

Thực trạng quản lý điều trị người nhiễm HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa

Nguyễn Đức Tình^{1, 2}, Lê Minh Thi^{2*}

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa, 4 Quang Trung, phường Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa, Việt Nam

²Trường Đại học Y tế Công cộng, 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 16/3/2026; ngày chuyển phản biện 19/3/2026;

ngày nhận phản biện 21/5/2026; ngày chấp nhận đăng 28/5/2026

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý điều trị người nhiễm HIV dựa trên số liệu quản lý năm 2024 và phân tích các yếu tố ảnh hưởng. **Phương pháp:** Nghiên cứu kết hợp định lượng - định tính, loại tuần tự giải thích; cấu phần định lượng là nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu toàn bộ số liệu thứ cấp đối chiếu theo Thông tư số 28/2018/TT-BYT ngày 26/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế. **Kết quả:** Công tác khám lần đầu đạt yêu cầu cơ bản ở 39,4% hồ sơ nhưng chỉ 5,8% đạt chuẩn cao ($\geq 95\%$), chủ yếu do hạn chế của xét nghiệm ban đầu (11,5% đạt chuẩn cao). Tái khám tốt hơn ở mức cơ bản (99%) và mức chuẩn (56,1%) nhưng chỉ 6,3% đạt chuẩn cao. Chuyển tuyến đạt 100% ở mức cơ bản song không có hồ sơ nào đạt mức chuẩn theo quy định. Nhìn chung, quản lý điều trị người nhiễm HIV đạt yêu cầu ở mức cơ bản (93,6%) song chưa đến một nửa trường hợp đạt chuẩn và chỉ một phần rất nhỏ (2,6%) đạt mức hoàn thành đầy đủ mục tiêu 95-95-95. **Kết luận:** Việc triển khai bệnh án điện tử, cải thiện cơ sở vật chất, nâng cao năng lực xét nghiệm và năng lực nhân viên y tế, đồng thời tăng cường giám sát và quản lý chất lượng là những giải pháp then chốt nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và duy trì sự tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV.

Từ khóa: chất lượng điều trị, mục tiêu 95-95-95, quản lý điều trị HIV/AIDS, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa.

Chỉ số phân loại: 3.1, 3.3

HIV treatment management at the Khanh Hoa Center for Disease Control

Duc Tinh Nguyen^{1, 2}, Minh Thi Le^{2*}

¹Khanh Hoa Center for Disease Control, 4 Quang Trung Street, Nha Trang Ward, Khanh Hoa Province, Vietnam

²Hanoi University of Public Health, 1A Duc Thang Street, Dong Ngac Ward, Hanoi, Vietnam

Received 16 March 2026; revised 21 May 2026; accepted 28 May 2026

*Tác giả liên hệ: Email: lmt@huph.edu.vn

Abstract:

Objective: This study describes the status of HIV treatment management using routine treatment data from 2024 and identifies factors influencing the quality of treatment management. **Methodology:** A combined quantitative-qualitative, sequential explanatory study; the quantitative component is a cross-sectional, retrospective study of all secondary data compared according to Circular No. 28/2018/TT-BYT dated October 26, 2018, of the Minister of Health. The qualitative component comprised in-depth interviews with people living with HIV and healthcare providers to explore factors affecting treatment management. **Results:** Initial clinical assessment met the basic standard in 39.4% of medical records, whereas only 5.8% achieved the optimal standard ($\geq 95\%$), largely due to inadequate completion of baseline laboratory investigations, for which only 11.5% met the optimal standard. Follow-up care demonstrated better performance, with 99.0% of records meeting the basic standard and 56.1% meeting the standard level; however, only 6.3% achieved the optimal standard. Referral management reached 100% compliance with the basic standard, although none of the records fulfilled the standard-level requirements specified in the national guideline. Overall, HIV treatment management achieved the basic standard in 93.6% of cases; however, fewer than half met the standard level, and only 2.6% fully satisfied 95-95-95 treatment targets. **Conclusions:** The implementation of electronic medical records, improvement of healthcare infrastructure, enhancement of laboratory capacity and staff competency, and strengthening of supervision and quality management are key measures to improve the quality of HIV treatment services and to sustain treatment adherence among people living with HIV.

Keywords: HIV treatment management, Khanh Hoa Center for Disease Control, quality of care, 95-95-95 targets.

Classification number: 3.1, 3.3

1. Đặt vấn đề

HIV/AIDS hiện nay vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm gây ra những hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới, trong đó có Việt Nam [1-3]. Theo ước tính, tại Việt Nam có khoảng 267.391 người nhiễm HIV, 245.489 người đang còn sống và 115.853 trường hợp đã tử vong do HIV/AIDS (số liệu báo cáo năm 2024) [1]. Theo quy định từ 2018, quản lý điều trị người nhiễm HIV là tổng hợp các hoạt động y tế và chính sách điều hành nhằm đảm bảo người nhiễm HIV được tiếp cận, tuân thủ và duy trì điều trị bằng thuốc ARV một cách hiệu quả, liên tục và bền vững [4, 5]. Theo Thông tư số 28/2018/TT-BYT của

Bộ Y tế, công tác quản lý điều trị người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế bao gồm ba giai đoạn chính: quản lý người nhiễm HIV từ khi đăng ký điều trị, theo dõi tái khám và thực hiện chuyên tuyến, mỗi giai đoạn tập trung vào công tác chẩn đoán, điều trị và kê đơn thuốc ARV [5]. Do đó, để vận hành một hệ thống quản lý điều trị người nhiễm HIV hiệu quả, cần có sự kết hợp giữa chính sách, nhân lực, cơ sở vật chất và tài chính, điều này đặt ra thách thức không nhỏ đối với các cơ sở điều trị.

Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề này, Thủ tướng Chính phủ đã nhấn mạnh việc mở rộng dịch vụ và nâng cao chất lượng điều trị HIV/AIDS trong chiến lược quốc gia chấm dứt bệnh AIDS vào năm 2030 trong đó có quy định rõ lộ trình chia làm 2 giai đoạn: đến năm 2025, phấn đấu đạt mục tiêu 90-90-95: 90% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của mình, 90% người đã biết tình trạng được điều trị ARV và 95% người điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi rút. Đến năm 2030 (mục tiêu 95-95-95), nâng đồng bộ cả 3 chỉ số lên mức 95% để chính thức chấm dứt dịch bệnh AIDS tại Việt Nam [6]. Tuy nhiên, trên thực tế, việc quản lý điều trị người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế vẫn gặp nhiều khó khăn và theo quy định của thông tư này, mốc 80% là ngưỡng tối thiểu cơ bản bắt buộc phải đạt [6]. Nghiên cứu về quản lý điều trị người nhiễm HIV tại các phòng khám và điều trị ngoại trú (OPC) ở Việt Nam cho thấy nhiều khó khăn từ cả phía người nhiễm HIV và hệ thống y tế. Về phía người nhiễm HIV, mặc dù đa số tuân thủ điều trị, vẫn có tỷ lệ đáng kể không thực hiện đầy đủ xét nghiệm CD4 và tải lượng vi rút HIV theo mốc thời gian quan trọng, ảnh hưởng đến đánh giá hiệu quả điều trị. Gần 50% người nhiễm HIV không được xét nghiệm vi rút học trong lần tái khám, chưa đến 1% được tập huấn đầy đủ từ đầu [7]. Ngoài ra, các rào cản như quên lịch tái khám, khó khăn di chuyển cũng làm gián đoạn điều trị. Về phía hệ thống y tế, các OPC đối mặt với tình trạng thiếu nhân lực, cơ sở vật chất hạn chế, nguồn cung ứng thuốc ARV không ổn định và bất cập trong thanh toán bảo hiểm y tế. Việc phối hợp xét nghiệm vi rút học với tuyến trên chưa hiệu quả, làm chậm quá trình theo dõi điều trị [7].

Tại tỉnh Khánh Hòa, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh là một trong những cơ sở điều trị HIV/AIDS chính, hiện đang quản lý gần 70% tổng số người nhiễm HIV toàn tỉnh. Công tác quản lý điều trị người nhiễm HIV tại Trung tâm dựa trên Thông tư số 28/2018/TT-BYT năm 2018 về quản lý điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV tại các cơ sở y tế [5]. Do đó, một nghiên cứu chuyên sâu về công tác quản lý và điều trị người nhiễm HIV là hết sức cần thiết và cấp bách, nhằm trả lời hai mục tiêu: Một là mô tả thực trạng quản lý điều trị người nhiễm HIV tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa, và phân tích những yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị người nhiễm HIV. Việc xác định rõ thực trạng cùng các yếu tố ảnh hưởng sẽ giúp làm sáng tỏ những vấn đề còn tồn tại, đồng thời cung cấp cơ sở khoa học vững chắc để đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp, hiệu quả và kịp thời.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Kết hợp định lượng và định tính, loại tuần tự giải thích (sequential explanatory mixed-methods).

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế theo tuần tự giải thích, thực hiện theo trình tự định lượng trước, sau đó thu thập định tính dựa trên kết quả của định lượng.

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu hồi cứu toàn bộ số liệu sẵn có từ hồ sơ bệnh án năm 2024 (không thu thập số liệu sơ cấp trên người bệnh); việc rà soát hồ sơ được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 7/2025.

Cách tiếp cận định tính: Nghiên cứu này áp dụng phương pháp tiếp cận theo nghiên cứu trường hợp để tìm hiểu sâu về công tác quản lý điều trị người nhiễm HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa. Thông qua phỏng vấn định tính với cán bộ y tế và người nhiễm HIV đang điều trị, nghiên cứu hướng đến việc khám phá yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình quản lý và điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2025 đến tháng 7/2025 tại Phòng khám chuyên khoa HIV/AIDS và Điều trị nghiện chất - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa.

Nghiên cứu định lượng: Hồ sơ bệnh án điều trị của người nhiễm HIV tại Phòng khám từ tháng 1 đến tháng 12/2024, bao gồm hồ sơ bệnh án điều trị của người nhiễm HIV khám lần đầu trong năm 2024: Đánh giá nội dung đăng ký khám lần đầu với 104 bệnh án; Hồ sơ bệnh án điều trị của người nhiễm HIV tái khám trong năm 2024 là 1005 bệnh án và chuyển tuyến 56 trường hợp. Nghiên cứu được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu gồm giám đốc trung tâm Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa, học viên Đại học Y tế Công cộng và phòng kế hoạch tổng hợp trung tâm.

Thu thập và đánh giá số liệu định lượng: Số liệu định lượng do nhóm nghiên cứu hồi cứu từ bệnh án theo một bảng kiểm xây dựng trên các nội dung bắt buộc của Thông tư số 28/2018/TT-BYT ngày 26/10/2018 cho từng giai đoạn (đăng ký khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, kê đơn, tái khám, chuyển tuyến); mỗi hồ sơ được rà soát và thu thập theo bảng kiểm này do Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa chưa có hồ sơ bệnh án điện tử. Bảng kiểm được Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo đề cương. 550 trường hợp chuyển đến từ Trung tâm Y tế Nha Trang tháng 12/2023 được loại khỏi phân tích do thuộc đợt chuyển giao trước thời gian số liệu nghiên cứu (năm 2024), nhằm tránh đếm trùng.

Nghiên cứu định tính: Thực hiện phỏng vấn 2 nhóm: người nhiễm HIV từ đủ 18 tuổi trở lên đang điều trị ARV tại Phòng khám chuyên khoa HIV/AIDS và Điều trị nghiện chất - Trung

tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa (bao gồm 10 người bệnh) và nhóm cán bộ y tế: lãnh đạo, bác sỹ điều trị, điều dưỡng tiếp đón và dược sỹ cấp phát thuốc (6 cán bộ).

2.3. Nội dung và biến số nghiên cứu

Biến số chính - “*Quản lý điều trị người nhiễm HIV*”: Được đánh giá theo Thông tư số 28/2018/TT-BYT, gồm ba cấu phần tương ứng ba giai đoạn quản lý: (1) quản lý khám lần đầu - gồm quản lý hồ sơ đăng ký khám, công tác xét nghiệm ban đầu (CD4, creatinine, đồng nhiễm viêm gan B/C...) và chẩn đoán - điều trị - kê đơn ARV; (2) quản lý tái khám - gồm quản lý hồ sơ, chăm sóc điều trị định kỳ, theo dõi tác dụng phụ, xét nghiệm định kỳ và kê đơn; (3) quản lý chuyển tuyến - gồm tổng kết bệnh án, hoàn thiện thủ tục và liên thông thông tin khi chuyển đi/đến.

Tiêu chí đánh giá: Mỗi hồ sơ bệnh án được rà soát bằng bảng kiểm gồm các nội dung bắt buộc quy định tại Thông tư số 28/2018/TT-BYT cho từng giai đoạn. Tỷ lệ nội dung hoàn thành trên tổng số nội dung bắt buộc của hồ sơ được tính toán và phân loại theo bốn ngưỡng đạt: hoàn thành $\geq 80\%$ nội dung (đạt yêu cầu cơ bản); $\geq 90\%$ (đạt chuẩn); $\geq 95\%$ (đạt chuẩn cao); và 100% (hoàn thiện đầy đủ). Biến số đầu ra chính là tỷ lệ hồ sơ đạt ở từng ngưỡng cho mỗi cấu phần và chung cho cả ba cấu phần, được đối chiếu với mục tiêu chất lượng 95-95-95. Bốn ngưỡng $\geq 80\%$, $\geq 90\%$, $\geq 95\%$ và 100% là cách phân loại thao tác của nghiên cứu dựa trên tỷ lệ nội dung bắt buộc của Thông tư số 28/2018/TT-BYT được hoàn thành trong mỗi hồ sơ (không phải ngưỡng quy định sẵn trong một hướng dẫn riêng); mốc 95% được chọn tương ứng với định hướng chất lượng cao theo mục tiêu 95-95-95. Các thuật ngữ “mức cơ bản” ($\geq 80\%$), “mức chuẩn” ($\geq 90\%$), “mức chuẩn cao” ($\geq 95\%$) và “hoàn thiện đầy đủ” (100%) được dùng thống nhất trong toàn bài.

Các biến số khác: Đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, tình trạng bảo hiểm y tế); đặc điểm điều trị (thời gian điều trị ARV, phác đồ, tình trạng ổn định, mức độ tuân thủ; trong đó “tuân thủ” được xác định khi người bệnh uống thuốc đầy đủ ở tất cả các lần trong năm theo ghi nhận bệnh án, “ổn định” theo tiêu chí điều trị ARV ổn định ghi trong hồ sơ - các phân loại này do nghiên cứu viên gán khi rà soát bệnh án); và các yếu tố ảnh hưởng từ phía người bệnh và từ phía hệ thống y tế được khai thác qua cấu phần định tính.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Bộ Y tế, tình trạng điều trị ổn định được đánh giá dựa trên các yếu tố sau: Tải lượng vi rút dưới ngưỡng phát hiện số lượng bản sao vi rút HIV trong 1 ml máu đo được dưới 200 bản sao/ml và được duy trì ổn định trong ít nhất 6 tháng; Hệ miễn dịch phục hồi: Số lượng tế bào lympho T CD4 tăng lên mức an toàn (thường là >350 tế bào/mm³) và lâm sàng ổn định: không có các triệu chứng nhiễm trùng cơ hội và đáp ứng tốt với thuốc ARV (không có tác dụng phụ nghiêm trọng) [1-4].

Phân tích số liệu: Các phiếu điều tra sau khi thu thập được nhập liệu bằng Excel 2019, đồng thời tiến hành kiểm tra, biên tập và làm sạch dữ liệu. Sử dụng phần mềm Stata 17 để phân

tích dữ liệu. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả để phân tích. Đối với dữ liệu định tính, các bảng ghi âm sau gõ bằng, mã hóa, tổng hợp và phân tích nội dung trên Excel. Quá trình này giúp chọn lọc những thông tin cần thiết cho mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y tế Công cộng, mã số 286/2025/YTCC-HD3 ngày 5/6/2025.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm người bệnh được quản lý

Bảng 1. Thông tin chung về công tác quản lý người nhiễm HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa (n=1015).

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượt khám	8.130	
Người nhiễm HIV điều trị ARV ít nhất 1 lần trong năm 2024 tại phòng khám	1.015	
Người nhiễm HIV bắt đầu điều trị lần đầu	104	10,2
Người nhiễm HIV chuyển đến	36	3,5
Người nhiễm HIV chuyển đi	56	5,5
Người nhiễm HIV điều trị lại	35	3,4
Người nhiễm HIV bỏ trị	113	11,1
Người nhiễm HIV đang quản lý cuối năm 2024	851	83,8

Trong năm 2024, tại phòng khám có 8.130 lượt khám của 1.015 người nhiễm HIV điều trị ARV ít nhất một lần. Trong đó, 104 trường hợp bắt đầu điều trị lần đầu (10,2%), 36 trường hợp chuyển đến chiếm 3,5%, 56 trường hợp chuyển đi (5,5%), 35 trường hợp điều trị lại (3,4%) và 113 trường hợp bỏ trị (11,1%). Tính đến cuối năm, còn 851 người đang điều trị (83,8%) (bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm chung người nhiễm HIV khám ít nhất 1 lần trong năm (n=1015).

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: Trung bình (ĐLC): 37; (NN-LN): 2-80	10,9	
Nhóm tuổi		
Người lớn (≥16 tuổi)	1006	99,1
Trẻ em (<16 tuổi)	9	0,9
Giới		
Nam	788	77,6
Nữ	227	22,4
Tình trạng BHYT		
Có	910	89,7
Không	105	10,3

ĐLC: độ lệch chuẩn; NN-LN: nhỏ nhất - lớn nhất.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 37 tuổi (ĐLC=10,9), dao động từ 2 đến 80 tuổi. Nhóm người lớn (≥ 16 tuổi) chiếm 99,1%, trong khi trẻ em (< 16 tuổi) chiếm chưa đến 1%. Nam giới chiếm đa số với gần 80% và khoảng 90% người nhiễm HIV có bảo hiểm y tế, số người chưa có bảo hiểm y tế là người lớn (bảng 2).

Bảng 3. Thông tin chung về công tác quản lý điều trị (n=851, thời điểm cuối năm 2024).

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị ARV		
Điều trị ARV < 12 tháng	119	14,0
Điều trị ARV ≥ 12 tháng	732	86,0
Tình trạng điều trị ARV		
Ổn định (thời điểm cuối năm)	195	22,9
Chưa ổn định (thời điểm cuối năm)	656	77,1
Số lượng nhận thuốc đợt quý 4/2024		
Nhận thuốc 3 tháng	7	0,8
Nhận thuốc 1 tháng	844	99,2
Phác đồ điều trị ARV		
Bậc 1	840	98,7
Bậc 2	11	1,3
Tình trạng tuân thủ điều trị ARV		
Tuân thủ điều trị ARV tất cả các lần trong năm	733	86,1
Chưa tuân thủ điều trị ARV tất cả các lần trong năm	118	13,9

Trong số người nhiễm HIV quản lý điều trị ARV tới cuối năm 2024, có 119 trường hợp điều trị dưới 12 tháng (14,0%) và 732 trường hợp điều trị từ 12 tháng trở lên (86,0%). Tại thời điểm cuối năm, chỉ có 195 người ở tình trạng ổn định (chiếm 22,9%) và gần 80% chưa ổn định. Trong quý 4/2024, chỉ có 7 trường hợp nhận thuốc 3 tháng (0,8%) trong khi 844 trường hợp nhận thuốc 1 tháng (99,2%). Về phác đồ điều trị, đa số người nhiễm HIV dùng phác đồ bậc 1 (98,7%), chỉ 1,3% điều trị bậc 2. Về tuân thủ, 733 người tuân thủ đầy đủ (86,1%) và 118 người chưa tuân thủ đầy đủ (13,9%) (bảng 3).

Bảng 4. Mức độ đạt của công tác khám lần đầu, tái khám và chuyển tuyến theo bốn ngưỡng hoàn thành nội dung Thông tư số 28/2018/TT-BYT.

Đặc điểm nội dung khám lần đầu	Đạt yêu cầu theo Thông tư số 28/2018/TT-BYT (n, %)			
	≥80% (cơ bản)	≥90% (chuẩn)	≥95% (chuẩn cao)	100% (đầy đủ)
Quản lý hồ sơ đăng ký khám	102 (98,1)	34 (32,7)	34 (32,7)	34 (32,7)
Công tác xét nghiệm	41 (39,4)	12 (11,5)	12 (11,5)	12 (11,5)
Chẩn đoán, điều trị và kê đơn	99 (95,2)	89 (85,6)	89 (85,6)	89 (85,6)
Công tác khám lần đầu chung	41 (39,4)	20 (19,2)	6 (5,8)	6 (5,8)
Quản lý hồ sơ, chăm sóc điều trị và kê đơn lần tái khám	994 (99)	563 (56,1)	63 (6,3)	63 (6,3)
Công tác chuyển tuyến	100 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Mỗi ô thể hiện số và tỷ lệ % hồ sơ hoàn thành được ngưỡng nội dung tương ứng theo bảng kiểm Thông tư số 28/2018/TT-BYT. Ví dụ, ở công tác chuyển tuyến, 100% hồ sơ hoàn thành ≥80% nội dung nhưng không hồ sơ nào hoàn thành ≥90% nội dung.

Trong các nội dung khám lần đầu, quản lý hồ sơ đăng ký đạt mức cơ bản ở 98,1% trường hợp, nhưng chỉ 32,7% ở mức đạt chuẩn. Công tác xét nghiệm có 39,4% đạt mức cơ bản song tỷ lệ đạt chuẩn chỉ còn 11,5%. Chẩn đoán, điều trị và kê đơn đạt tỷ lệ cao hơn, với 95,2% đạt mức cơ bản và 85,6% đạt mức chuẩn đến hoàn thiện đầy đủ. Tuy nhiên, công tác khám lần đầu chung chỉ đạt 39,4% ở mức cơ bản và giảm xuống còn 5,8% ở mức đạt chuẩn cao đến hoàn thiện đầy đủ. Trong nội dung tái khám, quản lý hồ sơ, chăm sóc điều trị và kê đơn đạt mức cơ bản ở 99% trường hợp. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt chuẩn giảm xuống còn 56,1%, và chỉ có 6,3% đạt chuẩn cao đến hoàn thiện đầy đủ. Trong nội dung chuyển tuyến, 100% trường hợp đạt mức cơ bản, tuy nhiên không có trường hợp nào đạt chuẩn theo quy định Thông tư số 28/2018/TT-BYT và Quyết định số 1246/QĐ-TTg (bảng 4).

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới công tác quản lý điều trị người bệnh HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa

Công tác quản lý điều trị người bệnh HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa chịu sự tác động đa chiều từ cả rào cản nội tại của người bệnh và những hạn chế mang tính hệ thống của cơ sở y tế. Kết quả phỏng vấn sâu (PVS) đã bóc tách nguyên nhân cốt lõi dẫn đến tình trạng này, trước hết là do sự quá tải dịch vụ cục bộ ở giai đoạn đầu điều trị. Một cán bộ phòng khám chia sẻ: “Có tháng người nhiễm HIV tập trung nhận thuốc rất đông, mọi người phải làm từ 7 giờ sáng đến gần 6 giờ tối trong tình trạng đông liên tục” (PVS cán bộ phòng khám).

Sự quá tải này vô hình trung làm giảm thời gian tư vấn sâu, kết hợp với tâm lý sợ kỳ thị khiến người bệnh dễ rơi vào trạng thái hoang mang, lạc lõng. Một nam bệnh nhân 21 tuổi bộc bạch: “Lúc mới điều trị, tôi chưa quen quy trình nên dễ lạc lõng, lại có lúc bỏ thuốc 2 tháng” (PVS nam, 21 tuổi).

Song song với rào cản từ người bệnh, các yếu tố thuộc về hệ thống y tế cũng ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả quản lý. Mặc dù số lượng bệnh nhân điều trị trên 12 tháng chiếm đa số, nhưng tỷ lệ được nhận thuốc 3 tháng (MMD) tại cơ sở lại rất thấp. Dữ liệu định tính làm rõ rằng, bên cạnh lý do bệnh nhân chưa đạt ổn định tải lượng vi rút để đủ tiêu chuẩn lâm sàng, nút thắt lớn nhất nằm ở vướng mắc quy trình xét nghiệm qua Bảo hiểm y tế (BHYT) và tình trạng gián đoạn cung ứng thuốc cục bộ buộc phòng khám phải chia nhỏ liều cấp theo tháng. Phụ trách phòng khám HIV cho biết: “Chúng tôi chỉ có sẵn xét nghiệm HIV, viêm gan B, viêm gan C, chưa triển khai được tải lượng qua BHYT, người nhiễm HIV muốn làm phải tự bỏ tiền gần 1 triệu đồng”.

Cuối cùng, công tác quản lý ca bệnh càng bị phân mảnh do hệ thống thông tin lạc hậu và gánh nặng thủ tục hành chính. Việc thiếu một bệnh án điện tử đồng nhất khiến cán bộ y tế phải thực hiện các công việc thủ công lặp đi lặp lại, làm giảm thời gian dành cho việc tư vấn, hỗ trợ tuân thủ điều trị. Một cán bộ y tế nữ, 33 tuổi cho biết: “Quản lý thông tin người nhiễm HIV hiện qua phần mềm BHYT và hồ sơ giấy, chưa có bệnh án điện tử, muốn báo cáo thì tôi phải nhập thêm vào file excel để theo dõi riêng” (PVS CBYT nữ, 33 tuổi).

4. Bàn luận

4.1. Thực trạng quản lý điều trị người nhiễm HIV

4.1.1. Quản lý người bệnh khám lần đầu, tái khám và chuyển tuyến

Công tác quản lý điều trị tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa đáp ứng tốt các yêu cầu hành chính, nhưng vẫn còn khoảng cách so với ngưỡng chất lượng cao theo Thông tư số 28/2018/TT-BYT, chủ yếu ở năng lực quản trị lâm sàng và hoàn thiện dữ liệu. Khoảng cách này phù hợp với ghi nhận của P.T. Lien (2020) [7]: Các cơ sở ngoại trú thường tuân thủ tốt quy trình hành chính nhưng còn hạn chế trong hoàn thiện hồ sơ xét nghiệm chuyên sâu do thiếu nguồn lực tại chỗ.

Hạn chế ở khâu khám lần đầu chủ yếu bắt nguồn từ xét nghiệm cận lâm sàng ban đầu (CD4, creatinine, đồng nhiễm viêm gan B, C). Theo hướng dẫn của WHO, xét nghiệm tải lượng vi rút ban đầu và định kỳ là “tiêu chuẩn vàng” để phát hiện sớm thất bại điều trị và dự phòng kháng thuốc [8]; thiếu các dữ liệu này ảnh hưởng đến phân giai đoạn bệnh và lựa chọn phác đồ ARV khởi đầu. So với báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2023), tình trạng trễ hẹn xét nghiệm tại Khánh Hòa cao hơn mặt bằng chung, có thể do xét nghiệm tải lượng vi rút chưa được tính và bảo hiểm y tế chi trả [1].

Ở hoạt động tái khám, khoảng cách chất lượng tập trung ở theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc và xét nghiệm định kỳ, phản ánh xu hướng ưu tiên cấp phát thuốc hơn quản lý chất lượng điều trị. Trong lộ trình hướng tới mục tiêu 95-95-95, việc thiếu dữ liệu tải lượng vi rút cản trở đánh giá khách quan hiệu quả ức chế vi rút của phác đồ.

Công tác chuyển tuyến chưa đạt mức hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế [5] và khuyến cáo quốc tế [8, 9]. Kết quả này thống nhất với N. Ford và cs (2018) [8] tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, gián đoạn theo dõi và chuyển tuyến làm tăng nguy cơ mất dấu người bệnh và lãng phí nguồn lực [10]. Đứt gãy luồng thông tin chuyển tuyến có thể dẫn tới gián đoạn liệu trình hoặc trùng lặp chỉ định khi người bệnh chuyển cơ sở.

4.1.2. Các thách thức trong công tác quản lý điều trị (duy trì tiêu chuẩn chất lượng cao và hướng tới mục tiêu 95-95-95)

Các hạn chế trên phản ánh sự tương tác giữa yếu tố cá nhân và hệ thống, trong đó rào cản tài chính giữ vai trò then chốt: Chi phí tự chi trả cho xét nghiệm tải lượng vi rút khiến người bệnh dễ trễ hẹn hoặc gián đoạn điều trị. Nhận định này phù hợp với E.H. Geng và cs (2016) [11], khi rào cản kinh tế và kỳ thị là những yếu tố chính gây gián đoạn điều trị ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình.

Về phương diện hệ thống, việc duy trì song hồ sơ giấy và bảng tính thủ công thay cho bệnh án điện tử là rào cản kỹ thuật đáng kể, trong khi Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 đã xác định chuyển đổi số là nền tảng then chốt; hạn chế này trực tiếp làm giảm khả năng giám sát và hoàn thiện dữ liệu.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng

Các phát hiện hội tụ ở ba nhóm yếu tố chi phối hiệu quả quản lý điều trị: quá tải dịch vụ tại chỗ, rào cản tài chính - kỹ thuật và thiếu đồng bộ của hệ thống thông tin.

Thứ nhất, quá tải dịch vụ theo đợt tại phòng khám tạo áp lực tâm lý cho người bệnh ở giai đoạn đầu điều trị, lo ngại bị kỳ thị và về bảo mật thông tin khi chờ đợi tại nơi đông người trở thành rào cản đối với khám lần đầu và duy trì tái khám. Cơ chế này góp phần lý giải vì sao tỷ lệ gián đoạn điều trị vẫn cao hơn ngưỡng dưới 5% của Chiến lược Quốc gia, đồng thời cho thấy sự cần thiết của môi trường cung cấp dịch vụ thân thiện, an toàn và bảo mật.

Thứ hai, rào cản kinh tế đối với xét nghiệm tải lượng vi rút - tiêu chuẩn bắt buộc để đánh giá hiệu quả điều trị và xét duyệt cấp thuốc nhiều tháng - là nút thắt chính. Do chưa được bảo hiểm y tế chi trả tại chỗ, chi phí tự túc trở thành gánh nặng với nhóm thu nhập bấp bênh, di biến động như ngư dân hay lao động thời vụ, vừa cản trở mục tiêu ức chế tải lượng vi rút (mục tiêu 95 thứ ba) vừa thu hẹp cơ hội tiếp cận chính sách cấp thuốc nhiều tháng.

Thứ ba, thiếu đồng bộ của hệ thống thông tin quản lý làm gia tăng gánh nặng hành chính và hạn chế hỗ trợ kịp thời từ cơ sở. Với người bệnh phải di chuyển thường xuyên, việc thiếu bệnh án điện tử liên thông gây trở ngại cho chuyển tuyến và kết nối lại dịch vụ, làm tăng nguy cơ gián đoạn điều trị ARV.

5. Kết luận

Công tác quản lý điều trị HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa năm 2024 đạt kết quả tốt ở ngưỡng đáp ứng cơ bản nhưng còn khoảng cách xa để đạt chuẩn chất lượng cao theo quy định tại Thông tư số 28/2018/TT-BYT và Quyết định số 1246/QĐ-TTg. Khám lần đầu và chuyển tuyến là hai khâu yếu nhất về mặt chất lượng hồ sơ và thực hiện xét nghiệm chuyên sâu. Để đạt được mục tiêu 95-95-95 bền vững, cần ưu tiên triển khai bệnh án điện tử, tháo gỡ rào cản tài chính trong xét nghiệm tải lượng vi rút và tăng cường đào tạo nguồn nhân lực chuyên trách mang tính hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Vietnam Administration of HIV/AIDS Control (2024), “Conference to review HIV/AIDS prevention and control activities in 2024 and outline plans for 2025”, <https://vaac.gov.vn/cuc-phong-chong-hiv-aids-to-chuc-hoi-nghi-tong-ket-hoat-dong-phong-chong-hiv-aids-nam-2024-va-dinh-huong-ke-hoach-nam-2025.html>, accessed 17 February 2025 (in Vietnamese).

[2] World Health Organization (n.d.), “HIV”, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>, accessed 12 November 2025.

[3] World Health Organization (n.d.), “HIV and AIDS”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, accessed 12 November 2025.

[4] UNAIDS (n.d.), “HIV treatment”, <https://www.unaids.org/en/topic/treatment>, accessed 5 March 2025.

[5] Ministry of Health (2018), *Circular No. 28/2018/TT-BYT, Regulations on The Management and Treatment of HIV-infected Individuals and Those Exposed to HIV at Healthcare Facilities* (in Vietnamese).

[6] Prime Minister (2020), *Decision No. 1246/QĐ-TTg, National Strategy to End AIDS by 2030* (in Vietnamese).

[7] P.T. Lien (2020), *Assessment of The Implementation of HIV Treatment Management Procedures and Associated Factors at an HIV/AIDS Outpatient Clinic*, Master’s Thesis (in Vietnamese).

[8] World Health Organization (2021), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations For a Public Health Approach*, Geneva: WHO.

[9] The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2021), *Global AIDS Strategy 2021-2026: End Inequalities. End AIDS*, Geneva: UNAIDS.

[10] N. Ford, A. Ball, R. Baggaley, et al. (2018), “The WHO public health approach to HIV treatment and care: Looking back and looking ahead”, *Lancet Infect. Dis.*, **18(3)**, pp.e76-e86, DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30482-6.

[11] E.H. Geng, T.A. Odeny, R. Lyamuya, et al. (2016), “Retention in care and patient-reported reasons for undocumented transfer or stopping care among HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Eastern Africa: Application of a sampling-based approach”, *Clin. Infect. Dis.*, **62(7)**, pp.935-944, DOI: 10.1093/cid/civ1004.