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có quan hệ tình dục với người bán dâm trong 12 tháng qua
2.6a	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất
2.6b	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm cho biết luôn luôn sử dụng bao cao su với khách hàng trong tháng vừa qua
2.7	Tỷ lệ phần trăm người bán dâm tiêm chích ma túy trong tháng vừa qua
2.8	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy có sử dụng chung bơm kim tiêm trong tháng vừa qua
2.9	Tỷ lệ phần trăm người nghiện chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất
2.10	Tỷ lệ phần trăm nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất với bạn tình nam giới qua đường hậu môn
2.13	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ thanh niên tuổi từ 15-24 biết được nơi cung cấp/phân phát bao cao su
2.14	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được tiếp cận với các chương trình giảm hại trong 6 tháng qua
2.15	Tỷ lệ hiện nhiễm các nhiễm khuẩn qua đường tình dục trong các quần thể đích (IBBS)
2.16	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể nguy cơ cao tiếp cận được dịch vụ chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn qua đường tình dục
2.17	Tỷ lệ phần trăm nam và nữ giới mắc các nhiễm khuẩn qua đường tình dục tại các cơ sở y tế được chẩn đoán, điều trị và tư vấn phù hợp
2.19	Tỷ lệ phần trăm các huyện cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện đạt chuẩn quốc gia
2.22	Tỷ lệ phần trăm những người trong quần thể có nguy cơ cao được xét nghiệm HIV và nhận kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua

Phụ lục 3: Kế hoạch triển khai

1. Kế hoạch thu thập số liệu được trình bày trong bảng dưới đây:

Hoạt động thu thập số liệu	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Báo cáo định kỳ*	•	•	•	•	•	•
Giám sát trọng điểm HIV	•	•	•	•	•	•
Giám sát trọng điểm STI	•	•	•	•	•	•
Giám sát lồng ghép huyết thanh học và hành vi		•		•		•
Điều tra dân cư 15-49 tuổi về kiến thức, thái độ, hành vi liên quan đến HIV	•		•			•
Điều tra tài khoản y tế quốc gia cho HIV/AIDS (NASA)			•			•
Đánh giá đặc biệt của Bộ Y tế về tiến độ thực thi Chiến lược quốc gia	•	•	•	•	•	•

* Thu thập theo biểu mẫu mới

2. Kế hoạch nâng cao năng lực

Theo dõi và đánh giá các chương trình phòng, chống HIV/AIDS đã được đề cập đến trong các chương trình hành động tại Việt Nam trong thời gian gần đây. Tuy nhiên, trong hơn 10 năm thực hiện, hệ thống theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS còn chưa có đủ cán bộ được đào tạo và nguồn lực phù hợp cho việc thu thập, phân tích và phiên giải các thông tin HIV hiện có. Do đó, việc nâng cao năng lực và phân bổ ngân sách phù hợp có vai trò quan trọng góp phần thực hiện kế hoạch này.

Cần tiến hành đào tạo cho nhân viên tất cả các cấp hiểu được quá trình và thực hiện công tác TD-ĐG cũng như mục đích việc thu thập số liệu. Sau đó cần thành lập một nhóm

nòng cốt và hỗ trợ kỹ thuật, chuyên môn từ các chuyên gia quốc gia và khu vực thông qua các khoá đào tạo giám sát và đào tạo lại.

Các chủ đề đào tạo bao gồm:

- Quản lý dự án, chương trình (kể cả lập kế hoạch, theo dõi, đánh giá)
- Dịch tễ học và các phương pháp nghiên cứu khoa học
- Quản lý và phân tích số liệu (bao gồm quản lý số liệu dựa vào mạng và không dựa vào mạng, phân tích tổng hợp, ước tính và dự báo sử dụng các phần mềm EPP, AEM và mô hình GOAL, đánh giá nguồn lực và tài chính)
- Vận động lãnh đạo (bao gồm các sản phẩm thông tin hướng đối tượng đích)
- Báo cáo: biểu mẫu báo cáo, báo cáo trực tuyến, kỹ năng viết báo cáo
- Phương pháp và kỹ năng xét nghiệm HIV

Việc đào tạo giảng viên sẽ được tiến hành cho các nhân viên đơn vị TD-ĐG khu vực. Sau đó, các nhân viên được đào tạo sẽ tiến hành đào tạo tại cấp tỉnh/thành phố. Giáo trình đào tạo sẽ được thiết kế dựa trên kết quả đánh giá nhu cầu đào tạo của cán bộ các cấp. Các khoá đào tạo lại sẽ được tổ chức định kỳ.

Bên cạnh công tác đào tạo, công tác hỗ trợ kỹ thuật sẽ được tiến hành kịp thời

- Cán bộ trung ương và khu vực sẽ hỗ trợ các đơn vị TD-ĐG tuyến tỉnh thông qua các chuyến đi thực địa, các buổi họp với đơn vị TD-ĐG khu vực và tỉnh theo định kỳ 6 tháng/lần;
- Hỗ trợ các đơn vị TD-ĐG khu vực thông qua các cuộc họp giao ban quý với đơn vị TD-ĐG trung ương;
- Hỗ trợ đơn vị TD-ĐG trung ương thông qua các buổi họp 6 tháng/lần với nhóm hỗ trợ kỹ thuật trong nước và quốc tế.

Các đơn vị TD-ĐG cần có đủ nhân lực cần thiết, bao gồm các cán bộ chuyên ngành dịch tễ học, thống kê, kỹ thuật thông tin, xã hội học và quản lý chương trình.

3. Ngân sách

Theo nguyên tắc, ngân sách dành cho hoạt động TD-ĐG cần chiếm 5-10% tổng ngân sách các chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, trong giai đoạn đầu, cần có nhiều kinh phí hơn để đầu tư cho công tác xây dựng năng lực, cung cấp trang thiết bị và cơ sở hạ tầng.

Ngân sách TD-ĐG phần lớn từ nguồn ngân sách nhà nước và một phần từ các nhà tài trợ quốc tế. Chính phủ cam kết sẽ phân bổ ngân sách định kỳ cho các hoạt động theo dõi, đánh giá.

Tài liệu tham khảo

Center for Diseases Control (CDC). TB and HIV Co-infection. CDC NCHSTP Division of Tuberculosis Elimination. Accessed via link http://www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/TB_HIVcoinfection/default.htm, in June 22, 2006.

Family Health International – National AIDS Standing Bureau. HIV/AIDS Behavioral Surveillance Survey Vietnam 2000, BSS Round I Report, Hanoi 2001.

Family Health International – National AIDS Standing Bureau. HIV/AIDS Behavioral Surveillance Survey Vietnam 2001, BSS Round II Preliminary Report, 2001.

Family Health International. Behavioral Surveillance Surveys- Guidelines for related behavioral surveys in populations at risk of HIV. FHI-Impact 2000.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Monitoring the Declaration of Commitments on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. UNAIDS. July 2005.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS-World Health Organization. HIV/AIDS Strategic Information Framework. Indicators to Support HIV/AIDS Policymaking. UNAIDS-WHO China. October 2005.

MOH (Ministry of Health). Report of HIV Sentinel surveillance in 2005

MOH, General Department of Preventive Medicine and AIDS Control 2005. HIV/AIDS Estimation and Projection (Period 2003-2010), 2005.

MOLISA and UNICEF. National overview on HIV/AIDS affected families and children in Viet Nam. 2005.

National Committee for AIDS, Drugs and Prostitution Prevention and Control (1/2006). Second country report on following up to the declaration of commitment on – Declaration commitment on HIV/AIDS adopted at the 26th United Nations General assembly special session in Jun 2001 (UNGASS)- Reporting period : January 2003 – December 2005

Nguyen Tran Hien. Vietnam HIV/AIDS/STI Surveillance, Monitoring and Evaluation-Current status and future perspective. MOH-NIHE. Powerpoint Presentation. Hanoi, 2005.

The National Committee for AIDS, Drug and Prostitution Prevention and Control. The National Strategy on HIV/AIDS Prevention and Control in Vietnam till 2010 with a Vision to 2020. The Medical Publishing House. 2004.

Tim Brown and the Vietnam A² team. Modeling the HIV epidemic in Ho Chi Minh City: Challenges and Approaches. A presentation to MOH and NIHE in March 2006.

Tim Brown. Rational Prevention Strategies in Low Prevalence Countries in Asia. Unpublished paper. 2004.

Trường Đại Học Y Hà Nội. Bộ Chỉ số và Công cụ Đánh giá Chương trình Quốc gia Phòng chống AIDS. Hà Nội, tháng 11 năm 2004. (Hanoi Medical University. A Guidelines of Indicators and Tools for National AIDS Prevention and Control Program. Hanoi. November 2004)

Tuan, N.A. Sexual behavior and risk factors of HIV transmission among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam, NIHE 2004.

WHO, UNAIDS, PEPFAR, USAID. Patient monitoring guidelines for HIV care and ART. 2006.

WHO, UNAIDS, Global Fund, USAID, Measure, FHI. "National ART Programmes: A guide to indicators for monitoring and evaluating national antiretroviral programmes" (2005)

UNAIDS, WHO, UNICEF, UNFPA, USAID, UNESCO, World Bank, Measure Evaluation, FHI. National AIDS Programs: A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people. WHO. 2004.

UNAIDS, WHO, UNICEF, UNFPA, USAID. National Guide to Monitoring and Evaluating Programs for the Prevention of HIV Infants and Young Children. WHO. 2004.

WHO, World Bank, UNAIDS, PEPFAR, USAID, CDC, Global Fund, Measure Evaluation. Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Second Edition. January 2006.

WHO, World Bank, UNAIDS, PEPFAR, USAID, CDC, Global Fund, Measure Evaluation. Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Annexes: Selected indicators for HIV/AIDS, tuberculosis and malaria. Second Edition. January 2006.

WHO. Joint HIV/Tuberculosis (TB) Interventions. World Health Organization, accessed June 2006.