**BỘ Y TẾ**

**BÁO CÁO ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH**

**ĐỐI VỚI DỰ ÁN LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**Hà Nội - Tháng 07/2017**

# PHẦN I TỔNG QUAN VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

## I. BỐI CẢNH XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khoẻ con người và tương lai nòi giống của dân tộc, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của đất nước. Tính đến ngày 30/6/2016, cả nước có 227.225 người nhiễm HIV đang còn sống được báo cáo, trong đó có 85.753 người bệnh AIDS và tổng số người chết do AIDS đã được báo cáo là 89.210 người. Cho đến nay, qua các số liệu giám sát cho thấy dịch HIV/AIDS đã xuất hiện ở 100% tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là tỉnh), 98% số huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện) và trên 78% số xã, phường, thị trấn (sau đây gọi tắt là xã) trong toàn quốc đã có báo cáo về người nhiễm HIV/AIDS.

Xác định rõ HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khoẻ con người và tương lai nòi giống của dân tộc, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của đất nước, ngay từ năm 2004, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 và tiếp đó ngày 12 tháng 07 năm 2006, Quốc hội đã ban hành Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) (sau đây gọi tắt là Luật phòng, chống HIV/AIDS).

Theo ước tính các chuyên gia, số liệu người nhiễm HIV ước tính tại Việt Nam khoảng 250.000 trường hợp, trong đó số nhiễm mới HIV hằng năm khoảng 11.000 người, giảm 56% số người nhiễm mới HIV so với thời kỳ cao điểm nhất của dịch vào năm 2002. Dịch HIV/AIDS vẫn trong giai đoạn dịch tập trung, dịch chủ yếu xẩy ra trong nhóm người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, người quan hệ tình dục đồng giới nam, tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm này tương ứng là 9,5%, 2,5% và 7,6%. Ngoài ra, nhóm người vợ, bạn tình người nhiễm HIV, trong đó chủ yếu người nghiện chích ma túy được xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV gia tăng nhanh trong những năm gần đây. Về phân bố dịch HIV/AIDS, trong số người nhiễm HIV nữ chiếm 24,7%, nam chiếm 75,3%, 80% người nhiễm HIV tuổi từ 20-49 tuổi, trẻ em khoảng 2,8% trường hợp. Dịch HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy đã giảm nhanh trong thời gian vừa qua, từ khoảng 9000 ca nhiễm mỗi năm vào năm 2011 đến nay còn khoảng 3.500-4.000 ca mỗi năm, tuy nhiên lây truyền qua đường tình dục giảm chậm hơn từ khoảng 8000 ca năm 2011 xuống 6.000-6.500 ca vào năm 2016.

Đạt được kết quả như trên là nhờ công tác phòng, chống HIV/AIDS đã có một hành pháp lý thuận lợi cho việc tổ chức triển khai các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS bao gồm các văn bản từ luật đến nghị định và các văn bản hướng dẫn thi hành. Việt Nam cũng là 1 trong 2 nước đầu tiên trên thế giới ban hành Luật phòng, chống HIV/AIDS, các quy định của luật phòng, chống HIV/AIDS được các chuyên gia quốc tế đánh giá phù hợp với chuẩn mực quốc tế, tính nhân văn cao, cũng là nước đầu tiên đã luật hóa được các biện pháp can thiệp giảm hại, tạo hành lang pháp lý cho triển khai đồng bộ các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Qua 09 năm thực hiện, cho thấy về cơ bản khung chính sách về phòng, chống HIV/AIDS vẫn đáp ứng yêu cầu của thực tiễn nhưng đã xuất hiện một số nội dung mà nếu không tiến hành sửa đổi, bổ sung thì sẽ có ảnh hưởng lớn đến hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới, cụ thể như sau:

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

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

- Theo quy định của pháp luật về phòng, chống ma túy thì một người nghiện ma túy sẽ được áp dụng biện pháp cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình và cộng đồng nếu tự nguyện khai báo và đăng ký. Trường hợp không tự nguyện khai báo và đăng ký cai nghiện tự nguyện tại gia đình và cộng đồng thì sẽ bị áp dụng biện pháp bắt buộc cai nghiện tại cộng đồng[[1]](#footnote-1).

- Theo quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính thì  người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên có nơi cư trú ổn định, thì thời hiệu là 03 tháng, kể từ ngày đối tượng có hành vi sử dụng ma túy bị phát hiện[[2]](#footnote-2), trong đó bao gồm cả người nghiện ma túy đang tham gia chương trình cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc tham gia chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định của pháp luật mà bị phát hiện sử dụng trái phép chất ma túy thì cũng bị áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn. Việc áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn đối với đối tượng này được tiến hành đồng thời với việc cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;

Tiếp theo đó, nếu người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên, có nơi cư trú ổn định, trong thời hạn 02 năm kể từ ngày chấp hành xong quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy hoặc trong thời hạn 01 năm kể từ ngày hết thời hiệu thi hành quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy mà vẫn còn nghiện thì sẽ bị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc[[3]](#footnote-3).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*"****Điều 34a***

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

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

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

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

***Thứ hai là các quy định về bảo mật thông tin liên quan đến người nhiễm HIV trong hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS quá hẹp chưa bảo đảm tính thống nhất với với quy định về quyền của người bệnh tại Luật khám bệnh, chữa bệnh gây ảnh hưởng đến quyền tiếp cận dịch vụ của người nhiễm HIV***, cụ thể như sau:

Theo quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS thì người nhiễm HIV có quyền được giữ bí mật riêng tư liên quan đến HIV/AIDS[[4]](#footnote-4) và tại khoản 1 Điều 30 của Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định kết quả xét nghiệm HIV dương tính chỉ được thông báo cho các đối tượng sau đây:

*- Người được xét nghiệm;*

*- Vợ hoặc chồng của người được xét nghiệm, cha, mẹ hoặc người giám hộ của người được xét nghiệm là người chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự;*

*- Nhân viên được giao nhiệm vụ trực tiếp tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm;*

*- Người có trách nhiệm chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế, bao gồm trưởng khoa, trưởng phòng, điều dưỡng viên trưởng nơi người nhiễm HIV điều trị, nhân viên y tế được giao trách nhiệm trực tiếp điều trị, chăm sóc cho người nhiễm HIV tại cơ sở y tế;*

*- Người đứng đầu, cán bộ phụ trách y tế, nhân viên y tế được giao nhiệm vụ trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV tại cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam;*

*- Người đứng đầu và cán bộ, công chức được giao trách nhiệm của các cơ quan: Cơ quan điều tra, Viện kiểm sát nhân dân hoặc Toà án nhân dân.*

Các quy định này đã làm hạn chế quyền tiếp cận hồ sơ bệnh án của bên thứ ba như bảo hiểm y tế, cán bộ công nghệ thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh… trong khi các đối tượng này trong quá trình thực hiện nghiệp vụ của mình bắt buộc phải được tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV.

Bên cạnh đo, quy định này không thống nhất với quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh vì theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh thì ngoài việc quy định người bệnh được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án thì cũng đã có quy định cho phép các thông tin này được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

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

- Theo quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS, xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai là miễn phí, tuy nhiên hiện nay các nhà tài trợ đang cắt giảm hỗ trợ sinh phẩm trong khi bảo hiểm y tế chưa chi trả xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai và chương trình mục tiêu quốc gia thì không đủ sinh phẩm để cấp miễn phí. Khi tỷ lệ phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV thấp thì khả năng phát hiện phụ nữ mang thai nhiễm HIV cũng sẽ giảm và điều này ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc đạt được dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bên cạnh đó, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được phát hiện và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chỉ mới đạt 57% nhiều phụ nữ mang thai nhiễm HIV khu vực vùng sâu vùng xa được chẩn đoán nhiễm HIV muộn, tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử nên vẫn còn mất dấu sau khi xét nghiệm HIV dương tính ở phụ nữ mang thai. Thiếu nguồn lực, do đó không triển khai đồng bộ được chương trình lây truyền HIV từ mẹ sang con, như thiếu sữa uống thay thế, mất dấu sau sinh.

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

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

Theo quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS thì việc điều trị dự phòng HIV được áp dụng với hai nhóm đối tượng là người bị phơi nhiễm với HIV trong quá trình thực hiện công vụ và phụ nữ mang thai nhiễm HIV.

Qua theo dõi cho thấy, hằng năm có khoảng 1.800 phụ nữ mang thai được dự phòng lây nhiễm HIV, tương đương với 65% phụ nữ mang nhiễm HIV điều trị dự phòng, chỉ còn 3% trẻ em bị nhiễm HIV sinh ra từ những phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong khi đó nếu không điều trị dự phòng lây truyền HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV thì có khoảng 35% trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV sẽ bị nhiễm HIV, như vậy hằng năm chúng ta đã dự phòng cho khoảng 580 cháu không bị lây nhiễm HIV từ bà mẹ bị nhiễm HIV.

Tuy nhiên, pháp luật hiện hành mới chỉ có quy định về dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con với đối tượng thụ hưởng chính sách là phụ nữ mang thai nhiễm HIV mà chưa có quy định về cung cấp điều trị dự phòng cho các đối tượng có hành vi nguy cơ nhưng được xác định là nhiễm HIV. Bên cạnh đó, hiện nay việc cung ứng thuốc ARV chủ yếu tập trung trong hệ thống các cơ sở điều trị HIV/AIDS mà rất khó tiếp cận trên thị trường nên đòi hỏi cần có cơ chế pháp lý cho việc tiếp cận thuốc ARV để điều trị dự phòng HIV.

**2. Sự thay đổi về nguồn lực ảnh hưởng đến việc bảo đảm thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS**

Kinh phí đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu từ nguồn ngân sách trung ương và các hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, giai đoạn 2011-2016 ngân sách đầu tư cho phòng, chống HIV/AIDS giảm dần cả ngân sách trung ương và hỗ trợ từ quốc tế, những năm gần đây ngân sách địa phương có gia tăng, nhưng số gia tăng không đáng kể so với kinh phí cắt giảm. Ngân sách trung ương đầu tư cả giai đoạn 2011-2016 là 1.627 tỷ đồng, trong năm cao nhất 2012 là 405 tỷ đồng và năm thấp nhất 2016 118 tỷ đồng, ngân sách trung ương hiện nay giảm gần ¾ so với 2012. Tổng ngân sách địa phương giai đoạn 2011-2016 là 883 tỷ đồng, năm thấp nhất 2011 là 45 tỷ đồng, năm cao nhất là 483 tỷ đồng, ngân sách địa phương trước đây chủ yếu đầu tư duy hoạt động của bộ máy phòng, chống HIV/AIDS ở phương, hiện nay được quan tâm đầu hơn, tuy nhiên số tăng này không đáng kể so với kinh phí cắt giảm, kinh phí hỗ trợ từ cộng đồng quốc tế 3.301 tỷ đồng chiếm 57% tổng kinh đầu tư cho HIV/AIDS cho giai đoạn 2011-2016, năm có kinh phí hỗ trợ cao nhất năm 2013 với 745 tỷ, năm 2016 thấp nhất 510 tỷ, kinh phí hỗ trợ quốc tế để mua thuốc, sinh phẩm và vật dụng can thiệp giảm hại chiếm tỷ trọng lớn, chiếm 80-90% tổng kinh phí đầu tư thuốc, sinh phẩm và vật dụng can thiệp, do dó đó việc giảm kinh phí tác động rất lớn đến vật dụng thiết yếu trong phòng, chống HIV/AIDS. Nguồn viện trợ nước ngoài chủ yếu từ Chính phủ các nước, các tổ chức đa phương, tổ chức phi chính phủ nước ngoài. Các nguồn viện trợ chủ yếu cho phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam trong những năm qua là từ PEPFAR, Quỹ Toàn cầu, WB, ADB, DFID… Tổng kinh phí đầu tư giai đoạn 2011-2016 đáp ứng được 53,7% nhu cầu phòng, chống HIV/AIDS.

**Bảng 1. So sách nhu cầu và đáp ứng ngân sách giai đoạn 2011-2016**

 *Đơn vị: tỷ đồng*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Năm** | **Trung ương** | **Địa phương** | **Viện trợ quốc tế** | **Tổng NS đầu tư** | **Tổng nhu cầu** | **% viện trợ/ NS đầu tư** | **% đầu tư/ nhu cầu** |
| 2011 | 340 | 41 | 520 | 901 | 1.562,1 | 58% | 58% |
| 2012 | 405 | 40 | 567 | 1.012 | 1.642,1 | 56% | 62% |
| 2013 | 336 | 51 | 745 | 1.132 | 1.913,2 | 66% | 59% |
| 2014 | 148 | 79 | 450 | 677 | 2.039,3 | 66% | 33% |
| 2015 | 280 | 139 | 509 | 928 | 2.189,7 | 55% | 42% |
| 2016 | 118 | 483 | 510 | 1.111 | 1.510,0 | 46% | 74% |
| **Tổng** | **1.627** | **833** | **3.301** | **5.761** | **10.856,4** | **57,3%** | **53,7%** |

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

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

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

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc ban hành các chính sách pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

## II. MỤC TIÊU XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH

### 1. Mục tiêu tổng quát

Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3% vào năm 2020, giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội.

### 2. Mục tiêu cụ thể:

2.1. Khắc phục được tình trạng khó khăn về bảo mật thông tin trong quá trình quản lý hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV.

2.2. Tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

2.3. Bảo đảm quyền được tiếp cận điều trị của người nhiễm HIV.

# PHẦN IIĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH

## Mục 1.ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ NHẤT

### I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Theo quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS thì người nhiễm HIV có quyền được giữ bí mật riêng tư liên quan đến HIV/AIDS[[5]](#footnote-5) và tại khoản 1 Điều 30 của Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định kết quả xét nghiệm HIV dương tính chỉ được thông báo cho các đối tượng sau đây:

*- Người được xét nghiệm;*

*- Vợ hoặc chồng của người được xét nghiệm, cha, mẹ hoặc người giám hộ của người được xét nghiệm là người chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự;*

*- Nhân viên được giao nhiệm vụ trực tiếp tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm;*

*- Người có trách nhiệm chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế, bao gồm trưởng khoa, trưởng phòng, điều dưỡng viên trưởng nơi người nhiễm HIV điều trị, nhân viên y tế được giao trách nhiệm trực tiếp điều trị, chăm sóc cho người nhiễm HIV tại cơ sở y tế;*

*- Người đứng đầu, cán bộ phụ trách y tế, nhân viên y tế được giao nhiệm vụ trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV tại cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam;*

*- Người đứng đầu và cán bộ, công chức được giao trách nhiệm của các cơ quan: Cơ quan điều tra, Viện kiểm sát nhân dân hoặc Toà án nhân dân.*

Các quy định này đã làm hạn chế quyền tiếp cận hồ sơ bệnh án của một số chủ thể như giám định viên bảo hiểm y tế, cán bộ công nghệ thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh… trong khi trên thực tế, các đối tượng này bắt buộc phải được tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV trong quá trình thực hiện nghiệp vụ của mình. Bên cạnh đó, quy định này cũng không thống nhất với quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh vì theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh thì ngoài việc quy định người bệnh được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án thì cũng đã có quy định cho phép các thông tin này được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

### II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Khắc phục được tình trạng khó khăn về bảo mật thông tin trong quá trình quản lý hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV.

### III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

### 1. Giải pháp 1:

Quy định cho phép mở rộng đối tượng và quyền được tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV.

### 2. Giải pháp 2:

Giữ nguyên như quy định hiện hành và không cho phép mở rộng phạm vi đối tượng được quyền biết thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người khác.

### IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

### 1. Đánh giá tác động của giải pháp 1:

Số lượng đối tượng chịu tác động: Theo thống kê đến 30/6/2017 có 227.225 người nhiễm HIV.

### *1.1. Tác động về kinh tế:*

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

*1.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:*

Cơ sở y tế không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư về cả kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

*1.1.3. Tác động đối với người dân:*

Người dân không chịu tác động của chính sách này vì không làm phát sinh chi phí liên quan đến việc thực hiện chính sách.

### *1.2. Tác động về xã hội:*

*1.2.1. Về tác động chung:*

Về cơ bản việc ban hành chính sách sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn cho người nhiễm HIV trong việc thụ hưởng các chính sách liên quan đến chăm sóc, điều trị, đặc biệt là liên quan đến việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cụ thể là:

Theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế thì cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thực hiện việc giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Theo đó, giám định viên sẽ phải tiếp cận với hồ sơ của người bệnh, bao gồm cả hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV. Việc chính thức cho phép giám định viên được tiếp cận với hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV sẽ giúp tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà không phải chờ xin ý kiến của người nhiễm HIV trước khi thực hiện giám định.

Bên cạnh đó, cơ sở y tế cũng được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do sẽ không bị coi là có hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến bảo vệ bí mật thông tin của người nhiễm HIV.

*1.2.2. Tác động về tâm lý:*

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 1.800 người (mỗi tỉnh là 225 người, trong đó có 85 người không nhiễm HIV là nam giới, 80 người là nữ giới, 30 người nhiễm HIV là nam giới và 30 người nhiễm HIV là nữ giới) cho thấy:

- Có 1,300 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 72,2 %.

- Có 500 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 27,8%. Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ trên 50.

***Bảng 1. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc cho phép mở rộng đối tượng được biết thông tin liên quan đến người nhiễm HIV theo tuổi và giới***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi****Giới** | **18-25** | **26-49** | **>50** |
| **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** |
| **Nam** | 209 | 91 | 256 | 44 | 189 | 111 |
| **Nữ** | 201 | 99 | 234 | 66 | 211 | 89 |

**Biểu 1. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới**

***Bảng 2. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc cho phép mở rộng đối tượng được biết thông tin liên quan đến người nhiễm HIV theo tình trạng nhiễm HIV***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đối tượng****Giới** | **Người không nhiễm HIV** | **Người nhiễm HIV** |
| **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** |
| **Nam** | 500 | 180 | 172 | 68 |
| **Nữ** | 476 | 164 | 152 | 88 |

**Biểu 2. Kết quả phỏng vấn theo tình trạng nhiễm HIV**

*1.2.3. Tác động về giá trị văn hóa truyền thống, gắn kết cộng đồng*

Việc ban hành chính sách thể hiện sự nhân văn, phù hợp với đạo đức truyền thống tương thân, tương ái, hỗ trợ giúp đỡ người nhiễm HIV trong việc tiếp cận một cách thuận lợi với các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS.

### *1.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *1.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

*1.5.1. Đối với hệ thống pháp luật trong nước:*

Do không làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân mà chỉ cụ thể hóa thêm quyền tiếp cận thông tin của một số đối tượng nên nếu áp dụng chính sách mới này thì không trái với Hiến pháp cũng như hệ thống pháp luật hiện hành.

*1.5.2. Đối với hệ thống pháp luật quốc tế:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội và Công ước về Quyền Trẻ em (CRC).

### 2. Đánh giá tác động của giải pháp 1.2:

Số lượng đối tượng chịu tác động: Theo thống kê đến 30/6/2017 có 227.225 người nhiễm HIV.

### *2.1. Tác động về kinh tế:*

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

*2.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:*

Cơ sở y tế sẽ phải gia tăng chi phí cho việc bố trí nhân lực và in ấn các giấy tờ để phục vụ cho việc xin sự đồng thuận của người nhiễm HIV trong việc cho phép tiếp cận hồ sơ bệnh án.

Số lượng người bệnh được chỉ định xét nghiệm HIV khoảng 2,3 triệu người trên tổng số khoảng 150 triệu người khám bệnh, chữa bệnh hằng năm và số lượng người được điều trị bằng thuốc kháng HIV 116.000 người/năm.

Như vậy, trong một năm cơ sở y tế sẽ phải thực hiện khoảng 2,4 triệu lượt xin ý kiến của người được xét nghiệm HIV và nếu chỉ tính khoảng thời gian mà nhân viên y tế phải sử dụng để xin ý kiến của người nhiễm HIV trung bình là 3 phút thì tổng thời gian mà cơ sở y tế phải bỏ ra cho hoạt động này là tương đương 5.000 ngày (Cách tính: 2,4 triệu x 3 phút = 7,2 triệu phút tương đương với 120,000 giờ và tương đương với 5.000 ngày).

*2.1.3. Tác động đối với người dân:*

Người dân sẽ phải chịu tác động của chính sách này dù khá nhỏ khoảng 1.000 đồng cho khoản chi phí mà cơ sở y tế phải bỏ ra để in ấn phiếu xác nhận đồng ý cho tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV vì chi phí này sẽ được kết cấu trong giá dịch vụ xét nghiệm HIV. Tuy nhiên, nếu tính tổng số tiền một năm mà người dân phải bỏ ra thì cho thấy đây là một khoản chi phí xã hội không hề nhỏ.

Cách tính: số người dự kiến được xét nghiệm (không bao gồm số người đã được điều trị ARV) x 1.000 đồng/phiếu = 2,3 triệu lượt người x 1,000 đồng = 2,4 tỷ đồng/năm.

### *2.2. Tác động về xã hội:*

*2.2.1. Về tác động chung:*

Việc không cho phép mở rộng đối tượng được biết thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người khác có ảnh hưởng theo hướng không tốt cho xã hội do vừa gây thêm cản trở cho người dân vừa tạo tâm lý lo ngại bị coi là có hành vi vi phạm pháp luật khi thực hiện nhiệm vụ.

*2.2.2. Tác động về tâm lý:*

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 1.800 người (mỗi tỉnh là 225 người, trong đó có 85 người không nhiễm HIV là nam giới, 80 người là nữ giới, 30 người nhiễm HIV là nam giới và 30 người nhiễm HIV là nữ giới) cho thấy:

- Có 500 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 27,8%. Trong đó số lượng người đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ trên 50.

- Có 1,300 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 72,2 %.

***Bảng 3. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc không cho phép***

***mở rộng đối tượng được biết thông tin liên quan đến người nhiễm HIV***

***theo tuổi và giới***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi****Giới** | **18-25** | **26-49** | **>50** |
| **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** |
| **Nam** | 91 | 209 | 44 | 256 | 111 | 189 |
| **Nữ** | 99 | 201 | 66 | 234 | 89 | 211 |

**Biểu 3. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới**

***Bảng 4. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc không cho phép mở rộng đối tượng được biết thông tin liên quan đến người nhiễm HIV theo tình trạng nhiễm HIV***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đối tượng****Giới** | **Người không nhiễm HIV** | **Người nhiễm HIV** |
| **Đồng ý** | **Không đồng ý** | **Đồng ý** | **Không đồng ý** |
| **Nam** | 180 | 500 | 68 | 172 |
| **Nữ** | 164 | 476 | 88 | 152 |

**Biểu 4. Kết quả phỏng vấn theo tình trạng nhiễm HIV**

*2.2.3. Tác động về giá trị văn hóa truyền thống, gắn kết cộng đồng*

Việc thực hiện chính sách không cho phép mở rộng phạm vi đối tượng được quyền biết thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người khác sẽ có thể dẫn đến nguy cơ cản trở người nhiễm HIV trong việc tiếp cận một cách thuận lợi với các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS và điều này không phù hợp với đạo đức truyền thống tương thân, tương ái của dân tộc cũng như không thể hiện được được sự ưu việt và tính nhân đạo của chế độ xã hội chủ nghĩa trong hoạt động chăm sóc sức khỏe.

### *2.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *2.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính. Tuy nhiên, trên thực tế sẽ gây mất thêm thời gian cho người được xét nghiệm HIV do phải trả lời và ký xác nhận vào phiếu đồng ý cho tiếp cận với thông tin về kết quả xét nghiệm HIV hoặc hồ sơ bệnh án.

### *2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

*2.5.1. Đối với hệ thống pháp luật trong nước:*

Do không làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân mà chỉ cụ thể hóa thêm quyền tiếp cận thông tin của một số đối tượng nên nếu áp dụng chính sách mới này thì không trái với Hiến pháp cũng như hệ thống pháp luật hiện hành.

*2.5.2. Đối với hệ thống pháp luật quốc tế:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội và Công ước về Quyền Trẻ em (CRC).

### 3. Kết luận:

### *3.1. Đối với giải pháp 1.1:*

*3.1.1. Về kinh tế:*

a) Tác động tích cực:

- Nhà nước, cơ sở y tế không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách;

- Cơ sở y tế cũng không phải mất thêm chi phí phục vụ cho việc in ấn, chi trả lương và bố trí nhân lực phục vụ cho việc xin ý kiến của người nhiễm HIV đối với việc cho phép tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người đó.

- Người dân cũng không phải chi thêm bất cứ khoản kinh phí nào và tránh được phải chi trả thêm khoản chi phí mà cơ sở y tế phải mất thêm chi phí phục vụ cho việc in ấn, chi trả lương và bố trí nhân lực phục vụ cho việc xin ý kiến của người nhiễm HIV đối với việc cho phép tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người đó.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*3.1.2. Về xã hội:*

a) Tác động tích cực:

Giải pháp này tạo điều kiện thuận lợi cho cả người nhiễm HIV và cơ sở y tế trong việc thực hiện các chính sách liên quan đến quyền của người nhiễm HIV.

b) Tác động tiêu cực:

Việc cho phép bổ sung thêm một số đối tượng được tiếp cận với thông tin của người nhiễm HIV có thể làm tăng khả năng lộ thông tin của người nhiễm HIV.

*3.1.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*3.1.4. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*3.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *3.2. Đối với giải pháp 1.2:*

*3.2.1. Về kinh tế:*

a) Tác động tích cực:

Nhà nước, cơ sở y tế không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

- Cơ sở y tế tuy không phải đầu tư thêm kinh phí cho phục vụ cho việc in ấn, chi trả lương và bố trí nhân lực phục vụ cho việc xin ý kiến của người nhiễm HIV đối với việc cho phép tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người đó do khoản chi phí này sẽ được kết cấu trong giá dịch vụ y tế. Tuy nhiên, trên thực tế, cơ sở y tế vẫn phải bố trí nhân lực cho các hoạt động này.

- Người dân phải chi trên 2,4 tỷ đồng cho việc in phiếu phiếu xác nhận đồng ý cho tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV vì chi phí này sẽ được kết cấu trong giá dịch vụ xét nghiệm HIV.

*3.2.2. Về xã hội:*

a) Tác động tích cực:

Hạn chế được khả năng lộ thông tin của người nhiễm HIV.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp này có tác động không tốt đối với xã hội vì làm hạn chế quyền tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân cũng như tạo tâm lý lo ngại vi phạm pháp luật

*3.2.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*3.2.4. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính nhưng trên thực tế sẽ gây mất thêm thời gian cho người được xét nghiệm HIV do phải trả lời và ký xác nhận vào phiếu đồng ý cho tiếp cận với thông tin về kết quả xét nghiệm HIV hoặc hồ sơ bệnh án.

đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật: Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

### 1. Về giải pháp:

So sánh hai giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế. Giải pháp này cũng không làm tăng chi phí của cả Nhà nước cũng như xã hội đồng thời không gây phát sinh thêm thủ tục hành chính và có tác dụng tạo điều kiện thuận lợi cho cả người nhiễm HIV và cơ sở y tế trong việc thực hiện các chính sách liên quan đến quyền của người nhiễm HIV.

### 2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có liên quan đến quyền của công dân vì vậy theo quy định của Hiến pháp năm 2013 thì thẩm quyền ban hành chính sách thuộc Quốc hội.

## Mục 2.ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ HAI

### I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Theo quy định của pháp luật về phòng, chống ma túy thì một người nghiện ma túy sẽ được áp dụng biện pháp cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình và cộng đồng nếu tự nguyện khai báo và đăng ký. Trường hợp không tự nguyện khai báo và đăng ký cai nghiện tự nguyện tại gia đình và cộng đồng thì sẽ bị áp dụng biện pháp bắt buộc cai nghiện tại cộng đồng[[6]](#footnote-6).

Theo quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính thì  người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên có nơi cư trú ổn định, thì thời hiệu là 03 tháng, kể từ ngày đối tượng có hành vi sử dụng ma túy bị phát hiện[[7]](#footnote-7), trong đó bao gồm cả người nghiện ma túy đang tham gia chương trình cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc tham gia chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo quy định của pháp luật mà bị phát hiện sử dụng trái phép chất ma túy thì cũng bị áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn. Việc áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn đối với đối tượng này được tiến hành đồng thời với việc cai nghiện tự nguyện tại gia đình hoặc cộng đồng hoặc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Tiếp theo đó, nếu người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên, có nơi cư trú ổn định, trong thời hạn 02 năm kể từ ngày chấp hành xong quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy hoặc trong thời hạn 01 năm kể từ ngày hết thời hiệu thi hành quyết định áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn do nghiện ma túy mà vẫn còn nghiện thì sẽ bị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc[[8]](#footnote-8).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*"****Điều 34a***

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

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

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

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

Bên cạnh đó, các quy định về cung cấp bao cao su cũng chưa thực sự rõ ràng và còn thiếu tính khả thi đặc biệt là trong trách nhiệm thực hiện nên chưa phát huy hiệu quả trong thực tiễn. Mặt khác, rất nhiều cơ sở kinh doanh dịch vụ giải trí vẫn còn tâm lý e ngại sợ bị coi là có liên quan đến hoạt động mại dâm khi thực hiện việc cung cấp bao cao su tại cơ sở của mình.

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy cần có một chính sách đồng bộ, nhất quán để có thể tổ chức triển khai các biện pháp can thiệp giảm tác hại một cách có hiệu quả.

### II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

### III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

### 1. Giải pháp 1:

Quy định cụ thể về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV trong luật theo hướng:

**-** Nhà nước bảo đảm kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm;

- Nhà nước bảo đảm một phần kinh phí mua và cấp phát miễn phí đồng thời tạo cơ chế cho việc xã hội hóa hoạt động cung cấp bao cao su;

- Quy định cụ thể về áp dụng biện pháp điều trị thay thế và các biện pháp xử lý vi phạm hành chính khác, trong đó Nhà nước sẽ bảo đảm kinh phí mua thuốc điều trị thay thế và cho phép thu tiền điều trị thay thế thông qua cơ chế giá dịch vụ.

### 2. Giải pháp 2:

Quy định cụ thể về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV trong luật theo hướng:

**-** Nhà nước bảo đảm kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm;

- Tạo cơ chế cho việc xã hội hóa hoạt động cung cấp bao cao su;

- Quy định cụ thể về áp dụng biện pháp điều trị thay thế và các biện pháp xử lý vi phạm hành chính khác, trong đó Nhà nước sẽ bảo đảm kinh phí mua thuốc điều trị thay thế và đưa việc thanh toán chi phí điều trị thay thế vào phạm vi quyền lợi được hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế;

### 3. Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là:

**-** Nhà nước bảo đảm kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm, bao cao su;

- Nhà nước sẽ bảo đảm kinh phí mua thuốc điều trị thay thế và cho phép thu một phần chi phí điều trị (các chi phí điều trị ngoài tiền thuốc).

### IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

### 1. Đánh giá tác động đối với giải pháp 1:

### *1.1. Tác động về kinh tế:*

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

*a) Kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm:*

Ước tính tổng số người nghiện năm 2017 là 210,000 người[[9]](#footnote-9), trong đó có khoảng 168,000 người nghiện chất dạng thuốc phiện (tương đương khoảng 80% số người nghiện ma túy), số lượng người nghiện đang được quản lý tại các cơ sở cai nghiện là khoảng 20,000 người. Như vậy số lượng người nghiện chất dạng thuốc phiện đang sinh sống tại cộng đồng là khoảng 148,000 người, trong đó có khoảng 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế và theo các nghiên cứu của quốc tế cho thấy sẽ chỉ có 60% số đối tượng nghiện chích ma túy tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm nên ước tính số lượng người nghiện dự kiến tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm là 40,8000 người (Cách tính: 148,000 người nghiện trong cộng đồng - 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế = 68,000 người x 60% số lượng người nghiện ước tính sẽ tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm = 40,8000 người).

Nếu trung bình một người nghiện chất dạng thuốc phiện sử dụng 02 bơm kim tiêm/ngày[[10]](#footnote-10) với giá thành 1,000 đồng/chiếc thì trong một năm Nhà nước phải chi khoảng 3 tỷ cho việc mua bơm kim tiêm.

(Cách tính: 40,800 người nghiện x 02 bơm kim tiêm/ngày x 365 ngày/năm x 1,000 đồng/chiếc = 2,978,000,000 đồng).

Nếu tính trung bình 1 nhân viên tiếp cận cộng đồng phụ trách khoảng 40 người nghiện chất dạng thuốc phiện thì tổng số nhân viên tiếp cận cộng đồng cần có là khoảng 1,100 người. Như vậy, Nhà nước sẽ phải chi khoảng 6,6 tỷ tiền phụ cấp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng.

(Cách tính: 1,100 người x 500,000 đồng/tháng[[11]](#footnote-11) x 12 tháng = 6,600,000,000 đồng).

*b) Kính phí mua và cấp phát bao cao su:*

Ước tính tổng số người bán dâm hiện nay là 76,000 người và nếu trung bình một người bán dâm sử dụng khoảng 02 bao cao su/ngày thì tổng số bao cao su cần có là khoảng 56 triệu chiếc/năm.

Tuy nhiên, nếu coi việc cung cấp bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú là bắt buộc thì số lượng bao cao su mà Nhà nước sẽ phải mua để cung cấp cho các đối tượng theo các kênh không truyền thống (quán bar, vũ trường, karaoke…) là khoảng 14 triệu bao cao su/năm tương đương với 14 tỷ đồng/ năm (giá mua trung bình hiện nay là 1,000 đồng/chiếc bao cao su).

(Cách tính: Giả định mỗi phòng của cơ sở lưu trú để 02 bao cao su x 355.000 phòng x 58,8% công suất sử dụng phòng[[12]](#footnote-12) = 41,748,000 bao cao su).

Nếu tính trung bình 1 nhân viên tiếp cận cộng đồng phụ trách khoảng 40 người bán dâm thì tổng số nhân viên tiếp cận cộng đồng cần có là khoảng 1,900 người. Như vậy, Nhà nước sẽ phải chi khoảng 11,4 tỷ tiền phụ cấp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng. (Cách tính: 1,900 người x 500,000 đồng/tháng[[13]](#footnote-13) x 12 tháng = 11,400,000,000 đồng).

*c) Kinh phí cho chương trình điều trị thay thế:*

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 80,000 người với chi phí điều trị trung bình một người trong một ngày là 20,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí phục vụ công tác điều trị cho 80,000 người trong một năm là: 80,000 người x 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 584,000,000,000 đồng/năm, trong đó chi phí tiền thuốc mà Nhà nước sẽ bỏ ra để bảo đảm nguồn cung ứng và thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ là: 80,000 người x 6,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 175,200,000,000 đồng/năm.

*1.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế*

Nếu thực hiện chính sách này thì không có tác động đến Quỹ bảo hiểm y tế do nội dung của chính sách hoàn toàn không có liên quan đến đến việc sử dụng nguồn Quỹ bảo hiểm y tế cho việc cung cấp các dịch vụ can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

*1.1.3. Tác động đối với cộng đồng:*

*a) Đối với chương trình cung cấp bơm kim tiêm:*

Nghiên cứu về hiệu quả của chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch tại Ú cho thấy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chi phí cho Chương trình cung cấp BKT** | **Tiết kiệm chi phí****chăm sóc y tế** | **Tiết kiệm thực** |
| 243 triệu đô la Úc | 1,28 tỷ đô la Úc | 1,03 tỷ đô la Úc |

- Tiết kiệm 2,48 tỷ đô la Úc dành cho chăm sóc y tế cho người bệnh và gia đình.

- Tiết kiệm 5,85 tỷ đô la Úc chi phí năng suất sản xuất.

- Cứ 1 đô la được bỏ ra sẽ thu về 4-5 đô la và tăng thêm 0,2 ngày từ số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật

Chương trình bơm kim tiêm rất có hiệu quả chi phí khi so sánh với các can thiệp khác trong lĩnh vực sức khỏe công cộng.

*b) Đối với chương trình cung cấp bao cao su:*

Nghiên cứu của Ngân hàng Thế giới tại 07 tỉnh, thành phố của Việt Nam gồm Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Cần Thơ, Điện Biên, Hải Phòng và An Giang trong giai đoạn từ 2005 đến 2009 cho thấy can thiệp bằng biện pháp cung cấp miễn phí bao cao su đã hạn chế được 39% số ca nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó bao gồm cả HIV và nếu tính chi phí điều trị trung bình cho trường hợp nhiễm HIV trong một năm là 21,600,000,000 đồng/năm thì ước tính số chi phí xã hội sẽ phải bỏ ra là 21,600,000,000 đồng/năm x 2.730 ca (39% của 7.000 ca nhiễm HIV mới một năm) = 58,968,000,000 đồng/năm.

*c) Đối với chương trình điều trị thay thế:*

Theo kinh nghiệm của các nước, chương trình điều trị bằng Methadone sẽ giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan:

- Nghiên cứu của NIDA (1991) qua các dữ liệu, báo cáo của cơ quan điều trị lạm dụng ma túy thành phố New York, ước tính chi phí hàng năm của người nghiện CDTP tại thành phố New York: Chi phí của một người nghiện không được điều trị và trên đường phố là 43.000 USD/1năm, chi phí cho một người nghiện bị đi tù là 34.000 USD/1 năm, chương trình điều trị cho một người cai nghiện tại nhà là 11.000 USD/1năm, cho điều trị bằng Methadone là 2.400 USD/1 năm/1 người.

- Nghiên cứu của trung tâm điều trị nghiện rượu và ma túy California trên 150.000 bệnh nhân (CALDATA), đã chỉ ra rằng cứ 01 USD chi cho điều trị bằng Methadone sẽ tiết kiệm được 7 USD cho các chi phí liên quan trong tương lai, điều trị bằng Methadone là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, chi phí thấp nhất.

- Theo nghiên cứu về hiệu quả điều trị quốc gia của Anh (NTORS-Study UK), ước tính cứ 01 đô la đầu tư vào chương trình điều trị bằng Methadone thì sẽ tiết kiệm được 03 đô la cho các chi phí pháp lý.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 80,000 người với chi phí điều trị trung bình một người trong một ngày là 20,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí mà người dân phải bỏ ra trong một năm là: 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 7,300,000 đồng/năm.

Tuy nhiên, nếu so sánh với chi phí mà người nghiện phải bỏ ra để mua ma túy thì khoản chi phí này không đáng kể 7,3 tỷ/năm so với 8.760 tỷ/năm (Chi phí mua Heroin: 300.000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm x 80.000 người nghiện = 8.760 tỷ/năm).

### *1.2. Tác động về mặt xã hội:*

*1.2.1. Hiệu quả của chương trình cung cấp bao cao su:*

Trong giai đoạn 2011-2016, số bao cao su phân phát miễn phí cho nhóm nguy cơ cao trung bình 13 triệu chiếc/năm, cao nhất năm 2012 phát 25 triệu chiếc, năm 2016 phân phát hơn 12 triệu chiếc. Chương trình tiếp thị xã hội bao cao su cũng triển khai thành công, trung bình trong 5 năm qua mỗi năm phát được trung bình 15,6 triệu chiếc, năm cao nhất bán 32 triệu chiếc vào năm 2012, năm 2016 bán được 9,3 triệu chiếc.

Đánh giá hiệu quả của việc phân phát miễn phí bao cao su, số liệu giám sát trọng điểm trong nhóm phụ nữ bán dâm giai đoạn này chỉ ra rằng Chương trình bao cao su góp phần vào giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 4,2% năm 2006 xuống còn 2,5% năm 2016

*1.2.2. Hiệu quả của chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch:*

Chương trình trao đổi bơm kim tiêm được đánh giá thành công và đóng góp lớn và dự phòng lây nhiễm HIV ở Việt Nam, các hoạt động trao đổi bơm kim tiêm chủ yếu triển khai các địa bàn trọng điểm về ma túy, ngay sau khi có Luật phòng, chống HIV/AIDS, hoạt động can thiệp giảm hại cho nhóm nghiện chích ma túy là chương trình trao đổi bơm kim tiêm, các dự án quốc tế đã hỗ trợ rất mạnh cho hoạt động này, nhờ đó số lượng bơm kim tiêm sớm được phân phát cho người nghiện chích và tăng nhanh trong giai đoạn 2006 đến nay, số bơm kim tiêm phát miễn phí năm 2006 là 2 triệu chiếc, tăng lên 39 triệu chiếc vào năm 2012, từ năm 2012-2016 trung bình phân phát 25 triệu chiếc mỗi năm, năm 2016 phân phát 28 triệu chiếc.

Theo kết quả giám sát trọng điểm và hành vi trong nhóm nghiện chích ma túy chỉ ra rằng tỷ lệ phần trăm người nghiên chích ma túy cho biết sử dụng dụng cụ tiêm chích sạch trong lần tiêm chích gần nhất tăng nhẹ ở mức 95,3% năm 2011, lên 97% năm 2016, hành vi sử dụng chung bơm kiêm tiêm trong 1 tháng qua giảm từ 19,7% năm 2012 xuống còn 11,4% năm 2016. Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

*1.2.3. Hiệu quả của chương trình điều trị thay thế:*

*1.2.3.1. Hiệu quả đạt được về giảm sử dụng ma tuý, giảm hành vi nguy cơ, nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C của bệnh nhân điều trị Methadone:*

a) Hiệu quả giảm sử dụng chất ma túy bất hợp pháp:

- Mô hình điều trị Methadone đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp: tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ma tuý khi xét nghiệm nước tiểu đã giảm từ 100% (trước điều trị Methadone) xuống là 15,5% (sau 12 tháng điều trị Methadone) và 12,4% (sau 24 tháng điều trị Methadone), sự khác biệt giữa trước điều trị với sau điều trị 12 tháng và 24 tháng, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 84,2% và sau 24 tháng 87,4%. Trong nhóm người còn sử dụng ma túy, qua kết quả phỏng vấn cho thấy tần suất sử dụng ma túy cũng giảm hẳn, thay vì mỗi ngày phải dùng 2 đến 3 lần ma túy như trước đây thì giờ họ chỉ dùng tuần một vài lần khi vui bạn bè.

b) Giảm hành vi nguy cơ cao dẫn đến lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu khác như Viêm gan B, Viêm gan C do khi điều trị bằng Methadone, nhu cầu sử dụng ma túy giảm từ đó giảm các hành vi nguy cơ cao liên quan đến sử dụng ma túy, như là giảm tiêm chích ma túy, giảm sử dụng chung bơm kim tiêm, tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục:

- Tỷ lệ bệnh nhân có tiêm chích ma túy đã giảm từ 82,7% (trước điều trị) xuống 7,5% (sau 12 tháng điều trị) và giảm xuống còn 6,7% (sau 24 tháng điều trị), chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 90,9% và sau 24 91,9%.

- Số bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy mặc dù có giảm đi rất nhiều, từ 41 người dùng chung bơm kim tiêm lúc trước điều trị, giảm xuống còn 10 người dùng chung bơm kim tiêm sau 12 tháng và chỉ còn 08 người dùng chung bơm kim tiêm sau 24 tháng điều trị.

- Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái bán dâm tăng từ 86,2% (trước điều trị) lên 100% (sau 12 và 24 tháng điều trị Methadonem với chỉ số hiệu quả đạt 16,0%.

- Tại thời điểm bắt đầu điều trị thay thế bằng thuốc Methadone tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm được điều trị Methadone là 11%, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm không được điều trị là 18%. Sau 18 tháng nghiên cứu, tỷ lệ dương tính với HIV ở nhóm được điều trị là 15%, tỷ lệ này ở nhóm không được điều trị là 33%. Trong hướng nghiên cứu khác, nghiên cứu tình hình nhiễm mới HIV của 185 bệnh nhân sau khi điều trị 18 tháng, nghiên cứu này được chia làm 03 nhóm, nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone thường xuyên (n=85), nhóm điều trị không thường xuyên (bị gián đoạn 1, 2 hoặc 3 lần) (n=45), và nhóm không được điều trị (n=55), sau 18 tháng, tỷ lệ nhiễm mới HIV tại nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone là 3,5%, tại nhóm điều trị không thường xuyên là 4,4% và tại nhóm không được điều trị là 22%. So sánh giữa nhóm được điều trị Methadone thường xuyên với nhóm không được điều trị Methadone, với nhóm điều trị không thường xuyên.Như vậy nhóm người nghiện chích ma tuý không được điều trị bằng thuốc Methadone có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone sau 18 tháng là 7,63 lần.

*1.2.3.2. Hiệu quả mô hình điều trị Methadone đối với sức khỏe và việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội*

Những lợi ích của điều trị Methadone còn giúp người nghiện cải thiện sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng, cải thiện và ổn định quan hệ với gia đình. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề sức khoẻ tâm thần đã giảm từ 73,5% trước điều trị xuống 36,6% sau 12 tháng điều trị và 38,7% sau 24 tháng điều trị, với chỉ số hiệu quả đạt 50,2% và 47,3%.

Tương tự như vậy chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng tốt lên, chỉ số trả lời từ tốt trở lên chỉ chiếm 15,9% trước điều trị đã tăng lên 50,6% sau 12 tháng điều trị và tiếp tục tăng lên 55,1% sau 24 tháng tháng điều trị Methadone, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001, chỉ số hiệu quả đạt được rất cao 218,2% và 246,5%.

Người bệnh hài lòng với sức khoẻ của mình cũng tăng từ 81,6% trước điều trị lên 93,8% sau 12 tháng điều trị và 94,1% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng là 15,0% và sau 24 tháng là 15,3%.

Một trong những tác dụng phụ của thuốc Methadone là làm giảm nhu cầu tình dục, đây là vấn đề làm một số người bệnh và người thân lo lắng, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy quan hệ tình dục cũng đã tăng lên từ 46,7% trước điều trị Methadone lên 65,9% sau 12 tháng điều trị và 71,9% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt về tỷ lệ có quan hệ tình dục giữa trước điều trị và sau điều trị, đồng thời quan hệ tình dục đạt 41,1% và 54%. Điều này cũng dễ lý giải, vì người nghiện sau khi được điều trị Methadone có sự thay đổi lớn về lối sống và sinh hoạt, sức khoẻ được cải thiện, được hoà nhập với cộng đồng và đón nhận được tình cảm của gia đình, có việc làm và có thu nhập… giúp họ lấy lại được cân bằng trong cuộc sống.

Khi tham gia điều trị Methadone người bệnh còn được tư vấn tâm lý, hỗ trợ sử dụng các dịch vụ y tế và các dịch vụ hỗ trợ xã hội của chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, tổ chức chính trị xã hội. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế đã tăng lên từ 72,4% trước điều trị lên 77,6% sau điều trị 12 tháng và lên 81,2% sau điều trị 24 tháng.

*1.2.3.3. Hiệu quả mô hình điều trị thay thế bằng thuốc Methadone làm giảm phạm tội trong đối tượng tham gia điều trị*

Điều trị Methadone làm giảm sử dụng ma túy, không còn tình trạng đói ma túy do vậy mà nhu cầu kiếm tiền bằng bất cứ giá nào kể cả phạm tội để có tiền mua ma túy cũng giảm đi, đồng thời thuốc Methadone ngăn chặn các hiệu ứng phấn khích do tác dụng ma túy, góp phần điều chỉnh hành vi tâm lý, giúp người bệnh hiền lành hơn, sống hướng thiện hơn, dễ tìm được việc làm, có cơ hội để cải thiện cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng, tham gia các hoạt động bình thường của xã hội, giảm kỳ thị, phân biệt đối xử ở nơi làm việc theo khuyến cáo của UNAIDS. Điều trị Methadone đã giúp làm giảm các hành vi bạo lực gia đình và các hành vi vi phạm pháp luật khác.

Kết quả nghiên cứu về hành vi bạo lực gia đình cho thấy có sự giảm đi rõ rệt, nếu như tỷ lệ này trước điều trị Methadone là 90,4%, sau 12 tháng điều trị Methadone đã giảm xuống 2,5%, tỷ lệ này chỉ còn 2,3% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt của tỷ lệ này trước điều trị với sau 12 tháng điều trị và sau 24 tháng điều trị; đồng thời chỉ số hiệu quả đạt được rất cao sau 12 tháng điều trị là 97,2% và sau 24 tháng điều trị là 97,5%. Tương tự như vậy tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật cũng giảm rất nhiều so với kết quả trước điều trị Methadone là 40,8%, sau 12 tháng điều trị đã giảm xuống 2,2% và giảm xuống 1,6% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được tương ứng là 94,6% và 96,1%. Nguyên nhân xuất phát từ việc bệnh nhân điều trị bằng Methadone được uống thuốc và tư vấn hàng ngày giúp họ lấy lại thăng bằng về trạng thái thần kinh, không bị cơn nghiện vật vã, họ có công ăn việc làm, có thu nhập, sức khỏe được cải thiện, được gia đình và bạn bè đón nhận nên giúp họ nâng cao chất lượng cuộc sống và nhân tính trong họ được đánh thức dẫn đến giảm tội phạm. Mặt khác, chúng ta cũng chưa loại trừ những sai số trong điều tra, phỏng vấn do đối tượng nghiên cứu che dấu, không cung cấp đúng sự thật về những thông tin nhạy cảm này vì họ sợ bị loại ra khỏi chương trình điều trị Methadone, đây là vấn đề cần lưu ý khi tiến hành các nghiên cứu tương tự.

### *1.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *1.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Việc chính thức hóa các quy định về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng, lây nhiễm HIV, đặc biệt là việc cụ thể hóa các quy định về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế trong Luật sẽ góp phần giải quyết triệt để các tồn tại, vướng mắc như đã phân tích ở phần Xác định vấn đề mà cụ thể là sẽ phân định được một cách cụ thể việc quản lý đối tượng nghiện ma túy giữa quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính với pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS theo hướng người nghiện tự nguyện điều trị thay thế thì không bị lập hồ sơ, trừ trường hợp bị bắt quả tang đang sử dụng trái phép chất ma túy và đối tượng chưa tham gia điều trị thay thế nhưng bị bắt quả tang sử dụng trái phép chất ma túy nếu vẫn thuộc đối tượng áp dụng biện pháp giáo dục tại gia đình, cộng đồng hoặc xã, phường, thị trấn thì sẽ được lựa chọn việc tham gia điều trị thay thế. Nếu áp dụng phương án này sẽ không phải sửa Luật xử lý vi phạm hành chính mà chỉ cần chỉnh lý một số Nghị định hướng dẫn dẫn thi hành Luật xử lý vi phạm hành chính như Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng; Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 30/9/2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn; Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30/12/2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc… Bên cạnh đó, việc áp dụng phương án này cũng sẽ không phải sửa đổi các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế liên quan đến điều trị nghiện chất. Các giải pháp được đưa ra cũng hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 2. Đánh giá tác động đối với phương án 2:

### *2.1. Tác động về kinh tế:*

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

*a) Kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm:*

Ước tính tổng số người nghiện năm 2017 là 210,000 người[[14]](#footnote-14), trong đó có khoảng 168,000 người nghiện chất dạng thuốc phiện (tương đương khoảng 80% số người nghiện ma túy), số lượng người nghiện đang được quản lý tại các cơ sở cai nghiện là khoảng 20,000 người. Như vậy số lượng người nghiện chất dạng thuốc phiện đang sinh sống tại cộng đồng là khoảng 148,000 người, trong đó có khoảng 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế và theo các nghiên cứu của quốc tế cho thấy sẽ chỉ có 60% số đối tượng nghiện chích ma túy tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm nên ước tính số lượng người nghiện dự kiến tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm là 40,8000 người (cách tính: 148,000 người nghiện trong cộng đồng - 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế = 68,000 người x 60% số lượng người nghiện ước tính sẽ tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm = 40,8000 người).

Nếu trung bình một người nghiện chất dạng thuốc phiện sử dụng 02 bơm kim tiêm/ngày[[15]](#footnote-15) với giá thành 1,000 đồng/chiếc thì trong một năm Nhà nước phải chi khoảng 3 tỷ cho việc mua bơm kim tiêm (Cách tính: 40,800 người nghiện x 02 bơm kim tiêm/ngày x 365 ngày/năm x 1,000 đồng/chiếc = 2,978,000,000 đồng).

Nếu tính trung bình 1 nhân viên tiếp cận cộng đồng phụ trách khoảng 40 người nghiện chất dạng thuốc phiện thì tổng số nhân viên tiếp cận cộng đồng cần có là khoảng 1,100 người. Như vậy, Nhà nước sẽ phải chi khoảng 6,6 tỷ tiền phụ cấp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng (Cách tính: 1,100 người x 500,000 đồng/tháng[[16]](#footnote-16) x 12 tháng = 6,600,000,000 đồng).

*b) Kính phí mua bao cao su:*

Ước tính tổng số người bán dâm hiện nay là 76,000 người và nếu trung bình một người bán dâm sử dụng khoảng 02 bao cao su/ngày thì tổng số bao cao su cần có là khoảng 56 triệu chiếc/năm.

Tuy nhiên, nếu coi việc cung cấp bao cao su tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú là bắt buộc và Nhà nước không thực hiện việc hỗ trợ thì số lượng bao cao su sẽ phải huy động các nguồn lực khác để mua và cung cấp cho các đối tượng theo các kênh không truyền thống (quán bar, vũ trường, karaoke…) là khoảng 14 triệu bao cao su/năm tương đương với 14 tỷ đồng/ năm (giá mua trung bình hiện nay là 1,000 đồng/chiếc bao cao su).

(cách tính: Giả định mỗi phòng của cơ sở lưu trú để 02 bao cao su x 355.000 phòng x 58,8% công suất sử dụng phòng[[17]](#footnote-17) = 41,748,000 bao cao su. Như vậy so với nhu cầu sử dụng sẽ chênh lệch khoảng 14 triệu bao cao su mỗi năm).

*c) Kinh phí cho chương trình điều trị thay thế:*

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 80,000 người với chi phí điều trị trung bình một người trong một ngày là 20,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí phục vụ công tác điều trị cho 80,000 người trong một năm là: 80,000 người x 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 584,000,000,000 đồng/năm, trong đó chi phí tiền thuốc mà Nhà nước sẽ bỏ ra để bảo đảm nguồn cung ứng và thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ là: 80,000 người x 6,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 175,200,000,000 đồng/năm.

*2.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế*

Nếu thực hiện chính sách này thì Quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng chi 80,000 người x 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 584,000,000,000 đồng/năm.

*2.1.3. Tác động đối với cộng đồng:*

*a) Đối với chương trình cung cấp bơm kim tiêm:*

Nghiên cứu về hiệu quả của chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch tại Ú cho thấy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chi phí cho Chương trình cung cấp BKT** | **Tiết kiệm chi phí** **chăm sóc y tế** | **Tiết kiệm thực** |
| 243 triệu đô la Úc | 1,28 tỷ đô la Úc | 1,03 tỷ đô la Úc |

- Tiết kiệm 2,48 tỷ đô la Úc dành cho chăm sóc y tế cho người bệnh và gia đình.

- Tiết kiệm 5,85 tỷ đô la Úc chi phí năng suất sản xuất.

- Cứ 1 đô la được bỏ ra sẽ thu về 4-5 đô la và tăng thêm 0,2 ngày từ số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật

Chương trình bơm kim tiêm rất có hiệu quả chi phí khi so sánh với các can thiệp khác trong lĩnh vực sức khỏe công cộng.

*b) Đối với chương trình cung cấp bao cao su:*

Nghiên cứu của Ngân hàng Thế giới tại 07 tỉnh, thành phố của Việt Nam gồm Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Cần Thơ, Điện Biên, Hải Phòng và An Giang trong giai đoạn từ 2005 đến 2009 cho thấy can thiệp bằng biện pháp cung cấp miễn phí bao cao su đã hạn chế được 39% số ca nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó bao gồm cả HIV và nếu tính chi phí điều trị trung bình cho trường hợp nhiễm HIV trong một năm là 21,600,000,000 đồng/năm thì ước tính số chi phí xã hội sẽ phải bỏ ra là 21,600,000,000 đồng/năm x 2.730 ca (39% của 7.000 ca nhiễm HIV mới một năm) = 58,968,000,000 đồng/năm.

*c) Đối với chương trình điều trị thay thế:*

Theo kinh nghiệm của các nước, chương trình điều trị bằng Methadone sẽ giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan:

- Nghiên cứu của NIDA (1991) qua các dữ liệu, báo cáo của cơ quan điều trị lạm dụng ma túy thành phố New York, ước tính chi phí hàng năm của người nghiện CDTP tại thành phố New York: Chi phí của một người nghiện không được điều trị và trên đường phố là 43.000 USD/1năm, chi phí cho một người nghiện bị đi tù là 34.000 USD/1 năm, chương trình điều trị cho một người cai nghiện tại nhà là 11.000 USD/1năm, cho điều trị bằng Methadone là 2.400 USD/1 năm/1 người.

- Nghiên cứu của trung tâm điều trị nghiện rượu và ma túy California trên 150.000 bệnh nhân (CALDATA), đã chỉ ra rằng cứ 01 USD chi cho điều trị bằng Methadone sẽ tiết kiệm được 7 USD cho các chi phí liên quan trong tương lai, điều trị bằng Methadone là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, chi phí thấp nhất.

- Theo nghiên cứu về hiệu quả điều trị quốc gia của Anh (NTORS-Study UK), ước tính cứ 01 đô la đầu tư vào chương trình điều trị bằng Methadone thì sẽ tiết kiệm được 03 đô la cho các chi phí pháp lý.

*2.1.4. Tác động đối với người dân:*

Nếu đưa chi phí điều trị thay thế vào Quỹ bảo hiểm y tế thì người dân sẽ không phải chi phí điều trị do theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế thì với mức chi phí điều trị dưới 100,000 đ/lần điều trị thì không phải thực hiện đồng chi trả.

### *2.2. Tác động về mặt xã hội:*

*2.2.1. Hiệu quả của chương trình cung cấp bao cao su:*

Trong giai đoạn 2011-2016, số bao cao su phân phát miễn phí cho nhóm nguy cơ cao trung bình 13 triệu chiếc/năm, cao nhất năm 2012 phát 25 triệu chiếc, năm 2016 phân phát hơn 12 triệu chiếc. Chương trình tiếp thị xã hội bao cao su cũng triển khai thành công, trung bình trong 5 năm qua mỗi năm phát được trung bình 15,6 triệu chiếc, năm cao nhất bán 32 triệu chiếc vào năm 2012, năm 2016 bán được 9,3 triệu chiếc.

Nghiên cứu tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương cho thấy mặc dù tỷ lệ người bán dâm đường phố sử dụng bao cao su với khách hàng gần đây nhất duy trì trong khoảng 85-87% trong nhiều năm qua như chủ yếu là sử dụng bao cao su được cung cấp và có đến trên 70% số người bán dâm đường phố cho rằng nếu được cung cấp miễn phí bao cao su thì sẽ thuận lợi hơn cho họ vì tại nhiều thời điểm họ không thể tiếp cận với bao cao su và khách hàng cũng không thực sự quan tâm đến việc sử dụng bao cao su.

*2.2.2. Hiệu quả của chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch:*

Chương trình trao đổi bơm kim tiêm được đánh giá thành công và đóng góp lớn và dự phòng lây nhiễm HIV ở Việt Nam, các hoạt động trao đổi bơm kim tiêm chủ yếu triển khai các địa bàn trọng điểm về ma túy, ngay sau khi có Luật phòng, chống HIV/AIDS, hoạt động can thiệp giảm hại cho nhóm nghiện chích ma túy là chương trình trao đổi bơm kim tiêm, các dự án quốc tế đã hỗ trợ rất mạnh cho hoạt động này, nhờ đó số lượng bơm kim tiêm sớm được phân phát cho người nghiện chích và tăng nhanh trong giai đoạn 2006 đến nay, số bơm kim tiêm phát miễn phí năm 2006 là 2 triệu chiếc, tăng lên 39 triệu chiếc vào năm 2012, từ năm 2012-2016 trung bình phân phát 25 triệu chiếc mỗi năm, năm 2016 phân phát 28 triệu chiếc.

Theo kết quả giám sát trọng điểm và hành vi trong nhóm nghiện chích ma túy chỉ ra rằng tỷ lệ phần trăm người nghiên chích ma túy cho biết sử dụng dụng cụ tiêm chích sạch trong lần tiêm chích gần nhất tăng nhẹ ở mức 95,3% năm 2011, lên 97% năm 2016, hành vi sử dụng chung bơm kiêm tiêm trong 1 tháng qua giảm từ 19,7% năm 2012 xuống còn 11,4% năm 2016. Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

*2.2.3. Hiệu quả của chương trình điều trị thay thế:*

*2.2.3.1. Hiệu quả đạt được về giảm sử dụng ma tuý, giảm hành vi nguy cơ, nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C của bệnh nhân điều trị Methadone*

a) Hiệu quả giảm sử dụng chất ma túy bất hợp pháp:

- Mô hình điều trị Methadone đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp: tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ma tuý khi xét nghiệm nước tiểu đã giảm từ 100% (trước điều trị Methadone) xuống là 15,5% (sau 12 tháng điều trị Methadone) và 12,4% (sau 24 tháng điều trị Methadone), sự khác biệt giữa trước điều trị với sau điều trị 12 tháng và 24 tháng, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 84,2% và sau 24 tháng 87,4%. Trong nhóm người còn sử dụng ma túy, qua kết quả phỏng vấn cho thấy tần suất sử dụng ma túy cũng giảm hẳn, thay vì mỗi ngày phải dùng 2 đến 3 lần ma túy như trước đây thì giờ họ chỉ dùng tuần một vài lần khi vui bạn bè.

b) Giảm hành vi nguy cơ cao dẫn đến lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu khác như Viêm gan B, Viêm gan C do khi điều trị bằng Methadone, nhu cầu sử dụng ma túy giảm từ đó giảm các hành vi nguy cơ cao liên quan đến sử dụng ma túy, như là giảm tiêm chích ma túy, giảm sử dụng chung bơm kim tiêm, tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su khi qun hệ tình dục:

- Tỷ lệ bệnh nhân có tiêm chích ma túy đã giảm từ 82,7% (trước điều trị) xuống 7,5% (sau 12 tháng điều trị) và giảm xuống còn 6,7% (sau 24 tháng điều trị), chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 90,9% và sau 24 91,9%.

- Số bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy mặc dù có giảm đi rất nhiều, từ 41 người dùng chung bơm kim tiêm lúc trước điều trị, giảm xuống còn 10 người dùng chung bơm kim tiêm sau 12 tháng và chỉ còn 08 người dùng chung bơm kim tiêm sau 24 tháng điều trị.

- Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái bán dâm tăng từ 86,2% (trước điều trị) lên 100% (sau 12 và 24 tháng điều trị Methadonem với chỉ số hiệu quả đạt 16,0%.

- Tại thời điểm bắt đầu điều trị thay thế bằng thuốc Methadone tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm được điều trị Methadone là 11%, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm không được điều trị là 18%. Sau 18 tháng nghiên cứu, tỷ lệ dương tính với HIV ở nhóm được điều trị là 15%, tỷ lệ này ở nhóm không được điều trị là 33%. Trong hướng nghiên cứu khác, nghiên cứu tình hình nhiễm mới HIV của 185 bệnh nhân sau khi điều trị 18 tháng, nghiên cứu này được chia làm 03 nhóm, nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone thường xuyên (n=85), nhóm điều trị không thường xuyên (bị gián đoạn 1, 2 hoặc 3 lần) (n=45), và nhóm không được điều trị (n=55), sau 18 tháng, tỷ lệ nhiễm mới HIV tại nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone là 3,5%, tại nhóm điều trị không thường xuyên là 4,4% và tại nhóm không được điều trị là 22%. So sánh giữa nhóm được điều trị Methadone thường xuyên với nhóm không được điều trị Methadone, với nhóm điều trị không thường xuyên.Như vậy nhóm người nghiện chích ma tuý không được điều trị bằng thuốc Methadone có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone sau 18 tháng là 7,63 lần.

*2.2.3.2. Hiệu quả mô hình điều trị Methadone đối với sức khỏe và việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội*

Những lợi ích của điều trị Methadone còn giúp người nghiện cải thiện sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng, cải thiện và ổn định quan hệ với gia đình. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề sức khoẻ tâm thần đã giảm từ 73,5% trước điều trị xuống 36,6% sau 12 tháng điều trị và 38,7% sau 24 tháng điều trị, với chỉ số hiệu quả đạt 50,2% và 47,3%.

Tương tự như vậy chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng tốt lên, chỉ số trả lời từ tốt trở lên chỉ chiếm 15,9% trước điều trị đã tăng lên 50,6% sau 12 tháng điều trị và tiếp tục tăng lên 55,1% sau 24 tháng tháng điều trị Methadone, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001, chỉ số hiệu quả đạt được rất cao 218,2% và 246,5%.

Người bệnh hài lòng với sức khoẻ của mình cũng tăng từ 81,6% trước điều trị lên 93,8% sau 12 tháng điều trị và 94,1% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng là 15,0% và sau 24 tháng là 15,3%.

Một trong những tác dụng phụ của thuốc Methadone là làm giảm nhu cầu tình dục, đây là vấn đề làm một số người bệnh và người thân lo lắng, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy quan hệ tình dục cũng đã tăng lên từ 46,7% trước điều trị Methadone lên 65,9% sau 12 tháng điều trị và 71,9% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt về tỷ lệ có quan hệ tình dục giữa trước điều trị và sau điều trị, đồng thời quan hệ tình dục đạt 41,1% và 54%. Điều này cũng dễ lý giải, vì người nghiện sau khi được điều trị Methadone có sự thay đổi lớn về lối sống và sinh hoạt, sức khoẻ được cải thiện, được hoà nhập với cộng đồng và đón nhận được tình cảm của gia đình, có việc làm và có thu nhập… giúp họ lấy lại được cân bằng trong cuộc sống.

Khi tham gia điều trị Methadone người bệnh còn được tư vấn tâm lý, hỗ trợ sử dụng các dịch vụ y tế và các dịch vụ hỗ trợ xã hội của chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, tổ chức chính trị xã hội. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế đã tăng lên từ 72,4% trước điều trị lên 77,6% sau điều trị 12 tháng và lên 81,2% sau điều trị 24 tháng.

*2.2.3.3. Hiệu quả mô hình điều trị thay thế bằng thuốc Methadone làm giảm phạm tội trong đối tượng tham gia điều trị*

Điều trị Methadone làm giảm sử dụng ma túy, không còn tình trạng đói ma túy do vậy mà nhu cầu kiếm tiền bằng bất cứ giá nào kể cả phạm tội để có tiền mua ma túy cũng giảm đi, đồng thời thuốc Methadone ngăn chặn các hiệu ứng phấn khích do tác dụng ma túy, góp phần điều chỉnh hành vi tâm lý, giúp người bệnh hiền lành hơn, sống hướng thiện hơn, dễ tìm được việc làm, có cơ hội để cải thiện cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng, tham gia các hoạt động bình thường của xã hội, giảm kỳ thị, phân biệt đối xử ở nơi làm việc theo khuyến cáo của UNAIDS. Điều trị Methadone đã giúp làm giảm các hành vi bạo lực gia đình và các hành vi vi phạm pháp luật khác.

Kết quả nghiên cứu về hành vi bạo lực gia đình cho thấy có sự giảm đi rõ rệt, nếu như tỷ lệ này trước điều trị Methadone là 90,4%, sau 12 tháng điều trị Methadone đã giảm xuống 2,5%, tỷ lệ này chỉ còn 2,3% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt của tỷ lệ này trước điều trị với sau 12 tháng điều trị và sau 24 tháng điều trị; đồng thời chỉ số hiệu quả đạt được rất cao sau 12 tháng điều trị là 97,2% và sau 24 tháng điều trị là 97,5%. Tương tự như vậy tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật cũng giảm rất nhiều so với kết quả trước điều trị Methadone là 40,8%, sau 12 tháng điều trị đã giảm xuống 2,2% và giảm xuống 1,6% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được tương ứng là 94,6% và 96,1%.

Nguyên nhân xuất phát từ việc bệnh nhân điều trị bằng Methadone được uống thuốc và tư vấn hàng ngày giúp họ lấy lại thăng bằng về trạng thái thần kinh, không bị cơn nghiện vật vã, họ có công ăn việc làm, có thu nhập, sức khỏe được cải thiện, được gia đình và bạn bè đón nhận nên giúp họ nâng cao chất lượng cuộc sống và nhân tính trong họ được đánh thức dẫn đến giảm tội phạm. Mặt khác, chúng ta cũng chưa loại trừ những sai số trong điều tra, phỏng vấn do đối tượng nghiên cứu che dấu, không cung cấp đúng sự thật về những thông tin nhạy cảm này vì họ sợ bị loại ra khỏi chương trình điều trị Methadone, đây là vấn đề cần lưu ý khi tiến hành các nghiên cứu tương tự.

### *2.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *2.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Việc chính thức hóa các quy định về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng, lây nhiễm HIV, đặc biệt là việc cụ thể hóa các quy định về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế trong Luật sẽ góp phần giải quyết triệt để các tồn tại, vướng mắc như đã phân tích ở phần Xác định vấn đề mà cụ thể là sẽ phân định được một cách cụ thể việc quản lý đối tượng nghiện ma túy giữa quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính với pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS theo hướng người nghiện tự nguyện điều trị thay thế thì không bị lập hồ sơ, trừ trường hợp bị bắt quả tang đang sử dụng trái phép chất ma túy và đối tượng chưa tham gia điều trị thay thế nhưng bị bắt quả tang sử dụng trái phép chất ma túy nếu vẫn thuộc đối tượng áp dụng biện pháp giáo dục tại gia đình, cộng đồng hoặc xã, phường, thị trấn thì sẽ được lựa chọn việc tham gia điều trị thay thế. Nếu áp dụng phương án này sẽ không phải sửa Luật xử lý vi phạm hành chính mà chỉ cần chỉnh lý một số Nghị định hướng dẫn dẫn thi hành Luật xử lý vi phạm hành chính như Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng; Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 30 tháng 9 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn; Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc… Tuy nhiên, việc áp dụng phương án này sẽ dẫn tới việc phải sửa đổi các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế liên quan đến điều trị nghiện chất.

Các giải pháp được đưa ra cũng hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 3. Đánh giá tác động đối với giải pháp 3:

### *3.1. Tác động về kinh tế:*

*3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

*a) Kinh phí mua và cấp phát miễn phí bơm kim tiêm:*

Ước tính tổng số người nghiện năm 2017 là 210,000 người[[18]](#footnote-18), trong đó có khoảng 168,000 người nghiện chất dạng thuốc phiện (tương đương khoảng 80% số người nghiện ma túy), số lượng người nghiện đang được quản lý tại các cơ sở cai nghiện là khoảng 20,000 người. Như vậy số lượng người nghiện chất dạng thuốc phiện đang sinh sống tại cộng đồng là khoảng 148,000 người, trong đó có khoảng 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế và theo các nghiên cứu của quốc tế cho thấy sẽ chỉ có 60% số đối tượng nghiện chích ma túy tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm nên ước tính số lượng người nghiện dự kiến tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm là 40,8000 người (cách tính: 148,000 người nghiện trong cộng đồng - 80,000 người sẽ tham gia chương trình điều trị thay thế = 68,000 người x 60% số lượng người nghiện ước tính sẽ tiếp cận với chương trình cung cấp bơm kim tiêm = 40,8000 người).

Nếu trung bình một người nghiện chất dạng thuốc phiện sử dụng 02 bơm kim tiêm/ngày[[19]](#footnote-19) với giá thành 1,000 đồng/chiếc thì trong một năm Nhà nước phải chi khoảng 110 tỷ cho việc mua bơm kim tiêm. (Cách tính: 40,800 người nghiện x 02 bơm kim tiêm/ngày x 365 ngày/năm x 1,000 đồng/chiếc = 2,978,000,000 đồng).

Nếu tính trung bình 1 nhân viên tiếp cận cộng đồng phụ trách khoảng 40 người nghiện chất dạng thuốc phiện thì tổng số nhân viên tiếp cận cộng đồng cần có là khoảng 1,100 người. Như vậy, Nhà nước sẽ phải chi khoảng 6,6 tỷ tiền phụ cấp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng (Cách tính: 1,100 người x 500,000 đồng/tháng[[20]](#footnote-20) x 12 tháng = 6,600,000,000 đồng).

*b) Kính phí mua và cấp phát bao cao su:*

Ước tính tổng số người bán dâm hiện nay là 76,000 người và nếu trung bình một người bán dâm sử dụng khoảng 02 bao cao su/ngày thì tổng số bao cao su cần có là khoảng 56 triệu chiếc/năm. Như vậy, Nhà nước sẽ phải đầu tư khoảng 56 tỷ đồng/năm cho chi phí mua bao cao su (giá mua trung bình hiện nay là 1,000 đồng/chiếc bao cao su).

Nếu tính trung bình 1 nhân viên tiếp cận cộng đồng phụ trách khoảng 40 người bán dâm thì tổng số nhân viên tiếp cận cộng đồng cần có là khoảng 1,900 người. Như vậy, Nhà nước sẽ phải chi khoảng 11,4 tỷ tiền phụ cấp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng.

(Cách tính: 1,900 người x 500,000 đồng/tháng[[21]](#footnote-21) = 11,400,000,000 đồng).

*c) Kinh phí cho chương trình điều trị thay thế:*

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 80,000 người với chi phí điều trị trung bình một người trong một ngày là 20,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí phục vụ công tác điều trị cho 80,000 người trong một năm là: 80,000 người x 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 584,000,000,000 đồng/năm, trong đó chi phí tiền thuốc mà Nhà nước sẽ bỏ ra để bảo đảm nguồn cung ứng và thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ là: 80,000 người x 6,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 175,200,000,000 đồng/năm.

*3.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế*

Nếu thực hiện chính sách này thì không có tác động đến Quỹ bảo hiểm y tế do nội dung của chính sách hoàn toàn không có liên quan đến đến việc sử dụng nguồn Quỹ bảo hiểm y tế cho việc cung cấp các dịch vụ can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

*3.1.3. Tác động đối với cộng đồng:*

Theo kinh nghiệm của các nước, chương trình điều trị bằng Methadone sẽ giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan:

- Nghiên cứu của NIDA (1991) qua các dữ liệu, báo cáo của cơ quan điều trị lạm dụng ma túy thành phố New York, ước tính chi phí hàng năm của người nghiện CDTP tại thành phố New York: Chi phí của một người nghiện không được điều trị và trên đường phố là 43.000U SD/1năm, chi phí cho một người nghiện bị đi tù là 34.000 USD/1 năm, chương trình điều trị cho một người cai nghiện tại nhà là 11.000 USD/1năm, cho điều trị bằng Methadone là 2.400 USD/1 năm/1 người.

- Nghiên cứu của trung tâm điều trị nghiện rượu và ma túy California trên 150.000 bệnh nhân (CALDATA), đã chỉ ra rằng cứ 01 USD chi cho điều trị bằng Methadone sẽ tiết kiệm được 7 USD cho các chi phí liên quan trong tương lai, điều trị bằng Methadone là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, chi phí thấp nhất.

- Theo nghiên cứu về hiệu quả điều trị quốc gia của Anh (NTORS-Study UK), ước tính cứ 01 đô la đầu tư vào chương trình điều trị bằng Methadone thì sẽ tiết kiệm được 03 đô la cho các chi phí pháp lý.

*3.1.4. Tác động đối với người dân:*

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 80,000 người với chi phí điều trị trung bình một người trong một ngày là 20,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí mà người dân phải bỏ ra trong một năm là: 20,000 đồng/người/ngày x 365 ngày/năm = 7,300,000 đồng/năm.

### *3.2. Tác động về mặt xã hội:*

*3.2.1. Hiệu quả của chương trình cung cấp bao cao su:*

Trong giai đoạn 2011-2016, số bao cao su phân phát miễn phí cho nhóm nguy cơ cao trung bình 13 triệu chiếc/năm, cao nhất năm 2012 phát 25 triệu chiếc, năm 2016 phân phát hơn 12 triệu chiếc. Chương trình tiếp thị xã hội bao cao su cũng triển khai thành công, trung bình trong 5 năm qua mỗi năm phát được trung bình 15,6 triệu chiếc, năm cao nhất bán 32 triệu chiếc vào năm 2012, năm 2016 bán được 9,3 triệu chiếc.

Đánh giá hiệu quả của việc phân phát bao cao su, số liệu giám sát trọng điểm trong nhóm phụ nữ bán dâm giai đoạn này chỉ ra rằng Chương trình bao cao su góp phần vào giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 4,2% năm 2006 xuống còn 2,5% năm 2016.

*3.2.2. Hiệu quả của chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch:*

Chương trình trao đổi bơm kim tiêm được đánh giá thành công và đóng góp lớn và dự phòng lây nhiễm HIV ở Việt Nam, các hoạt động trao đổi bơm kim tiêm chủ yếu triển khai các địa bàn trọng điểm về ma túy, ngay sau khi có Luật phòng, chống HIV/AIDS, hoạt động can thiệp giảm hại cho nhóm nghiện chích ma túy là chương trình trao đổi bơm kim tiêm, các dự án quốc tế đã hỗ trợ rất mạnh cho hoạt động này, nhờ đó số lượng bơm kim tiêm sớm được phân phát cho người nghiện chích và tăng nhanh trong giai đoạn 2006 đến nay, số bơm kim tiêm phát miễn phí năm 2006 là 2 triệu chiếc, tăng lên 39 triệu chiếc vào năm 2012, từ năm 2012-2016 trung bình phân phát 25 triệu chiếc mỗi năm, năm 2016 phân phát 28 triệu chiếc.

Theo kết quả giám sát trọng điểm và hành vi trong nhóm nghiện chích ma túy chỉ ra rằng tỷ lệ phần trăm người nghiên chích ma túy cho biết sử dụng dụng cụ tiêm chích sạch trong lần tiêm chích gần nhất tăng nhẹ ở mức 95,3% năm 2011, lên 97% năm 2016, hành vi sử dụng chung bơm kiêm tiêm trong 1 tháng qua giảm từ 19,7% năm 2012 xuống còn 11,4% năm 2016. Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

*3.2.3. Hiệu quả của chương trình điều trị thay thế:*

*3.2.3.1. Hiệu quả đạt được về giảm sử dụng ma tuý, giảm hành vi nguy cơ, nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C của bệnh nhân điều trị Methadone*

a) Hiệu quả giảm sử dụng chất ma túy bất hợp pháp:

- Mô hình điều trị Methadone đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp: tỷ lệ bệnh nhân dương tính với ma tuý khi xét nghiệm nước tiểu đã giảm từ 100% (trước điều trị Methadone) xuống là 15,5% (sau 12 tháng điều trị Methadone) và 12,4% (sau 24 tháng điều trị Methadone), sự khác biệt giữa trước điều trị với sau điều trị 12 tháng và 24 tháng, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 84,2% và sau 24 tháng 87,4%. Trong nhóm người còn sử dụng ma túy, qua kết quả phỏng vấn cho thấy tần suất sử dụng ma túy cũng giảm hẳn, thay vì mỗi ngày phải dùng 2 đến 3 lần ma túy như trước đây thì giờ họ chỉ dùng tuần một vài lần khi vui bạn bè.

b) Giảm hành vi nguy cơ cao dẫn đến lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu khác như Viêm gan B, Viêm gan C do khi điều trị bằng Methadone, nhu cầu sử dụng ma túy giảm từ đó giảm các hành vi nguy cơ cao liên quan đến sử dụng ma túy, như là giảm tiêm chích ma túy, giảm sử dụng chung bơm kim tiêm, tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su khi qun hệ tình dục:

- Tỷ lệ bệnh nhân có tiêm chích ma túy đã giảm từ 82,7% (trước điều trị) xuống 7,5% (sau 12 tháng điều trị) và giảm xuống còn 6,7% (sau 24 tháng điều trị), chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng 90,9% và sau 24 91,9%.

- Số bệnh nhân dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy mặc dù có giảm đi rất nhiều, từ 41 người dùng chung bơm kim tiêm lúc trước điều trị, giảm xuống còn 10 người dùng chung bơm kim tiêm sau 12 tháng và chỉ còn 08 người dùng chung bơm kim tiêm sau 24 tháng điều trị.

- Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái bán dâm tăng từ 86,2% (trước điều trị) lên 100% (sau 12 và 24 tháng điều trị Methadonem với chỉ số hiệu quả đạt 16,0%.

- Tại thời điểm bắt đầu điều trị thay thế bằng thuốc Methadone tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm được điều trị Methadone là 11%, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm không được điều trị là 18%. Sau 18 tháng nghiên cứu, tỷ lệ dương tính với HIV ở nhóm được điều trị là 15%, tỷ lệ này ở nhóm không được điều trị là 33%. Trong hướng nghiên cứu khác, nghiên cứu tình hình nhiễm mới HIV của 185 bệnh nhân sau khi điều trị 18 tháng, nghiên cứu này được chia làm 03 nhóm, nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone thường xuyên (n=85), nhóm điều trị không thường xuyên (bị gián đoạn 1, 2 hoặc 3 lần) (n=45), và nhóm không được điều trị (n=55), sau 18 tháng, tỷ lệ nhiễm mới HIV tại nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone là 3,5%, tại nhóm điều trị không thường xuyên là 4,4% và tại nhóm không được điều trị là 22%. So sánh giữa nhóm được điều trị Methadone thường xuyên với nhóm không được điều trị Methadone, với nhóm điều trị không thường xuyên.Như vậy nhóm người nghiện chích ma tuý không được điều trị bằng thuốc Methadone có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm được điều trị thay thế bằng thuốc Methadone sau 18 tháng là 7,63 lần.

*3.2.3.2. Hiệu quả mô hình điều trị Methadone đối với sức khỏe và việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ y tế và dịch vụ hỗ trợ xã hội*

Những lợi ích của điều trị Methadone còn giúp người nghiện cải thiện sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng, cải thiện và ổn định quan hệ với gia đình. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có vấn đề sức khoẻ tâm thần đã giảm từ 73,5% trước điều trị xuống 36,6% sau 12 tháng điều trị và 38,7% sau 24 tháng điều trị, với chỉ số hiệu quả đạt 50,2% và 47,3%.

Tương tự như vậy chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng tốt lên, chỉ số trả lời từ tốt trở lên chỉ chiếm 15,9% trước điều trị đã tăng lên 50,6% sau 12 tháng điều trị và tiếp tục tăng lên 55,1% sau 24 tháng tháng điều trị Methadone, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001, chỉ số hiệu quả đạt được rất cao 218,2% và 246,5%.

Người bệnh hài lòng với sức khoẻ của mình cũng tăng từ 81,6% trước điều trị lên 93,8% sau 12 tháng điều trị và 94,1% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được sau 12 tháng là 15,0% và sau 24 tháng là 15,3%.

Một trong những tác dụng phụ của thuốc Methadone là làm giảm nhu cầu tình dục, đây là vấn đề làm một số người bệnh và người thân lo lắng, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy quan hệ tình dục cũng đã tăng lên từ 46,7% trước điều trị Methadone lên 65,9% sau 12 tháng điều trị và 71,9% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt về tỷ lệ có quan hệ tình dục giữa trước điều trị và sau điều trị, đồng thời quan hệ tình dục đạt 41,1% và 54%. Điều này cũng dễ lý giải, vì người nghiện sau khi được điều trị Methadone có sự thay đổi lớn về lối sống và sinh hoạt, sức khoẻ được cải thiện, được hoà nhập với cộng đồng và đón nhận được tình cảm của gia đình, có việc làm và có thu nhập… giúp họ lấy lại được cân bằng trong cuộc sống.

Khi tham gia điều trị Methadone người bệnh còn được tư vấn tâm lý, hỗ trợ sử dụng các dịch vụ y tế và các dịch vụ hỗ trợ xã hội của chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, tổ chức chính trị xã hội. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế đã tăng lên từ 72,4% trước điều trị lên 77,6% sau điều trị 12 tháng và lên 81,2% sau điều trị 24 tháng.

*3.2.3.3. Hiệu quả mô hình điều trị thay thế bằng thuốc Methadone làm giảm phạm tội trong đối tượng tham gia điều trị*

Điều trị Methadone làm giảm sử dụng ma túy, không còn tình trạng đói ma túy do vậy mà nhu cầu kiếm tiền bằng bất cứ giá nào kể cả phạm tội để có tiền mua ma túy cũng giảm đi, đồng thời thuốc Methadone ngăn chặn các hiệu ứng phấn khích do tác dụng ma túy, góp phần điều chỉnh hành vi tâm lý, giúp người bệnh hiền lành hơn, sống hướng thiện hơn, dễ tìm được việc làm, có cơ hội để cải thiện cuộc sống, tái hòa nhập cộng đồng, tham gia các hoạt động bình thường của xã hội, giảm kỳ thị, phân biệt đối xử ở nơi làm việc theo khuyến cáo của UNAIDS. Điều trị Methadone đã giúp làm giảm các hành vi bạo lực gia đình và các hành vi vi phạm pháp luật khác.

Kết quả nghiên cứu về hành vi bạo lực gia đình cho thấy có sự giảm đi rõ rệt, nếu như tỷ lệ này trước điều trị Methadone là 90,4%, sau 12 tháng điều trị Methadone đã giảm xuống 2,5%, tỷ lệ này chỉ còn 2,3% sau 24 tháng điều trị Methadone, sự khác biệt của tỷ lệ này trước điều trị với sau 12 tháng điều trị và sau 24 tháng điều trị; đồng thời chỉ số hiệu quả đạt được rất cao sau 12 tháng điều trị là 97,2% và sau 24 tháng điều trị là 97,5%. Tương tự như vậy tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật cũng giảm rất nhiều so với kết quả trước điều trị Methadone là 40,8%, sau 12 tháng điều trị đã giảm xuống 2,2% và giảm xuống 1,6% sau 24 tháng điều trị Methadone, chỉ số hiệu quả đạt được tương ứng là 94,6% và 96,1%.

Nguyên nhân xuất phát từ việc bệnh nhân điều trị bằng Methadone được uống thuốc và tư vấn hàng ngày giúp họ lấy lại thăng bằng về trạng thái thần kinh, không bị cơn nghiện vật vã, họ có công ăn việc làm, có thu nhập, sức khỏe được cải thiện, được gia đình và bạn bè đón nhận nên giúp họ nâng cao chất lượng cuộc sống và nhân tính trong họ được đánh thức dẫn đến giảm tội phạm. Mặt khác, chúng ta cũng chưa loại trừ những sai số trong điều tra, phỏng vấn do đối tượng nghiên cứu che dấu, không cung cấp đúng sự thật về những thông tin nhạy cảm này vì họ sợ bị loại ra khỏi chương trình điều trị Methadone, đây là vấn đề cần lưu ý khi tiến hành các nghiên cứu tương tự.

### *3.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *3.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Các giải pháp được đưa ra không làm thay đổi hệ thống hệ thống pháp luật hiện hành và cũng hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 4. Kết luận:

### *4.1. Đối với giải pháp 1.1:*

*4.1.1. Về kinh tế:*

*a) Tác động tích cực:*

Các nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của các hoạt động can thiệp:

- Chương trình bao cao su góp phần vào giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 4,2% năm 2006 xuống còn 2,5% năm 2016;

- Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

- Chương trình điều trị thay thế giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan

- Chính sách về cơ bản không tác động đến người dân bình thường mà chỉ tác động đến nhóm đối tượng là người nghiện ma túy, người bán dâm và người nghiện chích ma túy. Trong các nhóm này thì hiệu quả chi phí là rất rõ đối với nhóm người nghiện ma túy (chi phí phải bỏ ra để mua ma túy một năm là khoảng 109 triệu còn chi phí điều trị thay thế là khoảng 7,300,000 đồng/năm).

*b) Tác động tiêu cực:*

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 35 tỷ gồm: 3 tỷ tiền mua bơm kim tiêm, 14 tỷ tiền mua bao cao su và 18 tỷ chi phụ cấp cho đồng đẳng viên. Riêng chi phí mua thuốc methadone thì một năm Nhà nước sẽ phải tạm ứng khoảng 175 tỷ tiền và sau đó sẽ thu lại toàn bộ số tiền này thông qua cơ chế giá dịch vụ.

Người nghiện ma túy có tham gia điều trị thay thế sẽ phải bỏ ra khoảng 7,300,000 đồng/năm cho chi phí điều trị.

*4.1.2. Về xã hội:*

Các nghiên cứu của cả trong nước và quốc tế đều cho thấy tác dụng của chính sách về mặt xã hội liên quan đến giảm nhu cầu sử dụng ma túy, cải thiện sức khỏe, tăng cơ hội việc làm và giảm tỷ lệ phạm tội.

*4.1.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*4.1.3. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*4.1.3. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *4.2. Đối với giải pháp 1.2:*

*4.2.1. Về kinh tế:*

*a) Tác động tích cực:*

Các nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của các hoạt động can thiệp:

- Chương trình bao cao su góp phần vào giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 4,2% năm 2006 xuống còn 2,5% năm 2016;

- Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

- Chương trình điều trị thay thế giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan

Chính sách về cơ bản không tác động đến người dân bình thường mà chỉ tác động đến nhóm đối tượng là người nghiện ma túy, người bán dâm và người nghiện chích ma túy. Trong các nhóm này thì hiệu quả chi phí là rất rõ đối với nhóm người nghiện ma túy (chi phí phải bỏ ra để mua ma túy một năm là khoảng 109 triệu còn chi phí điều trị thay thế là khoảng 7,300,000 đồng/năm).

*b) Tác động tiêu cực:*

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 24 tỷ gồm: 3 tỷ tiền mua bơm kim tiêm và 21 tỷ chi phụ cấp cho đồng đẳng viên. Riêng chi phí mua thuốc methadone thì một năm Nhà nước sẽ phải tạm ứng khoảng 175 tỷ tiền và sau đó sẽ thu lại toàn bộ số tiền này thông qua cơ chế giá dịch vụ.

Người nghiện ma túy có tham gia điều trị thay thế sẽ phải bỏ ra khoảng 7,300,000 đồng/năm cho chi phí điều trị.

Người bán dâm sẽ phải tự bỏ ra khoảng 730,000 đồng/năm để mua bao cao su. Như vậy ước tính tổng chi phí mà tất cả người bán dâm phải bỏ ra trong một năm là khoảng 14 tỷ đồng. Tuy rằng số tiền mà một bán dâm phải bỏ ra rất nhỏ so với thu nhập của chính họ nhưng tổng chi phí xã hội lại khá lớn (14 tỷ/năm) và quan trọng hơn đó chính là nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng do người bán dâm bị hạn chế khả năng tiếp cận với bao cao su.

*4.2.2. Về xã hội:*

Các nghiên cứu của cả trong nước và quốc tế điều cho thấy tác dụng của chính sách về mặt xã hội liên quan đến giảm nhu cầu sử dụng ma túy, cải thiện sức khỏe, tăng cơ hội việc làm và giảm tỷ lệ phạm tội.

*4.2.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*4.2.4. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*4.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *4.3. Đối với giải pháp 1.3:*

*4.3.1. Về kinh tế:*

*a) Tác động tích cực:*

Các nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của các hoạt động can thiệp:

- Chương trình bao cao su góp phần vào giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm từ 4,2% năm 2006 xuống còn 2,5% năm 2016;

- Chương trao đổi bơm kim tiêm đã làm thay đổi đáng kể hành vi tiêm chích chung ma túy trong nhóm người nghiện chích ma túy, làm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ 25,6% năm 2005 xuống còn 9,5% vào năm 2016.

- Chương trình điều trị thay thế giúp cộng đồng tiết kiệm được từ 7 đến 10 lần các chi phí liên quan đến luật pháp, hành pháp, y tế, xã hội, bảo hiểm, hải quan

Chính sách về cơ bản không tác động đến người dân bình thường mà chỉ tác động đến nhóm đối tượng là người nghiện ma túy, người bán dâm và người nghiện chích ma túy. Trong các nhóm này thì hiệu quả chi phí là rất rõ đối với nhóm người nghiện ma túy (chi phí phải bỏ ra để mua ma túy một năm là khoảng 109 triệu còn chi phí điều trị thay thế là khoảng 7,300,000 đồng/năm).

*b) Tác động tiêu cực:*

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 593 tỷ/năm gồm: 110 tỷ tiền mua bơm kim tiêm, 56 tỷ tiền mua bao cao su và 18 tỷ chi phụ cấp cho đồng đẳng viên. Riêng kinh phí phục vụ điều trị là là 584 tỷ trong đó chi phí mua thuốc methadone Nhà nước sẽ phải tạm ứng khoảng 175 tỷ tiền và sau đó sẽ thu lại toàn bộ số tiền này thông qua cơ chế giá dịch vụ.

*4.3.2. Về xã hội:*

Các nghiên cứu của cả trong nước và quốc tế điều cho thấy tác dụng của chính sách về mặt xã hội liên quan đến giảm nhu cầu sử dụng ma túy, cải thiện sức khỏe, tăng cơ hội việc làm và giảm tỷ lệ phạm tội.

*4.3.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*4.3.4. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*4.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

### 1. Về giải pháp:

So sánh ba giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế. Giải pháp này tuy có ảnh hưởng đến đầu tư của Nhà nước lớn hơn so với giải pháp thứ hai khoảng gần 15 tỷ đồng/năm nhưng có thể hạn chế nguy cơ bùng phát lây nhiễm HIV do quan hệ tình dục không an toàn. Bên cạnh đó, việc thực hiện chính sách cũng không làm gia tăng chi phí của Quỹ bảo hiểm y tế vốn đang phải đối mặt với nguy cơ bội chi trong thời gian tới.

### 2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có ảnh hướng rất lớn đến xã hội cũng như các cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế liên quan đến hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nên theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 15 Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật thì thuộc thẩm quyền ban hành của Quốc hội (Quốc hội ban hành luật để quy định chính sách cơ bản về văn hóa, giáo dục, y tế, khoa học, công nghệ, môi trường).

## Mục 3.ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ BA

### I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Luật phòng, chống HIV/AIDS được xây dựng trong hoàn cảnh thuốc HIV mới được cung cấp triển khai mở rộng, cả nước mới có 2.697 người nhiễm HIV được điều trị miễn phí vào cuối năm 2005 và các liều thuốc kháng vi rút HIV (ARV) được phân bố theo định mức cho các tỉnh thành phố nên Luật quy định nhà nước tạo điều kiện tiếp cập thuốc kháng vi rút HIV thông qua các chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội. Đồng thời Luật cũng quy định một số nhóm đối tượng được cung cấp thuốc ARV miễn phí và một số nhóm đối tượng được cung cấp thuốc ARV theo thứ tự ưu tiên theo quy định tại Điều 39.

Tuy nhiên, đến giai đoạn hiện nay, với hiệu quả điều trị rất tốt của các thuốc kháng vi rút (ARV) đã làm giảm rõ rệt tình trạng tử vong hoặc bệnh tật ở người nhiễm HIV. Theo báo cáo của Cơ quan phòng chống AIDS của Liên Hiệp quốc và tổ chức Y tế thế giới (Báo cáo UNAISD và WHO 2015) thì một người nhiễm HIV phát hiện ở tuổi 20, nếu được phát hiện sớm và điều trị thuốc ARV thì tuổi thọ kỳ vọng sẽ sống thêm được 55 năm nữa. Bên cạnh đó việc điều trị ARV còn giúp giảm lây truyền HIV từ người nhiễm HIV sang người khác, giảm đến 93% qua đường tình dục nếu được điều trị ARV. Với việc mở rộng nhanh chóng điều trị thuốc kháng HIV từ khi Luật phòng, chống HIV/AIDS được ban hành đến hết tháng 8/2017 đã có trên 120.000 người nhiễm HIV được điều trị ARV, trong đó có 115,0000 người lớn và 5,000 trẻ em. Trong bối cảnh người nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV có tuổi thọ rất cao, số người được điều trị ngày càng nhiều trong khi nguồn tài trợ quốc tế cắt giảm nhanh chóng do Việt Nam đã trở thành nước phát triển trung bình và qua thực tế triển khai công tác phòng, chống HIV/AIDS cho thấy có một số nhóm đối tượng không thể tiếp cận được với bảo hiểm y tế như phạm nhân, học sinh trong các trường giáo dưỡng, trại viên trong các trại tạm giam, người không có giấy tờ chứng minh nhân thân…những đối tượng này cần được tiếp cận với thuốc ARV để nâng cao sức khoẻ cho họ. Với sự phát triển của kinh tế xã hội và nhu cầu nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ của nhân dân, nhiều người dân có điều kiện kinh tế, có khả năng tự chi trả điều trị thuốc ARV do sợ kỳ thị phân biệt đối xử hoặc họ muốn thuận lợi trong việc tự chăm sóc sức khoẻ cũng cần được ghi nhận trong Luật để tạo điều kiện để họ thực hiện nhu cầu chính đáng của mình.

Xuất phát từ các lý do trên cho thấy cần thiết phải thay đổi chính sách liên quan đến tiếp cận thuốc kháng HIV.

### II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Bảo đảm quyền được tiếp cận điều trị của người nhiễm HIV.

### III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

**1. Giải pháp 1:** Nhà nước tiếp tục hỗ trợ miễn phí chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho một số trường hợp ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế, đưa chi phí xét nghiệm phát hiện HIV đối với tất cả phụ nữ mang thai vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế đồng thời tạo cơ chế cho việc điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV.

**2. Giải pháp 2:** Nhà nước tiếp tục hỗ trợ miễn phí chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho một số trường hợp ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế, đưa chi phí xét nghiệm phát hiện HIV đối với tất cả phụ nữ mang thai và điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế.

**3. Giải pháp 3:** Nhà nước không hỗ trợ miễn phí thuốc kháng HIV cho một số trường hợp ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế; Nhà nước cho phép đưa chi phí xét nghiệm phát hiện HIV đối với tất cả phụ nữ mang thai và điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế.

**4. Giải pháp 4:** Nhà nước không hỗ trợ miễn phí thuốc kháng HIV cho một số trường hợp ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế và không đưa chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV và xét nghiệm phát hiện HIV đối với tất cả phụ nữ mang thai vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế mà chỉ tạo cơ chế cho các hoạt động này.

### IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

### 1. Đánh giá tác động của giải pháp 1:

### *1.1. Tác động về kinh tế:*

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

*a) Chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho người nhiễm HIV không có bảo hiểm y tế:*

Theo thống kê đến 30/6/2017 có 227,225 người nhiễm HIV và ước tính đến năm 2020 sẽ có khoảng 232,000 người nhiễm HIV, trong đó ước tính có khoảng 3,65% số người nhiễm HIV đang được quản lý trong các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và cơ sở cai nghiện bắt buộc (sau đây gọi tắt là cơ sở quản lý) tương đương với khoảng 8,500 người, trong đó có khoảng 63% người cần được điều trị bằng thuốc kháng HIV tương đương với khoảng 5,400 người. Nếu tính theo tỷ lệ người bệnh đang sử dụng các phác đồ điều trị tại cộng đồng thì ước tính sẽ có khoảng 5,100 người điều trị theo phác đồ bậc 1 và 250 người theo phác đồ bậc 2 và khoảng 15 người điều trị theo phác đồ bậc 3 với chi phí như sau:

- 5,400 người x 4,000,000 đồng/người/năm = 21,600,000,000 đồng/năm.

- 250 người x 30,000,000 đồng/người/năm = 7,500,000,000 đồng/năm.

- 15 người x 50,000,000 đồng/người/năm = 750,000,000 đồng/năm.

 Như vậy, ước tính chi phí mà Nhà nước sẽ phải bỏ ra để bảo đảm điều trị cho các đối tượng này là 30 tỷ đồng/năm (chi phí này đã bao gồm cả tiền thuốc, chi phí khám, điều trị, hóa chất, vật tư tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí tiền lương, chi phí đầu tư cơ sở).

*b) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Theo thực tế Việt Nam hiện nay thì thuốc kháng HIV không được bán rộng rãi như các thuốc khác. Do vậy, người có nhu cầu điều trị rất khó tiếp cận với các thuốc này và hiện cũng không có cơ chế cho phép thực hiện việc điều trị dự phòng (điều trị bằng thuốc kháng HIV khi chưa xác định được tính trạng nhiễm HIV). Xuất phát từ thực tiễn này, giải pháp được thiết kế theo hướng Nhà nước cho phép các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép thực hiện điều trị dự phòng đồng thời sẽ bỏ ra một khoản chi phí để mua thuốc kháng HIV cung ứng cho hoạt động điều trị dự phòng và sẽ thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ.

Nếu trừ số lượng phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì ước tính một năm có khoảng 1,500 người có nhu cầu được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV với chi phí mua thuốc là 1,5 triệu đồng/người/đợt (thông thường việc điều trị dự phòng chỉ thực hiện 1 đợt theo hình thức điều trị ngoại trú trong khoảng thời gian là 28 ngày). Như vậy, tổng số kinh phí mà Nhà nước phải tạm ứng để mua thuốc kháng HIV là khoảng 2,3 tỷ đồng/năm.

*1.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

Ước tính một năm có khoảng 1,5 triệu phụ nữ mang thai với tần xuất khám thai trung bình là 04 lần trong toàn bộ thai kỳ. Nếu cho phép được thực hiện xét nghiệm ở mỗi một lần khám thai và giả định là trung bình đến lần xét nghiệm thứ 2 phát hiện HIV thì số lượng xét nghiệm sẽ phải thực hiện trong 1 năm là 3 triệu lượt xét nghiệm HIV tương đương với khoảng 460 tỷ đồng/năm, trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra là 390 tỷ đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*1.1.3. Tác động đối với người dân:*

*a) Chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV:*

Nếu tính theo tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế vào năm 2020 thì gần như 100% người nhiễm HIV sẽ có thẻ bảo hiểm y tế trừ trường hợp đối tượng là người đang được quản lý tại các trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và theo ước tính thì số lượng người bệnh cần được điều trị vào năm 2020 là khoảng 145,000 người/năm với chi phí ước tính là 15% của tổng chi phí điều trị (15% của 790,630,000,000 đồng) tương đương với 118,594,500,000 đồng.

*b) Chi phí xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra là 15% của tổng chi phí xét nghiệm HIV (15% của 460 tỷ đồng) tương đương với 70 tỷ đồng.

*c) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra phải cho việc điều trị dự phòng là khoảng 1,6 triệu đồng/người (bao gồm 1,5 triệu đồng tiền thuốc và 100,000 đồng tiền công khám). Như vậy, tổng chi chi ước tính mà người dân phải bỏ ra là khoảng 2,4 tỷ đồng.

### *1.2. Tác động về xã hội:*

Đối với người nhiễm HIV và cộng đồng, việc tăng cường độ bao phủ tiếp cận thuốc kháng vi rút HIV có ý nghĩa đặc biệt có ích đối với việc phòng ngừa lây lan dịch HIV, nâng cao sức khoẻ và chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV. Một nghiên cứu, đánh giá số liệu của Cần Thơ, cho thấy nhóm quần thể nguy cơ cao tham gia tư vấn xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị bằng thuốc kháng HIV ngay lập tức sẽ làm giảm đáng kể các trường hợp lây nhiễm HIV mới và chết do AIDS. Kết quả cho thấy sau 3 tháng điều trị đầu tiên, 87% bệnh nhân có tải lượng HIV dưới 1000 tiêu bản/mm3. Như vậy, việc điều trị bằng thuốc kháng HIV sớm có thể giúp giảm lây nhiễm HIV trong các cặp đôi khác biệt tình trạng nhiễm HIV tại Việt Nam.

Theo nghiên cứu theo dõi điều trị bằng thuốc kháng HIV tại Quảng Ninh bằng theo dõi đo tải lượng virus, kết quả nghiên cứu cho thấy sau sau 48 tháng điều trị, 96,7% bệnh nhân có tải lượng virus dưới 200 copies/ml, đây có tỷ lệ lây truyền HIV rất thấp dưới 1‰. Vì vậy điều trị sớm có tác dụng điều trị dự phòng lây nhiễm HIV.

Hằng năm có khoảng 1.800 phụ nữ mang thai được dự phòng lây nhiễm HIV, tương đương với 65% phụ nữ mang nhiễm HIV điều trị dự phòng, chỉ còn 3% trẻ em bị nhiễm HIV sinh ra từ những phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong khi đó nếu không điều trị dự phòng lây truyền HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV thì có khoảng 35% trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV sẽ bị nhiễm HIV, như vậy hằng năm chúng ta đã dự phòng cho khoảng 580 cháu không bị lây nhiễm HIV từ bà mẹ bị nhiễm HIV

Hiệu quả của chăm sóc điều trị cho thấy rõ nhiều người tưởng không thể sống do bệnh AIDS, nhưng sau khi dùng thuốc điều trị bằng thuốc kháng HIV đã phục hồi sức khỏe, sống khỏe mạnh, lao động bình thường, trong giai đoạn vừa qua số tử vong báo cáo đã giảm từ 10.000 trường hợp xuống còn 2.000 trường hợp năm.

Việc mở rộng tiếp cận thuốc kháng HIV về lâu dài vừa bảo đảm tính bền vững và qua thời gian hiệu quả điều trị của thuốc kháng vi rút sẽ làm cho xã hội nhận thức rằng nhiễm HIV cũng như mắc các bệnh mãn tính khác và giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

Bên cạnh đó, việc Nhà nước bảo đảm kinh phí điều trị cho các đối tượng là người nhiễm HIV không thẻ bảo hiểm y tế, đặc biệt là các đối tượng đang được quản lý tại các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và các cơ sở cai nghiện bắt buộc, sẽ thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

Ngoài ra, việc thực hiện chính sách cũng sẽ tạo thêm cơ hội việc làm cho người lao động do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phải tuyển dụng thêm nhân lực để phục vụ cho việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến điều trị bằng thuốc kháng HIV.

### *1.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *1.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 2. Đánh giá tác động đối với giải pháp 2:

### *2.1. Tác động về kinh tế:*

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Tương tự như giải pháp 1, ước tính chi phí mà Nhà nước sẽ phải bỏ ra để bảo đảm điều trị cho các đối tượng này là khoảng 30 tỷ đồng/năm (chi phí này đã bao gồm cả tiền thuốc, chi phí khám, điều trị, hóa chất, vật tư tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí tiền lương, chi phí đầu tư cơ sở).

*2.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

*a) Chi phí xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai:*

Tương tự như giải pháp 1, ước tính số lượng xét nghiệm sẽ phải thực hiện trong 1 năm là 3 triệu lượt xét nghiệm HIV tương đương với khoảng 460 tỷ đồng/năm, trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra là 390 tỷ đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*b) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Tương tự như giải pháp 1, ước tính tổng số kinh phí cho hoạt động điều trị dự phòng là khoảng 2,4 tỷ đồng/năm trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra là 2 tỷ đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*2.1.3. Tác động đối với người dân:*

*a) Chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho người nhiễm HIV:*

Nếu tính theo tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế vào năm 2020 thì gần như 100% người nhiễm HIV sẽ có thẻ bảo hiểm y tế trừ trường hợp đối tượng là người đang được quản lý tại các trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và theo ước tính thì số lượng người bệnh cần được điều trị vào năm 2020 là khoảng 145,000 người/năm với chi phí ước tính là 15% của tổng chi phí điều trị (15% của 790,630,000,000 đồng) tương đương với 118,594,500,000 đồng.

*b) Chi phí xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra là 15% của tổng chi phí xét nghiệm HIV (15% của 460 tỷ đồng) tương đương với 70 tỷ đồng.

*c) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra là 15% của tổng điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV (15% của 2,4 tỷ đồng) tương đương với 400 triệu đồng.

### *2.2. Tác động về xã hội:*

Tác động của giải pháp này tương tự như của giải pháp 1 vì không thay đổi nội dung chính sách mà chỉ thay đổi về nguồn lực bảo đảm để thực hiện chính sách.

### *2.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *2.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 3. Đánh giá tác động của giải pháp 3:

### *3.1. Tác động về kinh tế:*

*3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này do không làm tăng đầu tư của Nhà nước cho việc thực hiện chính sách.

*3.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

*a) Chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho người nhiễm HIV:*

Tương tự như giải pháp 1, ước tính chi phí tổng chi phí điều trị cho một năm là 790,630,000,000 đồng/năm (chi phí này đã bao gồm cả tiền thuốc, chi phí khám, điều trị, hóa chất, vật tư tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí tiền lương, chi phí đầu tư cơ sở), trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra để bảo đảm điều trị cho các đối tượng này là 672,035,500,000 đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*b) Chi phí xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai:*

Ước tính một năm có khoảng 1,5 triệu phụ nữ mang thai với tần xuất khám thai trung bình là 04 lần trong toàn bộ thai kỳ. Nếu cho phép được thực hiện xét nghiệm ở mỗi một lần khám thai và giả định là trung bình đến lần xét nghiệm thứ 2 phát hiện HIV thì số lượng xét nghiệm sẽ phải thực hiện trong 1 năm là 3 triệu lượt xét nghiệm HIV tương đương với khoảng 460 tỷ đồng/năm, trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra là 390 tỷ đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*c) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Theo thực tế Việt Nam hiện nay thì thuốc kháng HIV không được bán rộng rãi như các thuốc khác. Do vậy, người có nhu cầu điều trị rất khó tiếp cận với các thuốc này và hiện cũng không có cơ chế cho phép thực hiện việc điều trị dự phòng (điều trị bằng thuốc kháng HIV khi chưa xác định được tính trạng nhiễm HIV). Xuất phát từ thực tiễn này, giải pháp được thiết kế theo hướng Nhà nước cho phép đưa các chi phí liên quan đến điều trị phòng vào phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế.

Nếu trừ số lượng phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì ước tính một năm có khoảng 1,500 người có nhu cầu được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV với cho việc điều trị dự phòng là khoảng 1,6 triệu đồng/người/đợt: bao gồm 1,5 triệu đồng tiền thuốc và 100,000 đồng tiền công khám (thông thường việc điều trị dự phòng chỉ thực hiện 1 đợt theo hình thức điều trị ngoại trú trong khoảng thời gian là 28 ngày). Như vậy, tổng số kinh phí cho hoạt động điều trị dự phòng là khoảng 2,4 tỷ đồng/năm trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra là 2 tỷ đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*3.1.3. Tác động đối với người dân:*

*a) Chi phí điều trị bằng thuốc kháng HIV cho người nhiễm HIV:*

Nếu tính theo tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế vào năm 2020 thì gần như 100% người nhiễm HIV sẽ có thẻ bảo hiểm y tế trừ trường hợp đối tượng là người đang được quản lý tại các trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và theo ước tính thì số lượng người bệnh cần được điều trị vào năm 2020 là khoảng 145,000 người/năm với chi phí ước tính là 15% của tổng chi phí điều trị (15% của 790,630,000,000 đồng) tương đương với 118,594,500,000 đồng.

*b) Chi phí xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra là 15% của tổng chi phí xét nghiệm HIV (15% của 460 tỷ đồng) tương đương với 70 tỷ đồng.

*c) Chi phí điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV:*

Chi phí ước tính mà người dân phải bỏ ra là 15% của tổng điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV (15% của 2,4 tỷ đồng) tương đương với 400 triệu đồng.

### *3.2. Tác động về xã hội:*

Đối với người nhiễm HIV và cộng đồng, việc tăng cường độ bao phủ tiếp cận thuốc kháng vi rút HIV có ý nghĩa đặc biệt có ích đối với việc phòng ngừa lây lan dịch HIV, nâng cao sức khoẻ và chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV. Một nghiên cứu, đánh giá số liệu của Cần Thơ, cho thấy nhóm quần thể nguy cơ cao tham gia tư vấn xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị bằng thuốc kháng HIV ngay lập tức sẽ làm giảm đáng kể các trường hợp lây nhiễm HIV mới và chết do AIDS. Kết quả cho thấy sau 3 tháng điều trị đầu tiên, 87% bệnh nhân có tải lượng HIV dưới 1000 tiêu bản/mm3. Như vậy, việc điều trị bằng thuốc kháng HIV sớm có thể giúp giảm lây nhiễm HIV trong các cặp đôi khác biệt tình trạng nhiễm HIV tại Việt Nam. Theo nghiên cứu theo dõi điều trị bằng thuốc kháng HIV tại Quảng Ninh bằng theo dõi đo tải lượng virus, kết quả nghiên cứu cho thấy sau sau 48 tháng điều trị, 96,7% bệnh nhân có tải lượng virus dưới 200 copies/ml, đây có tỷ lệ lây truyền HIV rất thấp dưới 1‰. Vì vậy điều trị sớm có tác dụng điều trị dự phòng lây nhiễm HIV. Hằng năm có khoảng 1.800 phụ nữ mang thai được dự phòng lây nhiễm HIV, tương đương với 65% phụ nữ mang nhiễm HIV điều trị dự phòng, chỉ còn 3% trẻ em bị nhiễm HIV sinh ra từ những phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong khi đó nếu không điều trị dự phòng lây truyền HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV thì có khoảng 35% trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV sẽ bị nhiễm HIV, như vậy hằng năm chúng ta đã dự phòng cho khoảng 580 cháu không bị lây nhiễm HIV từ bà mẹ bị nhiễm HIV

Hiệu quả của chăm sóc điều trị cho thấy rõ nhiều người tưởng không thể sống do bệnh AIDS, nhưng sau khi dùng thuốc điều trị bằng thuốc kháng HIV đã phục hồi sức khỏe, sống khỏe mạnh, lao động bình thường, trong giai đoạn vừa qua số tử vong báo cáo đã giảm từ 10.000 trường hợp xuống còn 2.000 trường hợp năm. Việc mở rộng tiếp cận thuốc kháng HIV về lâu dài vừa bảo đảm tính bền vững và qua thời gian hiệu quả điều trị của thuốc kháng HIV sẽ làm cho xã hội nhận thức rằng nhiễm HIV cũng như mắc các bệnh mãn tính khác và giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

Ngoài ra, việc thực hiện chính sách cũng sẽ tạo thêm cơ hội việc làm cho người lao động do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phải tuyển dụng thêm nhân lực để phục vụ cho việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến điều trị bằng thuốc kháng HIV.

Tuy nhiên, việc Nhà nước không bảo đảm kinh phí điều trị cho các đối tượng là người nhiễm HIV không thẻ bảo hiểm y tế, đặc biệt là các đối tượng đang được quản lý tại các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và các cơ sở cai nghiện bắt buộc, sẽ có tác động khá lớn đến việc chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng này bởi nếu không được điều trị bằng thuốc kháng HIV thì khả năng suy giảm miễn dịch dẫn đến tăng chi phí chăm sóc điều trị cho các đối tượng đồng thời tăng khả tử vong. Bên cạnh đó, nếu thực hiện chính sách này cũng không thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, không thực sự phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

### *3.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *3.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 4. Đánh giá tác động của giải pháp 4:

### *4.1. Tác động về kinh tế:*

*4.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này do không làm tăng đầu tư của Nhà nước cho việc thực hiện chính sách.

*4.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

Tương tự như giải pháp 1, ước tính chi phí tổng chi phí điều trị cho một năm là 790,630,000,000 đồng/năm (chi phí này đã bao gồm cả tiền thuốc, chi phí khám, điều trị, hóa chất, vật tư tiêu hao, chi phí xét nghiệm, chi phí tiền lương, chi phí đầu tư cơ sở), trong đó số tiền mà Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra để bảo đảm điều trị cho các đối tượng này là 672,035,500,000 đồng/năm (trung bình là 85% chi phí, 15% chi phí còn lại do người tham gia bảo hiểm y tế chi trả).

*4.1.3. Tác động đối với người dân:*

Nếu tính theo tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế vào năm 2020 thì gần như 100% người nhiễm HIV sẽ có thẻ bảo hiểm y tế trừ trường hợp đối tượng là người đang được quản lý tại các trại tạm giam, trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và theo ước tính thì số lượng người bệnh cần được điều trị vào năm 2020 là khoảng 145,000 người/năm với chi phí ước tính là 15% của tổng chi phí điều trị (15% của 790,630,000,000 đồng) tương đương với 118,594,500,000 đồng.

### *4.2. Tác động về xã hội:*

Đối với người nhiễm HIV và cộng đồng, việc tăng cường độ bao phủ tiếp cận thuốc kháng vi rút HIV có ý nghĩa đặc biệt có ích đối với việc phòng ngừa lây lan dịch HIV, nâng cao sức khoẻ và chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV. Một nghiên cứu, đánh giá số liệu của Cần Thơ, cho thấy nhóm quần thể nguy cơ cao tham gia tư vấn xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị bằng thuốc kháng HIV ngay lập tức sẽ làm giảm đáng kể các trường hợp lây nhiễm HIV mới và chết do AIDS. Kết quả cho thấy sau 3 tháng điều trị đầu tiên, 87% bệnh nhân có tải lượng HIV dưới 1000 tiêu bản/mm3. Như vậy, việc điều trị bằng thuốc kháng HIV sớm có thể giúp giảm lây nhiễm HIV trong các cặp đôi khác biệt tình trạng nhiễm HIV tại Việt Nam.

Theo nghiên cứu theo dõi điều trị bằng thuốc kháng HIV tại Quảng Ninh bằng theo dõi đo tải lượng virus, kết quả nghiên cứu cho thấy sau sau 48 tháng điều trị, 96,7% bệnh nhân có tải lượng virus dưới 200 copies/ml, đây có tỷ lệ lây truyền HIV rất thấp dưới 1‰. Vì vậy điều trị sớm có tác dụng điều trị dự phòng lây nhiễm HIV.

Hằng năm có khoảng 1.800 phụ nữ mang thai được dự phòng lây nhiễm HIV, tương đương với 65% phụ nữ mang nhiễm HIV điều trị dự phòng, chỉ còn 3% trẻ em bị nhiễm HIV sinh ra từ những phụ nữ mang thai được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong khi đó nếu không điều trị dự phòng lây truyền HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV thì có khoảng 35% trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV sẽ bị nhiễm HIV, như vậy hằng năm chúng ta đã dự phòng cho khoảng 580 cháu không bị lây nhiễm HIV từ bà mẹ bị nhiễm HIV

Hiệu quả của chăm sóc điều trị cho thấy rõ nhiều người tưởng không thể sống do bệnh AIDS, nhưng sau khi dùng thuốc điều trị bằng thuốc kháng HIV đã phục hồi sức khỏe, sống khỏe mạnh, lao động bình thường, trong giai đoạn vừa qua số tử vong báo cáo đã giảm từ 10.000 trường hợp xuống còn 2.000 trường hợp năm.

Việc mở rộng tiếp cận thuốc kháng HIV về lâu dài vừa bảo đảm tính bền vững và qua thời gian hiệu quả điều trị của thuốc kháng HIV sẽ làm cho xã hội nhận thức rằng nhiễm HIV cũng như mắc các bệnh mãn tính khác và giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

Tuy nhiên, việc Nhà nước không bảo đảm kinh phí điều trị cho các đối tượng là người nhiễm HIV không thẻ bảo hiểm y tế, đặc biệt là các đối tượng đang được quản lý tại các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và các cơ sở cai nghiện bắt buộc, sẽ có tác động khá lớn đến việc chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng này bởi nếu không được điều trị bằng thuốc kháng HIV thì khả năng suy giảm miễn dịch dẫn đến tử vong là rất lớn đồng thời cũng không thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, không phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

Bên cạnh đó, việc không có nguồn kinh phí bảo đảm cho việc thực hiện xét nghiệm phát hiện HIV đối với phụ nữ mang thai mà chỉ dựa vào việc tư vấn để phụ nữ mang thai tự nguyện làm xét nghiệm phát hiện HIV sẽ có thể dẫn đến tình trạng nhiều phụ nữ sẽ không thực hiện việc xét nghiệm HIV nên sẽ không biết được về tình trạng nhiễm HIV để có thể có can thiệp kịp thời và sẽ dẫn đến nguy cơ làm lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Một vấn đề nữa cũng cần quan tâm là nếu Nhà nước không có cơ chế bảo đảm nguồn thuốc kháng HIV cho hoạt động điều trị dự phòng sẽ dẫn đến việc hạn chế khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị dự phòng và như vậy có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

### *4.3. Tác động về giới:*

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

### *4.4. Tác động về thủ tục hành chính:*

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

### *4.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

### 5. Kết luận:

### *5.1. Đối với giải pháp 1:*

*a) Về kinh tế:*

- Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 32,4 tỷ gồm: 30 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV và 2,4 tỷ chi mua thuốc cung ứng cho hoạt động điều trị dự phòng nhiễm HIV (Số kinh phí mua thuốc cho hoạt động điều trị dự phòng nhiễm HIV sẽ được thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ). Như vậy thực tế một năm Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ để thực hiện chính sách.

- Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra khoảng 390 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai.

- Người dân sẽ phải bỏ ra khoảng gần 200 tỷ gồm: 120 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV, 70 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai và 2,4 tỷ chi cho chi phí điều trị dự phòng.

*b) Về xã hội:* Nâng cao sức khỏe sức khỏe cho người nhiễm HIV và hạn chế việc lây nhiễm HIV ra cộng đồng và thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

*c) Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*d) Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *5.2. Đối với giải pháp 2:*

*a) Về kinh tế:*

- Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV.

- Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra khoảng 390 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai và 2 tỷ chi cho chi phí điều trị dự phòng.

- Người dân sẽ phải bỏ ra khoảng 200 tỷ gồm: 120 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV, 70 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai.

*b) Về xã hội:* Nâng cao sức khỏe sức khỏe cho người nhiễm HIV và hạn chế việc lây nhiễm HIV ra cộng đồng đồng thời thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

*c) Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*d) Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *5.3. Đối với giải pháp 3:*

*a) Về kinh tế:*

- Nhà nước không phải tăng chi đầu tư do thực hiện chính sách.

- Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải bỏ ra 390 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai và 2 tỷ chi cho chi phí điều trị dự phòng.

- Người dân sẽ phải bỏ ra khoảng 200 tỷ gồm: 126 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV, 70 tỷ chi cho chi phí xét nghiệm phát hiện HIV cho tất cả phụ nữ mang thai và 400 triệu chi cho chi phí điều trị dự phòng.

*b) Về xã hội:* Vẫn bảo đảm quyền tiếp cận với dịch vụ điều trị đối với những người nhiễm HIV nhưng việc Nhà nước không bảo đảm kinh phí điều trị cho các đối tượng là người nhiễm HIV không thẻ bảo hiểm y tế, đặc biệt là các đối tượng đang được quản lý tại các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và các cơ sở cai nghiện bắt buộc, sẽ có tác động khá lớn đến việc chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng này bởi nếu không được điều trị bằng thuốc kháng HIV thì khả năng suy giảm miễn dịch dẫn đến tử vong là rất lớn đồng thời cũng không thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, không phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

*c) Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*d) Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### *5.4. Đối với giải pháp 4:*

*a) Về kinh tế:*

- Nhà nước không phải tăng chi đầu tư do thực hiện chính sách.

- Người dân sẽ phải bỏ ra khoảng 120 tỷ chi cho điều trị đối với người nhiễm HIV.

*b) Về xã hội:* Vẫn bảo đảm quyền tiếp cận với dịch vụ điều trị đối với những người nhiễm HIV nhưng việc Nhà nước không bảo đảm kinh phí điều trị cho các đối tượng là người nhiễm HIV không thẻ bảo hiểm y tế, đặc biệt là các đối tượng đang được quản lý tại các cơ sở là trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng và các cơ sở cai nghiện bắt buộc, sẽ có tác động khá lớn đến việc chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng này bởi nếu không được điều trị bằng thuốc kháng HIV thì khả năng suy giảm miễn dịch dẫn đến tử vong là rất lớn đồng thời cũng không thể hiện bản chất nhân đạo của chế độ, không phù hợp với đạo đức truyền thống của dân tộc Việt Nam.

Bên cạnh đó, việc không có nguồn kinh phí bảo đảm cho việc thực hiện xét nghiệm phát hiện HIV đối với phụ nữ mang thai mà chỉ dựa vào việc tư vấn để phụ nữ mang thai tự nguyện làm xét nghiệm phát hiện HIV sẽ có thể dẫn đến tình trạng nhiều phụ nữ sẽ không thực hiện việc xét nghiệm HIV nên sẽ không biết được về tình trạng nhiễm HIV để có thể có can thiệp kịp thời và sẽ dẫn đến nguy cơ làm lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Một vấn đề nữa cũng cần quan tâm là nếu Nhà nước không có cơ chế bảo đảm nguồn thuốc kháng HIV cho hoạt động điều trị dự phòng sẽ dẫn đến việc hạn chế khả năng tiếp cận với các dịch vụ điều trị dự phòng và như vậy có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

*c) Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*d) Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật:* Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

### V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

### 1. Về giải pháp:

So sánh bốn giải pháp cho thấy cả bốn giải pháp đều có tác động đến Quỹ bảo hiểm y tế nhưng nguyên nhân tăng chi là khách quan (do việc tính đúng tính đủ giá dịch vụ, số lượng người được tham gia điều trị tăng) và mức tăng chi phí vẫn trong khoảng cho phép của khả năng cân đối Quỹ bảo hiểm y tế.

Giải pháp thứ nhất có tác động đến chi ngân sách của Nhà nước lớn nhất. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước cũng như của quốc tế và của báo cáo đánh giá đều cho thấy đây là giải pháp phù hợp nhất bởi hiệu quả mà chính sách mang lại đó là tăng cường sức khỏe cho người nhiễm HIV từ đó tạo điều thuận lợi cho việc tiếp cận việc làm, cung ứng sức lao động cho thị trường, hạn chế tỷ lệ lây nhiễm HIV ra cộng đồng và từ đó làm giảm chi phí chăm sóc y tế cũng như các chi phí xã hội khác của cả Nhà nước và xã hội.

Do vậy, việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế.

### 2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có ảnh hướng rất lớn đến xã hội cũng như các cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế liên quan đến hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nên theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 15 Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật thì thuộc thẩm quyền ban hành của Quốc hội (Quốc hội ban hành luật để quy định chính sách cơ bản về văn hóa, giáo dục, y tế, khoa học, công nghệ, môi trường).

# Phần IIILẤY Ý KIẾN

## I. LẤY Ý KIẾN BẰNG VĂN BẢN:

1. Trong quá trình đánh giá, các phương án được lấy ý kiến của các đối tượng chịu sự tác động của chính sách thông qua các bảng hỏi. Đối tượng được hỏi bao gồm:

a) Nhà quản lý: Lãnh đạo Bộ Y tế và lãnh đạo các Vụ, Cục có liên quan quản của Bộ Y tế; lãnh đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

b) Nhân viên y tế: Các thầy thuốc, nhân viên y tế trực tiếp thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS.

c) Người dân theo từng nhóm tuổi và giới tính.

2. Dự thảo Báo cáo đánh giá tác động đã được gửi xin ý kiến của 63 Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và gửi xin ý kiến của Bộ Tư pháp, Bộ Ngoại giao, Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính theo đúng quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật.

## II. ĐĂNG TẢI TRÊN CỔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ

Dự thảo cũng đã được đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Chính phủ và Bộ Y tế.

## III. HỘI THẢO GÓP Ý

Dự thảo Báo cáo cũng đã được tổ chức xin ý kiến bằng phương pháp tổ chức các hội thảo, bao gồm các đối tượng là nhà quản lý và nhân viên y tế.

## IV. TIẾP THU VÀ GIẢI TRÌNH Ý KIẾN GÓP Ý

Trên cơ sở các ý kiến góp ý, Bộ Y tế đã hoàn chỉnh lại dự thảo báo cáo, trong đó do hầu hết các ý kiến đều góp ý về mặt kỹ thuật nên không thể hiện trên bản tổng hợp ý kiến góp ý và chỉ tổng hợp ý kiến góp ý của các Bộ, ngành.

# Phần IVGIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ

## I. CƠ QUAN CHỊU TRÁCH NHIỆM TỔ CHỨC THI HÀNH CHÍNH SÁCH

1. Chính phủ.

2. Bộ Y tế.

3. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

## II. CƠ QUAN CHỊU TRÁCH NHIỆM GIÁM SÁT, ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH

1. Quốc hội.

2. Chính phủ.

3. Bộ Y tế.

4. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

1. Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1" \t "_blank) ngày 30 tháng 9 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn [↑](#footnote-ref-2)
3. Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc [↑](#footnote-ref-3)
4. Điểm d khoản 1 Điều 4 Luật phòng, chống HIV/AIDS [↑](#footnote-ref-4)
5. Điểm d khoản 1 Điều 4 Luật phòng, chống HIV/AIDS [↑](#footnote-ref-5)
6. Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng. [↑](#footnote-ref-6)
7. Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 30 tháng 9 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn [↑](#footnote-ref-7)
8. Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc [↑](#footnote-ref-8)
9. Báo cáo của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội tại Lễ mít tinh hưởng ứng Tháng Hành động phòng, chống ma túy và Ngày Toàn dân phòng, chống ma túy 26/6/2017. [↑](#footnote-ref-9)
10. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-10)
11. Mức chi theo Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015 [↑](#footnote-ref-11)
12. Số liệu thống kê năm 2015 của Tổng cục Du lịch [↑](#footnote-ref-12)
13. Mức chi theo Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015 [↑](#footnote-ref-13)
14. Báo cáo của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội tại Lễ mít tinh hưởng ứng Tháng Hành động phòng, chống ma túy và Ngày Toàn dân phòng, chống ma túy 26/6/2017. [↑](#footnote-ref-14)
15. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-15)
16. Mức chi theo Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015 [↑](#footnote-ref-16)
17. Số liệu thống kê năm 2015 của Tổng cục Du lịch [↑](#footnote-ref-17)
18. Báo cáo của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội tại Lễ mít tinh hưởng ứng Tháng Hành động phòng, chống ma túy và Ngày Toàn dân phòng, chống ma túy 26/6/2017. [↑](#footnote-ref-18)
19. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-19)
20. Mức chi theo Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015 [↑](#footnote-ref-20)
21. Mức chi theo Thông tư liên tịch số 163/2012/TTLT-BTC-BYT quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015 [↑](#footnote-ref-21)