



Original Article

HIV/AIDS Treatment Policy in Vietnam, 1995–2024: From Epidemic Control to Chronic Disease Management

Dinh Phuong Linh*

*Faculty of Sociology and Social Work, VNU University of Social Sciences and Humanities,
336 Nguyen Trai, Thanh Xuan, Hanoi, Vietnam*

Received 26th June 2026

Revised 11th August 2026; Accepted 10th September 2026

Abstract: This article analyzes the transformation of HIV/AIDS management policy in Vietnam over the period 1995–2024, focusing on the relationship between the expansion of antiretroviral treatment, declining mortality, and the stability of HIV prevalence. Drawing on an analysis of policy documents, reports from international organizations, and relevant academic studies, the article argues that a stable or slowly declining prevalence rate should not be mechanically read as a sign of ineffective epidemic control. As ART coverage expands, people living with HIV live longer and remain present within the population; prevalence therefore simultaneously reflects new infections, mortality, and survival sustained by treatment. The article clarifies how Vietnam’s HIV/AIDS policy has shifted from responding to a dangerous infectious disease toward managing a chronic health condition, while highlighting new challenges concerning health insurance, information confidentiality, treatment retention, and stigma reduction. On this basis, the article proposes that HIV/AIDS policy be evaluated using a broader set of indicators, including new infections, mortality, treatment coverage, treatment retention, health financing, and the quality of life of people living with HIV.

Keywords: HIV/AIDS, ART, HIV prevalence, health policy, chronic disease management, Vietnam.

* Corresponding author.

E-mail address: linh.dinh110@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4655>

Chính sách điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam, 1995–2024: Từ kiểm soát dịch bệnh đến quản lý bệnh mãn tính

Đinh Phương Linh*

*Khoa Xã hội học và Công tác xã hội, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
Đại học Quốc gia Hà Nội, 336 Nguyễn Trãi, Thanh Xuân, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 26 tháng 6 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 11 tháng 8 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 10 tháng 9 năm 2026

Tóm tắt: Bài viết phân tích sự thay đổi trong chính sách quản lý HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 1995–2024, tập trung vào mối quan hệ giữa mở rộng điều trị kháng virus, giảm tử vong và sự ổn định của tỷ lệ hiện nhiễm HIV. Dựa trên phân tích tài liệu chính sách, báo cáo của các tổ chức quốc tế và một số nghiên cứu liên quan, bài viết cho rằng tỷ lệ hiện nhiễm ổn định hoặc giảm chậm không nên được xem một cách cơ học như dấu hiệu kiểm soát dịch chưa hiệu quả. Trong bối cảnh ART được mở rộng, người nhiễm HIV sống lâu hơn và tiếp tục hiện diện trong dân số; vì vậy, tỷ lệ hiện nhiễm phản ánh đồng thời lây nhiễm mới, tử vong và khả năng duy trì sự sống nhờ điều trị. Bài viết làm rõ quá trình chuyển đổi chính sách HIV/AIDS ở Việt Nam từ ứng phó với một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm sang quản lý một tình trạng sức khỏe mãn tính, đồng thời nhấn mạnh các thách thức mới về bảo hiểm y tế, bảo mật thông tin, duy trì điều trị và giảm kỳ thị. Từ đó, bài viết đề xuất cần đánh giá chính sách HIV/AIDS bằng một hệ chỉ báo rộng hơn, bao gồm nhiễm mới, tử vong, độ bao phủ điều trị, khả năng duy trì điều trị, tài chính y tế và chất lượng sống của người sống chung với HIV.

Từ khóa: HIV/AIDS, ART, hiện nhiễm HIV, chính sách y tế, quản lý bệnh mạn tính, Việt Nam.

1. Mở đầu

Từ khi ca nhiễm HIV đầu tiên được ghi nhận tại Việt Nam vào năm 1990, HIV/AIDS đã trải qua một quá trình biến đổi đáng chú ý cả về mặt dịch tễ, xã hội và chính sách. Trong giai đoạn đầu, HIV/AIDS thường được nhìn nhận như một vấn đề y tế nghiêm trọng gắn với tử vong cao, sự lo ngại trong cộng đồng và những hình thức kỳ thị mạnh mẽ đối với người nhiễm. Bệnh không chỉ được hiểu như một nguy cơ sức khỏe, mà còn bị đặt trong các diễn ngôn về “tệ nạn xã hội”, ma túy, mại dâm và suy thoái đạo đức. Vì vậy, người sống chung với HIV thường phải đối mặt với

nhều tầng áp lực: bệnh tật, nghèo khó, kỳ thị, hạn chế trong tiếp cận dịch vụ và sự bất an trong đời sống gia đình cũng như cộng đồng [1, 2]. Từ giữa những năm 2000, bức tranh này bắt đầu thay đổi. Điều trị kháng virus, thường được gọi là ART, được mở rộng nhanh hơn nhờ sự hỗ trợ của các chương trình quốc tế như PEPFAR và Quỹ Toàn cầu, cùng với những điều chỉnh chính sách trong nước. Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 đánh dấu một bước chuyển quan trọng khi HIV/AIDS được tiếp cận rõ hơn như một vấn đề y tế công cộng, gắn với quyền được chăm sóc, điều trị và không bị kỳ thị của người nhiễm HIV [3]. Về sau, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: linh.dinh110@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4655>

của Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020 và Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 tiếp tục cho thấy nỗ lực thể chế hóa mục tiêu kiểm soát HIV/AIDS trong hệ thống chính sách y tế dài hạn của Việt Nam [4, 5].

Sự mở rộng ART làm thay đổi căn bản triển vọng sống của người nhiễm HIV. Nếu trong giai đoạn đầu, nhiễm HIV thường được nhìn như một căn bệnh dẫn nhanh đến AIDS và tử vong, thì với điều trị thích hợp, HIV/AIDS ngày càng trở thành một tình trạng sức khỏe có thể kiểm soát lâu dài. Người nhiễm HIV có thể duy trì sức khỏe, lao động, chăm sóc gia đình và tiếp tục tham gia đời sống xã hội. Đây là một thành tựu rất lớn của y học và chính sách y tế công cộng [6, 7]. Tuy nhiên, chính thành tựu này lại đặt ra một vấn đề cần được hiểu cẩn trọng hơn. Khi điều trị hiệu quả hơn, tử vong liên quan đến AIDS giảm xuống và người nhiễm HIV sống lâu hơn. Điều đó có nghĩa là số người đang sống chung với HIV trong dân số có thể không giảm nhanh, ngay cả khi số ca nhiễm mới đã được kiểm soát tốt hơn. Nói cách khác, tỷ lệ hiện nhiễm HIV không chỉ phản ánh tình trạng lây truyền mới, mà còn phản ánh khả năng sống còn của người nhiễm sau khi được chẩn đoán và điều trị. Nếu bỏ qua điểm này, người phân tích chính sách có thể dễ dàng hiểu sai sự ổn định của tỷ lệ hiện nhiễm như một dấu hiệu thất bại.

Bài viết này xuất phát từ chính vấn đề đó. Câu hỏi trung tâm được đặt ra là: sự ổn định hoặc giảm chậm của tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại Việt Nam trong bối cảnh điều trị ART được mở rộng nên được hiểu như thế nào? Bài viết không nhằm chứng minh một quan hệ nhân quả đơn tuyến giữa ART và tỷ lệ hiện nhiễm. Thay vào đó, mục tiêu chính là phân tích cách diễn giải chính sách: khi HIV/AIDS chuyển từ một khủng hoảng tử vong cao sang một bệnh mãn tính có thể quản lý, các chỉ báo đánh giá chính sách cũng cần được hiểu lại. Lập luận chính của bài viết là: tỷ lệ hiện nhiễm HIV ổn định không nhất thiết phản ánh thất bại của chính sách HIV/AIDS. Trong nhiều trường hợp, nó có thể là một hệ quả của thành công điều trị, vì người nhiễm HIV sống lâu hơn và tiếp tục hiện diện trong dân số. Vì vậy, đánh giá chính sách HIV/AIDS cần đi xa hơn cách

nhìn cơ học vào tỷ lệ hiện nhiễm. Cần đặt chỉ báo này trong quan hệ với nhiễm mới, tử vong, độ bao phủ điều trị, khả năng duy trì điều trị, tài chính y tế và chất lượng sống của người sống chung với HIV.

2. Cách tiếp cận và nguồn tài liệu

Bài viết sử dụng cách tiếp cận phân tích tài liệu chính sách kết hợp với diễn giải số liệu thứ cấp từ các nguồn quốc tế và trong nước. Các tài liệu được sử dụng bao gồm văn bản pháp luật, chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS, báo cáo của UNAIDS, WHO, World Bank, cùng một số nghiên cứu học thuật về HIV/AIDS, ART, tài chính y tế và chính sách HIV tại Việt Nam. Cách tiếp cận này phù hợp với mục tiêu của bài viết. Thay vì xây dựng một mô hình định lượng nhằm kiểm định quan hệ nhân quả, bài viết tập trung vào việc đọc lại các biến động chính sách và dịch tễ trong một bối cảnh lịch sử cụ thể. Trọng tâm không phải là hỏi ART “làm tăng” hay “làm giảm” tỷ lệ hiện nhiễm theo nghĩa thống kê trực tiếp, mà là hỏi: vì sao trong bối cảnh điều trị thành công hơn, tỷ lệ hiện nhiễm có thể không giảm nhanh như kỳ vọng? Câu hỏi này có tính chính sách rõ rệt, bởi nó liên quan đến cách nhà quản lý, nhà nghiên cứu và công chúng hiểu các chỉ báo HIV/AIDS.

Về thời gian, bài viết tập trung vào giai đoạn 1995–2024. Đây là giai đoạn đủ dài để quan sát sự chuyển đổi trong quản lý HIV/AIDS tại Việt Nam. Có thể chia quá trình này thành ba giai đoạn tương đối. Giai đoạn thứ nhất, từ giữa thập niên 1990 đến khoảng năm 2005, là thời kỳ HIV/AIDS chủ yếu được nhìn nhận như một khủng hoảng y tế và xã hội, trong khi tiếp cận ART còn hạn chế. Giai đoạn thứ hai, từ khoảng năm 2005 đến năm 2019, là thời kỳ mở rộng mạnh mẽ điều trị, với vai trò lớn của tài trợ quốc tế và sự hoàn thiện dần của khung pháp lý trong nước. Giai đoạn thứ ba, từ năm 2020 đến nay, là thời kỳ Việt Nam phải duy trì thành quả điều trị trong điều kiện tài trợ quốc tế giảm dần, vai trò của bảo hiểm y tế tăng lên và hệ thống y tế phải thích ứng với yêu cầu quản lý bệnh mãn tính lâu dài. Cách phân kỳ này không phải là một ranh

giới tuyệt đối. Trong thực tế, các giai đoạn chính sách thường chồng lấn lên nhau. Tuy vậy, nó giúp làm rõ sự thay đổi về logic quản lý: từ kiểm soát một dịch bệnh gây tử vong cao, sang mở rộng điều trị, rồi tiến tới duy trì điều trị bền vững trong hệ thống y tế quốc gia.

3. Từ bệnh truyền nhiễm nguy hiểm đến bệnh mãn tính

Một trong những thay đổi quan trọng nhất trong lịch sử HIV/AIDS toàn cầu là sự xuất hiện và mở rộng của ART. Trước khi điều trị kháng virus được triển khai rộng rãi, HIV/AIDS thường được nhìn như một căn bệnh gần như đồng nghĩa với tử vong. Sau khi ART trở nên phổ biến hơn, đặc biệt từ cuối thập niên 1990 và đầu những năm 2000 ở nhiều quốc gia, HIV/AIDS dần chuyển thành một tình trạng sức khỏe mãn tính có thể kiểm soát nếu người bệnh được điều trị đều đặn và theo dõi thích hợp [6]. Lý thuyết chuyển đổi dịch tễ học của Omran giúp soi sáng phân nào quá trình này. Theo Omran, khi xã hội hiện đại hóa, cấu trúc bệnh tật và tử vong thay đổi: các bệnh truyền nhiễm có tử vong cao dần được kiểm soát, trong khi các bệnh mãn tính và các vấn đề sức khỏe dài hạn trở nên quan trọng hơn [8]. HIV/AIDS là một trường hợp đặc biệt. Nó vẫn là một bệnh truyền nhiễm, nhưng nhờ ART, căn bệnh này ngày càng mang nhiều đặc điểm của bệnh mãn tính: cần điều trị suốt đời, cần theo dõi định kỳ, cần tuân thủ thuốc và cần một hệ thống hỗ trợ xã hội lâu dài.

Ở Việt Nam, sự chuyển đổi này diễn ra trong một bối cảnh chính sách đặc thù. Trong giai đoạn đầu, HIV/AIDS gắn mạnh với các nhóm bị kỳ thị và với diễn ngôn kiểm soát xã hội. Cách nhìn đó không phải là riêng của Việt Nam, nhưng tại Việt Nam, nó có ý nghĩa đặc biệt vì HIV/AIDS từng được đặt gần với các vấn đề ma túy, mại dâm và trật tự xã hội. Khi đó, người nhiễm HIV không chỉ là người bệnh, mà còn thường bị nhìn qua lăng kính đạo đức và nguy cơ xã hội. Những nghiên cứu về chính sách HIV tại Việt Nam đã chỉ ra sự chuyển đổi dần từ cách tiếp cận kiểm soát và trừng phạt sang cách tiếp cận dựa nhiều hơn vào y tế công cộng và quyền của người

nhiễm HIV [2]. Sự mở rộng ART từ giữa những năm 2000 tạo điều kiện để thay đổi cách nhìn này. Khi người nhiễm HIV có thể sống lâu hơn, khỏe mạnh hơn và tiếp tục sinh hoạt trong cộng đồng, HIV/AIDS không còn chỉ là hình ảnh của suy kiệt và tử vong. Nó trở thành một tình trạng sức khỏe cần được quản lý trong thời gian dài. Thay đổi này không chỉ thuộc về y học. Nó kéo theo những yêu cầu chính sách mới: bảo đảm thuốc, duy trì điều trị, tư vấn, xét nghiệm định kỳ, giảm kỳ thị, bảo hiểm y tế, hỗ trợ tâm lý và an sinh xã hội.

Mặt khác, ART cũng làm thay đổi khía cạnh xã hội của HIV/AIDS. Điều trị không đơn giản là một can thiệp kỹ thuật. Nó tái định hình vị trí của người nhiễm HIV trong gia đình, cộng đồng và hệ thống y tế. Khi điều trị có hiệu quả, người nhiễm HIV không còn chỉ được nhìn như người sắp tử vong, mà trở thành một bệnh nhân mãn tính cần được chăm sóc lâu dài. Chính sự thay đổi này làm cho chính sách HIV/AIDS phải đi xa hơn mô hình phòng, chống dịch theo nghĩa hẹp.

4. Ba giai đoạn chính sách HIV/AIDS tại Việt Nam

Trong giai đoạn trước khoảng năm 2005, chính sách HIV/AIDS tại Việt Nam chịu ảnh hưởng rõ của bối cảnh thiếu điều trị, thiếu nguồn lực và kỳ thị xã hội mạnh. Các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu tập trung vào truyền thông phòng ngừa, kiểm soát nguy cơ lây nhiễm và ứng phó với hậu quả của dịch. Do ART chưa được tiếp cận rộng rãi, tử vong liên quan AIDS còn là một thực tế nghiêm trọng. Ở giai đoạn này, HIV/AIDS được nhìn nhiều hơn như một khủng hoảng y tế và xã hội, thay vì một tình trạng sức khỏe có thể quản lý lâu dài.

Từ giữa những năm 2000, chính sách HIV/AIDS bước sang giai đoạn mở rộng điều trị. Nguồn lực quốc tế, đặc biệt từ PEPFAR và Quỹ Toàn cầu, đóng vai trò lớn trong việc tăng khả năng tiếp cận ART, mở rộng xét nghiệm, hỗ trợ hệ thống quản lý bệnh nhân và đào tạo nhân lực. Cục Phòng, chống HIV/AIDS từng nhấn mạnh vai trò của PEPFAR đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam, nhất là trong hỗ

trợ điều trị, xét nghiệm và nâng cao năng lực hệ thống [9]. Cùng với đó, Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 tạo ra một nền tảng pháp lý quan trọng, đưa vấn đề chăm sóc, điều trị và hỗ trợ người nhiễm HIV vào trong khuôn khổ chính sách chính thức của Nhà nước [3]. Giai đoạn này có thể xem là thời kỳ HIV/AIDS được “y tế hóa” theo nghĩa tích cực hơn. Thay vì chủ yếu được hiểu qua lăng kính tệ nạn và kiểm soát, HIV/AIDS ngày càng được nhìn nhận như một vấn đề y tế công cộng cần được điều trị, dự phòng và quản lý bằng các công cụ chuyên môn. Điều này không có nghĩa kỳ thị biến mất, nhưng nó làm thay đổi điều kiện để người nhiễm HIV tiếp cận dịch vụ và được nhìn nhận như người có quyền được điều trị.

Từ khoảng năm 2020, bối cảnh chính sách tiếp tục thay đổi. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020 và Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 phản ánh nỗ lực đặt HIV/AIDS vào một chương trình dài hạn hơn, không chỉ là ứng phó khẩn cấp [4, 5]. Đồng thời, khi tài trợ quốc tế giảm dần, Việt Nam phải chuyển nhiều hơn sang nguồn lực trong nước, nhất là bảo hiểm y tế. Quá trình chuyển điều trị HIV/AIDS sang cơ chế chi trả qua bảo hiểm y tế được một số nghiên cứu xem là bước chuyển quan trọng trong bảo đảm bền vững tài chính cho điều trị HIV tại Việt Nam [10, 11]. Thay đổi này có ý nghĩa lớn. Khi HIV/AIDS trở thành bệnh mãn tính, vấn đề không chỉ là có thể mở rộng ART hay không, mà là có thể duy trì điều trị ổn định, công bằng và lâu dài hay không. Một bệnh nhân mãn tính cần điều trị liên tục. Nếu gián đoạn thuốc, gián đoạn xét nghiệm hoặc mất kết nối với cơ sở y tế, hiệu quả điều trị có thể bị ảnh hưởng. Vì vậy, giai đoạn sau năm 2020 đặt ra yêu cầu quản lý khác với giai đoạn mở rộng ban đầu: ít tính dự án hơn, nhiều tính hệ thống hơn.

5. Vì sao tỷ lệ hiện nhiễm HIV có thể ổn định?

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV là một chỉ báo quan trọng, nhưng không phải là chỉ báo dễ diễn giải. Về nguyên tắc, hiện nhiễm phản ánh số người đang sống chung với HIV trong một dân số tại

một thời điểm nhất định. Con số này phụ thuộc vào ít nhất hai quá trình: số người mới nhiễm HIV và số người rời khỏi quần thể người sống chung với HIV, chủ yếu do tử vong. Vì vậy, hiện nhiễm không đơn giản là thước đo của lây truyền mới. Nó là kết quả tích lũy của lây nhiễm, điều trị và sống còn. Điều này có ý nghĩa đặc biệt trong bối cảnh ART được mở rộng. Nếu điều trị tốt hơn, tử vong liên quan AIDS giảm xuống. Khi đó, người nhiễm HIV sống lâu hơn và tiếp tục được tính trong nhóm người đang sống chung với HIV. Ngay cả khi số ca nhiễm mới giảm, tỷ lệ hiện nhiễm vẫn có thể ổn định hoặc giảm chậm. Hiện tượng này không nên được hiểu vội vàng như thất bại. Trong nhiều trường hợp, nó phản ánh một thành tựu cơ bản của chính sách điều trị: giữ cho người nhiễm HIV sống lâu hơn. Vấn đề nằm ở cách sử dụng chỉ báo. Nếu nhà quản lý chỉ nhìn vào tỷ lệ hiện nhiễm, họ có thể đặt câu hỏi: vì sao điều trị mở rộng mà hiện nhiễm không giảm mạnh? Nhưng nếu nhìn đồng thời vào nhiễm mới, tử vong và duy trì điều trị, cách hiểu sẽ khác. ART có thể đồng thời góp phần làm giảm khả năng lây truyền thông qua ức chế tải lượng virus, đồng thời làm giảm tử vong và kéo dài thời gian sống của người nhiễm HIV. Hai tác động này có thể tạo ra một trạng thái thống kê phức tạp: dịch được kiểm soát tốt hơn nhưng số người sống chung với HIV vẫn được duy trì trong dân số.

Đây là điểm mà bài viết gọi là “nghịch lý của thành công”. Thành công của điều trị không nhất thiết làm tỷ lệ hiện nhiễm giảm nhanh trong ngắn hạn. Trái lại, nếu điều trị thành công, nhiều người nhiễm HIV sẽ sống lâu hơn. Vì vậy, tỷ lệ hiện nhiễm ổn định có thể là dấu hiệu của một cộng đồng người sống chung với HIV đang được duy trì sự sống, chứ không nhất thiết là dấu hiệu chính sách thất bại. Cách diễn giải này không phủ nhận tầm quan trọng của việc giảm nhiễm mới. Ngược lại, nó cho thấy cần phân biệt rõ hơn giữa các mục tiêu chính sách. Giảm nhiễm mới là mục tiêu dự phòng. Giảm tử vong là mục tiêu điều trị. Duy trì tỷ lệ điều trị và ức chế virus là mục tiêu quản lý bệnh mãn tính. Còn tỷ lệ hiện nhiễm là chỉ báo tổng hợp, chỉ có ý nghĩa khi được đặt trong quan hệ với các chỉ báo còn lại.

Một chính sách HIV/AIDS tốt không nên được đánh giá bằng một con số đơn lẻ.

6. Những vấn đề đặt ra cho việc quản lý HIV/AIDS như một bệnh mãn tính

Khi HIV/AIDS được quản lý như một bệnh mãn tính, chính sách y tế phải mở rộng phạm vi quan tâm. Thuốc ARV vẫn là trung tâm, nhưng thuốc không thể tự mình giải quyết toàn bộ vấn đề. Người sống chung với HIV cần một hệ thống hỗ trợ đủ bền để họ có thể điều trị đều đặn trong nhiều năm, thậm chí suốt đời [6, 7]. Trước hết là vấn đề duy trì điều trị bởi ART đòi hỏi tuân thủ lâu dài. Điều này phụ thuộc không chỉ vào ý thức cá nhân của người bệnh, mà còn vào khoảng cách đến cơ sở y tế, chất lượng tư vấn, sự ổn định của nguồn thuốc, chi phí đi lại, thái độ của nhân viên y tế và mức độ kỳ thị trong cộng đồng. Nếu người bệnh sợ bị lộ tình trạng HIV, họ có thể ngại đi khám, ngại lấy thuốc hoặc trì hoãn xét nghiệm. Vì vậy, duy trì điều trị là vấn đề vừa y học vừa xã hội. Thứ hai là vấn đề tài chính và cơ chế chi trả. Trong giai đoạn có tài trợ quốc tế mạnh, nhiều chi phí điều trị HIV/AIDS được hỗ trợ từ bên ngoài nhưng khi nguồn lực này giảm dần, bảo hiểm y tế và ngân sách trong nước phải giữ vai trò lớn hơn. Quá trình chuyển dịch sang tài chính bảo hiểm y tế trong điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam được xem là bước đi quan trọng để bảo đảm bền vững tài chính, nhưng cũng đặt ra các vấn đề về chi trả, chi phí ngoài túi và khả năng bảo vệ tài chính cho người bệnh [10, 11]. Điều này đặc biệt đáng chú ý vì người sống chung với HIV thường thuộc các nhóm có điều kiện kinh tế và xã hội dễ tổn thương hơn.

Mặt khác, trong thực tế quản lý, việc chuyển điều trị HIV/AIDS sang cơ chế BHYT có thể làm phát sinh những khó khăn hành chính và cấu trúc, chẳng hạn, người bệnh có thể gặp vướng mắc khi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, chuyển tuyến, thay đổi nơi cư trú hoặc làm việc, hoặc khi cơ sở điều trị HIV chuyên biệt chưa được kết nối thuận lợi với quy trình thanh toán của BHYT. Với những người di cư, lao động không ổn định hoặc sống xa nơi đăng ký bảo

hiểm, các thủ tục này có thể làm tăng nguy cơ gián đoạn thuốc và giảm khả năng theo dõi liên tục. Một rào cản khác liên quan đến bảo mật thông tin cá nhân. Khi điều trị HIV/AIDS được tích hợp nhiều hơn vào các cơ sở y tế đa khoa, người bệnh có thể được hưởng lợi từ hệ thống dịch vụ rộng hơn, nhưng đồng thời cũng có thể lo ngại nguy cơ lộ tình trạng HIV trong quá trình đăng ký khám, thanh toán BHYT, nhận thuốc hoặc tiếp xúc với nhân viên y tế không chuyên trách. Mối lo này đặc biệt nhạy cảm ở các cộng đồng nhỏ, nơi thông tin cá nhân dễ lan truyền. Do đó, bảo vệ bí mật thông tin, tổ chức quy trình tiếp nhận kín đáo và đào tạo nhân viên y tế về thái độ không kỳ thị là điều kiện quan trọng để BHYT thực sự trở thành công cụ hỗ trợ tiếp cận điều trị, chứ không phải một rào cản mới [3, 4, 7]. Dù khung pháp lý hiện nay đã tiến bộ hơn, kỳ thị đối với người nhiễm HIV không biến mất mà vẫn đang là một vấn đề hiện diện rõ nét trong đời sống xã hội, trong gia đình, nơi làm việc, cộng đồng và đôi khi ngay trong cơ sở y tế. Kỳ thị làm cho người có nguy cơ ngại xét nghiệm, người đã nhiễm ngại điều trị, người đang điều trị khó duy trì tiếp xúc ổn định với hệ thống y tế. Vì vậy, chính sách HIV/AIDS không thể chỉ là chính sách thuốc. Nó cũng phải là chính sách giảm kỳ thị và bảo vệ phẩm giá xã hội của người sống chung với HIV.

Cuối cùng, một cộng đồng người sống chung với HIV có tuổi thọ dài hơn sẽ đối diện nhiều hơn với bệnh đồng mắc, sức khỏe tâm thần, việc làm, an sinh xã hội và già hóa. Đây là những vấn đề mà trước đây có thể chưa nổi bật, vì khi đó trọng tâm chính sách còn đặt vào tử vong và kiểm soát lây truyền, nhưng hiện nay, khi HIV/AIDS đã trở thành tình trạng sức khỏe mãn tính, những vấn đề này sẽ ngày càng cần được nhìn nhận một cách nghiêm túc. Nhìn từ góc độ chính sách, đây là sự chuyển đổi từ “chống HIV/AIDS” sang “sống cùng HIV/AIDS trong điều kiện được điều trị”. Sự khác biệt này không chỉ là cách dùng từ mà còn cho thấy thay đổi trong đối tượng quản lý: không chỉ là virus, mà còn là con người, quan hệ xã hội, tài chính y tế và chất lượng sống. Nếu chính sách vẫn giữ tư duy khủng hoảng, hệ thống có thể tiếp tục ưu tiên những mục tiêu ngắn hạn,

nhưng nếu thừa nhận HIV/AIDS là bệnh mãn tính, chính sách cần được thiết kế cho dài hạn.

7. Một vài hàm ý chính sách

Hàm ý chính sách đầu tiên của phân tích này là cần thận trọng hơn khi sử dụng tỷ lệ hiện nhiễm HIV để đánh giá hiệu quả chính sách. Hiện nhiễm là một chỉ báo quan trọng, nhưng không nên được sử dụng riêng lẻ. Trong bối cảnh ART được mở rộng, hiện nhiễm ổn định có thể đồng thời phản ánh hai quá trình: lây nhiễm mới được kiểm soát tốt hơn và người nhiễm HIV sống lâu hơn. Vì vậy, khi đánh giá chính sách, cần đặt hiện nhiễm bên cạnh các chỉ báo khác như nhiễm mới, tử vong liên quan đến AIDS, độ bao phủ điều trị, tỷ lệ duy trì điều trị, tải lượng virus được ức chế và chất lượng sống của người sống chung với HIV. Bên cạnh đó, chính sách dự phòng vẫn phải được duy trì mạnh mẽ. Việc hiểu hiện nhiễm ổn định như một phần của thành công điều trị không có nghĩa là xem nhẹ nguy cơ lây truyền mới. Ngược lại, càng nhiều người sống chung với HIV được điều trị lâu dài, hệ thống càng cần bảo đảm xét nghiệm sớm, tư vấn, điều trị liên tục và can thiệp phù hợp với các nhóm có nguy cơ cao. Nếu chỉ nhấn mạnh điều trị mà làm yếu dự phòng, thành quả kiểm soát dịch có thể bị ảnh hưởng.

Liên quan đến tài chính y tế, yêu cầu đặt ra không chỉ là mở rộng vai trò của BHYT, mà còn là làm cho cơ chế này vận hành thuận lợi đối với người bệnh. Các thủ tục chuyển tuyến, thay đổi nơi đăng ký khám chữa bệnh, cấp phát thuốc khi người bệnh di chuyển nơi cư trú hoặc lao động xa nhà cần được thiết kế linh hoạt hơn để tránh gián đoạn điều trị. Đồng thời, cần giảm các chi phí ngoài túi và các chi phí gián tiếp như đi lại, chờ đợi, xin giấy tờ, vì những chi phí này có thể trở thành rào cản đáng kể đối với nhóm nghèo, nhóm di cư hoặc nhóm bị kỳ thị [10, 11]. Một yêu cầu đi kèm là bảo đảm bảo mật thông tin trong quá trình sử dụng BHYT và tiếp cận dịch vụ ở các cơ sở y tế đa khoa. Chính sách cần cụ thể hóa các quy trình bảo vệ dữ liệu cá nhân, bố trí khu vực tư vấn và cấp phát thuốc phù hợp, hạn chế việc để lộ thông tin HIV trong hồ sơ, quầy

tiếp nhận, quy trình thanh toán hoặc giao tiếp hành chính. Nhân viên y tế, kể cả ở tuyến không chuyên trách HIV, cần được tập huấn về bảo mật thông tin và thái độ không kỳ thị. Nếu không xử lý tốt vấn đề này, việc tích hợp HIV/AIDS vào hệ thống y tế chung có thể vô tình làm tăng nỗi sợ lộ danh tính và làm suy yếu mục tiêu duy trì điều trị [3, 4, 7]. Mặt khác, khi HIV/AIDS trở thành bệnh mãn tính, việc tích hợp HIV/AIDS vào hệ thống chăm sóc sức khỏe dài hạn là cần thiết. Khi người sống chung với HIV già đi, họ sẽ cần nhiều dịch vụ hơn ngoài thuốc ARV như chăm sóc sức khỏe ban đầu, điều trị bệnh đồng mắc, hỗ trợ sức khỏe tâm thần, tư vấn xã hội và bảo vệ việc làm. Điều này đòi hỏi sự phối hợp giữa y tế công cộng, bảo hiểm y tế, chính sách xã hội và các tổ chức cộng đồng bởi nếu mỗi bộ phận chỉ xử lý một mảnh riêng lẻ, người bệnh sẽ dễ bị rơi vào khoảng trống chính sách. Cuối cùng, chính sách HIV/AIDS cần tiếp tục đặt giảm kỳ thị vào vị trí trung tâm. Kỳ thị làm suy yếu cả dự phòng lẫn điều trị. Trong một giai đoạn mà HIV/AIDS đã có thể được quản lý lâu dài, kỳ thị không chỉ là vấn đề đạo đức xã hội, mà còn là rào cản trực tiếp đối với hiệu quả chính sách y tế.

8. Kết luận

Ba thập niên quản lý HIV/AIDS tại Việt Nam cho thấy một chuyển đổi quan trọng: HIV/AIDS đã dần đi từ một khủng hoảng y tế có tử vong cao sang một tình trạng sức khỏe mãn tính có thể được quản lý lâu dài. Sự mở rộng ART đóng vai trò trung tâm trong quá trình này. Điều trị giúp giảm tử vong, kéo dài tuổi thọ và tạo điều kiện để người sống chung với HIV tiếp tục tham gia đời sống xã hội. Đây là một thành tựu lớn của chính sách y tế công cộng. Tuy nhiên, thành tựu đó cũng đòi hỏi cách hiểu tinh tế hơn về các chỉ báo dịch tễ. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ổn định hoặc giảm chậm không nên được diễn giải một cách đơn giản như thất bại. Trong bối cảnh điều trị hiệu quả hơn, hiện nhiễm ổn định có thể phản ánh việc người nhiễm HIV sống lâu hơn. Nói cách khác, thành công trong việc giảm tử vong có thể làm cho cộng đồng người sống chung với HIV được duy trì trong dân số

lâu hơn. Đây là một nghịch lý chỉ xuất hiện khi chính sách điều trị đã đạt được hiệu quả nhất định.

Từ góc độ quản lý, bài học quan trọng là không nên đánh giá HIV/AIDS bằng một chỉ báo đơn lẻ. Chính sách cần đồng thời quan tâm đến dự phòng nhiễm mới, duy trì điều trị, giảm tử vong, bảo đảm tài chính y tế, giảm kỳ thị và nâng cao chất lượng sống. Khi HIV/AIDS trở thành một bệnh mạn tính, thách thức chính sách không còn chỉ là kiểm soát dịch, mà là xây dựng một hệ thống chăm sóc dài hạn đủ bền vững, công bằng và nhạy cảm với đời sống thực tế của người sống chung với HIV.

Tài liệu tham khảo

- [1] P. Farmer, An Anthropology of Structural Violence, *Current Anthropology*, Vol. 45, 2004, pp. 305-325, <https://doi.org/10.1086/382250>.
- [2] P. Nguyen Ha, A. Pharris, N.T. Huong, N.T.K. Chuc, R. Brugha, A. Thorson, The Evolution of HIV Policy in Vietnam: From Punitive Control Measures to a More Rights-Based Approach, *Global Health Action*, Vol. 3, 2010, 4625, <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.4625>.
- [3] National Assembly of Vietnam, Law No. 64/2006/QH11 Dated 29 June 2006 on HIV/AIDS Prevention and Control, Vietnam Government Web Portal, 2006, <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?docid=29395&pageid=27160> (accessed on: June 20th, 2026) (in Vietnamese).
- [4] National Assembly of Vietnam, Law No. 71/2020/QH14 Dated 16 November 2020 Amending and Supplementing a Number of Articles of the Law on HIV/AIDS Prevention and Control, Vietnam Government Web Portal, 2020, <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?docid=202612&pageid=27160> (accessed on: June 20th, 2026) (in Vietnamese).
- [5] Prime Minister of Vietnam, Decision No. 1246/QĐ-TTg Dated 14 August 2020 Approving the National Strategy for Ending the AIDS Epidemic by 2030, Vietnam Government Web Portal, 2020, <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?docid=200774&pageid=27160> (accessed on: June 20th, 2026) (in Vietnamese).
- [6] S. G. Deeks, S. R. Lewin, D. V. Havlir, The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease, *The Lancet*, Vol. 382, 2013, pp. 1525-1533, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7).
- [7] World Health Organization, Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach, World Health Organization, Geneva, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (accessed on: June 20th, 2026).
- [8] A. R. Omran, The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, 1971, pp. 509-538, <https://doi.org/10.2307/3349375>.
- [9] Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, The Contribution of PEPFAR to HIV/AIDS Prevention and Control in Vietnam, Ministry of Health, 2023, <https://vaac.gov.vn/su-dong-gop-cua-pepfar-voi-cong-tac-phong-chong-hiv-aids-tai-viet-nam.html> (accessed on: June 20th, 2026) (in Vietnamese).
- [10] Vietnam Social Security, Vietnam Mobilises Domestic Resources through Social Health Insurance to Cover HIV Treatment Services, Vietnam Social Security, 2019, <https://vss.gov.vn/english/news/Pages/vietnam-social-security.aspx?CateID=0&ItemID=8753> (accessed on: June 20th, 2026).
- [11] L. T. H. Vu, B. Johns, Q. T. T. Bui, A. D. Thuy, D. N. Thi, H. N. Thi, A. Nguyen Cam, Moving to Social Health Insurance Financing and Payment for HIV/AIDS Treatment in Vietnam, *Health Services Insights*, Vol. 14, 2021, 1178632920988843, <https://doi.org/10.1177/1178632920988843>.