|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Số:678 /BC-BYT | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Hà Nội, ngày 29 tháng 4 năm 2020* |

**BÁO CÁO**

**Đánh giá tác động chính sách Đối với Dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)**

Kính gửi: Thủ tướng Chính phủ

**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 31/12/2019, cả nước hiện báo cáo đang có 212.000 trường hợp nhiễm HIV được xét nghiệm, trong đó có 90.493 trường hợp bệnh nhân AIDS, ngoài ra tổng số người nhiễm HIV tử vong từ đầu dịch đến nay được báo cáo là 103.000 trường hợp. 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 230.000 trường hợp, trong đó số nhiễm mới HIV hằng năm khoảng 10.000 người, giảm 80% 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 13%, 3,5% và 12%. 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 9.000 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 13 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS, 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 chưa có các quy định trách nhiệm cung cấp thông tin cá nhân của người nhiễm HIV, quy định đối tượng được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV và việc quy định các nhóm đối tượng được thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính chưa đảm bảo được điều kiện thực hiện kiểm soát bệnh truyền nhiễm nhóm B như quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và điều kiện thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các luật liên quan khác của người nhiễm HIV.

Thực tiễn cho thấy rằng, có đến 15% người nhiễm HIV trong số người nhiễm đang tham gia điều trị ARV miễn phí từ nguồn viện trợ khi chuyển sang điều trị ARV sử dụng bảo hiểm y tế có thông tin cá nhân không giống với thông tin cá nhân thực tế để thực hiện thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế. Ngoài ra, trong quá trình thực hiện cam kết thực hiện mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 của Liên Hợp quốc để hướng đến chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, Bộ Y tế đã rà soát lại các danh sách người nhiễm HIV/AIDS đã được tổng hợp để xem xét những người chưa điều trị ARV tại 6 tỉnh dự án do PEPFAR tài trợ, sau đó tiến hành thí điểm rà soát tại tuyến xã phường để tư vấn hỗ trợ người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV để đạt mục tiêu 90% người nhiễm HIV đã biết tình trạng HIV được điều trị ARV vào năm 2020, tuy nhiên kết quả rà soát cho thấy 70% số người nhiễm HIV theo danh sách được thu thập chưa điều trị ARV không có thực theo thông tin, địa chỉ được khai báo, trong đó nhiều người chưa bao giờ đi xét nghiệm HIV lại có trong danh sách người nhiễm HIV thu thập được, do bị người khác sử dụng tên của mình khi đi làm xét nghiệm HIV. Do đó việc khai báo thông tin cá nhân không chính xác, ảnh hưởng rất lớn trong việc xác định đối tượng, địa bàn trọng điểm về HIV/AIDS, khó khăn trong việc đưa ra các quyết định chính xác trong việc triển khai các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

Theo quy định tại điểm b, khoản 1, Điều 3 của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS thuộc bệnh truyền nhiễm nhóm B là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, có khả năng lây truyền nhanh và có thể gây tử vong, tuy nhiên cũng theo quy định tại khoản 1, điều 1 của Luật này, HIV/AIDS không thuộc phạm vi điều chỉnh của Luật này, trong khi Luật Phòng, chống HIV/AIDS không quy định trách nhiệm của người nhiễm HIV đối với khai báo thông tin chính xác về tên, tuổi, địa chỉ nơi cư trú, hành vi lây nhiễm HIV để có thông tin tổng hợp, theo dõi diễn biến dịch HIV theo quy định về Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Điều 24 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Ngoài ra, Điều 30 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS quy định các đối tượng được thông báo kết quả HIV dương tính không đề cập đến các cán bộ làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS, trong khi đó Luật Phòng, chống HIV/AIDS cũng không có quy định những đối tượng được tiếp cận thông tin về người nhiễm HIV, do đó ảnh hưởng đến việc thống kê, theo dõi, diễn biến dịch HIV, xác định các đối tượng, giới tính, địa bàn có nguy cơ lây nhiễm HIV cao theo quy định tại Điều 24 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Vì vậy, với quy định hiện nay của Luật Phòng, chống HIV/AIDS không đủ căn cứ pháp lý để quy định thực hiện việc theo dõi và kiểm soát dịch HIV/AIDS theo thông lệ quốc tế, quy trình chuyên môn về giám sát dịch bệnh nói chung, bệnh HIV/AIDS nói riêng. Bên cạnh đó, Luật Phòng, chống HIV/AIDS không quy định những người nào có quyền được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV, cũng gây lúng túng trong quá trình thực thi các vấn đề liên quan đến quy định với mọi người dân nói chung, trong đó có người nhiễm HIV, phần nào ảnh hưởng gián tiếp việc cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, tạo điều kiện cho cả người cung cấp và người sử dụng các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS hiểu theo nhiều cách khác nhau về các quy định hiện nay về đảm bảo bí mật thông tin người nhiễm HIV, từ đó dẫn đến khó khăn trong triển khai hoạt động giám sát dịch HIV/AIDS, chăm sóc điều trị cho người nhiễm HIV.

Thứ hai 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 Luật Xử lý vi phạm Hành chính, 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 tại Nghị định số 90/2016/NĐ-CP quy định 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 nếu 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 một 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 ba, một số quy định của pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS không bảo đảm tính khả thi trong thực tiễn, cụ thể như sau:

- Theo quy định tại khoản 3, Điều 27 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 16 tuổi chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha mẹ hoặc người giám hộ của người đó. Tuy nhiên trong thực tế tình hình dịch HIV/AIDS hiện nay, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người quan hệ tình dục đồng giới nam đang có xu hướng gia tăng nhanh, tuổi trung bình nhiễm mới HIV là 23 tuổi, trong đó có không ít các em dưới 16 tuổi, trong thực tiễn khi làm xét nghiệm HIV cho trẻ em dưới 16 tuổi có nguy cơ lây nhiễm HIV yêu cầu có sự đồng ý của bố mẹ là rất khó thực hiện, bởi vì nguyên nhân làm lây nhiễm HIV là do quan hệ tình dục đồng giới, nguyên nhân này không dễ để bố mẹ chấp nhận, do đó các em lo sợ bố mẹ biết có quan hệ tình dục đồng giới, lo sợ bị đánh, nênkhông dám tiết lộ với bố mẹ để đưa đến cơ sở y tế để làm xét nghiệm HIV. Vì vậy, các em sẽ không được làm xét nghiệm HIV sớm vì quy định có sự đồng ý xét nghiệm HIV của bố mẹ hoặc người giám hộ theo quy định của pháp luật.

- Theo quy định tại Điều 35 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí, tuy nhiên hiện nay các nhà tài trợ đang cắt giảm hỗ trợ sinh phẩm và chương trình mục tiêu không đủ kinh phí để làm xét nghiệm miễn phí cho gần 2 triệu phụ nữ mang thai mỗi năm. Ngoài ra khi quy định phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV miễn phí, tức là nhà nước đảm bảo nguồn lực cho xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, do đó Quỹ Bảo hiểm Y tế sẽ không chi trả cho những phụ nữ mang thai tham gia bảo hiểm y tế khi làm xét nghiệm HIV, đồng thời theo quy định tại khoản 14 Điều 1 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi bổ sung đã bỏ điểm b khoản 1 Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế do đó quỹ bảo hiểm y tế sẽ không chi trả cho xét nghiệm sàng lọc phát hiện HIV cho phụ nữ mang thai. Hơn nữa phía người dân hiểu khi mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV sẽ không phải trả tiền xét nghiệm, nên các cơ sở y tế cũng không thể thu phí làm xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai. Vì vậy quy định nhân văn này cần phải chỉ rõ hơn về nguồn lực để thực thi xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, sớm triển khai dự phòng lây nhiễm HIV cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

- Quy định tại khoản 7, Điều 12 của 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.

- Quy định tại Điều 42 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS đối với Áp dụng pháp luật hình sự, tố tụng hình sự, xử lý vi phạm hành chính đối với người bị xử lý hình sự, hành chính mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối, trong đó quy định tạm đình chỉ điều tra, miễn chấp hành hình phạt đối với người bị AIDS giai đoạn cuối, tuy nhiên trong thực tiễn nhiễm HIV được chia làm 4 giai đoạn, trong đó giai đoạn 4 là giai đoạn chuyển sang bệnh AIDS, và một người nhiễm HIV có thể chuyển từ giai đoạn 4 về giai đoạn 1, 2, 3 tùy thuộc vào việc tuân thủ điều trị ARV. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, đã chế tạo được nhiều loại thuốc tốt điều trị HIV/AIDS, mặc dù chưa có thuốc điều trị loại bỏ triệt để virus HIV trong máu, nhưng có thể duy trì tải lượng vi rút HIV trongmáu ở mức rất thấp, không ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của người nhiễm HIV. Do đó không quy định được AIDS giai đoạn cuối.

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:

- Hiện nay ngoài các biện pháp can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV truyền thống như cung cấp bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất ma túy bằng thuốc thay thế, các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV đã có nhiều thay đổi như sử dụng thuốc kháng vi rút HIV để điều trị dự phòng trước khi nhiễm HIV, điều trị ARV ngay cho người nhiễm HIV khi làm giảm lượng vi rút trong máu đến ngưỡng không lây truyền HIV cho người khác khi quan hệ tình dục. Các kỹ thuật xét nghiệm HIV cũng được phát triển đơn giản hơn nhiều so với trước đây, như làm xét nghiệm nhanh bằng lấy máu đầu ngón tay cho kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV trong vòng 20 phút, hoặc sử dụng sinh phẩm tự xét nghiệm bằng dịch miệng, mọi người dân có thể tự làm xét nghiệm HIV cho mình.

Với sự phát triển khoa học kỹ thuật về thuốc, vật tư, sinh phẩm cho công tác phòng, chống HIV/AIDS trong giai đoạn hiện nay, một số quy định từ năm 2006 chắc sẽ không còn phù hợp, cần có điều chỉnh như việc quy định xét nghiệm sàng lọc HIV tại cộng đồng, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV, có các chính sách tạo điều kiện triển khai xét nghiệm sớm HIV và điều trị ngay sau khi được phát hiện nhiễm HIV, cho phép người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao tham gia nhiều hơn vào quá trình cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với bối cảnh tình hình dịch HIV/AIDS và sự tiến bộ khoa học kỹ thuật.

**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 2011-2020 là 2.210 tỷ đồng, trong năm cao nhất 2012 là 405 tỷ đồng và năm thấp nhất 2016 là90 tỷ đồng, ngân sách trung ương hiện nay giảm gần ¾ so với 2012. Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Quyết định số 1899/QĐ-TT yêu cầu các tỉnh, thành phố chủ động bố trí ngân sách địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS, 100% các tỉnh, thành phố đã phân bổ ngân sách địa phương cho công tác phòng, chống HIV/AIDS thông qua kế hoạch đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2014-2020. 62/63 tỉnh, thành phố đã phê duyệt kế hoạch đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Tổng kinh phí đề xuất theo nhu cầu của các tỉnh, thành phố trong giai 2014-2020 là 9.933 tỷ đồng. Tổng kinh phí được cam kết từ tất cả các nguồn 6.174 tỷ đồng (62%). Nhưng thực tế, kinh phí các địa phương phân bổ giai đoạn 2014-2020 là 1.580 tỷ đồng. 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 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…

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**

Góp phần giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV, giảm số người tử vong do AIDS và tăng hiệu quả phòng, chống HIV/AIDS nhằm mục đích chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030.

**2. Mục tiêu cụ thể:**

2.1. Bổ sung một số nhóm người được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV nhằm đảm bảo thực hiện công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS, xét nghiệm, chuyển gửi, quản lý, chăm sóc và điều trị bằng thuốc khángHIV, bao gồm những cán bộ làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS, cán bộ bảo hiểm y tế trực tiếp kiểm tra giám sát hồ sơ, thanh quyết toán bảo hiểm y tế, một số cán bộ y tế nơi người nhiễm HIV trực tiếp khám và điều trị tham gia vào các khâu thủ tục hành chính, quản lý phần mềm bệnh viện

2.2. Đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của tất cả đối tượng khác nhau trong dự phòng, xét nghiệm, điều trị ARV.

**PHẦN II**
**ĐÁNH 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[[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.*

Việc kết quả xét nghiệm HIV chỉ thông báo cho một số đối tượng trên, hiện được hiểu rằng chỉ những người được quy định tại khoản 1 điều 30 của Luật mới được biết thông tin người nhiễm HIV, điều này lại được khẳng định thêm nếu chúng ta quy chiếu đến điểm d, khoản 1 Điều 4 của Luật. Tuy nhiên trong quá trình triển khai bộc lộc một số điểm bất cập trong tổ chức thực hiện chương trình, ảnh hưởng chung đến quá trình thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS:

- Theo quy định về giám sát dịch HIV/AIDS quy định tại điều 24, Luật phòng, chống HIV/AIDS có hoạt động xét nghiệm HIV, theo dõi chiều hướng dịch, theo dõi hình thái lây truyền HIV và dự báo tình hình dịch HIV. Thực hiện nhiệm vụ này, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 09/2012/TT-BYT về Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS, trong đó có hướng dẫn giám sát phát hiện HIV/AIDS. Để đảm bảo giám sát phát hiện HIV, những người nhiễm HIV sau khi được xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV cần phải thu thập thông tin cá nhân, hình thái lây nhiễm HIV, địa bàn nơi cu trú. Các thông tin này từ cơ sở y tế cần phải báo cáo cho hệ thống giám sát dịch để tổng hợp, phân tích hình thái dịch tễ học theo tuổi, giới, hành vi nguy cơ. Ngoài ra do người nhiễm HIV có quyền đi xét nghiệm nhiều nơi, nên công tác tổng hợp danh sách người nhiễm HIV cần đảm bảo tính tin cậy, cán bộ làm công tác giám sát phát hiện HIV cần phải rà soát, đối chiếu trên hệ thống phần mềm xem các người nhiễm HIV xét nghiệm phát hiện đã được báo cáo trước đó chưa, có họ có thực tế tại địa chỉ họ khai báo không. Thực tế một số người đi xét nghiệm nhiều nơi và khai báo nhiều tên khác, gây khó khăn việc xác định chính xác số người thực nhiễm HIV, đây cũng là hạn chế của Luật này, do không quy định nghĩa vụ của người xét nghiệm HIV phải cung cấp thông tin chính xác. Trên cơ sở nhu cầu cần xác định người nhiễm HIV theo vị trí địa lý, giúp cho hoạch định chính xác các vùng dịch đang lưu hành để có các giải pháp phù hợp trong can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV.

- Công tác giám sát phát hiện HIV/AIDS còn nhiệm vụ theo dõi diễn biến bệnh nhân từ lúc phát hiện, đến khi chăm sóc điều trị và theo dõi tử vong. Do đó để thực hiện nhiệm vụ này người làm công tác giám sát cần biết thông tin người nhiễm HIV để thực hiện nhiệm vụ được giao. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, hiện nay việc điều trị sớm ARV đóng góp vai trò quan trọng trong dự phòng lây nhiễm HIV, tuy nhiên trên thực tế trong số 212.000 người nhiễm HIV được xét nghiệm phát hiện đang còn sống hiện này, chỉ có 144.000 người nhiễm HIV đang tham gia điều trị ARV, hiện vẫn còn khoảng 68.000 người chưa tham gia điều trị, trong số những người do nhiều điều kiện hoàn cảnh khác nhau có thể chưa muốn, chưa dám tham gia điều trị, các lý do này phần lớn lo sợ kỳ thị, sự hiểu biết ý nghĩa điều trị sớm còn rất hạn chế, hoặc do điều kiện kinh tế gia đình, hoặc sống khu vực vùng sâu vùng xa, để vận động những người này đi điều trị ngoài tuyên truyền trên các thông tin hệ thống, cần có các cán bộ giám sát dịch HIV/AIDS tiếp trực tiếp với người để tư vấn và vận động họ đi điều trị. Để làm việc này, ngoài điều kiện cần về tổ chức bộ máy, tài chính, cũng cần điều kiện đủ là cho phép danh sách này chuyển về tuyến xã phường, cho phép nhân viên y tế tuyến xã phường tiếp cận người nhiễm để tư vấn cho họ điều trị. Tuy nhiên, theo quy định hiện nay của Luật phòng, chống HIV/AIDS, việc triển khai hoạt động giám sát dịch HIV/AIDS sẽ không đúng với quy định của Luật, do đó sẽ ảnh hưởng chung với các chiến lược hiện nay đối với hoạt động đưa người nhiễm HIV đi điều trị sớm ARV.

- Theo định hướng chiến lược xét nghiệm HIV là xét nghiệm HIV cho bạn, tình bạn chích chung của người nhiễm HIV, vì vậy việc giao nhân viên y tế được tiếp cận với người nhiễm HIV tại cộng đồng để vận động các bạn tình, bạn chích chung của họ đi làm xét nghiệm HIV là việc làm cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

- Đối với việc triển khai công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại cơ sở y tế: Các quy định chỉ có người được quy định tại khoản 1 điều 30 của Luật, đã làm hạn chế quyền tiếp cận hồ sơ bệnh án của một số chủ thể như giám định viên bảo hiểm y tế, cánh bộ kế toán bệnh viện, hành chính, 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**

Bổ sung đối tượng được quyền tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV nhằm đảm bảo thực hiện công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS, xét nghiệm, chuyển gửi, quản lý, chăm sóc và điều trị bằng thuốc kháng HIV.

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

1.Giải pháp 1:

Quy định cho phép mở rộng một số người được quyền tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV theo hướng quy định cụ thể thêm các nhóm người là cán bộ làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS, giám định viên bảo hiểm y tế, cán bộ làm công tác công nghệ thông tin, cán bộ làm công tác tài chính, cán bộ làm công tác kế hoạch của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Giải pháp 2:

Quy định cho phép mở rộng một số cán bộ bảo hiểm y tế được quyền tiếp cận thông tin liên quan đến giám định hồ sơ bệnh nhân liên quan đến bảo hiểm y tế để đảm bảo người nhiễm được khám điều trị thuốc ARV thông qua bảo hiểm y tế.

3. Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là 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:**

Quy định cho phép mở rộng một số người được quyền tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV theo hướng quy định cụ thể thêm các nhóm người là cán bộ làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS, giám định viên bảo hiểm y tế, cán bộ làm công tác công nghệ thông tin, cán bộ làm công tác tài chính, cán bộ làm công tác kế hoạch của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

***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. Ngoài ra, do hệ thống y tế hiện nay đã thực hiện các nhiệm vụ giám sát dịch bệnh nói chung trên toàn quốc, công tác giám sát dịch đang thực hiện thường quy. Hoạt động liên quan đến quản lý thanh quyết toán bảo hiểm y tế, trong đó có công tác giám định hồ sơ bệnh án, gửi dữ liệu cho cơ quan quản lý bảo hiểm đang được triển khai cho các bệnh khác, vì vậy việc bổ sung cán bộ bảo hiểm được tiếp cận theo thẩm quyền không làm phát sinh tài chính của nhà nước. Còn các hoạt động khám bệnh chữa bệnh cho người nhiễm HIV đã và đang được kiện toàn theo hướng lồng ghép hệ thống khám bệnh chữa bệnh chung, điều trị HIV/AIDS cũng giống như điều trị các bệnh khác.

*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 người dân không tham gia vào chính sách bổ sung các đối tượng được tiếp cận thông tin.

***1.2. Tác động về xã hội:***

*1.2.1. Về tác động về việc làm và khả năng tạo ra việc làm*

Về cơ bản việc ban hành chính sách sẽ không tạo ra việc làm mới cho cả nam giới và nữ giới mà chỉ tác động vào việc chính thức hóa nội dung mà một số chủ thể là người lao động đang làm các công việc có liên quan đến việc biết tình trạng nhiễm HIV của người khác. Tuy nhiên, việc bổ sung những người làm công tác giám sát dịch tễ học HIV/AIDS có thông tin người nhiễm HIV/AIDS sẽ giúp cho xác định khu vực dịch tễ, đối tượng, nhóm tuổi, giới tính đang có nguy cơ lây nhiễm cao, từ đó có giải pháp can thiệp kịp thời, hỗ trợ những người chưa điều trị tham gia điều trị sớm, về cả khía cạnh dự phòng cho người chưa bị lây nhiễm khỏi bị lây nhiễm HIV, những người nhiễm HIV được điều trị để có sức khỏe tốt là gián tiếp giúp cho người có nguy cơ lây nhiễm HIV, người nhiễm HIV đảm bảo sức khỏe để làm việc như những người bình thường khác.

Đối với việc cho phép nhân viên giám định bảo hiểm y tế tiếp cận hồ sơ, bệnh án người nhiễm khi tham gia khám điều trị được bảo hiểm y tế chi trả: 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.

1.2.2. Tác động về việc cung cấp dịch vụ y tế và tiếp cận dịch vụ y tế:

Việc ban hành chính sách sẽ hỗ trợ khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế thuận lợi của người có nguy cơ lây nhiễm HIV và người nhiễm HIV, khi có thông tin đầy đủ, sẽ tập trung nguồn lực cho các địa bàn này, tạo ra sự sẵn có về dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với nhu cầu của từng khu vực địa lý. Ngoài ra việc biết thông tin của người nhiễm HIV chưa được điều trị ARV cũng sẽ giúp tư vấn, hỗ trợ cho những người này tham gia điều trị sớm. Ngoài ra việc cho phép cán bộ làm công tác công nghệ thông tin, cán bộ làm công tác tài chính, cán bộ làm công tác kế hoạch của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép tiếp cận hồ sơ của người bệnh thì sẽ giúp cho các cán bộ này thuận lợi trong quá trình trích suất hồ sơ bệnh án để thực hiện việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng như thực hiện các hoạt động lập kế hoạch hay thống kê, báo cáo tình hình điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 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.

1.2.3. Tác động về giáo dục và khả năng tiếp cận với giáo dục:

Về cơ bản việc ban hành chính sách không tác động đến giáo dục cũng như khả năng tiếp cận với giáo dục của người nhiễm HIV mà chỉ tác động đối với đối tượng được quyền tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc giáo dục ý thức giữ gìn bí mật thông tin của của người bệnh.

1.2.4. Tác động về tiếp cận bảo hiểm:

Việc ban hành chính sách có tác động khá lớn đến việc tham gia bảo hiểm y tế của người nhiễm bởi hiện nay do tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử vẫn còn khá nặng nề nên đa số người nhiễm không sử dụng thẻ BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh bởi lo ngại việc bị lộ thông tin liên quan đến tình trạng nhiễm HIV của mình. Do vậy, việc ban hành chính sách với các quy định cụ thể về đối tượng được quyền tiếp cận thông tin cũng như trách nhiệm của họ khi tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh sẽ làm cho người nhiễm HIV tham gia BHYT nhiều hơn và tự tin hơn trong việc sử dụng thẻ BHYT.

1.2.5. Tác động về sức khỏe, an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng:

Việc ban hành chính sách không có tác dộng đến vấn đề an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng mà có tác động đến vấn đề sức khỏe cộng đồng. Khi thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người nhiễm HIV được giữ bí mật thì số lượng người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV sẽ tăng, giảm tử vong, tăng khả năng lao động, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

1.2.6. Tác động về dân số, nhân khẩu học:

Việc ban hành chính sách hoàn toàn không có tác động đến các vấn đề về quy mô dân số, phân bố dân số cũng như cơ cấu dân số mà có tác động đến vấn đề chất lượng dân số mà cụ thể là khi thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người nhiễm HIV được giữ bí mật thì số lượng người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV sẽ tăng và từ đó sẽ làm tăng tuổi thọ cũng như khả năng lao động đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

1.2.7. 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.

*1.2.8. Tác động về tâm lý:*

Chính sách này sẽ có tác động tâm lý của người nhiễm HIV về việc lo sợ bị lộ thông tin về tình trạng HIV, tuy nhiên qua lấy ý kiến hội thảo những người nhiễm HIV đã thống nhất việc cần thiết có chính sách này và yêu cầu cần có tăng cường công tác kiểm tra, giám sát và thực hiện nghiêm các chế tài xử phạt những người trong diện được tiếp cận thông tin tiết lộ thông tin người nhiễm HIV dưới bất kỳ hình thức nào.

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 HIVlà 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***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TuổiGiới | 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 tượngGiới | 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**

***1.3. Tác động về giới:***

Chính sách này sẽ tạo cơ sở pháp lý cho các cán bộ phòng, chống HIV/AIDS các cấp tổng hợp, phân tích, đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV theo khu vực địa lý, nhóm tuổi, giới tính, xác định các nhóm đối tượng, giới nào chưa được tham gia điều trị, hỗ trợ thúc đẩy điều trị sớm đảm bảo sức khỏe cho người nhiễm HIV, dự phòng lây nhiễm HIV từ những người nhiễm HIV sang cho vợ, chồng, bạn tình, bạn chích chung của họ.

Việc có thông tin người nhiễm HIV cũng nhằm xác định các khu vực địa lý có nguy cơ lây nhiễm HIV cao, từ đó có biện dự phòng lây nhiễm HIV phù hợp cho các nhóm đối tượng và khu vực địa lý. Việc dự phòng lây nhiễm HIV là thúc đẩy việc bảo vệ cho phụ nữ là chủ yếu khi triển khai các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV từ người nhiễm HIV sang cho vợ, chồng, bạn tình của họ, trong đó đến 75% người nhiễm HIV tại Việt Nam là nam giới.

Ngoài ra, dựa vào danh sách người nhiễm HIV/AIDS, có thể xác định những người chưa tham gia điều trị ARV. Những người này sẽ có nguy cơ tử vong cao, cũng như làm lây nhiễm HIV cho người khác do chưa điều trị số lượng tải lượng vi rút HIV trong máu cao. Vì vậy, được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV cũng là cơ hội cho nhân viên y tế có thông tin để tiếp cận và tìm những người đã biết tình trạng HIV để tư vấn, thuyết phục và hỗ trợ họ tham gia điều trị.

Tuy nhiên, một số ý kiến quan ngại về việc các nhân viên y tế có thể làm lộ thông tin của người nhiễm HIV, ảnh hưởng đến cuộc sống của họ. Những lo ngại này hoàn toàn đúng, nhưng các quy định của luật phòng, chống HIV/AIDS hiện tại đã quy định việc bảo mật thông tin người nhiễm đối với người có thông tin người nhiễm HIV. Do vậy, cần nâng cao việc tập huấn, nâng cao năng lực cho cán bộ làm giám sát dịch tễ HIV/AIDS, có các thiết chế để đảm bảo những người này thực hiện đúng các quy định của pháp luật.

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

Do chính sách không có quy định 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 thì việc ban hành chính sách sẽ góp phần làm giảm các giấy tờ mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải phát hành cũng như giảm số lượng các giấy tờ mà người bệnh phải ký xác nhận khi tham gia khám bệnh, chữa bệnh.

***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. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng không dẫn đến việc sửa các luật khác trong 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 (ICCPR); Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội (ICESCR), Công ước về Quyền Trẻ em (CRC) và Công ước về loại bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ (CEDAW).

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

Quy định cho phép người đứng đầu, người làm công tác giám định, thanh toán, quản lý thông tin khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp cận thông tin người nhiễm HIV tham gia khám và điều trị HIV/AIDS bằng nguồn bảo hiểm y tế; người đứng đầu, người làm công tác thanh toán, quản lý thông tin khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh chữa bệnh được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV khi tham gia khám, điều trị HIV/AIDS bằng thuốc ARV tại cơ sở y tế.

***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 không chịu tác động của chính sách này vì việc khám chữa bệnh HIV/AIDS cũng giống như các bệnh khác.

*2.1.3. 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.

***2.2. Tác động về xã hội:***

*2.2.1. Về tác động về việc làm và khả năng tạo ra việc làm:*

Về cơ bản việc ban hành chính sách sẽ không tạo ra việc làm mới cho người nhiễm HIV, mà chỉ tác động vào việc chính thức hóa nội dung mà một số chủ thể là người lao động đang làm các công việc có liên quan đến việc biết tình trạng nhiễm HIV của người khác.

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.

Theo quy định của pháp luật về khám bệnh chữa bệnh, các cơ sở y tế có trách nhiệm thiết lập hệ thống hành chính và công nghệ thông tin để quản lý thông tin khám bệnh, chữa bệnh. Do đó việc cho phép người đứng đầu cơ sở y tế, các nhân viên hành chính, các kế toán và quản trị công nghệ thông tin biết thông tin của người nhiễm HIV tham gia khám chữa bệnh tại cơ sở y tế chỉ là hợp thức hóa các quy trình nghiệp vụ trong quản lý bệnh viện hiện nay.

Như vậy, nếu cho phép một số người tham gia vào quy trình quản lý Quỹ bảo hiểm y tế và quản lý hành chính của cơ sở y tế sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn cho người nhiễm HIV trong việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

*2.2.2. Tác động về việc cung cấp dịch vụ y tế và tiếp cận dịch vụ y tế:*

Việc ban hành chính sách sẽ hỗ trợ khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người nhiễm HIV một cách thuận lợi hơn bởi nếu cho phép cán bộ làm công tác công nghệ thông tin, cán bộ làm công tác tài chính, cán bộ làm công tác kế hoạch của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép biết về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh thì sẽ giúp cho các cán bộ này thuận lợi trong quá trình trích suất hồ sơ để thực hiện việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng như thực hiện các hoạt động lập kế hoạch hay thống kê, báo cáo tình hình điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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.

2.2.4. Tác động về giáo dục và khả năng tiếp cận với giáo dục:

Về cơ bản việc ban hành chính sách không tác động đến giáo dục cũng như khả năng tiếp cận với giáo dục của người nhiễm HIV mà chỉ tác động đối với đối tượng được quyền tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc giáo dục ý thức giữ gìn bí mật thông tin của của người bệnh.

2.2.5. Tác động về tiếp cận bảo hiểm:

Việc ban hành chính sách có tác động khá lớn đến việc tham gia bảo hiểm y tế của người nhiễm bởi hiện nay do tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử vẫn còn khá nặng nề nên đa số người nhiễm không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh bởi lo ngại việc bị lộ thông tin liên quan đến tình trạng nhiễm HIV của mình. Do vậy, việc ban hành chính sách với các quy định cụ thể về đối tượng được quyền tiếp cận thông tin cũng như trách nhiệm của họ khi tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh sẽ làm cho người nhiễm HIV tự tin hơn trong việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế từ đó khuyến khích người nhiễm HIV chưa có thẻ bảo hiểm y tế tham gia mua thẻ bảo hiểm y tế.

2.2.6. Tác động về sức khỏe, an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng:

Việc ban hành chính sách hoàn toàn không có tác dộng đến vấn đề an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng mà có tác động đến vấn đề sức khỏe cộng đồng mà cụ thể là khi thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người nhiễm HIV được giữ bí mật thì số lượng người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV sẽ tăng và từ đó sẽ làm tăng tuổi thọ cũng như khả năng lao động đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.2.7. Tác động về dân số, nhân khẩu học:

Việc ban hành chính sách hoàn toàn không có tác động đến các vấn đề về quy mô dân số, phân bố dân số cũng như cơ cấu dân số mà có tác động đến vấn đề chất lượng dân số mà cụ thể là khi thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người nhiễm HIV được giữ bí mật thì số lượng người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV sẽ tăng và từ đó sẽ làm tăng tuổi thọ cũng như khả năng lao động đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

*2.2.8. 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.

*2.2.9. 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 HIVlà 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***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TuổiGiới | 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 |

***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 tượngGiới | 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**

Tuy nhiên, kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, hầu hết người nhiễm HIV khi được phỏng vấn sâu đều có chung tâm lý lo ngại đối với quy định giao Bộ trưởng Bộ Y tế căn cứ tình hình thực tiễn để quy định bổ sung đối tượng được quyền tiếp cận thông tin của người HIV vì lý do nếu quy định như vậy thì sẽ làm tăng khả năng bị lộ thông tin về tình trạng nhiễm HIV của họ.

***2.3. Tác động về giới***

Do giải pháp này không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động trực tiếp đến giới. Giải pháp này chỉ có thể tác động đến giới liên quan đến quy mô lây nhiễm HIV của mỗi nhóm, trong HIV thì tỷ lệ người nhiễm HIV là nam giới chiếm 75% các trường hợp, nữ chỉ chiếm 25%. Vì vậy trong trường hợp những người nhiễm HIV lo ngại việc tham gia khám và điều trị HIV/AIDS sợ bị lộ thông tin, họ không dám tham gia xét nghiệm điều trị HIV/AIDS. Do đó giải pháp này có thể gây ra tác động cho nam giới nhiều hơn.

***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 thì việc ban hành chính sách sẽ góp phần làm giảm các giấy tờ mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải phát hành cũng như giảm số lượng các giấy tờ mà người bệnh phải ký xác nhận khi tham gia khám bệnh, chữa bệnh.

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

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

Giải pháp này không làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân mà chỉ đảm bảo đồng nhất với các quy định liên quan đến Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế trong việc triển khai các dịch vụ chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng không dẫn đến việc sửa các luật khác trong 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 (ICCPR); Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội (ICESCR), Công ước về Quyền Trẻ em (CRC) và Công ước về loại bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ (CEDAW).

**3. Đánh giá tác động của giải pháp 1.3:**

 Giữ nguyên các quy định hiện hành của Luật phòng, chống HIV/AIDS liên quan đến tiếp cận thông tin người nhiễm HIV. Việc tiếp cận thông tin cần được sự đồng ý của người nhiễm HIV.

***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 vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

*3.1.2. 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 144.000 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).

*3.1.3. 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.

***3.2. Tác động về xã hội:***

*3.2.1. Về tác động về việc làm và khả năng tạo ra việc làm:*

Về cơ bản việc ban hành chính sách sẽ không tạo ra việc làm mới cho cả nam giới và nữ giới. Tuy nhiên, việc không ban hành chính sách sẽ tăng thêm gánh nặng công việc cho một chủ chủ thể là người lao động đang làm các công việc có liên quan đến việc biết tình trạng nhiễm HIV của người khác. Ví dụ:

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 không phép giám định viên được tiếp cận với hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV sẽ dẫn việc trước khi thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định viên sẽ phải chờ xin ý kiến của người nhiễm HIV.

Như vậy, nếu không cho phép giám định viên biết thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh thì gây khó khăn hơn cho cả giám định viên và người nhiễm HIV trong việc thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

*3.2.2. Tác động về việc cung cấp dịch vụ y tế và tiếp cận dịch vụ y tế:*

Việc ban hành chính sách sẽ làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người nhiễm HIV bởi nếu không cho phép cán bộ làm công tác công nghệ thông tin, cán bộ làm công tác tài chính, cán bộ làm công tác kế hoạch của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép biết về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh thì các cán bộ này khi thực hiện trích suất hồ sơ bệnh án để thực hiện việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng như thực hiện các hoạt động lập kế hoạch hay thống kê, báo cáo tình hình điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều sẽ phải xin ý kiến của người nhiễm HIV.

Bên cạnh đó, cơ sở y tế sẽ có thể bị coi là có hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến bảo vệ bí mật thông tin của người nhiễm HIV.

*3.2.4. Tác động về giáo dục và khả năng tiếp cận với giáo dục:*

Việc thực hiện chính sách không tác động đến giáo dục cũng như khả năng tiếp cận với giáo dục của người nhiễm HIV.

*3.2.5. Tác động về tiếp cận bảo hiểm:*

Việc ban hành chính sách có tác động khá lớn đến việc tham gia bảo hiểm y tế của người nhiễm HIV bởi hiện nay do tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử vẫn còn khá nặng nề nên đa số người nhiễm không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh bởi lo ngại việc bị lộ thông tin liên quan đến tình trạng nhiễm HIV của mình. Do vậy, việc không ban hành chính sách với các quy định cụ thể về đối tượng được quyền tiếp cận thông tin cũng như trách nhiệm của họ khi tiếp cận với thông tin về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh sẽ không khắc phụ được các tồn tại, bất cập như đã nêu tại phần phân tích chính sách cũng như các phần trên.

*3.2.6. Tác động về sức khỏe, an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng:*

Việc ban hành chính sách hoàn toàn không có tác dộng đến vấn đề an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng mà có tác động đến vấn đề sức khỏe cộng đồng mà cụ thể là không khuyến khích được người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV và từ đó sẽ khó làm tăng tuổi thọ cũng như khả năng lao động đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

*3.2.7. Tác động về dân số, nhân khẩu học:*

Việc ban hành chính sách hoàn toàn không có tác động đến các vấn đề về quy mô dân số, phân bố dân số cũng như cơ cấu dân số mà có tác động đến vấn đề chất lượng dân số mà cụ thể là không khuyến khích được người nhiễm HIV tham gia điều trị bằng thuốc kháng HIV và từ đó sẽ khó làm tăng tuổi thọ cũng như khả năng lao động đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ khuyến khích phụ nữ mang thai tham gia xét nghiệm HIV trước sinh và từ đó sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

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

Việc không ban hành chính sách không thể hiện được 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.

*3.2.9. Tác động về tâm lý:*

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương 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***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TuổiGiới | 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 tượngGiới | 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**

***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. 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.

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

*3.5.1. 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.

*3.5.2. 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).

**4. Kết luận:**

***4.1. Đối với giải pháp 1.1:***

*4.1.1. 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.

*4.1.2. Về xã hội:*

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.

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

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

*4.1.5. 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.

***4.2. Đối với giải pháp 1.2:***

*4.2.1. 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;

- 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.

*4.2.2. 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.

*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:

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.

*4.3.2. 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

*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 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.

*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 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**

1. Sự cắt giảm kinh phí hoạt động phòng, chống HIV/AIDS do cắt giảm viện trợ, không đảm bảo nguồn lực để cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS thiết yếu miễn phí trong khi một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS không thể triển khai xã hội hóa, dẫn đến giảm tính sẵn có các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV

a) Hoạt động can thiệp giảm tác hại:

- Hiệu quả của các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV đã chứng minh trong giai đoạn 2001-2015 các nước đã dự phòng lây nhiễm HIV cho hơn 400.000 trường hợp không bị lây nhiễm HIV, các biện pháp dự phòng trong giai đoạn này chủ yếu là bơm kim tiêm và bao cao su. Nguồn kinh phí triển khai các hoạt động này chủ yếu dựa vào các nhà tài trợ như Dự án dự phòng lây nhiễm HIV của Ngân hàng Thế giới, của Bộ phát triển Vương quốc Anh (DFID), dự án PEPFAR và của Dự án Quỹ toàn cầu. Vì vậy, nếu không duy trì được các biện pháp can thiệp giảm tác hại sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả dự phòng lây nhiễm HIV. Do đó nhà nước cần có các biện pháp hỗ trợ cho các khu vực trọng điểm có nhiều người trong nhóm nguy cơ cao triển khai các biện pháp can thiệp giảm tác hại.

Hoạt động phân phát bơm kim tiêm sạch và bao cao su: đây là hai biện pháp hữu hiệu với chi phí đầu tư thấp nhưng mang hiệu quả dự phòng cao, nguồn bơm kim tiêm sạch và bao cao su ngoài chương trình phòng, chống HIV/AIDS cấp, người có nguy cơ cao có thể tiếp cận qua các nhà thuốc, cửa hàng tạp phẩm, tuy nhiên các cửa hàng này sẵn có tại các thành phố hoặc thị trấn, nhưng thời gian mở cửa cũng chỉ trong giờ hành chính hoặc trước 8 giờ tối. do đó các khu vực miền núi, nông thôn sẽ rất khó tiếp cận các vật dụng dự phòng lây nhiễm HIV, vì vậy cần có giải pháp ưu tiên cho các khu vực trọng điểm HIV để triển khai hoạt động phân phát bơm kim tiêm và bao cao su, nhà nước nên ưu tiên nguồn lực để triển khai các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV cho các khu vực trọng điểm về HIV.

b) Điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế:

Hiện nay cả nước đang điều trị cho 53.000 người nghiện thuốc phiện, chiếm 25% số người sử dụng ma túy trên toàn quốc (số người sử dụng ma túy khoảng 210.000 trường hợp theo báo cáo Bộ Công An), hiệu quả điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy cả về giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, ngoài ra gián tiếp giảm tệ nạn xã hội liên quan đến ma túy, người nghiện tham gia điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế không bị phụ thuộc vào ma túy, sức khỏe được cải thiện, tái hòa nhập với gia đình, tìm kiếm được việc làm, có thu nhập. Tuy nhiên hạn chế của công tác điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế, theo quy định tại Điều 96 của Luật Xử lý vi phạm hành chính, đối tượng áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc là người nghiện ma túy từ đủ 18 tuổi trở lên đã bị áp dụng biện pháp giáo dục tại xã, phường, thị trấn mà vẫn còn nghiện hoặc chưa bị áp dụng biện pháp này nhưng không có nơi cư trú ổn định, do đó những người điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế vẫn thuộc đối tượng bị áp dụng đi cai nghiện bắt buộc, điều đó dẫn đến người nghiện ma túy chưa thuộc đối tượng đang quản lý, họ sẽ không dám xuất hiện để điều trị nghiện bằng thuốc thay thế, hoặc những người nghiện đang điều trị vẫn có thể bị bắt đi cai nghiện bắt buộc.

c) Xét nghiệm HIV

- Theo quy định tại điều 27 của Luật phòng, chống HIV/AIDS, việc xét nghiệm HIV đối với người dưới 16 tuổi, người mất năng lực hành vi dân sự chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người đó. Trên thực tế hiện nay một số trê MSM có nhu cầu xét nghiệm HIV nhưng không dám đề nghị với bố mẹ đưa đi xét nghiệm, do bố mẹ không chấp nhận con mình là MSM, do đó để đảm bảo quyền được xét nghiệm sớm, phù hợp với bối cảnh hiện nay, có thể giảm độ tuổi để bảo đảm việc xét nghiệm cho trẻ em có nguy cơ cao trong bối cảnh mới.

- Điều 29 của Luật phòng chống HIV/AIDS, chỉ cơ sở xét nghiệm HIV đã được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính mới được quyền khẳng định các trường hợp HIV dương tính và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả đó. Quy định này hiện không còn phù hợp với Luật Đầu tư và bối cảnh mở rộng hệ thống phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định HIV dương tính tuyến huyện, do Bộ Y tế không đảm bảo nguồn nhân lực để thẩm định phòng xét nghiệm khẳng định, do đó cần ủy quyền, phân cấp cho tuyến dưới thực hiện việc thẩm định các phòng xét nghiệm HIV.

- Xét nghiệm sàng lọc HIV tại cộng đồng: với các sinh phẩm mới cho phép người dân có thể tự làm xét nghiệm, hoặc những người không cần đào tạo chuyên nghiệp có thể thực hiện các kỹ thuật xét nghiệm. Do đó, cần có chính sách mở rộng được các dịch vụ xét nghiệm này để mở rộng dịch vụ xét nghiệm tại cộng đồng để các nhóm cộng đồng cung cấp sinh phẩm tự xét nghiệm hoặc xét nghiệm đơn giản để tăng độ bao phủ xét nghiệm HIV cho người có nguy cơ lây nhiễm HIV.

d) Đối với xét nghiệm miễn phí phụ nữ mang thai

Theo quy định của Luật tại điều 35. Phụ nữ mang thai tự nguyện làm xét nghiệm HIV sẽ được miễn phí. Để thực hiện được điều này cần đầu tư khoảng 84,8 tỷ đồng để xét nghiệm cho 1,6 triệu phụ nữ mang thai (trung bình mỗi phụ nữ xét nghiệm 1 lần trong 4 lần thăm khám thai), kinh phí này chiếm 70,6% tổng kinh phí chương trình mục tiêu cấp khoảng 120 tỷ đồng/năm, trong khi kinh phí bắt buộc để triển khai cho điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện, điều trị ARV cho đối tượng miễn phí chiếm tỷ lệ khoảng 80% số kinh phí được cấp hiện nay. Do đó cần phải có cơ chế huy động các nguồn lực khác cho hoạt động này, nhà nước chỉ ưu tiên một số khu vực nhất định để triển khai chương trình xét nghiệm miễn phí, còn lại bảo hiểm y tế chi trả cho các trường hợp cần phải xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ. Do đó cần phải sửa điều khoản miễn phí xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai để đảm bảo quyền tiếp cận với xét nghiệm HIV vì các cơ sở y tế thu tiền xét nghiệm HIV của phụ nữ mang thai là không đúng quy định củaLuật, trong khi kinh phí nhà nước để cung cấp xét nghiệm miễn phí là không khả thi trong giai đoạn hiện nay, ngoài ra nếu dành toàn bộ kinh phí của nhà nước cho xét nghiệm miễn phí HIV, không còn kinh phí để triển khai nhiều hoạt động quan trọng khác.

e) Đối với điều trị ARV

Hiện nay tổng cộng có 144.600 người nhiễm HIV đang điều trị ARV từ các nguồn viện trợ, bảo hiểm y tế và tiền chương trình mục tiêu, trong đó khoảng 76.000 sử dụng thuốc do PEPFAR và Quỹ toàn cầu hỗ trợ. Kế hoạch từ nay đến 2023 các tổ chức quốc tế sẽ cắt giảm dần và kết thúc vào năm 2023. Theo kế hoạch những bệnh nhân tham gia bảo hiểm y tế sẽ được bảo hiểm y tế chi trả theo quy định của pháp luật. Ngoài ra nhà nước sẽ cung cấp thuốc miễn phí cho các đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 39 của *Luật “Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV”*. Trong thực tế một số đối tượng sẽ không thể tham gia thẻ bảo hiểm y tế như các phạm nhân trong các trại giam, vì vậy cần có sự can thiệp của nhà nước để đảm bảo tất cả phạm nhân bị nhiễm HIV được điều trị ARV miễn phí.

Một số đối tượng bị ảnh hưởng khi các nhà tài trợ ngừng hỗ trợ điều trị ARV, nếu họ không có kinh phí tự chi trả cho điều trị, bao gồm người vô gia cư, những người này sẽ không đủ điều kiện về hồ sơ hành chính để tham gia bảo hiểm y tế. Do đó, họ sẽ không thể tiếp tục điều trị ARV nếu họ không có kinh phí tự trang trải điều trị ARV

2. Sự không đồng bộ hệ thống pháp luật ảnh hưởng đến quyền được tiếp cận điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế của người nghiện các chất dạng thuốc phiện.

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[[5]](#footnote-5).

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[[6]](#footnote-6), 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[[7]](#footnote-7).

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 phápcan 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**

Đảm bảo quyền được tiếp cập dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của mọi đối tượng khác nhau bằng các giải pháp điều chỉnh các quy định pháp luật và huy động các nguồn lực cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

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

**1. Giải pháp 1:**

a) Quyền tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV: Điều chỉnh các quy định để mở rộng dịch vụ xét nghiệm HIV tại cộng đồng, giảm độ tuổi người xét nghiệm cần sự đồng ý của bố mẹ hoặc người giám hộ của người được xét nghiệm.

b) Cho phép người tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế không bị áp dụng các biện pháp xử lý hành chính nếu họ không vi phạm quy phạm pháp luật liên quan đến Luật Xử luật vi phạm hành chính, Bộ luật Hình sự. Đảm bảo điều trị nghiện có sẵn ở các cơ sở cai nghiện bắt buộc hoặc các trại giam.

c) Đảm bảo phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV miễn phí được chi trả từ nguồn bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế nếu có chỉ định của bác sĩ, hoặc nguồn kinh phí quốc gia.

d) Bổ sung người nhiễm HIV trong trại giam, trại tạm giam được điều trị miễn phí.

e) Điều chỉnh các quy định về điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV.

g) Cho phép người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao tham gia cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS để tăng cường tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS cho các đối tượng nguy cơ cao, xét nghiệm và điều trị sớm cho người nhiễm HIV.

h) Nhà nước đảm bảo nguồn lực để đảm bảo quyền được tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của người dân.

**2. Giải pháp 2:**

Thực hiện như giải pháp 1 trừ trường hợp phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV không được bảo hiểm y tế chi trả, dùng nguồn ngân sách quốc gia để chỉ trả cho tất cả phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV.

**3. Giải pháp 3:**

Giữ nguyên như quy định hiện hành, nhà nước hỗ trợ một phần kinh phí cho các hoạt động can thiệp giảm tác hại, tăng kinh phí cho triển khai xét nghiệm miễn phí cho phụ nữ mang thai.

**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) Quyền tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV: Mở rộng thẩm quyền cấp giấy chứng nhận phòng xét nghiệm được phép khẳng định HIV dương tính, giảm độ tuổi người xét nghiệm cần sự đồng ý của bố mẹ hoặc người giám hộ của người được xét nghiệm.

- Theo quy định tại Điều 29, Luật phòng, chống HIV/AIDS, chỉ có phòng xét nghiệm HIV được Bộ trưởng Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định HIV dương tính, do đó việc tổ chức thẩm định phòng xét nghiệm HIV trên toàn quốc đều do Bộ Y tế đi thẩm định, đối với những tỉnh xa hoặc khu vực phía nam chi phí để tổ chức đoàn công tác khá tốn kém cho đoàn công tác ít nhất có 6 thành viên, chi phí cho mỗi đoàn đi thẩm định phòng xét nghiệm trung bình cho cả nước trong 3 ngày cho công tác phí, tiền đi lại, khách sạn là 50 triệu đồng. Vì vậy việc cho phép các tỉnh chủ động tự thẩm định phòng xét nghiệm HIV đủ điều kiện sẽ giảm chi phí cho nhà nước.

- Theo quy định tại điều 27, Luật phòng, chống HIV/AIDS Việc giảm độ tuổi từ dưới 16 xuống dưới 15 tuổi xét nghiệm mới cần sự đồng ý của bố mẹ hoặc người giám hộ không tác động đến kinh phí của nhà nước. Do việc xét nghiệm HIV có hoặc không có sự đồng ý của bố mẹ, hoặc người giám hộ đối với trẻ ở mức độ nào cũng đầu tư như nhau.

 b) Cho phép người tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế không bị áp dụng các biện pháp xử lý hành chính nếu họ không vi phạm quy phạm pháp luật liên quan đến Luật Xử luật vi phạm hành chính, Bộ luật Hình sự. Đảm bảo điều trị nghiện có sẵn ở các trung tâm cai nghiện hoặc các trại giam. Đối với việc chi phí điều trị cho bệnh nhân hiện nay là 1.840.000 đồng, trong đó chi phí tiền thuốc khoảng 840.000 đồng do nhà nước hỗ trợ, chi phí này thấp hơn nhiều so với chi phí bệnh nhân tham gia điều trị nghiện trong các cơ sở tập trung. Vì vậy việc tạo điều kiện cho người nghiện ma túy tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế sẽ tiết kiệm chi phí cho nhà nước.

c) Đảm bảo phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV miễn phí được chi trả từ nguồn bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế nếu có chỉ định của bác sĩ, hoặc nguồn kinh phí quốc gia.

- Hiện nay trung bình cả nước có khoảng 1,6 triệu phụ nữ mang thai đẻ hằng năm, do vậy nếu đầu tư cho phụ nữ xét nghiệm miễn phí 1,6 triệu phụ nữ mang thai, trung bình mỗi phụ nữ mang thai có 4 lần đi khám thai định kỳ, làm xét nghiệm HIV 1 lần, đơn giá xét nghiệm HIV thấp nhất theo quy định là 52.000 đồng/lần xét nghiệm, như vậy tổng đầu tư sẽ 84,8 tỷ đồng. Có khoảng 90% người dân có thẻ bảo hiểm y tế, như vậy chi phí từ nguồn bảo hiểm y tế 76,3 tỷ đồng, chi phí nhà nước chi trả khoảng 8,5 tỷ đồng. Nếu chúng ta triển khai 100% phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV, chúng ta có thể phát hiện 2.300 phụ nữ mang thai nhiễm HIV, theo số liệu điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con năm 2019 của Bộ Y tế, nếu triển khai tốt hoạt động xét nghiệm và điều trị dự phòng sớm lây truyền HIV từ mẹ sang con, tỷ lệ lây truyền sẽ là 1,5%, như vậy 2.300 phụ nữ mang thai sẽ sinh ra khoảng 35 cháu bị nhiễm HIV, nếu chúng ta không triển khai xét nghiệm sàng lọc HIV cho phụ nữ mang thai, sẽ có 35% cháu sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV, tương đương với 805 cháu mỗi năm. Mỗi cháu nhiễm HIV sẽ điều trị suốt đời, lấy tuổi thọ trung bình là 70 năm, đơn giá điều trị ARV mỗi năm hiện nay là 6,5 triệu đồng, như vậy tổng chi phí điều trị cho mỗi cháu sinh ra nhiễm HIV suốt đời sẽ là 455 triệu đồng, 805 cháu sẽ là 366 tỷ đồng, như vậy nếu mỗi năm chi 76 tỷ cho xét nghiệm chúng ta thu được kinh tế 290 tỷ đồng. Tổng chi phí điều trị chắc chắn sẽ do bảo hiểm phải trả, do chính sách về bảo hiểm y tế đã bao phủ toàn dân. Ngoài ra khi các cháu bị nhiễm HIV rất có nguy cơ mắc các bệnh khác, dẫn đến chi phí điều trị cho mỗi cháu sẽ tăng lên rất nhiều, tạo nên gánh nặng y tế và quỹ bảo hiểm y tế.

d) Bổ sung người nhiễm HIV trong trại giam được điều trị miễn phí.

Việc bổ sung điều trị thuốc kháng vi rút HIV miễn phí cho người nhiễm HIV trong trại giam để đảm bảo quyền tiếp cận điều trị ARV do người nhiễm HIV trong các cơ sở này không được tham gia bảo hiểm y tế. Chi phí điều trị cho người nhiễm HIV trong các trại giam có khoảng 6.000 người nhiễm HIV trong các trại giam, chi phí để điều trị trung bình mỗi bệnh nhân trong một năm là 6,5 triệu đồng năm, như vậy chi phí đầu tư điều trị cho người nhiễm HIV mỗi năm là 39 tỷ đồng.

e) Mở rộng về điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV.

Việc mở rộng điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV đều dựa vào hệ thống y tế nhà nước và tư nhân hiện có, không phát sinh chi phí đầu tư. Nguồn lực điều trị đều do các dự án hoặc người dân tự chi trả.

g) Cho phép người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao tham gia cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS để tăng cường tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS cho các đối tượng nguy cơ cao, xét nghiệm và điều trị sớm cho người nhiễm HIV.

Biện pháp này không phát sinh đầu tư từ nguồn ngân sách nhà nước, mà ngược lại khi các tổ chức, cá nhân cộng động đồng tham gia cung cấp dịch vụ này trên cơ sở tự tìm kiếm thêm các nguồn lực và giảm gánh tải cho cơ sở y tế nhà nước.

h) Nhà nước đảm bảo nguồn lực để đảm bảo quyền được tiếp cận dịch vụ dự phòng thiết yếu cho đối tượng nguy cơ cao

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

Ước tính tổng số người nghiện năm 2017 là 210,000 người[[8]](#footnote-8), 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[[9]](#footnote-9) 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[[10]](#footnote-10) x 12 tháng = 6,600,000,000 đồng).

*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[[11]](#footnote-11) = 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[[12]](#footnote-12)x 12 tháng = 11,400,000,000 đồng).

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

Tổng số người tham gia điều trị dự kiến vào năm 2020 là 54,000 người với chi phí thuốc trung bình một người trong một năm là 800,000 đồng. Như vậy tổng số kinh phí tiền thuốc điều trị cho 54,000 người trong một năm là: 54,000 người x 800.000 đồng/người/năm = 43,2 tỷ đồng. Còn chi phí khác người dân tự chi trả hoặc huy động xã hội hóa.

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

Việc phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được quỹ bảo hiểm chi trả nếu tham gia bảo hiểm y tế, hiện nay tỷ lệ người dân có thẻ bảo hiểm y tế khoảng 90%, mỗi năm có 1,6 triệu phụ nữ mang thai, như vậy sẽ có 1,44 triệu phụ nữ mang thai có thẻ bảo hiểm y tế. Đơn giá cho xét nghiệm HIV là 53.000 đồng, như vậy nếu quy định xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai tham gia bảo hiểm y tế được Quỹ Bảo hiểm y tế chi trả, chi phí này sẽ hết khoảng 76 tỷ đồng/năm. Tuy nhiên việc triển khai xét nghiệm cho tất cả phụ nữ mang thai và làm tốt chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cũng tiết kiệm cho Bảo hiểm y tế 290 tỷ đồng trong tương lai.

Nếu thực hiện chính sách này sẽ có tác động đến Quỹ bảo hiểm y tế do theo quy định của Luật bảo hiểm Y tế nếu người tham gia bảo hiểm y tế và việc xét nghiệm HIV cần thiết do thầy thuốc chỉ định để phục vụ cho khám bệnh chữa bệnh, thì bảo hiểm y tế chi trả, do đó các trường hợp phụ nữ mang thai thuộc các nhóm đối tượng nguy cơ cao, mắc một số bệnh có tỷ lệ đồng nhiễm HIV cao như lao, mắc nhiễm khuẩn qua đường tình dụng, nhiễm viêm gan B, C và có các triệu chứng nghi ngờ do suy giảm miễn dịch sẽ được bác sĩ chỉ định làm xét nghiệm HIV. Vì vậy, ước tính sẽ có 20% phụ nữ mang thai cần được chỉ định xét nghiệm HIV, và hiện cả nước có 90% người dân tham gia bảo hiểm y tế, như vậy ước tính .sẽ có 1,6 triệu x 20% x 90% x 1 lần xét nghiệm x 53.000 đồng cho một xét nghiệm, số này tương đương với 15 tỷ đồng mỗi năm.

*1.1.3. Tác động đối với cộng đồng:*

a) Việc quy định cho phép những người nghiện ma túy không vi phạm các quy định tại Luật Xử lý vi phạm hành chính và Bộ luật Hình sự khi tham gia điều trị nghiện bẳng thuốc thay thế sẽ tạo điều kiện cho những người nghiện không thể cai nghiện được nhưng muốn làm lại cuộc đời sẽ mang lại hiệu quả kinh tế cho bản thân người nghiện, gia đình và xã hội. Nghiên cứu của Việt Nam về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế cho thấy hiệu quả về kinh tế như sau:

“Điều trị bằng thuốc thay thế mang lại hiệu quả kinh tế rõ rệt cho cá nhân, gia đình bệnh nhân và xã hội, giúp làm giảm đáng kể chi phí do không phải mất tiền mua ma túy hàng ngày. Chương trình cũng góp phần làm giảm chi phí cho xã hội nói chung, giúp khắc phục những hậu quả khác của ma túy đối với xã hội (giảm vi phạm pháp luật sẽ giúp giảm chi phí về pháp luật liên quan đến ma túy, tiết kiệm các chi phí khác về y tế, cộng đồng…). Theo ước tính, nếu không tham gia điều trị Methadone, trung bình một người nghiện tiêu tốn 230.000 đồng/ngày mua heroin, tương đương 84 triệu đồng/năm. Một số địa phương ước tính số tiền lớn hơn nữa để sử dụng ma túy như Thái Bình (219 triệu đồng), Yên Bái (180 triệu đồng), Hà Tĩnh (108 triệu đồng)… Trong khi đó, với mức phí khoảng 10.000 đồng/ngày để uống Methadone thì bệnh nhân chỉ phải chi khoảng gần 4 triệu đồng/1 năm. Như thế, với 52.677 bệnh nhân đang điều trị Methadone, chương trình đã tiết kiệm được cho xã hội 4.372 tỷ đồng/năm. Nếu tính từ năm 2008 cho đến nay, chương trình đã tiết kiệm cho xã hội khoảng 22.870 tỷ đồng.

Ngoài việc không tốn tiền mua ma túy bất hợp pháp, bệnh nhân điều trị Methadone có thêm sức lao động, giảm kỳ thị, tìm được việc làm để có thu nhập cho cá nhân và gia đình cũng là một hiệu quả lớn về kinh tế”.

b) Việc quy định rõ nguồn lực để xét nghiệm HIV miễn phí cho phụ nữ mang thai sẽ tạo điều kiện mở rộng xét nghiệm HV cho phụ nữ mang thai, tăng cơ hội phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV, tăng cơ hội cho những người nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây nhiễm HIV, giảm tỷ lệ trẻ sinh ra bị nhiễm HIV, sẽ giảm các chi phí xã hội chăm sóc trẻ bị nhiễm HIV.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Việc quy định rõ nguồn chi trả cho phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV được Nhà nước chi trả, hoặc Bảo hiểm y tế chi trả, sẽ tạo điều kiện mở rộng xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, đặc biệt là những phụ nữ mang thai có hoàn cảnh kinh tế khác nhau. Thông qua xét nghiệm HIV nếu phát hiện nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, sẽ giảm nguy cơ con bị nhiễm HIV, như vậy họ không tốn chi phí chăm sóc con bị nhiễm HIV suốt đời. Do tác động kinh tế của người dân.

***1.2. Tác động về mặt xã hội:***

*1.2.1. Về tác động về việc làm và khả năng tạo ra việc làm*

Chính sách này có tác động về tạo thêm công ăn việc làm cho nhóm nguy cơ cao, người nhiễm HIV/AIDS tham gia về công tác phòng, chống HIV/AIDS, bao gồm triển khai các hoạt động can thiệp tại cộng đồng, triển khai các dịch vụ tự xét nghiệm HIV, xét nghiệm sàng lọc HIV do những người tuyên truyền viên đồng đẳng hỗ trợ làm xét nghiệm. Người nhiễm HIV tham gia vào việc tư vấn, hỗ trợ người nhiễm HIV tham gia điều trị ARV và tuân thủ điều trị, giới thiệu bạn tình, bạn chích chung tham gia điều trị HIV/AIDS.

Trong bối cảnh hơn 85% người nghiện chích ma túy tái nghiện sau khi cai nghiện, biện pháp điều trị nghiện bằng thuốc thay thế để giúp họ không bị lệ thuộc ma túy, không bị lên cơn thèm thuốc và bất chấp tất cả, biện pháp này giúp người nghiện có cơ hội tái hòa nhập công động, nâng cao sức khỏe, cân bằng cuộc sống, điều này giúp họ tìm kiếm công ăn việc làm thuận lợi hơn, có việc làm và có thêm thu nhập cho gia đình. Ngoài ra khi tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế, họ không lên cơn thèm thuốc, không gây ra các tệ nạn xã hội, gián tiếp giảm gắng nặng công việc đảm bảo an ninh trật tự cho các cơ quan chức năng.

*2.2. Tác động về việc cung cấp dịch vụ y tế và tiếp cận dịch vụ y tế*

Chính sách này tạo điều kiện mở rộng dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ra cộng đồng, khi có chính sách tạo điều kiện và huy động được nhiều những người trong mạng lưới người có nguy cơ cao, người nhiễm HIV tham gia cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ngoài cơ sở y tế, do đặc thù về nhóm đối tượng nguy cơ cao lây nhiễm HIV luôn quan ngại về sợ kỳ thị, họ không muốn đến cơ sở y tế, do đó việc triển khai các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ngoài cộng đồng tạo điều kiện tiếp cận sớm một số dịch vụ cho người có nguy cơ cao như các hoạt động phân phát bơm kim tiêm, bao cao su, xét nghiệm sàng lọc HIV.

Việc người nhiễm HIV trong trại giam, trại tạm giam không được tham gia bảo hiểm y tế sẽ khó khăn trong điều trị ARV, nguy cơ tử vong rất cao, do đó chính sách hỗ trợ thuốc và các dịch vụ điều trị miễn phí cho những người này tiếp cận với dịch vụ điều trị ARV.

Liên quan đến đảm bảo nguồn lực cho xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai miễn phí và cung cấp thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con miễn phí sẽ tạo điều kiện cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được tiếp cận được thuốc điều trị dự phòng lây nhiễm HIV được sớm, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV. Hằng năm ước tính có 2.300 phụ nữ mang thai nhiễm HIV, nếu không được xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV và điều trị dự phòng lây nhiễm HIV sớm thì tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con khoảng 35%, như vậy sẽ có 710 cháu nhiễm HIV hằng năm, nhưng nếu tất cả những phụ này được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ me sang con đầy đủ thì chỉ còn khoảng 1-2% cháu bị nhiễm HIV, tương đương 25-đến 45 cháu.

*2.3. Tác động về giáo dục và khả năng tiếp cận với giáo dục*

Chính sách này không tác động về giáo dục và khả năng tiếp cận với giáo dục. Tuy nhiên cũng gián tiếp đóng góp một phần liên quan đến giảm số người nhiễm HIV mới, giảm các cháu bị nhiễm HIV sẽ giảm thiểu việc tác động liên quan đến kỳ thị phân biệt đối xử với các cháu nhiễm HIV và các cháu có bố mẹ nhiễm HIV.

*2.4. Tác động về tiếp cận bảo hiểm*

Việc đảm bảo quyền được tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của tất cả đối tượng khác nhau là chính sách tăng cơ hội tiếp cận các dịch vụ phòng, chốngHIV/AIDS được bảo hiểm y tế chi trả, hiện nay có 142.000 người đang điều trị ARV, trong đó năm 2019 đã có 48.000 người điều trị ARV được bảo hiểm y tế chi trả và tỷ lệ này sẽ tăng lên hằng năm và tiến tới đạt 100% người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế được điều trị ARV bằng nguồn bảo hiểm y tế khi không còn viện trợ vào năm 2025, do đó việc tăng nguồn lực hỗ trợ người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế sẽ làm tăng số người nhiễm HIV tiếp cận với bảo hiểm y tế, trong những năm gần đây nhờ sự quan tâm hỗ trợ của chính quyền địa phương và các nhà tài trợ, nên số người nhiễm HIV tham gia điều trj ARV có thẻ bảo hiểm y tế đạt 95%, số này cao hơn mức bình quân cả nước.

*2.5. Tác động về sức khỏe, an toàn thực phẩm và môi trường của cộng đồng*

Việc người nhiễm HIV được điều trị ARV sẽ góp phần đảm bảo sức khỏe cho người nhiễm HIV sống và làm việc bình thường như những người bình thường khác. Sự gia tăng người nhiễm HIV được điều trị ARV đã có tác động giảm số người nhiễm HIV tử vong giảm từ 10.000 ca năm 2008 xuống còn 2.000 ca năm 2019.

Chính sách tạo nguồn lực và hành lang pháp lý thuận lợi cho việc xét nghiệm HIV miễn phí cho phụ nữ mang thai và điều trị dự phòng sớm lây truyền HIV mẹ sang con sẽ có tác động giảm số sẽ em bị nhiễm HIV trong thời gian tới, dự kiến vào năm 2030 có thể loại trừ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Điều trị ARV sẽ đảm bảo cho phạm nhân khỏe mạnh bình thường, thực hiện học tập, cải tạo như các phâm nhân khác. Nếu không được điều trị ARV sẽ có nguy cơ đồng nhiễm lao, giảm sức khỏe và dẫn đến tử vong. Ngoài ra khi điều trị ARV sẽ giảm nguy cơ làm lây truyền HIV hoặc Lao sang cho phạm nhân khác.

Đối với cho phép người nghiện tham gia điều trị nghiện tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế, nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy:

*- Giảm lây nhiễm HIV và các bệnh lây qua đường máu*: Việc giảm tỷ lệ sử dụng ma tuý đóng góp quan trọng trong việc giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu như Viêm gan... Trong nhiều năm qua, hầu như không ghi nhận các trường hợp mới nhiễm HIV trong số các bệnh nhân tham gia điều trị Methadone. Chương trình Methadone đã đóng góp tích cực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS, làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong người tiêm chích ma túy từ 30% năm 2001 xuống còn 9,7% năm 2018.

*- Cải thiện tình trạng sức khỏe:* Chương trình điều trị nghiện bằng thuốc thay thế còn giúp người bệnh có cải thiện đáng kể về sức khỏe thể chất và tâm thần. Các nghiên cứu và báo cáo của các địa phương đều ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về sức khỏe thể chất, tinh thần của bệnh nhân, như tăng cân, ăn uống tốt hơn, không còn tình trạng mất ngủ, chuyển biến tích cực về thái độ cũng như chất lượng cuộc sống.

*- Giảm sử dụng ma túy bất hợp pháp*: Chương trình Methadone được triển khai tại Việt Nam cũng như trên thế giới đều ghi nhận hiệu quả trong việc làm giảm đáng kể hành vi sử dụng ma túy bất hợp pháp trong các bệnh nhân tham gia điều trị. Kết quả tại Việt Nam cho thấy, trước khi tham gia điều trị 100% bệnh nhân sử dụng Heroin, sau 24 tháng tỷ lệ này chỉ còn 15%. Trước điều trị, hầu hết bệnh nhân có tần suất sử dụng rất cao với 93,6% bệnh nhân sử dụng trên 3-5 lần/ngày, sau 24 tháng điều trị không có bệnh nhân nào sử dụng từ 2 lần/ngày trở lên; tần suất sử dụng ma túy trong nhóm bệnh nhân còn tiếp tục sử dụng chỉ còn từ 2-3 lần/tháng.

*- Giảm các hành vi xung đột trong gia đình*: Mâu thuẫn giữa bệnh nhân với gia đình giảm mạnh khi bệnh nhân tham gia điều trị Methadone. Người thân quan tâm đến việc điều trị của bệnh nhân, không còn kì thị như khi dùng heroin. Tại Lai Châu, trước điều trị chỉ có 8,7% bệnh nhân được gia đình tin tưởng, thì chỉ sau 01 năm tham gia điều trị thì tỷ lệ bệnh nhân nhận được gia đình tin tưởng tăng lên đến 90,7%.

*- Tình hình an ninh, trật tự xã hội được cải thiện:* Các địa phương báo cáo tỷ lệ bệnh nhân có các hành vi bán, cầm cố đồ đạc, nói dối hoặc thậm chí cưỡng ép người thân để có tiền sử dụng ma túy tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh giảm nhanh chóng từ 90,3% trước điều trị xuống 2,27% sau 02 năm điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có hành vi vi phạm pháp luật giảm mạnh, bình quân giảm từ 40,8% xuống còn 1,34% sau 02 năm tham gia điều trị Methadone. Tình hình an ninh trật tự xung quanh các cơ sở điều trị nghiện cũng chuyển biến tích cực. Tỷ lệ trộm cắp, gây rối an ninh trật tự giảm hẳn; chương trình được chính quyền và nhân dân ở các địa phương ủng hộ cao.

*- Giảm kỳ thị, phân biệt đối xử*: Chương trình được sự ủng hộ của chính quyền, nhân dân các địa phương do đó cũng giúp giảm đáng kể kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nghiện ma túy. Thời gian đầu mới triển khai điều trị, nhiều người nghiện không dám lộ diện nhưng sau đó rất nhiều người nghiện ra tự khai báo để được tham gia điều trị. Việc người bệnh hàng ngày tới các cơ sở điều trị để uống thuốc không còn là “việc lạ” và “việc khó chấp nhận” với người dân sống xung quanh các cơ sở điều trị. Bên cạnh đó, các bệnh nhân cũng biết quan tâm đến bản thân và gia đình, từng bước dành lại được niềm tin của gia đình và xã hội sau một thời gian tham gia điều trị.

*2.6. Tác động về dân số, nhân khẩu học*

Việc đảm bảo quyền được tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của mọi người dân sẽ có tác động gián tiếp về dân số, nhân khẩu học. Theo ước tính của các chuyên gia UNAIDS, từ năm 2000 đến nay, Việt Nam đã dự phòng cho hơn 400.000 người tránh không bị lây nhiễm HIV và 150.000 không bị tử vong do AIDS. Một số quốc gia khu vực cận sa mạc Shahara, Châu Phi dịch HIV/AIDS đã làm thay đổi cơ câu dân số, như làm mất cân bằng cơ cấu dân số, như tỷ lệ người dân trên 50 tuổi và trẻ em dưới 5 tuổi cao hơn nhiều dân số trưởng thành.

Do đó tăng quyền tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS đảm bảo sức khỏe, tránh không bị nhiễm HIV, tránh bị tử vong do được tiếp cận và điều trị sớm HIV/AIDS.

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

Chính sách này không tác động đến giá trị văn hóa truyền thống, gắn kết cộng đồng.

*2.8. Tác động về tâm lý*

 Trong quá trình thảo luận lấy ý kiến người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV và những người nhiễm HIV, những người này cho biết nếu các chính sách này được thực thi sẽ giúp cho cộng đồng của họ có nhiều cơ hội tham gia phòng, chống HIV/AIDS, họ thấy được bảo vệ sức khỏe của mình và giúp cho cộng đồng của họ được dự phòng lây nhiễm HIV, được điều trị HIV/AIDS sớm.

***1.3. Tác động về giới:***

 Chính sách này nhằm điều chỉnh một số quy định của Luật để đảm bảo những người có nguy cao lây nhiễm HIV và người nhiễm HIV dễ tiếp cận với dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, trong đó đối tượng hưởng lợi nhiều thuộc về phụ nữ, các nhóm yếu thế và trẻ em. Quy định phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV miễn phí trước đây được quy định rõ hơn các nguồn lực để làm xét nghiệm miễn phí, phụ nữ mang thai và trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được đề xuất sử dụng các nguồn kinh phí để mua thuốc điều trị miễn phí, đảm bảo tính sẵn có ở các tỉnh để khi phát hiện phụ nữ nhiễm HIV và trẻ sinh ra từ phụ nữ mang thai được điều trị ngay nhằm giảm khả năng lây nhiễm HIV. Bổ sung chính sách cấp thuốc miễn phí điều trị ARV cho người nhiễm HIV trong các nhà giam, nhà tạm giam là những người thuộc nhóm yếu thế. Điều chỉnh giảm tuổi xét nghiệm HIV cho trẻ vị thành niên quy định như hiện nay là 16 tuổi thành từ 15 tuổi trở lên không cần sự đồng ý của bố mẹ, người giám hộ khi tham gia xét nghiệm HIV sẽ thuận lợi cho triển khai xét nghiệm HIV cho trẻ có nguy cơ lây nhiễm HIV phù hợp với bối cảnh hiện nay.

 Quy định về điều khoản miễn trừ đối với người nghiện ma túy khi tham gia điều trị nghiện các chất thay thể nếu không vi phạm các quy định tại Luật Xử phạm hành chính và Bộ luật Hình sự thì không bị đưa đi cai nghiện bắt buộc, về khía cạnh giới đây là nhóm yếu thế, bị sự kỳ thị của xã hội, do đó tạo điều kiện cho họ có cơ hội tái hòa nhập cộng đồng khi sử dụng thuốc điều trị thay thế các chất ma túy, qua đó tác động đến đời sống gia đình của họ, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em những người vợ, người con của người nghiện ma túy.

Việc cho phép người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV tham gia cung cấp một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng sẽ tạo điều kiện tích cực cho nhóm yếu thế cảm thấy có ích cho xã hội, việc các nhóm yếu thế tích cực tham gia vào hoạt động phòng, chống HIV/AIDS sẽ có tác động tích cực về vấn đề giới, chính những nhóm này sẽ dễ đồng cảm và dễ tiếp cận các nhóm dễ bị tổn thương, do đó thông qua các nhóm này những người nhiễm HIV, những người có nguy cơ cao sẽ được tiếp cận dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV, xét nghiệm và chuyển gửi điều trị HIV/AIDS sớm. Những tỉnh triển khai cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV thông qua tổ chức cộng đồng, có thể đóng góp phát hiện sớm những người nhiễm HIV, đóng góp 20-30% số trường hợp phát hiện mới mỗi năm ở các tỉnh, thành phố triển khai hoạt động này.

Do đó việc xây dựng chính sách về đảm bảo quyền được tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS có tác động rất lớn đối với vấn đề giới trong đó tác động trực tiếp đến nhóm người dễ bị tổn thương như phụ nữ, trẻ em, người quan hệ tình dục đồng giới, người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, phạm nhân nhiễm HIV.

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

Việc sửa đổi Điều 29 của Luật phòng, chống HIV/AIDS để thực hiện đúng theo quy định của Luật Đầu tư và quy định về điều kiện xét nghiệm HIV, trong đó quy định cho phép các cơ quan quản lý y tế cấp tỉnh được phép công nhận phòng xét nghiệm khẳng định HIV dương tính, quy đinh này sẽ không phát sinh thủ tục hành chính mới. Trước đây các cơ sở y tế đề nghị công nhận phòng xét nghiệm HIV sẽ gửi hồ sơ cho Bộ Y tế, sau đó Bộ Y tế thành lập đoàn thẩm định. Nếu theo quy định mới, các đơn vị chỉ gửi cho Sở Y tế, các Sở Y tế thành lập đoàn thẩm định. Việc làm này sẽ giảm thời gian thẩm định, giảm chi phí thẩm định do giảm chi phí đi lại của đoàn công tác.

Các điều chỉnh quy định khác không phát sinh các thủ tục hành chính mới.

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

Việc quy định cho phép người nghiện ma túy tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế không bị áp dụng đưa đi cai nghiện bắt buộc theo quy định tại Điều 96 của Luật Xử lý vi phạm hành chính. Do vậy, sẽ có thêm đối tượng được loại trừ theo khoản 2 Điều 96 của Luật xử lý vi phạm hành chính sẽ mở rộng thêm nhóm đối tượng tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế.

Phần lớn các nội dung của chính sách này được luật hóa từ các hệ thống văn bản quy phạm pháp luật hiện hành do đó sau khi Luật ban hành chỉ cần sửa lại Nghị định số108/2007/NĐ-CP, ngoài ra các Nghị định số 90/2016/NĐ-CP và Nghị định số 75/2016/NĐ-CP đã đảm bảo các nội dung với quy định mới đã được luật hóa gồm quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV.

**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[[13]](#footnote-13), 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[[14]](#footnote-14) 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[[15]](#footnote-15) 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[[16]](#footnote-16) = 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 quanđếnluật 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 43.000USD/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 vớichỉ 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:***

*1.3.1. Chương trình bao cao su:*

Tiếp theo thí điểm thành công năm 2000, Việt Nam đã có Chương trình 100% Sử dụng Bao cao su, nhằm tăng sử dụng bao cao su trong nhóm người làlao động tình dục. Chương trình này được củng cố bởi chương trình bao cao su đã được Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch thông qua nhắm vào các cơ sở du lịch, với mục tiêu cung cấp bao cao su miễn phí cho 80% khách sạn và nhà nghỉ trên toàn quốc vào năm 2015. Đến năm 2013, 14 triệu bao cao su nam đã được cung cấp miễn phí và 32 triệu bao cao su đã được bán thông qua tiếp thị xã hội. Theo Tổ chức Các dịch vụ dân số quố tế (PSI), 8,7 triệu bao cao su nam và nữ đã được bán và phân phối tại trên 4.200 điểm bán hàng phi truyền thống mà nhóm quần thể chính có thể tiếp cận tại 9 tỉnh[[17]](#footnote-17).Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm phụ nữ lao động tình dục khá cao, với 82,8% người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất trong năm 2014[[18]](#footnote-18). Đáng tiếc là, điều tra HSS+ không hỏi cụ thể về mức độ thường xuyên sử dụng bao cao su. Tỉ lệ sử dụng bao cao su trong nam giới thuộc nhóm quần thể chính là thấp, chỉ 54% nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn với một bạn tình nam, và 59% nam giới tiêm chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng năm 2014[[19]](#footnote-19). Điều này có ý nghĩa tác động đến bạn tình nữ của họ.

Tiếp cận với bao cao su miễn phí chưa phổ cập - nhiều phụ nữ được phỏng vấn và tham gia cuộc họp kiểm chứng đã nêu ra vấn đề này: cung cấp bao cao su vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu hoặc đòi hỏi cần thiết. Tình hình này càng trở nên khó khăn hơn do nguồn tài trợ ứng phó giảm - ví dụ, một chiến lược đề xuất chỉ để cung cấp bao cao su miễn phí cho lao động tình dục đường phố do những người này được cho là dễ bị tổn thương nhất. Thanh thiếu niên cũng không dễ tiếp cận bao cao su miễn phí, do đó, thường là sẽ tự bỏ tiền ra mua, hoặc sẽ không dùng.[[20]](#footnote-20) Bên cạnh đó, chất lượng của bao cao su trên thị trườngtự do cũng không tốt, một nghiên cứu năm 2014 chỉ ra rằng 26% bao cao su có chất lượng không đạt chuẩn[[21]](#footnote-21). Một lần nữa, điều này tạo ra những rào cản không chỉ đối với những người là lao động tình dục, mà còn đối với phụ nữ trẻ và trẻ em gái và bạn tình nữ của các thành viên nam trong nhóm quần thể chính để có thể tự bảo vệ mình khỏi HIV.

Do đó, các chiến dịch tiếp thị xã hội là một phần quan trọng của việc phân phát bao cao su, và thực tế là kênh duy nhất cung cấp bao cao su nữ vốn chưa có sẵn ở Việt Nam. Các cuộc phỏng vấn đem lại một cảm giác chung là bao cao su nữ sẽ không “phổ biến" tại Việt Nam. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu năm 2010 về việc chấp nhận sử dụng bao cao su nữ trong nhóm người là lao động tình dục ở Việt Nam, hơn một nửa số lao động tình dục cho biết họ sẽ tiếp tục sử dụng bao cao su nữ nếu chúng được cung cấp miễn phí, hoặc được bán với một mức giá phù hợp[[22]](#footnote-22). Đây là dấu hiệu tích cực vì điều quan trọng là mang lại cho (tất cả) phụ nữ (bao gồm, nhưng không dừng lại ở người là lao động tình dục) những lựa chọn thay thế cho bao cao su nam, đặc biệt những lựa chọn mà họ có kiểm soát tốt hơn – và điều này cho thấy có một thị trường ngách cho bao cao su nữ mà có thể là qua hình thức cấp phát miễn phí, hoặc là thông qua các chiến dịch tiếp thị xã hội. Chiến lược Quốc gia có đề cập tới chất khử vi rút, đây là một động thái tích cực cho thấy cam kết về việc cung cấp chất khử vi rút khi chất này có sẵn. Một chất khử vi rút hữu hiệu sẽ có tiềm năng tăng cường khả năng của (tất cả) phụ nữ trong việc thương lượng và thực hành tình dục an toàn.

*1.3.2. Giảm tác hại: Chương trình bơm kim tiêm và Chương trình điều trị duy trì bằng methadone*

Do tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy cao nên điều cấp thiết là tăng quy mô các chương trình giảm hại. Cách tiếp cận của Việt Nam về giảm hại cho người tiêm chích ma túy bao gồm Chương trình Bơm kim tiêm (NSP). Chương trình này sau thời gian triển khai đã tăng cả diện bao phủ và cung cấp bơm kim tiêm miễn phí thông qua mạng lưới đồng đẳng viên, các cơ sở tư vấn, xét nghiệm tự nguyện, và các phòng khám ngoại trú và Chương trình điều trị thay thế chất gây nghiện với liệu pháp duy trì bằng methadone (MMT). Số bơm kim tiêm trung bình được cung cấp cho người tiêm chích ma túy qua chương trình bơm kim tiêm đã tăng từ 140 bơm kim tiêm/người tiêm chích ma túy năm 2011 lên 180 trong năm 2012; con số này giảm xuống còn 98 trong năm 2013, và 76 vào năm 2014[[23]](#footnote-23). Tuy nhiên, tỷ lệ người tiêm chích ma túy đã báo cáo dùng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích cuối cùng của họ đã tăng nhẹ từ 95,3% năm 2011 lên 96,4% năm 2012, và 97,3% trong năm 2013[[24]](#footnote-24). Bằng chứng từ các cuộc phỏng vấn cho thấy các Chương trình Bơm kim tiêm trở nên kém hiệu quả, do thiếu kinh phí và không được triển khai một cách đầy đủ. Điều này có tác động đến tất cả người dùng ma túy, và đặc biệt đối với phụ nữ nói riêng, những người ít có khả năng tiếp cận dịch vụ trong mọi trường hợp. Ngược lại, nhiều người được phỏng vấn chỉ ra sự thành công của chương trình MMT; thực sự, các thảo luận xoay quanh chương trình Bơm kim tiêm ít hơn và chủ yếu tập trung vào chương trình cung cấp MMT.

Nghị định về điều trị nghiện và các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế năm 2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính và tăng cường tiếp cận với các dịch vụ MMT. Kết quả là các dịch vụ MMT đã được mở rộng từ 41 điểm (6.931 bệnh nhân) trong năm 2011 lên 80 điểm ở 30 tỉnh (15.542 bệnh nhân) vào năm 2013, đến 364 điểm ở 41 tỉnh (25.223 bệnh nhân) năm 2014. Một nghiên cứu của Cục Phòng chống HIV/AIDS do Tổ chức Y tế Thế giới hỗ trợ năm 2013 về lợi ích của việc lồng ghép MMT, tư vấn và xét nghiệm HIV, và điều trị ART cho thấy nam giới sống chung với HIV được điều trị MMT có nhiều khả năng được đăng ký vào chương trình chăm sóc và bắt đầu điều trị ART, và có tỷ lệ duy trì điều trị cao hơn so với nam giới không tham gia điều trị MMT[[25]](#footnote-25). Rõ ràng rằng trước khi triển khai một cách tiếp cận như vậy cho phụ nữ, cần nghiên cứu các tác động của nó lên phụ nữ.

***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[[26]](#footnote-26), 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[[27]](#footnote-27) 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[[28]](#footnote-28) 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[[29]](#footnote-29) = 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 quanđếnluật 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 rằngChương 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:***

*1.3.1. Chương trình bao cao su:*

Tiếp theo thí điểm thành công năm 2000, Việt Nam đã có Chương trình 100% Sử dụng Bao cao su, nhằm tăng sử dụng bao cao su trong nhóm người là lao động tình dục. Chương trình này được củng cố bởi chương trình bao cao su đã được Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch thông qua nhắm vào các cơ sở du lịch, với mục tiêu cung cấp bao cao su miễn phí cho 80% khách sạn và nhà nghỉ trên toàn quốc vào năm 2015. Đến năm 2013, 14 triệu bao cao su nam đã được cung cấp miễn phí và 32 triệu bao cao su đã được bán thông qua tiếp thị xã hội. Theo Tổ chức Các dịch vụ dân số quố tế (PSI), 8,7 triệu bao cao su nam và nữ đã được bán và phân phối tại trên 4.200 điểm bán hàng phi truyền thống mà nhóm quần thể chính có thể tiếp cận tại 9 tỉnh[[30]](#footnote-30).Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm phụ nữ lao động tình dục khá cao, với 82,8% người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất trong năm 2014[[31]](#footnote-31). Đáng tiếc là, điều tra HSS+ không hỏi cụ thể về mức độ thường xuyên sử dụng bao cao su. Tỉ lệ sử dụng bao cao su trong nam giới thuộc nhóm quần thể chính là thấp, chỉ 54% nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn với một bạn tình nam, và 59% nam giới tiêm chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng năm 2014[[32]](#footnote-32). Điều này có ý nghĩa tác động đến bạn tình nữ của họ.

Tiếp cận với bao cao su miễn phí chưa phổ cập - nhiều phụ nữ được phỏng vấn và tham gia cuộc họp kiểm chứng đã nêu ra vấn đề này: cung cấp bao cao su vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu hoặc đòi hỏi cần thiết. Tình hình này càng trở nên khó khăn hơn do nguồn tài trợ ứng phó giảm - ví dụ, một chiến lược đề xuất chỉ để cung cấp bao cao su miễn phí cho lao động tình dục đường phố do những người này được cho là dễ bị tổn thương nhất. Thanh thiếu niên cũng không dễ tiếp cận bao cao su miễn phí, do đó, thường là sẽ tự bỏ tiền ra mua, hoặc sẽ không dùng.[[33]](#footnote-33) Bên cạnh đó, chất lượng của bao cao su trên thị trườngtự do cũng không tốt, một nghiên cứu năm 2014 chỉ ra rằng 26% bao cao su có chất lượng không đạt chuẩn[[34]](#footnote-34). Một lần nữa, điều này tạo ra những rào cản không chỉ đối với những người là lao động tình dục, mà còn đối với phụ nữ trẻ và trẻ em gái và bạn tình nữ của các thành viên nam trong nhóm quần thể chính để có thể tự bảo vệ mình khỏi HIV.

Do đó, các chiến dịch tiếp thị xã hội là một phần quan trọng của việc phân phát bao cao su, và thực tế là kênh duy nhất cung cấp bao cao su nữ vốn chưa có sẵn ở Việt Nam. Các cuộc phỏng vấn đem lại một cảm giác chung là bao cao su nữ sẽ không “phổ biến" tại Việt Nam. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu năm 2010 về việc chấp nhận sử dụng bao cao su nữ trong nhóm người là lao động tình dục ở Việt Nam, hơn một nửa số lao động tình dục cho biết họ sẽ tiếp tục sử dụng bao cao su nữ nếu chúng được cung cấp miễn phí, hoặc được bán với một mức giá phù hợp[[35]](#footnote-35). Đây là dấu hiệu tích cực vì điều quan trọng là mang lại cho (tất cả) phụ nữ (bao gồm, nhưng không dừng lại ở người là lao động tình dục) những lựa chọn thay thế cho bao cao su nam, đặc biệt những lựa chọn mà họ có kiểm soát tốt hơn – và điều này cho thấy có một thị trường ngách cho bao cao su nữ mà có thể là qua hình thức cấp phát miễn phí, hoặc là thông qua các chiến dịch tiếp thị xã hội. Chiến lược Quốc gia có đề cập tới chất khử virút, đây là một động thái tích cực cho thấy cam kết về việc cung cấp chất khử vi rút khi chất này có sẵn. Một chất khử vi rút hữu hiệu sẽ có tiềm năng tăng cường khả năng của (tất cả) phụ nữ trong việc thương lượng và thực hành tình dục an toàn.

*1.3.2. Giảm tác hại: Chương trình bơm kim tiêm và Chương trình điều trị duy trì bằng methadone*

Do tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy cao nên điều cấp thiết là tăng quy mô các chương trình giảm hại. Cách tiếp cận của Việt Nam về giảm hại cho người tiêm chích ma túy bao gồm Chương trình Bơm kim tiêm (NSP), Chương trình này sau thời gian triển khai đã tăng cả diện bao phủ và cung cấp bơm kim tiêm miễn phí thông qua mạng lưới đồng đẳng viên, các cơ sở tư vấn, xét nghiệm tự nguyện, và các phòng khám ngoại trú và Chương trình điều trị thay thế chất gây nghiện với liệu pháp duy trì bằng methadone (MMT). Số bơm kim tiêm trung bình được cung cấp cho người tiêm chích ma túy qua chương trình bơm kim tiêm đã tăng từ 140 bơm kim tiêm/người tiêm chích ma túy năm 2011 lên 180 trong năm 2012; con số này giảm xuống còn 98 trong năm 2013, và 76 vào năm 2014[[36]](#footnote-36). Tuy nhiên, tỷ lệ người tiêm chích ma túy đã báo cáo dùng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích cuối cùng của họ đã tăng nhẹ từ 95,3% năm 2011 lên 96,4% năm 2012, và 97,3% trong năm 2013[[37]](#footnote-37). Bằng chứng từ các cuộc phỏng vấn cho thấy các Chương trình Bơm kim tiêm trở nên kém hiệu quả, do thiếu kinh phí và không được triển khai một cách đầy đủ. Điều này có tác động đến tất cả người dùng ma túy, và đặc biệt đối với phụ nữ nói riêng, những người ít có khả năng tiếp cận dịch vụ trong mọi trường hợp. Ngược lại, nhiều người được phỏng vấn chỉ ra sự thành công của chương trình MMT; thực sự, các thảo luận xoay quanh chương trình Bơm kim tiêm ít hơn và chủ yếu tập trung vào chương trình cung cấp MMT.

Nghị định về điều trị nghiện và các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế năm 2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính và tăng cường tiếp cận với các dịch vụ MMT. Kết quả là các dịch vụ MMT đã được mở rộng từ 41 điểm (6.931 bệnh nhân) trong năm 2011 lên 80 điểm ở 30 tỉnh (15.542 bệnh nhân) vào năm 2013, đến 364 điểm ở 41 tỉnh (25.223 bệnh nhân) năm 2014. Một nghiên cứu của Cục Phòng chống HIV/AIDS do Tổ chức Y tế Thế giới hỗ trợ năm 2013 về lợi ích của việc lồng ghép MMT, tư vấn và xét nghiệm HIV, và điều trị ART cho thấy nam giới sống chung với HIV được điều trị MMT có nhiều khả năng được đăng ký vào chương trình chăm sóc và bắt đầu điều trị ART, và có tỷ lệ duy trì điều trị cao hơn so với nam giới không tham gia điều trị MMT[[38]](#footnote-38). Rõ ràng rằng trước khi triển khai một cách tiếp cận như vậy cho phụ nữ, cần nghiên cứu các tác động của nó lên phụ nữ.

***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 quanđếnluật 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 quanđếnluật 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 quanđếnluật 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 tuy nhiên cũng mức độ đầu tư nhỏ hơn phương án 2, phương án này có tính khả thi cao và cũng góp hạn chế nguy cơ bùng phát lây nhiễm HIV. 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).

**Phần III**
**LẤY 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 IV**
**GIÁM 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.

Trên đây là báo cáo đánh giá tác động chính sách đối với dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế kính gửi Chính phủ xem xét.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận***:- Như trên;- Các Phó Thủ tướng Chính phủ;- VPCP;- VP Quốc hội;- Bộ Tư pháp;- Lưu: VT,AIDS, PC. | **KT. BỘ TRƯỞNG****THỨ TRƯỞNG****(Đã ký)****([daky]****Đỗ Xuân Tuyên** |

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) 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. 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-5)
6. 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-6)
7. 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-7)
8. 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-8)
9. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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-10)
11. Số liệu thống kê năm 2015 của Tổng cục Du lịch [↑](#footnote-ref-11)
12. 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-12)
13. 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-13)
14. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-14)
15. 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-15)
16. Số liệu thống kê năm 2015 của Tổng cục Du lịch [↑](#footnote-ref-16)
17. Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI). *Việt Nam: Giải pháp: HIV.*<http://www.psi.org/country/vietnam/#solutions> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016. 9 tỉnh ưu tiên trong Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Mỹ phòng chống AIDS (PEPFAR) [↑](#footnote-ref-17)
18. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014.* [↑](#footnote-ref-18)
19. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014.* [↑](#footnote-ref-19)
20. Các cuộc phỏng vấn: phụ nữ trong nhóm quần thể chính. [↑](#footnote-ref-20)
21. Khảo sát Crown Agents và hội thảo kiểm chứng của UNFPA <http://www.crownagents.com/news-and-know-how/news-archive/article/2014/04/23/crown-agents-condom-inspections-provide-vital-quality-statistics> Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016. [↑](#footnote-ref-21)
22. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS), SHAPC (Trung tâm phòng chống STI/HIV/AIDS), WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2000. Nhu cầu và sự Chấp nhận Bao cao su Nữ trong nhóm Phụ nữ tại quận Thanh Xuân và quận Đống Đa, Hà Nội. http://www.nzdl.org/gsdlmod?e=d-00000-00---off-0unaids--00-0----0-10-0---0---0direct-10- --4 ------- 0-1l - 11-en-50 --- 20-về --- 00-0-1-00-0--4 ---- 0-0-11 -10-0utfZz-8-00 & cl = CL1.7 & d = HASH01ad6a64d5c2cdceca417b80.1 & gt = 1 Truy cập ngày 01 tháng 6 năm 2016. [↑](#footnote-ref-22)
23. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.* [↑](#footnote-ref-23)
24. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.* [↑](#footnote-ref-24)
25. Cục Phòng chống AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014* [↑](#footnote-ref-25)
26. 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-26)
27. Điều tra hành vi sử dụng ma túy (HSS+) năm 2010. [↑](#footnote-ref-27)
28. 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-28)
29. 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-29)
30. Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI). *Việt Nam: Giải pháp: HIV.*<http://www.psi.org/country/vietnam/#solutions> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016. 9 tỉnh ưu tiên trong Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Mỹ phòng chống AIDS (PEPFAR) [↑](#footnote-ref-30)
31. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014.* [↑](#footnote-ref-31)
32. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014.* [↑](#footnote-ref-32)
33. Các cuộc phỏng vấn: phụ nữ trong nhóm quần thể chính. [↑](#footnote-ref-33)
34. Khảo sát Crown Agents và hội thảo kiểm chứng của UNFPA <http://www.crownagents.com/news-and-know-how/news-archive/article/2014/04/23/crown-agents-condom-inspections-provide-vital-quality-statistics> Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016. [↑](#footnote-ref-34)
35. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS), SHAPC (Trung tâm phòng chống STI/HIV/AIDS), WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2000. Nhu cầu và sự Chấp nhận Bao cao su Nữ trong nhóm Phụ nữ tại quận Thanh Xuân và quận Đống Đa, Hà Nội. http://www.nzdl.org/gsdlmod?e=d-00000-00---off-0unaids--00-0----0-10-0---0---0direct-10- --4 ------- 0-1l - 11-en-50 --- 20-về --- 00-0-1-00-0--4 ---- 0-0-11 -10-0utfZz-8-00 & cl = CL1.7 & d = HASH01ad6a64d5c2cdceca417b80.1 & gt = 1 Truy cập ngày 01 tháng 6 năm 2016. [↑](#footnote-ref-35)
36. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.* [↑](#footnote-ref-36)
37. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.* [↑](#footnote-ref-37)
38. Cục Phòng chống AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014* [↑](#footnote-ref-38)