

BÁO CÁO CỦA ỦY BAN VỀ AIDS Ở CHÂU Á

BẢN TÓM TẮT

NHẬN ĐỊNH LẠI
VỀ TÌNH HÌNH DỊCH

AIDS
Ở CHÂU Á

PHÁC THẢO
CÁCH ỨNG PHÓ HIỆU QUẢ

NHẬN ĐỊNH LẠI VỀ TÌNH HÌNH DỊCH AIDS Ở CHÂU Á

Phác thảo cách ứng phó hiệu quả

Báo cáo của Ủy ban về AIDS
ở châu Á

Trình lên

Ngài Ban Ki-moon,
Tổng thư ký Liên Hợp Quốc
26 tháng 3 năm 2008

Xuất bản lần đầu tiên năm 2008

Các cá nhân và tổ chức có thể tùy ý sử dụng ấn phẩm này nhưng
cần có chú thích nguồn gốc rõ ràng

Bản báo cáo này là cách nhìn nhận của Ủy ban về AIDS
ở châu Á và không nhất thiết đại diện cho
các quyết định hoặc chính sách của các tổ chức hỗ trợ
Ủy ban trong quá trình thực hiện báo cáo

Ấn phẩm được phát miễn phí tại:
Văn phòng UNAIDS trợ giúp khu vực châu Á- Thái Bình Dương
Tầng 9, Block-A
Tòa nhà Liên Hợp Quốc
Đại lộ Rajdamnern Nok
Pranakorn, Bangkok 10200, Thái Lan
ĐT: +66 2 288 1322
Fax: +66 2 288 1092

ISBN-13: 978-0-19-569636-3

ISBN-10: 0-19-569636-0

Mục lục

<i>Lời nói đầu</i>	<i>vi</i>
<i>Lời cảm ơn</i>	<i>x</i>
<i>Danh mục các chữ viết tắt</i>	<i>xii</i>
Tóm tắt báo cáo	1
Tình hình dịch AIDS ở châu Á	1
Ủng phó quốc gia với HIV và AIDS	3
Sự tham gia của cộng đồng	5
Tương lai dịch ở châu Á	7
Những tác động của HIV	9
Những yếu tố ngoại cảnh	10
Cần bao nhiêu tiền để có thể chặn được dịch HIV ở châu Á?	11
Các khuyến nghị về chính sách	13
Các chiến lược và việc thực hiện chương trình	18

Lời Nói Đầu

Vài năm sau ca nhiễm AIDS đầu tiên phát hiện tại Mỹ, vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) đã xâm nhập sang châu Á. Nó lan rộng nhanh chóng và vào đầu những năm 90, nó đã có mặt ở tất cả các quốc gia trong châu lục này. Ở một số nước như Thái Lan, dịch HIV đang trên đà phát triển.

Hơn hai thập kỷ sau, ước tính có khoảng 9 triệu người châu Á đã nhiễm HIV và hàng triệu người trong đó đã chết vì các bệnh liên quan đến AIDS. Con số đó vẫn chưa thể nói lên hết được những nỗi đau mà những người sống với HIV và gia đình họ đã phải gánh chịu. Đầu tiên là cú sốc vì sức khỏe bị suy giảm đột ngột, mắc phải những căn bệnh lạ không rõ nguyên nhân, sau đó là đối mặt với sự xấu hổ với mọi người và bị cộng đồng chế giễu. Bệnh này không gợi sự cảm thông của những người xung quanh mà trái lại, nó chỉ gây nên sự chỉ trích và xa lánh.

HIV có vẻ như luôn gắn với những định kiến, vì nó liên quan đến các hành vi bị ngăn cấm trong một “xã hội văn minh”: tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục đồng giới nam, mại dâm. Hệ quả là các ứng phó ban đầu ở châu Á vấp phải sự phản đối hoặc gây hoang mang về đạo đức.

Ở hầu hết các nơi, các yếu tố làm gia tăng dịch, loại hình và xu hướng lây nhiễm HIV trong xã hội châu Á đều không được nghiên cứu kỹ càng. Điều này có hai kết quả. Tại một số nơi, nó củng cố thêm cho niềm tin có phần tự mãn rằng các giá trị truyền thống của châu Á sẽ bảo vệ mọi người khỏi HIV, và rằng chỉ những người bên lề xã hội, có những hành vi xấu xa thì mới có thể bị lây nhiễm HIV. Cùng thời gian đó, dịch bùng phát ở Đông Phi và Nam Phi, phủ bóng đen sợ hãi rằng

nó cũng có thể bùng phát như thế ở châu Á, với viễn cảnh kinh khủng 10% hoặc hơn thế số người trưởng thành sẽ sớm bị nhiễm HIV.

Trong thập kỷ qua, hiểu biết về HIV ở châu Á đủ để chúng ta đưa ra nhận định rằng cả hai dự đoán trên đều là sai.

Nhưng liệu chúng ta có biết HIV còn diễn biến như thế nào nữa? Cái gì là nguyên nhân gia tăng dịch và chúng có thể thay đổi ra sao? Dịch sẽ tàn phá khu vực như thế nào? Tỷ lệ nhiễm còn tăng đến mức nào và đối tượng nào sẽ phải gánh chịu hậu quả nặng nề nhất? Chiến lược nào sẽ hiệu quả nhất để chống lại đại dịch? Liệu chiến lược đó có khả thi ở châu Á hay không?

Hầu hết các quốc gia đều chưa tìm được câu trả lời thỏa đáng cho những câu hỏi này. Giám đốc điều hành của Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), Tiến sĩ Peter Piot đã đệ trình một cuộc nghiên cứu toàn diện về tình hình thực tế và ảnh hưởng của AIDS ở châu Á.

Nhiệm vụ này được giao phó cho một Ủy ban về AIDS ở châu Á, thành lập vào tháng 6 năm 2006. Thời hạn thực hiện là 18 tháng, trong đó Ủy ban sẽ nghiên cứu và đánh giá tác động của AIDS ở châu Á và đưa ra những khuyến nghị để có được ứng phó mạnh mẽ hơn với AIDS. (Điều khoản tham chiếu và thành phần của Ủy ban có trong phần phụ lục của bản báo cáo này).

Chúng tôi xin được cảm ơn UNAIDS và hai nhà đồng tài trợ của UNAIDS là UNICEF và UNDP, vì những sáng kiến và sự quan tâm dành cho công việc này, cũng như vì những sự trợ giúp về tài chính và kỹ thuật đã dành cho Ủy ban.

Ngay từ đầu, Ủy ban đã nhận thấy sự phức tạp của đại dịch và những thách thức của nó. Tuy nhiên, cuộc họp đầu tiên tổ chức vào tháng 7 năm 2006 đã chỉ ra những thiếu sót đáng kể trong thông tin đưa ra về sự lan tràn của đại dịch khắp châu Á và những ảnh hưởng của nó với xã hội. Xét ở vài khía cạnh, cuộc nghiên cứu chưa đạt được chất lượng cần thiết, và ở các khía cạnh khác, dường như thiếu hẳn mảng nghiên cứu chất lượng.

Vì thế, Ủy ban đã đề xuất hai sáng kiến nghiên cứu quan trọng. Một là khảo sát mặt dịch tễ của dịch HIV châu Á để từ đó mô tả được diễn biến của dịch trong tương lai. Hai là phân tích ảnh hưởng trung hạn và dài hạn của dịch AIDS đối với tình hình kinh tế - xã hội ở châu Á. Hơn

ba mươi nghiên cứu đã ra đời để thực hiện sáng kiến này.

Dự án đầu tiên nhận được nhiều nguồn tài trợ nhỏ. Dự án thứ hai được Ngân hàng phát triển châu Á ADB cấp vốn, với mục đích là tìm tiếng nói chung giữa nghiên cứu về AIDS của Ngân hàng với nghiên cứu của Ủy ban. Chúng tôi xin được cảm ơn ADB vì sự giúp đỡ quý báu này.

Ủy ban cũng phát hiện ra vai trò trung tâm của cộng đồng trong công cuộc ứng phó với AIDS. Khoảng 600 cá nhân và các nhóm dân sự khắp châu Á đã được liên lạc để lấy thông tin và tham gia vào các cuộc phỏng vấn chuyên sâu do các nhà hoạt động xã hội và nhà tổ chức xã hội dân sự có kinh nghiệm tiến hành. Kết quả thu được là rất nghiêm túc. Nó cho thấy sự tham gia của cộng đồng vào các ứng phó với HIV còn hạn chế, năng lực quản lý và duy trì hoạt động phòng chống HIV của họ cũng còn nhiều điều phải bàn. Tuy nhiên, Ủy ban rất vui mừng ghi nhận sự đóng góp của các tổ chức xã hội dân sự trong việc tìm ra những phương cách, để củng cố sự tham gia của cộng đồng vào các ứng phó với HIV.

Ngoài nghiên cứu này, Ủy ban còn tiến hành hai chuyến thăm thực địa (tới Băng-la-đét và Phi-lip-pin), chủ trì hội thảo nghiên cứu chuyên sâu về các phương án chính sách tại Bangkok, huy động sự tham gia của rất nhiều các cấp lãnh đạo, các quan chức Chính phủ, những người hoạt động trong lĩnh vực phòng chống AIDS, các nhà nghiên cứu, các nhà tài trợ, các cơ quan Liên Hợp Quốc, và đại diện các tổ chức dân sự xã hội khắp châu Á. Bản Báo cáo này là tập hợp kết quả nghiên cứu trong suốt 18 tháng.

Ủy ban tin tưởng rằng bản Báo cáo đưa ra cái nhìn sâu sắc hơn và mới mẻ hơn về đại dịch AIDS ở châu Á, đồng thời chỉ ra những yếu tố chính cấu thành ứng phó bền vững và khả thi giúp ngăn chặn dịch AIDS.

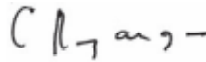
Bản báo cáo gồm cả những chiến lược thực hiện chủ yếu ở khâu lập chính sách và vận hành. Thách thức đặt ra bây giờ là phải biến các chiến lược này thành hành động hiệu quả.

Trong suốt quá trình thực hiện, Ủy ban lúc nào cũng đặt ra câu hỏi Bản báo cáo này hướng tới đối tượng nào. Dành cho những nhà hoạch định, xây dựng chính sách, các chính trị gia, những nhà lý luận, nhà hoạt động xã hội, hay cho các cơ quan báo chí? Câu trả lời là: dành cho

tất cả những đối tượng kể trên và còn những người khác nữa.

Kết quả nghiên cứu và những khuyến nghị nêu trong bản báo cáo này dành cho tất cả mọi người trong xã hội, những ai quan tâm đến xã hội họ đang sống và những con người chia sẻ xã hội ấy.

Với những suy nghĩ và mối quan tâm như vậy dành cho người dân châu Á, chúng tôi xin được giới thiệu bản báo cáo này.



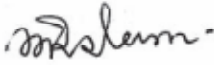
Chakravarthi Rangarajan,
Chủ tịch



Nerissa Corazon Soon-Ruiz



Rajat Kumar Gupta



Mahmuda Islam



Wu Zunyou



Tadashi Yamamoto



Frika Chia Iskandar



Tim Brown



J.V.R Prasada Rao,
Thành viên- Thư ký

Lời Cảm Ơn

Peter Piot, Giám đốc điều hành, UNAIDS

Hein Marais, Trưởng ban biên tập

Lindsay Knight, Biên tập bản sao

Những người có đóng góp chính

Hein Marais, Trưởng ban biên tập

Anita Alban, Clement Chan-Kam, Tim France, Trung tâm Nghiên cứu Phụ nữ Quốc tế (ICRW), Gayle Martin, William McGreevey, Ross McLeod, Wiwat Peerapatapanokin, Elizabeth Pisani, Andy Quan, Amala Reddy, Madhurima Sarkar, Satyanarayan Sivaraman, Viroj Tangcharoensathien, Waranya Teokul, David Wilkinson, Felicia Wong

Lindsay Knight, Biên tập bản sao

Những người nhận xét đánh giá

Robert Bollinger, Siddharth Dube, Peter Ghys, Robert Greener, Anand Grover, Geeta Rao Gupta, Indrani Gupta, Jose Antonio Izazola, Purnima Mane, Margaret May, Nafsiah Mboi, Jeff O'Malley, Sujatha Rao, D.C.S. Reddy, Bernhard Schwartlander, Daniel Tarantola, Neff Walker, David Wilson, Debrewerk Zwedie

Những người khác

Ashok Alexander, Ian Anderson, Tasnim Azim, Nandinee Bandyopadhyay, Don Baxter, Mark Bebbington, Anne Bergenstrom, Padma Chandrasekaran, Wing-Sie Cheng, Susan Chong, Vince Crisostomo, Jutatip Dechaboon, Siddharth Dube, Nadine France, R.R. Gangakhedkar, Peter Godwin, Greg Gray, Frits van Griensven, Anand Grover, Suman Jain, Smarajit Jana, Carol Jenkins, Giten Khwairakpam, Sukhontha Kongsin, M. Suresh Kumar, Joyce Leong, Chris Lyttleton, Colin Mathers, A.K. Nandakumar, Yoshimi Nishino, Cecilia Oh, Salil Panakadan, Shiba Phurailatpam, Basanta Kumar Pradhan, Wiwat Rojanapithayakorn, Roger Short, Werasit Sittitrai, Sharifah Tahir, Pascal Tanguay, Karin Timmerman, Paul Toh, David Traynor, Mechai Viravaidhya, Bill Whittaker, Caitlin Wiesen- Antin, Jan W. de Lind van Wijngaarden, Wang Xiaochun

Nhóm nghiên cứu và ban thư ký

Swarup Sarkar, Kah-Sin Cho, Nalyn Siripong, Taona Nana Kuo, Anit Mukherjee, và Sushila Panjwani

Danh mục những chữ viết tắt

ADB	Ngân hàng Phát triển châu Á
AEM	Mô hình dịch châu Á
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ASEAN	Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á
CBO	Các tổ chức về quyền con người
CCM	Cơ chế điều phối quốc gia
CDC	Trung tâm kiểm soát bệnh dịch- Hoa Kỳ
CSO	Tổ chức dân sự xã hội
DALY	Số năm cuộc đời mất đi do tàn tật hoặc tử vong
DfID	Bộ phát triển quốc tế- Vương quốc Anh
DHS	Điều tra y tế nhân khẩu học
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
GFATM	Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao, Sốt rét
GTT	Nhóm công tác toàn cầu
HIV	Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người
IDU	Người tiêm chích ma túy
MDG	Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ
M&E	Theo dõi và Giám sát
MoH	Bộ Y tế
MSM	Nam tình dục đồng giới
NAC	Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia
NASA	Đánh giá chi tiêu của Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia

NFHS	Điều tra Sức khỏe gia đình quốc gia
NGO	Tổ chức phi chính phủ
PEPFAR	Kế hoạch viện trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ cho phòng chống AIDS
SAARC	Hiệp hội Nam Á về phát triển khu vực SARS Hội chứng suy đường hô hấp cấp
STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
STI	Nhiễm trùng qua đường tình dục
SW	Người hành nghề mại dâm
TB	Bệnh lao
UBW	Ngân sách và kế hoạch hoạt động thống nhất
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNESCAP	Ủy ban của Liên Hợp Quốc về kinh tế-xã hội khu vực châu Á- Thái Bình Dương
UNGASS	Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc
USAID	Cơ quan Hoa Kỳ về phát triển quốc tế
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

Tóm Tắt Báo Cáo

Ưng phó với dịch HIV ở châu Á, xét một cách toàn diện, là không phù hợp cũng như không theo kịp thực tế của tình hình dịch HIV. Điều này đã dẫn tới sự thành lập Ủy ban về AIDS ở châu Á vào tháng 6 năm 2006. Nhiệm vụ chính của Ủy ban là phân tích diễn tiến của dịch AIDS trong khu vực nói chung và các tác động trung hạn đến dài hạn của nó đối với môi trường kinh tế-xã hội. Ủy ban đã xem xét trên 5000 tài liệu, tiến hành gần 30 nghiên cứu mới trong nhiều lĩnh vực, huy động sự tham gia của hơn 30 chuyên gia để giám định và đề nghị những phương thức mới mang tính sáng tạo nhằm giải quyết các vấn đề về dịch HIV ở châu Á. Một cuộc điều tra cũng được tiến hành với sự tham gia của hơn 600 thành viên từ các tổ chức cộng đồng và các tổ chức xã hội dân sự khác, hai hội thảo khu vực và năm chuyến công tác quốc gia cũng đã được thực hiện để lắng nghe báo cáo về tình hình HIV và các ứng phó của các chính phủ và xã hội dân sự.

TÌNH HÌNH DỊCH AIDS Ở CHÂU Á

So với tổng số dân, tỷ lệ nhiễm HIV ở châu Á có vẻ thấp nhưng con số thực tế thì lại rất cao. Theo ước tính của UNAIDS và WHO, có 4,9 triệu người (xê dịch từ 3,7 triệu- 6,7 triệu) sống với HIV ở châu Á trong năm 2007, trong đó 440.000 người (210.000- 1 triệu) bị nhiễm mới. Xấp xỉ 300.000 người (250.000-470.000) chết vì các bệnh liên quan đến AIDS trong năm 2007¹.

¹ UNAIDS/WHO (2007), *Cập nhật tình hình dịch AIDS 2007*, Geneva: UNAIDS

Nhìn chung, khoảng 9 triệu người châu Á đã nhiễm HIV kể từ khi HIV xuất hiện trong khu vực cách đây hơn 20 năm. Gần 2,6 triệu nam giới, 950.000 nữ giới và 330.000 trẻ em đã chết vì AIDS.

Mặc dù nhiều quốc gia châu Á đã đạt được các tiến bộ và các ca nhiễm mới đã có xu hướng giảm ở một số nước, hàng năm AIDS vẫn gây ra tử vong cho những người ở độ tuổi từ 15-44 nhiều hơn so với bệnh lao và các bệnh khác.

Nghiên cứu diễn tiến của dịch HIV ở châu Á đưa ra nhiều nhận định khác nhau, từ những lời cảnh báo rằng dịch HIV sẽ lan tràn với cường độ như ở những nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất ở châu Phi, đến quan điểm có phần tự mãn khi cho rằng những quy tắc và các giá trị truyền thống của xã hội sẽ kiểm soát được dịch HIV trong khu vực. Bản báo cáo cho thấy cả hai quan điểm trên đều sai và đều dẫn đến những hiểu biết sai lệch, hậu quả là có những ứng phó nửa vời, không phù hợp hoặc đi chệch hướng.

Dù mỗi nước có những hình thái dịch khác nhau nhưng đều có chung một số đặc điểm chính: đều xuất phát từ quan hệ tình dục không an toàn với người hành nghề mại dâm, dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy, hay quan hệ tình dục không an toàn giữa các nam giới quan hệ tình dục đồng tính. Tuy nhiên, có một thực tế là nam giới mua dâm, hầu hết đều là những người có học vị và công việc ổn định, lại là lực lượng chính làm gia tăng dịch ở châu Á và chiếm số lượng lớn nhất trong tổng số người nhiễm. Do phần lớn những nam giới mua dâm lại là những người đã kết hôn hoặc sẽ kết hôn, đồng nghĩa với việc họ sẽ có thể lây truyền HIV sang vợ hoặc bạn gái của mình. Các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV cho những phụ nữ là bạn tình/vợ của những người đàn ông này chưa được triển khai ở châu Á, nhưng rõ ràng đây là một việc làm hết sức cần thiết.

Tổng hợp số liệu tính toán gần đây của nhiều quốc gia châu Á, Ủy ban ước tính rằng có tới 10 triệu phụ nữ châu Á bán dâm và ít nhất 75 triệu nam giới mua dâm thường xuyên. Quan hệ đồng giới nam và tiêm chích ma túy khiến có thêm 20 triệu người có nguy cơ cao bị nhiễm HIV một khi vi-rút đã xâm nhập được vào cộng đồng này. Một phần trong số này, đặc biệt là những người tiêm chích, có thể cũng truyền HIV cho bạn tình thường xuyên của họ, nghĩa là lại có thêm vài triệu người phụ nữ có nguy cơ lây nhiễm.

Vì số người phụ nữ châu Á có quan hệ tình dục với hơn một bạn tình là rất ít, nên chuỗi lây truyền HIV có xu hướng kết thúc ở người vợ hoặc bạn gái của người nhiễm. Tuy nhiên, một số phụ nữ có thể sẽ truyền bệnh cho con cái họ trong quá trình mang thai. (Nghĩa là khả năng những phụ nữ này lây truyền HIV cho người đàn ông khác là rất thấp). Điều này có nghĩa là hiện tại, dịch HIV ít có khả năng tồn tại trong cộng đồng dân cư chung, mà lại không gắn với các hành động như mua bán dâm, tiêm chích ma túy và quan hệ đồng giới nam. Quan trọng hơn, các nỗ lực phòng ngừa có tác dụng giảm lây nhiễm HIV trong và giữa các nhóm nguy cơ cao này sẽ giúp kiểm soát được dịch.

Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV sẽ làm giảm tác dụng của những ứng phó ở châu Á, khiến nhiều người không tiếp cận được với những dịch vụ quan trọng. Chẳng hạn như vì sợ bị kỳ thị mà số người đến tư vấn và xét nghiệm HIV sẽ rất thấp. Sự phân biệt đối xử sẽ khiến người sống với HIV có ít cơ hội tiếp cận hơn với việc làm, nhà ở, bảo hiểm, các dịch vụ xã hội, giáo dục, y tế và các quyền thừa kế. Ở một số nước, thành kiến nặng nề với người sống với HIV thường xảy ra khi họ tìm đến các dịch vụ y tế. Những người thuộc diện có nguy cơ lây nhiễm cao cũng hay bị phân biệt đối xử, tách ra ngoài lề và thậm chí còn bị cho là tội phạm ở một số quốc gia.

ỨNG PHÓ QUỐC GIA ĐỐI VỚI HIV VÀ AIDS

Mặc dù đã có những tấm gương sáng về ứng phó hiệu quả và tập trung ở châu Á, như ở Campuchia, Thái Lan và ở một số bang của Ấn Độ, nhưng các ứng phó nhiều khi vẫn chưa kịp thời hoặc không duy trì được hiệu quả lâu dài. Các quốc gia vẫn chưa coi đây là nhiệm vụ cấp thiết và các ứng phó còn thiếu sự gắn kết với nhau.

Ở một số nước châu Á, sự tham gia và hỗ trợ của các cấp lãnh đạo đã chuyển từ thấp sang trung bình và cao. Điều này cho thấy mức độ cam kết đã tăng lên rất nhiều trong vòng mười năm qua. Những nhà lãnh đạo có tầm nhìn xa trông rộng còn chú trọng đến cả việc nâng cao nhận thức trong các cử tri của mình. Họ thực hiện vận động pháp lý liên quan đến HIV, huy động thêm nhiều nguồn lực cho các biện pháp can thiệp và luôn để Chính phủ chịu trách nhiệm về các ứng phó với dịch. Tuy nhiên, ở châu Á chỉ có hai quốc gia có người đứng đầu nhà

nước đảm nhận vai trò chủ chốt trong công cuộc phòng chống HIV và chính thức chỉ đạo chương trình phòng chống AIDS quốc gia. Sự tham gia và hỗ trợ từ phía các nhà lãnh đạo là điều kiện tiên quyết để vạch ra đường lối và thực hiện ứng phó một cách hiệu quả. Khi đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử, cũng như vượt qua kiêng kỵ của xã hội để có thể công khai nói về các vấn đề tình dục, vai trò của các vị lãnh đạo không thể bị coi nhẹ, đặc biệt là ở châu Á, vai trò này mang tính chất then chốt.

Nhiều quốc gia ở châu lục đã thành lập Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia (NAC) nhưng xét tổng thể thì có thể nhận thấy uy tín chính trị, quyền hạn, năng lực và ứng phó của các Ủy ban này là rất khác nhau. Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia, nói chung, chưa điều phối hiệu quả những ứng phó với AIDS trên toàn quốc. Họ cũng thiếu những quyền hạn cần thiết, sự hỗ trợ về tổ chức và trên hết là thiếu sự chỉ đạo từ các cấp lãnh đạo cao nhất.

Cơ chế điều phối quốc gia (CCM) của Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét (GFATM) đã khá thành công trong việc kêu gọi và tập trung được những bản kế hoạch xin tài trợ có chất lượng, song việc thực thi những chương trình này lại được giám sát một cách lỏng lẻo. Thêm vào đó, CCM đáng lẽ có thể hoạt động hiệu quả hơn với vai trò là đại diện các bên tham gia, đặc biệt là đại diện cho cộng đồng những người bị ảnh hưởng bởi HIV. Sự đại diện của họ hầu hết đều mang tính chiếu lệ và sự tham gia của họ trong việc ra quyết định thì không mấy hiệu quả. Ủy ban AIDS đã nghiên cứu về ứng phó của 14 quốc gia châu Á và nhận thấy tất cả đều có kế hoạch chiến lược quốc gia, nhưng chất lượng lại không đồng đều. Ở một số nước, việc phân bổ nguồn lực không khớp với những ưu tiên đặt ra trong bản kế hoạch. Nhìn chung, hầu hết kế hoạch đều thiếu các thành tố hoạch định chính cho việc vận hành, quản lý và hỗ trợ tài chính cho các ứng phó.

Một số kế hoạch không có sự cân bằng hợp lý giữa dự phòng và điều trị. Số khác lại chưa đưa ra được đâu là những nhóm có nguy cơ cao cần được ưu tiên. Một số vẫn thiếu kế hoạch ART toàn diện và các chương trình giảm nhẹ hậu quả của HIV ở những khu vực có tỷ lệ nhiễm cao. Kể cả ở những bản kế hoạch có chương trình dành cho các nhóm nguy cơ cao thì hiệu quả cũng chưa đạt, chẳng hạn như chương trình bắt người sử dụng ma túy vào trại để cai nghiện. Hiếm có quốc



gia nào dành nhiều nguồn lực cho các chương trình với đối tượng là nam quan hệ đồng giới. Ở châu Á, trong năm 2005, trong ba người hành nghề mại dâm thì chỉ có khoảng một người được tiếp cận với các dịch vụ về HIV. Chỉ khoảng 26% người cần thuốc kháng vi-rút nhận được điều trị.

Nếu muốn các chương trình dự phòng có hiệu quả thì việc mở rộng độ bao phủ là rất cần thiết. Các mô hình thử nghiệm cho thấy nếu muốn đảo ngược dịch HIV, khoảng 60% số người trong nhóm nguy cơ cao cần có những hành vi an toàn hơn. Điều quan trọng là để đạt được mức độ thay đổi hành vi đó, độ bao phủ của các dịch vụ phải đạt được ít nhất là 80%.

Trong thập kỷ qua, việc thu thập các dữ liệu về HIV đã tiến bộ đáng kể ở một số quốc gia châu Á. Hiện nay, tám nước đã có giám sát thể hệ thứ hai. Tuy nhiên, hệ thống và năng lực phân tích thông tin về HIV vẫn còn là một thách thức với nhiều quốc gia.

Một số nước đang thực hiện các chiến lược về HIV dựa trên những đặc điểm về hình thái dịch riêng ở quốc gia đó, như các chương trình can thiệp giảm hại cho người nghiện chích ma túy. Mặc dù vậy, định kiến đối với những nhóm này vẫn còn và thể hiện trong nhiều bộ luật, chính sách và hướng dẫn thực hành của các cơ quan thực thi luật. Tình trạng những người nam đồng tính, người hành nghề mại dâm và người nghiện ma túy bị quấy rối và làm phiền rất phổ biến trong khu vực. Ở hầu hết các nước châu Á, mại dâm, ma túy và quan hệ đồng tính nam vẫn bị coi là những hành vi phạm tội. Điều này rõ ràng là làm mất tác dụng của các chính sách hỗ trợ về HIV. Chỉ giải quyết được mâu thuẫn này khi thuyết phục được những cơ quan pháp luật và tư pháp hợp tác và ủng hộ những chính sách đó. Nếu có sự chỉ đạo cấp cao, thì mục tiêu này có thể đạt được.

SỰ THAM GIA CỦA CỘNG ĐỒNG

Ở hầu hết các quốc gia, các ứng phó với AIDS đều bắt rễ trong cộng đồng, do những người sống với HIV, bà con bạn bè thân thích của họ, những người chăm sóc họ và những nhà hoạt động xã hội khởi xướng. Giờ đây, sự tham gia của cộng đồng đã được công nhận rộng rãi như là một phần quan trọng trong việc thực thi các chương trình và cung

cấp các dịch vụ HIV.

Đáng tiếc là ở châu Á, sự tham gia này không đồng đều và ở nhiều nơi chỉ mang tính hình thức. Về cơ bản, sự tham gia của cộng đồng là hết sức cần thiết trong việc truyền tải được thông tin tới mọi người và thông tin họ đưa ra sẽ dễ được tin tưởng hơn. Các cuộc nghiên cứu ở châu Á đã cho thấy ở một số nơi, trong khi các cơ quan Chính phủ bị thất bại khi tiếp cận với người nghiện ma túy thì các nhân viên cộng đồng lại rất thành công khi họ tiếp cận được với 80% số đối tượng này. Tương tự, trong một cuộc nghiên cứu 6.000 người hành nghề mại dâm ở bang Andhra Pradesh của Ấn Độ, những người tham gia vào nhóm hỗ trợ người hành nghề mại dâm có xu hướng dùng bao su cao hơn bốn lần so với những người không tham gia vào nhóm.

Sự tham gia của cộng đồng có thể tạo điều kiện cho các cuộc thảo luận về các vấn đề còn đang gây tranh cãi và giúp những nhà lãnh đạo chính trị - xã hội hiểu hơn về HIV. Các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức dân sự khác thường sẵn sàng để cập những vấn đề nhạy cảm này một cách công khai. Thêm vào đó, mối quan hệ đối tác và sự tham gia của cộng đồng sẽ giúp các bên tham gia có tư tưởng “làm chủ” hơn khi thực hiện ứng phó, điều thường thiếu khi các dự án được tiến hành trên diện rộng với nhiều đối tác.

Quy mô nhỏ hơn khiến các tổ chức dân sự ít quan liêu hơn so với các đối tác trong Chính phủ, và khiến họ linh hoạt hơn trong việc đối phó với những phát sinh. Nếu các chương trình thí điểm do các tổ chức dân sự thực hiện tỏ ra thành công ở cấp địa phương thì Chính phủ có thể xem xét việc mở rộng ra phạm vi toàn quốc. Ví dụ, ở Trung Quốc, những người nam quan hệ đồng giới thiết lập các đường dây nóng để hỗ trợ, cung cấp thông tin về HIV và về các vấn đề khác. Trong năm 2007, Chính phủ nhận thấy tầm quan trọng của việc hợp tác với nhóm này và đã tài trợ chương trình hỗ trợ cho họ.

Ở một số quốc gia, các nhà hoạt động trong cộng đồng đã giúp vượt qua một số rào cản kỳ thị và phân biệt đối xử, chẳng hạn như việc hệ thống pháp luật quốc gia xếp một số hành vi là phi pháp. Nhưng vẫn cần nỗ lực hơn nữa để mang lại hiệu quả thực sự cho những cải cách về pháp luật và để củng cố các quyền con người. Sự tham gia của các tổ chức dân sự cũng làm tăng tính hiệu quả của việc cung cấp các dịch vụ. Một cuộc nghiên cứu 148 khoản tài trợ của Quỹ toàn cầu cho thấy



quá trình nhận và sử dụng tài trợ của các đối tác là Chính phủ thường bị chậm hơn ba tháng so với các đối tác là các tổ chức phi Chính phủ.

TƯƠNG LAI DỊCH Ở CHÂU Á

Ngoài những đặc điểm cơ bản tương đồng của các nhóm có nguy cơ cao, mỗi nước lại có các hình thái dịch khác nhau và dịch cũng diễn biến khác nhau theo từng địa phương trong nước đó. Để có một sự đánh giá đúng đắn về mức độ lan rộng và ảnh hưởng của HIV trong khu vực, cần phải hiểu đối tượng có nguy cơ lây nhiễm là những ai, và trong tương lai, những hành vi nào sẽ là nguyên nhân khiến việc lây nhiễm tăng nhanh.

Ủy ban đã sử dụng Mô hình dịch châu Á để cho ra đời một loạt dự báo cho châu Á, tạo nền tảng cho phần phân tích chính sách trong bản Báo cáo. Mô hình này do Trung tâm Đông-Tây và các cộng tác viên châu Á của họ xây dựng, là một công cụ chính sách dựa trên các mô hình chung trong khu vực về sự lan rộng của HIV. Sử dụng dữ liệu cụ thể của mỗi quốc gia về số lượng và các hành vi của các nhóm có nguy cơ cao (người hành nghề mại dâm và khách mua dâm, người nghiện chích ma túy, nam quan hệ đồng giới và vợ của những người có nguy cơ cao), mô hình cụ thể cho từng quốc gia đã được xây dựng, trong đó để cập mức độ đa dạng của các yếu tố làm gia tăng dịch ở các nước châu Á. Cùng với việc dự báo các xu hướng của HIV, mô hình còn cung cấp thông tin chi tiết về việc các ca nhiễm mới phân bổ thế nào trong các nhóm dân cư chính. Điều này giúp chỉ ra các nỗ lực dự phòng sẽ có tác dụng nhất ở nhóm nào.

Mại dâm là nguyên nhân chính của sự gia tăng HIV. Ở châu Á, số nam giới mua dâm nhiều hơn rất nhiều lần số người nghiện chích và số nam quan hệ đồng giới. Vì thế nhóm này có thể sẽ là “yếu tố” chính quyết định tỷ lệ nhiễm HIV trong tương lai. Một lượng lớn đàn ông châu Á mua dâm, trung bình là cứ một phụ nữ mại dâm thì có mười khách hàng nam giới. Số lượt khách hàng là một yếu tố chính dẫn đến sự lây lan HIV; số lượt cao đồng nghĩa với việc tạo ra sự lây nhiễm hàng loạt chậm ngòi cho sự lan tràn HIV cho những người liên quan đến nhóm này.

Mức độ sử dụng bao cao su thấp trong quan hệ mại dâm góp phần làm tăng lây nhiễm HIV. Ở các nước như Thái Lan, các nhà chức trách đã phát động chiến dịch lớn năm 1991 để khuyến khích việc dùng bao cao su. Nghiên cứu cho thấy khi tỷ lệ dùng bao cao su tăng lên trong các nhóm nam giới và các nhóm hành nghề mại dâm, thì tỷ lệ nhiễm HIV giảm đi. Các chương trình cổ động việc dùng bao cao su khi quan hệ mại dâm sẽ có hiệu quả hơn bất cứ biện pháp can thiệp nào, nhằm kiểm soát sự lây lan HIV ở châu Á.

Người nghiện chích ma túy là một nhóm có nguy cơ cao khác. Rõ ràng là việc dự phòng ban đầu với nhóm này sẽ có hiệu quả hơn. Ở Trung Quốc và đặc khu kinh tế Hồng Kông, một chương trình giảm tác hại đã giữ tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy ở mức thấp trong nhiều năm. Vì thế, các quốc gia vẫn có tỷ lệ lây nhiễm thấp trong nhóm này nên tập trung vào các nỗ lực dự phòng để giảm việc tiêm chích ma túy, đẩy mạnh việc sử dụng bơm kim tiêm sạch và khuyến khích quan hệ tình dục an toàn giữa những người này với bạn tình của họ.

Đáng tiếc là có rất ít những chương trình như vậy, thường là “những chương trình nhỏ” ở châu Á. Ngăn ngừa HIV trong nhóm tiêm chích ma túy có thể là một biện pháp tốt để tránh dịch HIV lan rộng hơn. Nhưng ở một số nước, điều này đã trở nên quá muộn; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này đã ở mức cao và những người nghiện chích đã nhiễm HIV lại đang lây HIV sang khu vực mại dâm, với tư cách là cả người mua dâm và bán dâm. Ví dụ, nhiều nơi ở Trung Quốc, gần một nửa số phụ nữ tiêm chích ma túy cho biết họ có bán dâm và ít dùng bao cao su với khách hàng hơn những nữ mại dâm không tiêm chích.

Tình dục đồng giới nam ngày càng chiếm số lượng lớn trong các ca nhiễm mới ở châu Á và không thể coi đó là một điều cấm kỵ không được nhắc đến nữa. Quan hệ đồng giới với một bạn tình là khá hiếm ở châu Á; sự cấm kỵ và phân biệt đối xử của xã hội đồng nghĩa với việc nhiều nam giới quan hệ đồng giới cũng quan hệ tình dục với cả nữ, nhiều người trong số đó cũng vẫn kết hôn. Nhiều người đồng tính nam có nhiều bạn tình và ít khi sử dụng bao cao su. Ở nhiều thành phố châu Á, điều này đã dẫn đến việc tăng nhanh tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ đồng giới. Tuy nhiên, nếu các dịch vụ dự phòng HIV được cung cấp cho nhóm này, thì hiệu quả sẽ rất ấn tượng.



Các bằng chứng cho thấy quan hệ tình dục trong thanh niên chỉ là một yếu tố nhỏ làm tăng dịch HIV ở châu Á, song nhiều nguồn lực đáng kể đã được đổ vào việc ngăn chặn hành vi này trong thanh niên.

Mặc dù ba trong bốn người sống với HIV ở châu Á là nam giới, tỷ lệ nữ giới nhiễm HIV đã dần tăng lên- từ 19% trong năm 2000 đến 24% trong năm 2007. Hầu hết những phụ nữ này bị lây do quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn trai, những người cũng bị lây nhiễm do quan hệ mại dâm hoặc do tiêm chích ma túy.

Vì thế, cách tốt nhất để chặn việc tăng nhanh lây nhiễm HIV trong phụ nữ là làm sao để tránh cho chồng họ không bị nhiễm HIV. Tuy nhiên, chưa có nhiều nỗ lực để cung cấp những chương trình dự phòng phù hợp kiểu này.

Không giống nhiều nước châu Phi, không nước nào ở châu Á có dịch HIV “toàn thể” là tình trạng mà những nỗ lực dự phòng nhằm vào toàn thể những người ở độ tuổi hoạt động tình dục được cho là cần thiết. Ở châu Á, sự lan tràn của HIV luôn gắn liền với tiêm chích ma túy, quan hệ đồng giới nam và/hoặc mại dâm. Cách phân loại dịch “mức độ thấp”, “tập trung” và “toàn diện” không thể hiện đúng bản chất và diễn biến của dịch HIV ở đây. Điểm yếu này đã được biết tới từ lâu nhưng không có một nỗ lực nào để cải tiến cách phân loại này. Ủy ban đề nghị các nước xây dựng và phê chuẩn một cơ chế phân loại mới, dựa theo các hành vi có nguy cơ cao và mức độ ảnh hưởng của các hành vi này tới tỷ lệ lây nhiễm mới. Cho đến khi việc này được hoàn thành, Ủy ban xin tạm đưa ra bốn kiểu dịch HIV ở châu Á: tiềm tàng (latent), mở rộng (expanding), chín muồi (maturing), suy giảm (declining). (Phân tích chi tiết những kiểu dự báo dịch này có ở phần Chú ý Kỹ thuật ở cuối Chương 2).

NHỮNG TÁC ĐỘNG CỦA HIV

Dịch HIV gây ra hậu quả ở nhiều cấp độ. Ở *cấp độ gia đình*, dịch gây ra những hậu quả nặng nề nhất với việc hàng năm phải tốn khoảng 2 tỉ USD. Ủy ban dự đoán rằng nếu giới thiệu ngay gói dự phòng toàn diện thì sau một thập kỷ sẽ giảm được 50% con số vừa nêu.

Phần lớn hậu quả của dịch tập trung ở những gia đình nghèo, những người không có điều kiện chữa những bệnh liên quan đến AIDS và

cũng không có sự hỗ trợ của các cơ chế bảo trợ xã hội chính thống. Trẻ em thường phải bỏ học để ở nhà chăm sóc cha mẹ; vợ chăm sóc chồng nhiễm HIV thường bị tẩy chay và ai có chồng chết vì AIDS thì bị buộc phải rời nhà cửa, quê quán để đi tha hương cầu thực. Phụ nữ và trẻ em ở châu Á phải gánh chịu hậu quả nặng nề hơn từ dịch HIV.

Với tình hình ứng phó hiện nay thì vào năm 2015, AIDS sẽ đẩy thêm 6 triệu gia đình nữa ở châu Á xuống dưới mức nghèo khổ. Mỗi cái chết do AIDS tương ứng với một khoản thu nhập là 5000 USD bị mất đi- số tiền tương đương với số thu nhập trong gần 14 năm của những người kiếm được 1 USD một ngày xét theo tỷ giá hiện thời. Trên thực tế, chi phí kinh tế liên quan đến AIDS trong hai thập kỷ tới sẽ bằng với chi phí chống SARS theo chu kỳ năm năm.

NHỮNG YẾU TỐ NGOẠI CẢNH

Một mối quan ngại chính cho những người nghèo và nhóm người bị đặt ra bên lề xã hội như người hành nghề mại dâm, nghiện ma túy, nam quan hệ đồng giới, là khả năng tiếp cận với các dịch vụ liên quan đến HIV. Vấn đề này thường bị bỏ qua trong cơ sở lý luận về HIV và thiết kế các chương trình. Yêu cầu đầu tiên để thực hiện thành công các chương trình phòng chống HIV là phải giải quyết được các rào cản ở mức độ cộng đồng, từ đó tạo ra một “môi trường thuận lợi”. Môi trường như vậy sẽ dỡ bỏ được những rào cản của địa phương đối với việc tiếp cận với những dịch vụ. Cũng như vậy, các cấp lãnh đạo có thể tạo ra môi trường thuận lợi cho các nhóm có nguy cơ cao bằng cách không coi mại dâm và đồng tính là tội phạm, đồng thời không cấm đoán việc sử dụng bơm kim tiêm để tiêm chích ma túy. Điều này đòi hỏi phải có sự vận động chính sách khôn ngoan và tạo cầu nối với chính quyền địa phương và các nhân vật có thể lực. Các rào cản cũng có thể được dỡ bỏ bằng hình thức trợ giá cho các phòng khám, điều trị kháng vi-rút miễn phí, sự tham gia của các nhóm dân sự và các tổ chức phi chính phủ trong việc đưa những gia đình nghèo vào mạng lưới điều trị.



CẦN BAO NHIÊU TIỀN ĐỂ KIỂM CHẾ HIV Ở CHÂU Á?

Ủy ban đã chia các biện pháp can thiệp HIV vào bốn nhóm theo sự hiệu quả và chi phí của chúng, đó là các nhóm: chi phí cao/hiệu quả cao, chi phí thấp/hiệu quả cao, chi phí thấp/hiệu quả thấp, chi phí cao/hiệu quả thấp. Các Chính phủ nên ưu tiên các chương trình có hiệu quả cao, dù chi phí cho chúng là thấp hay cao.

Có thể rút ra một quy tắc chi tiêu chuẩn cho ứng phó ưu tiên ở châu Á, dao động từ 0,5 USD đến 1 USD theo đầu người ở hầu hết các nước châu Á, tùy thuộc vào mức độ phát triển của dịch ở từng quốc gia.

Mặc dù đã có sự gia tăng đáng kể từ nguồn quỹ bên ngoài cho cuộc chiến với HIV ở các quốc gia, sự đầu tư trong nước chưa tăng cùng với mức tăng từ bên ngoài đó. Mức độ chi tiêu nội bộ ở châu Á tăng chậm hơn so với các khu vực khác. Cần phải thừa nhận một điều là các nguồn tài trợ từ bên ngoài có thể gây ra những khó khăn. Mức độ bền vững từ trung đến dài hạn của các chương trình có thể phải nhượng bộ nếu kinh phí phụ thuộc vào các nguồn tiền không thuộc quản lý của Nhà nước. Các nhà tài trợ bên ngoài có thể sẽ hướng các chương trình vào các lĩnh vực không phải là ưu tiên của quốc gia đó- ví dụ, chỉ tài trợ cho chương trình giáo dục ý thức cho thanh niên mà không quan tâm gì đến yêu cầu cần phải có chương trình dự phòng cho người hành nghề mại dâm. Các ưu tiên tài trợ nên phù hợp với hình thái và xu hướng phát triển của dịch. Các nước ở châu Á vẫn có cơ hội để cải thiện tình hình.

Các nỗ lực xin tài trợ không nên bị gián đoạn. Một phân tích về các nguồn lực dành cho châu Á hiện nay cho thấy chỉ có sẵn 1,2 triệu USD trong tổng số 6,4 tỷ USD nhu cầu hàng năm. Đánh giá các biện pháp can thiệp thông qua hiệu quả của chúng là một điều cần thiết. Sử dụng Mô hình Dịch châu Á, Ủy ban đã nhấn mạnh khía cạnh chi phí - hiệu quả của các biện pháp can thiệp tập trung vào dự phòng HIV cho người hành nghề mại dâm và khách hàng của họ. Những chương trình như vậy có thể giảm số lây nhiễm mới hiệu quả hơn 7.000 lần so với các khuyến cáo toàn cầu - với cùng mức chi phí như nhau. Các chương trình khác cũng tỏ ra có tác dụng và nên được ưu tiên bao gồm: ngăn

ngừa lây truyền từ mẹ sang con, tư vấn và xét nghiệm tập trung, các chương trình điều trị kháng vi-rút. Dựa trên cơ sở các bằng chứng có sẵn, Ủy ban cho rằng gói dự phòng tập trung được khuyến cáo trong báo cáo này sẽ:

- tăng mức sử dụng bao cao su giữa người hành nghề mại dâm và khách hàng lên mức 80%;
- giảm một nửa tỷ lệ mắc các nhiễm trùng lây qua đường tình dục (STIs) trong người hành nghề mại dâm và khách hàng;
- giảm một nửa tình trạng dùng chung bơm kim tiêm trong những người nghiện chích ma túy (IDUs) và giảm một nửa tỉ lệ tiêm chích thực sự có dùng chung bơm kim tiêm
- tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nam quan hệ đồng giới ở mức 80% trở lên.

Nếu thay đổi hành vi đạt được mức nêu trên, số nhiễm mới sẽ giảm đi đáng kể và tỷ lệ nhiễm HIV trong khu vực sẽ bắt đầu giảm từ từ (mức giảm sẽ nhanh hơn nếu loại trừ việc điều trị kháng vi-rút cứu sống được nhiều người). Gói dự phòng như vậy, trong khoảng thời gian từ 2008 đến 2020, được mong đợi sẽ đạt được:

- giảm năm triệu ca trong tổng số lũy tích nhiễm HIV;
- giảm 3,1 triệu người sống với HIV vào năm 2020;
- giảm 40% số ca tử vong vì các bệnh liên quan đến AIDS; và
- giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm HIV trong khu vực.

Ứng phó như vậy nằm trong khả năng của các nước châu Á. Thêm nữa, giải quyết được vấn đề HIV sẽ mang lại nhiều lợi ích y tế cộng đồng lớn và giúp củng cố sự phát triển xã hội. Câu hỏi duy nhất là liệu châu Á có đủ ý chí chính trị để trở thành câu chuyện thành công đầu tiên trên toàn cầu trong việc đảo ngược đại dịch trong khu vực hay không.

Các nhà lãnh đạo các Chính phủ ở châu Á cần hiểu rằng các chính sách và chương trình hiệu quả sẽ không chỉ cứu nhiều triệu mạng sống mà còn giúp tiết kiệm được lượng ngân sách lớn để dành cho việc khác như điều trị kháng vi-rút và giảm nhẹ hậu quả của dịch. Dự phòng cho một trường hợp nhiễm ít tốn kém hơn nhiều so với điều trị, chăm sóc và cung cấp hỗ trợ sinh nhai cho người sống với HIV. Bản phân tích của Ủy ban cho thấy ở những nước dịch lan rộng, 1 USD đầu tư vào việc dự phòng phù hợp sẽ giúp tiết kiệm được 8 USD điều trị.

Các nhà lãnh đạo châu Á nên thể hiện rõ ràng phương hướng giải quyết và cam kết làm giảm sự lây lan của HIV trong khu vực một cách kịp thời để đạt được Mục tiêu thiên niên kỷ là đảo ngược tình hình dịch vào năm 2015.

Điều này không thể thực hiện được trong một sớm một chiều. Nó đòi hỏi một kế hoạch hành động phối hợp- từ chính sách đến chiến lược và thực hiện. Việc đầu tư đầy đủ vào công cuộc phòng chống HIV vì thế là rất cần thiết. Điều này sẽ trở thành khả thi nếu có các bước đi kiên quyết để thực hiện các khuyến nghị sau.

CÁC KHUYẾN NGHỊ VỀ CHÍNH SÁCH

Vai trò lãnh đạo

1. Các nhà lãnh đạo chính trị cần có hiểu biết sâu rộng hơn về các động lực của dịch và ảnh hưởng của nó tới mỗi cá nhân và gia đình. Vì vai trò quan trọng của các chính trị gia trong việc hỗ trợ các ứng phó với HIV, Ủy ban khẩn thiết đề nghị thành lập các hội đồng đồng HIV trong các đảng phái và nghị viện. Đã đến lúc phải biến quyết tâm chính trị thành hành động hiệu quả.
2. Cùng với Chính phủ, các nhà lãnh đạo doanh nghiệp cần giữ vai trò chủ động hơn trong việc ứng phó với HIV.
3. Các chương trình về AIDS nên được thực hiện qua hệ thống quản lý hiệu quả và minh bạch, được hỗ trợ bởi vai trò lãnh đạo mạnh mẽ của các nhà chính trị và sự tham gia có hiệu quả của cộng đồng.
4. Quyền hạn và thành viên của Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia cần tập trung vào việc xây dựng chính sách, điều phối, theo dõi và đánh giá. Các chương trình quốc gia cần phải được quản lý bởi các nhà lãnh đạo mạnh mẽ để xúc tiến việc phi tập trung trong ra quyết định, đồng thời cần được hỗ trợ bởi một đội công tác kỹ thuật có năng lực nhằm ứng phó hiệu quả và có chiến lược với dịch HIV.
5. Cơ chế điều phối quốc gia của Quỹ toàn cầu chịu trách nhiệm chính về hiệu quả các chương trình dự phòng và điều trị do Chính phủ và các tổ chức dân sự xã hội thực hiện.

- Cần cải tổ Cơ chế điều phối quốc gia để đảm bảo rằng cơ chế này vận hành một cách dân chủ và minh bạch, cũng như khuyến khích sự tham gia hiệu quả của các đối tác xã hội dân sự.
 - Các quyết định tài trợ của Quỹ toàn cầu cần dựa vào thực tế dịch của quốc gia xin tài trợ.
 - Mỗi liên hệ giữa Cơ chế điều phối quốc gia và Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia cần được làm rõ để có sự điều phối và quản lý hiệu quả hơn ở cấp quốc gia.
6. Các nước cần hiểu rõ về dịch của nước mình và có những ứng phó phù hợp. Mỗi nước cần phải củng cố hệ thống thông tin và hiểu biết về hành vi và dịch tễ để có được thông tin cập nhật nhất về dịch. Các phương pháp sử dụng để có được điều này cần được đánh giá thường xuyên (bao gồm cả sự đánh giá từ phía các đồng nghiệp) nhằm cải tiến kịp thời. Các chính sách và chương trình về HIV phải được dựa trên các ước tính và dự báo về HIV/AIDS của Nhà nước và việc phân tích các bằng chứng liên quan đến các chương trình thành công về dự phòng, điều trị, chăm sóc và giảm hậu quả.
7. Một nhóm cố vấn khu vực cho châu Á cần hỗ trợ, thẩm định và phê chuẩn ước tính và dự báo quốc gia về số lây nhiễm HIV và các nguồn lực cần có, đồng thời đặt ra tiêu chuẩn phù hợp để hướng dẫn các chương trình và chính sách.
8. Mỗi nước nên tiến hành Phân tích và Đánh giá ảnh hưởng của HIV hai năm một lần do một Hội đồng Chính phủ cấp cao đảm nhận. Hội đồng này nên:
- xem xét lại các số liệu dịch tễ mới nhất;
 - xác định các “điểm nóng” mới về HIV;
 - phân tích các yếu tố ảnh hưởng (bao gồm cả những thay đổi kinh tế - xã hội nhanh chóng) có thể làm tăng sự lây nhiễm HIV và cản trở các ứng phó hiệu quả;
 - đánh giá ứng phó HIV hiện tại (trong nhiều lĩnh vực khác nhau); và
 - dự báo tác động của dịch (từ cấp độ gia đình trở lên).



Môi trường

9. Các điều luật không nên cản trở hoặc phá vỡ các nỗ lực hiệu quả để kiểm soát và điều trị HIV. Thay vì việc coi các nguy cơ lây nhiễm HIV từ các hành vi trong nhóm nguy cơ cao là một vấn đề pháp luật thì nên tập trung vào việc tăng tính sẵn có và chất lượng của các dịch vụ nâng cao sức khỏe. Các Chính phủ nên dỡ bỏ các rào cản pháp luật, chính sách và các rào cản khác để tăng khả năng tiếp cận của nhóm nguy cơ cao với các dịch vụ. Nhà nước cũng có thể ban hành các Chỉ thị pháp lý và/hoặc hành chính tới cảnh sát, các dịch vụ tố tụng và cải tạo để tạo điều kiện cho việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV cho nhóm người có nguy cơ cao. Tương tự như thế, các nhà tài trợ phải bỏ những điều kiện hoặc chính sách không cho phép đối tác được hỗ trợ các tổ chức làm việc với các tổ chức của những người hành nghề mại dâm.
10. Chính phủ nên bãi bỏ hoặc sửa chữa các luật/quy định ủng hộ việc phân biệt đối xử liên quan đến HIV, đặc biệt là các luật hoặc quy định về thị trường lao động, nơi làm việc, tiếp cận với y tế và các dạng khác của bảo hiểm, chăm sóc sức khỏe, dịch vụ giáo dục-xã hội, và quyền được thừa kế (đặc biệt là của phụ nữ).
11. “Các hội theo dõi tình hình dịch AIDS” cần được thành lập để giám sát và giải quyết tình trạng phân biệt đối xử liên quan đến HIV trong các lĩnh vực y tế, nơi làm việc, cơ sở giáo dục đào tạo và ngoài xã hội.
12. Một cách đã được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm kỳ thị với người sống với HIV là tạo điều kiện và hỗ trợ họ để họ làm công tác vận động, giáo dục và hoạt động về HIV, đồng thời tạo lập mối quan hệ với cơ quan báo đài, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các tổ chức chính phủ và xã hội dân sự khác.
13. Vì người có nguy cơ cao chiếm tỷ lệ lớn trong trại giam, các Chính phủ nên đảm bảo việc nhà tù và các cơ sở giáo dục cung cấp cho trại viên thông tin về HIV và các dịch vụ dự phòng cần thiết.
14. Đẩy mạnh và hỗ trợ các hoạt động tuyên truyền về AIDS và vận động chính sách của xã hội dân sự là điều rất cần thiết. Các hoạt động này, thực hiện bởi các nhà vô địch trong phòng chống HIV,

các tổ chức dân sự, các phong trào xã hội, xã hội dân sự, các cử tri, là thành phần quan trọng để giữ cho HIV luôn là mục được ưu tiên trong kế hoạch hoạt động của các nhà lãnh đạo.

Tác động của các can thiệp

15. Các chương trình HIV hiện tại có thể được chia thành bốn nhóm chính: Chi phí thấp/Hiệu quả cao, Chi phí cao/ Hiệu quả cao, Chi phí cao/Hiệu quả thấp, và Chi phí thấp/Hiệu quả thấp. Các biện pháp can thiệp mang lại hiệu quả cao, như dự phòng cho nhóm nguy cơ cao và điều trị kháng vi-rút, nên là nhân tố cốt lõi của các ứng phó với HIV.

Các nguồn lực

16. Nếu các quốc gia cam kết đầu tư từ 0,5 USD - 1 USD theo đầu người như đề nghị ở Chương 3, dịch HIV ở châu Á có thể bị đảo ngược, 40% ca tử vong do AIDS có thể tránh được (nhờ cung cấp thuốc kháng vi-rút), 80% phụ nữ và trẻ mồ côi sẽ được cung cấp dịch vụ an ninh xã hội và hỗ trợ sinh nhai.
17. Cần huy động thêm một số nguồn lực để thúc đẩy và hỗ trợ các hoạt động nhằm giải quyết những nhân tố làm gia tăng HIV, như:
 - dự phòng và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (hướng đến quần thể dân cư nói chung- những người không thuộc nhóm nguy cơ cao)
 - khuyến khích sử dụng và cung cấp bao cao su cho người dân nói chung,
 - các biện pháp tăng cường hệ thống y tế, như an toàn truyền máu và hệ thống cảnh báo toàn cầu,
 - giáo dục giới tính cho học sinh
 - củng cố cơ sở hạ tầng xã hội và y tế, và
 - các chương trình nâng cao quyền của phụ nữ .
18. Các Chính phủ cần giảm sự phụ thuộc vào các nguồn viện trợ bên ngoài và cần đầu tư nhiều hơn cho ứng phó quốc gia với HIV.

Các biện pháp can thiệp

19. Khi phân bổ nguồn lực, cần ưu tiên cho các biện pháp can thiệp có thể mang lại hiệu quả nhanh nhất, rộng nhất, bền vững nhất trong việc giảm sự lây lan và ảnh hưởng của dịch HIV. Khi các thành tố cần thiết của các biện pháp can thiệp dự phòng đã được xác định với những tiêu chí rõ ràng cho giám sát và thực hiện, các can thiệp này có thể được mở rộng tới mức độ cần thiết cho việc đảo ngược tình hình dịch.
20. Các Chính phủ phải chịu trách nhiệm đảm bảo tất cả những người cần đều được điều trị kháng vi-rút miễn phí. Gói điều trị toàn diện và sự tiếp tục điều trị hiệu quả (thuốc kháng vi-rút bậc một và bậc hai) cần phải cung cấp đầy đủ cho người có nhu cầu. Các chương trình điều trị kháng vi-rút nên được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe chung của các quốc gia.
21. Các Chính phủ châu Á nên đưa việc giảm nhẹ tác động của dịch vào ứng phó quốc gia. Việc lồng ghép các chương trình điều trị và giảm nhẹ tác động vào hệ thống bảo trợ xã hội sẽ tạo cơ hội tốt cho các nước củng cố các chương trình bảo vệ xã hội, tránh các thảm họa về y tế cũng như các chi phí khác.
22. Ở mức tối thiểu, các chương trình giảm nhẹ tác động nên có ít nhất bốn thành tố: chương trình hỗ trợ thu nhập thân thiện cho phụ nữ trong các gia đình bị ảnh hưởng; hỗ trợ cho các gia đình chăm sóc trẻ em mồ côi do AIDS; chăm sóc những người bị ảnh hưởng bởi AIDS kết hợp với hệ thống bảo trợ xã hội và cuối cùng là các luật đảm bảo các quyền thừa kế cho cả phụ nữ và nam giới.

Sự tham gia của cộng đồng

23. Sự tham gia của cộng đồng và xã hội dân sự cần được đảm bảo ở mọi khâu trong việc xây dựng chính sách, thiết kế chương trình, thực hiện, giám sát và đánh giá. Hỗ trợ trách nhiệm giải trình qua cơ chế hoạt động minh bạch, sự quản lý mang tính dân chủ và sự chuẩn bị chu đáo, sẵn sàng.
24. Các tổ chức tại cộng đồng nên thành lập các hệ thống hỗ trợ sự tham gia có hiệu quả và đảm bảo trách nhiệm giải trình đầy đủ cho

những việc mình thực hiện. Qua việc lập ra những mạng lưới hoạt động khắp cả nước, các tổ chức dân sự có thể cử những đại diện tham gia vào các tổ chức quốc gia như Cơ chế điều phối quốc gia và Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia dựa trên quá trình chọn lựa công khai và minh bạch. Các tổ chức dân sự cần xây dựng các chu trình và điều lệ để thông báo về quá trình hợp tác, bao gồm việc lựa chọn các đại biểu và giải trình trách nhiệm.

25. Các tổ chức Liên Chính phủ trong khu vực, như ASEAN và SAARC nên giữ vai trò lãnh đạo trong việc đẩy mạnh các ứng phó với HIV, thúc đẩy hiểu biết và các cách tiếp cận mới trong toàn khu vực. Họ nên giữ vai trò tích cực hơn trong việc thương lượng giá thuốc kháng vi-rút và giám sát thường xuyên ứng phó với AIDS ở các nước thành viên trong những diễn đàn chính trị cấp cao.
26. Liên Hợp Quốc nên tiếp tục vận động cho sự cam kết chính trị và tài chính mạnh mẽ hơn từ các quốc gia, dựa trên những thuận lợi mà Liên Hợp Quốc có được trong khu vực này.
27. UNAIDS cần phát triển và hỗ trợ một chiến lược gắn liền với dịch HIV và các ứng phó với HIV ở châu Á và cần đảm bảo rằng các tổ chức Liên Hợp Quốc sẽ có những hỗ trợ thống nhất về kỹ thuật và quản lý để thực hiện được chiến lược đó ở cấp quốc gia và khu vực.

CÁC CHIẾN LƯỢC VÀ VIỆC THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH

A. Dự phòng

28. Các chương trình dự phòng phải tập trung vào các can thiệp đã cho thấy có hiệu quả và có thể giảm thiểu số nhiễm HIV mới. Các Chính phủ có thể làm được các việc sau:
 - Điều phối và hỗ trợ triển khai các chương trình giảm tác hại toàn diện và kết hợp nhằm cung cấp một loạt các dịch vụ làm giảm sự lây lan của HIV trong những người tiêm chích ma túy: Gói giảm tác hại cần bao gồm trao đổi bơm kim tiêm, điều trị bằng thuốc thay thế, sử dụng bao cao su và các dịch vụ chuyển gửi (cho xét nghiệm HIV và điều trị kháng vi-rút)

- Gia tăng việc sử dụng bao cao su thường xuyên trong quan hệ mại dâm: cần giới thiệu thêm và mở rộng hoạt động can thiệp trong lĩnh vực mại dâm dựa trên giáo dục đồng đẳng. Chính phủ có trách nhiệm đảm bảo việc bao cao su luôn sẵn có, dễ tiếp cận và hợp túi tiền người hành nghề mại dâm và khách mua dâm. Bao cao su nữ (đặc biệt trong mại dâm) cần được khuyến khích sử dụng như một biện pháp tăng tính chủ động cho phụ nữ và cần được giới thiệu tại những nơi đã cho thấy tính khả thi trong triển khai. Các nhà lãnh đạo chính trị và xã hội cần tham gia vào các chiến dịch truyền thông để giáo dục cộng đồng về các lợi ích về sức khỏe mà bao cao su mang lại.
- Giảm việc lây nhiễm HIV trong số nam giới mua dâm: khách hàng của gái mại dâm cần phải là tâm điểm của các chương trình dự phòng về HIV ở châu Á. Các biện pháp can thiệp nên hướng đến khách hàng mua dâm qua các chiến dịch truyền thông mạnh mẽ, để có thể tạo thành thói quen cần thiết và lâu dài sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái mại dâm.
- Để tiếp cận được với khách mua dâm, giáo dục về HIV và các dịch vụ (như điều trị các bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục và khuyến khích sử dụng bao cao su) cần được cung cấp ở các môi trường làm việc có xu hướng làm nảy sinh nhu cầu tình dục.
- Các chương trình với đối tượng là khách mua dâm không nên gắn với những xét đoán về đạo đức mà cần phải rất thực tế, cung cấp cho khách hàng những thông tin cần thiết và các dịch vụ bảo vệ họ và người khác khỏi sự lây nhiễm HIV.
- Giảm lây nhiễm HIV trong quan hệ đồng tính nam: Một chương trình toàn diện để ngăn ngừa lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ đồng tính cần bao gồm giáo dục sâu sắc về HIV (đặc biệt là giáo dục đồng đẳng), cung cấp bao cao su và chất bôi trơn gốc nước, tiếp cận với các dịch vụ quản lý các nhiễm trùng qua đường tình dục, cũng như bao gồm hỗ trợ vận động chính sách tại địa phương và tự tổ chức hoạt động.
- Bảo vệ vợ của những nam giới mua dâm, nghiện chích ma túy hoặc quan hệ đồng tính nam: Một nghiên cứu tác nghiệp chất lượng cao là cần thiết để cải thiện các biện pháp can thiệp HIV

nhắm đến đối tượng là những phụ nữ có nguy cơ phơi nhiễm HIV cao từ chồng của họ.

- Các dịch vụ sức khỏe sinh sản cần được sử dụng như một điểm khởi đầu để tăng khả năng tiếp cận của phụ nữ với việc dự phòng, xét nghiệm và chuyển gửi về HIV.
 - Sự cải thiện trong khả năng tiếp cận và chất lượng của chăm sóc thai nghén và sinh nở tại cơ sở y tế là rất cần thiết để nâng cao khả năng tiếp cận với các dịch vụ HIV (và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác).
29. Việc tạo lập môi trường thuận lợi cho các biện pháp can thiệp HIV là một điều kiện tiên quyết cần thiết để có ứng phó hiệu quả. Môi trường thuận lợi ở cấp địa phương đòi hỏi sự vận động chính sách với các nhà lãnh đạo tư tưởng và các nhà thi hành pháp luật, để người hành nghề mại dâm, tiêm chích ma túy và nam đồng giới được phép thành lập các mạng lưới trong khi được bảo vệ khỏi việc bị quấy rối và bạo lực.
30. Các hoạt động liên quan đến việc tạo “môi trường thuận lợi” phải được tính vào chi phí của các hoạt động dự phòng HIV, đặc biệt ở các dự án chi phí cho những hoạt động “tạo điều kiện” như vậy cần được coi như chi phí cho các can thiệp.
31. Tránh những chương trình vô tình mang tính kỳ thị liên quan đến AIDS và có thể gây phản tác dụng. Những chương trình như vậy bao gồm việc “tổ chức ra quân” ở khu đèn đỏ và bắt giữ gái mại dâm, bắt trên diện rộng những người sử dụng ma túy ở độ tuổi thanh niên trong các chương trình “tuyên chiến với ma túy” và việc bắt buộc xét nghiệm HIV.
32. Các chương trình dự phòng khác, như sẽ nêu dưới đây, có thể nên được chú ý nhưng phải được lồng ghép vào các chương trình chuyên môn có liên quan để đảm bảo tính bền vững:
- Tổ chức giáo dục giới tính trong trường học và đại học để trang bị cho thanh niên những thông tin có thể giúp họ tránh hoặc giảm các hành vi có nguy cơ lây nhiễm.
 - Đảm bảo các chiến dịch truyền thông về HIV thẳng thắn, chính xác và hiệu quả qua việc giám sát và hợp tác chặt chẽ giữa giới truyền thông/quảng cáo và các chuyên gia về AIDS.
 - Bảo vệ những nhân viên chăm sóc sức khỏe bị phơi nhiễm với

HIV bằng việc cung cấp điều trị khẩn cấp sau phơi nhiễm.

B. Điều trị và Chăm sóc

33. Việc thực hiện xét nghiệm và tư vấn HIV cần hướng đến sự cân bằng giữa một bên là quyền cá nhân, bảo mật và quyền lựa chọn có xét nghiệm hay không với bên kia là nhu cầu y tế cộng đồng cần phải biết thông tin về số người bị nhiễm.
34. Các chính phủ cần thiết lập và duy trì hệ thống đảm bảo việc tiếp cận với thuốc kháng vi-rút được liên tục và bền vững cho tất cả những ai có nhu cầu bằng cách đảm bảo những vấn đề sau:

Giá thành hợp túi tiền: Giảm chi phí thuốc kháng vi-rút, bao gồm việc mua chung thuốc, hợp tác thương lượng, đưa ra các mức giá chênh lệch, hay cơ chế chia sẻ rủi ro, chẳng hạn như hình thức bảo hiểm và các chương trình an ninh xã hội. Các chiến lược để giảm giá thuốc cũng cần được tìm hiểu, bao gồm việc yêu cầu giấy phép bắt buộc cho thuốc theo phác đồ bậc 2 và sử dụng sự nhập khẩu song hành.

Sự sẵn có: Làm sao để thuốc kháng vi-rút theo phác đồ bậc 1 và bậc 2 đáp ứng những tiêu chuẩn chất lượng quốc tế và luôn sẵn có với số lượng đủ dùng cho nhu cầu trong nước.

Dễ tiếp cận: Đảm bảo mọi người đều có thể tiếp cận điều trị kháng vi-rút, xét nghiệm và điều trị liên quan, qua việc trợ giá vận chuyển và các chi phí cần thiết khác để người nghèo cũng có thể tiếp cận các chương trình điều trị như những người khác; và bằng việc ghép những người cung cấp dịch vụ ngoài cộng đồng vào các chương trình ARV, và tạo môi trường thuận lợi để nâng cao tiếp cận cho các nhóm bên lề.

Tuân thủ điều trị: Duy trì sự tuân thủ đối với các phác đồ điều trị, qua việc hỗ trợ hệ thống hoặc qua nhóm, để giữ vững hiệu quả của các liệu pháp kháng vi-rút và hạn chế sự kháng thuốc.

35. Củng cố mối liên hệ giữa chẩn đoán và điều trị HIV và bệnh lao để thúc đẩy việc cung cấp các dịch vụ trong cả hai chương trình.

C. Giảm nhẹ hậu quả

36. Các chương trình giảm nhẹ hậu quả nên là một thành tố quan trọng trong ứng phó quốc gia với HIV, với trọng tâm là các hộ gia đình nghèo, phụ nữ và trẻ em bị ảnh hưởng. Các chương trình giảm nhẹ hậu quả cần vươn tới và phục vụ nhu cầu của các hộ gia đình bị ảnh hưởng, qua trợ giúp thu nhập và cuộc sống cho những phụ nữ bị ảnh hưởng, chuyển tiền mặt và trợ giúp giáo dục cho những gia đình nhận nuôi các trẻ em mồ côi do AIDS.
37. Chính phủ nên xem xét và nếu cần, sửa lại những quy định về bảo hiểm để những người sống với HIV có thể tiếp cận bình đẳng với mức chi trả bảo hiểm y tế và bảo hiểm nhân thọ.

D. Các vấn đề về tổ chức

38. Một đơn vị chuyên phân tích chương trình và chính sách cần phải được thành lập và có vị trí phù hợp trong cơ sở hạ tầng của chương trình phòng chống AIDS quốc gia, tận dụng tối đa những dữ liệu sẵn có để hướng dẫn, giám sát và đánh giá các ứng phó. Đơn vị này cần so sánh đối chiếu những nguồn dữ liệu đang có (về dịch tễ, hành vi, các chỉ số ứng phó, tài chính, vv...), đánh giá chất lượng dữ liệu, xây dựng mô hình dịch tễ cụ thể cho quốc gia, và sử dụng dữ liệu và mô hình để định ra chi phí và hiệu quả của các chiếc lược khác nhau cho sự chọn lựa.
39. Đưa các nguồn tài trợ vào các dự án của cộng đồng là một điều cần thiết thông qua việc xây dựng cấu trúc của mối quan hệ đối tác giữa công và tư. Một ban độc lập, với đại diện của cả Chính phủ và cộng đồng, có thể thu thập các nguồn tài trợ từ Chính phủ và các nhà tài trợ, và giải ngân những nguồn này cho các nhóm tại cộng đồng thực hiện các dự án.
40. Hỗ trợ và xây dựng năng lực của các tổ chức đại diện cho các nhóm nguy cơ cao và người sống với HIV là một việc quan trọng để mở rộng các chương trình HIV và đảm bảo tính bền vững của những chương trình này. Các nhà tài trợ và các Chính phủ phải đảm bảo rằng các tổ chức dân sự nhận được sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính đầy đủ để trợ giúp việc thiết kế và thực hiện chương trình.

41. Một việc quan trọng nữa là tìm ra các cơ chế cung cấp dịch vụ phù hợp để đảm bảo việc kết hợp các phương pháp tiếp cận lồng ghép và tập trung, theo cách sau:
- Công tác dự phòng cho nhóm nguy cơ cao cần được giao cho các tổ chức cộng đồng và xã hội dân sự trực tiếp thực hiện, với sự hỗ trợ về tài chính và hành chính từ chính phủ và các cơ quan khác. Các nguồn lực cần được dành để xây dựng năng lực cho những tổ chức này.
 - Cần lồng ghép hiệu quả hơn những chương trình như phòng lây truyền mẹ-con, xét nghiệm và tư vấn HIV, chăm sóc và điều trị vào trong hệ thống chăm sóc sức khỏe.
 - Các chương trình dự phòng, điều trị và giảm nhẹ hậu quả cần có một thành tố thực hiện tập trung, trực tiếp giám sát bởi chương trình AIDS, trong khi các thành tố khác cần được tính đến trong các chương trình đang thực hiện ở các ban ngành khác.

Các Chính phủ nhất thiết phải thực hiện những cam kết qua các văn kiện chính trị quốc tế như Tuyên bố về Tiếp cận phổ cập cho dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ vào năm 2010 và Mục tiêu thiên niên kỷ thứ 6 là ngăn chặn và đảo ngược dịch vào năm 2015.

Ủy ban rất lạc quan và tin tưởng rằng Chính phủ các nước châu Á có thông tin, thể chế và tiềm lực để giảm được số lượng lớn các ca lây nhiễm HIV mới. Nếu tận dụng được tiền bạc, nhân lực và các mối quan hệ, họ sẽ có thể đạt được những mục tiêu này.

Điều quan trọng nhất là ý chí chính trị. Nếu các chính phủ của châu Á chọn cách đương đầu với thách thức và có những bước đi quyết tâm nêu ra trong bản báo cáo này, thì cuộc chiến với HIV ở châu Á sẽ có thể thắng lợi.

