

## Nhìn nhận lại

Công tác điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện

Tại Việt Nam (2005–2020):

Xây dựng trên những thành công

1 tháng 6, 2020

# Mục lục

Cơ quan tài trợ và lời cảm ơn	
Tóm tắt	2
Giới thiệu	5
Phương pháp nghiên cứu và những hạn chế	7
Bối cảnh Việt Nam khi triển khai công tác điều trị rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD)	8
Điều gì đã xảy ra: Những thay đổi từ 2005 tới 2020	10
Giai đoạn I: Xây dựng các mối quan hệ, các nguyên tắc nền tảng và Thí điểm (2005-2012)	10
Giai đoạn II: Đổi mới, Mở rộng, và những Thách thức để tới thành công (2012–2016)	14
Giai đoạn III: Xây dựng năng lực, Duy trì các nỗ lực, và Hướng về tương lai (2016–2020)	16
Điều gì có thể đã xảy ra:	
Những cơ hội không được nắm bắt và vận dụng 2005–2019	22
Định hướng sau 2020: Duy trì Thành tựu và Thực hiện các bước tiếp theo	24
Duy trì các thành tựu	24
Các bước tiếp theo	25
Kết luận	28
Tiến trình thời gian: Chính sách, Dữ liệu, Thí điểm và các sự kiện khác 1990–2020	30
Các từ viết tắt	33
Phụ lục	34
Phụ lục A: Hướng dẫn thảo luận các cuộc phỏng vấn có cấu trúc, phỏng vấn với các câu hỏi mở của SAMHSA/PEPFAR	34
Phụ lục B: Các yêu cầu về phỏng vấn (Các bảng tiếng Việt và tiếng Anh)	35
Phụ lục C: Danh sách người trả lời phỏng vấn	37
Phụ lục D: Các giám đốc của SAMHSA/Vietnam và các cố vấn kỹ thuật	38
Phụ lục E: Học viên tại các Trung tâm cai nghiện bắt buộc theo Nghị quyết 06/CP (1993), 2012–2020	38
Phụ lục F: Các đối tác quốc tế và các nhà tài trợ, 2005–2020	38
Tài liệu tham khảo và các nguồn thông tin	39

## Cơ quan tài trợ và lời cảm ơn

Báo cáo này được tiến hành theo yêu cầu của Văn phòng Quản lý Dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần tại Việt Nam (SAMHSA) - một trong những cơ quan thực hiện Kế hoạch Cứu trợ Khẩn cấp về Phòng chống AIDS của Tổng thống Hoa Kỳ (PEPFAR) tại Việt Nam. Công việc thực địa tại Việt Nam nhận được sự hỗ trợ của đội ngũ cán bộ SAMHSA Việt Nam và các đối tác thực hiện khác: Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI), ba Trung tâm Chuyển giao Công nghệ điều trị Nghiện và HIV của Việt Nam (VHATTCs), cùng những hỗ trợ từ Đại học California, Los Angeles, Trung tâm lồng ghép điều trị các rối loạn do nghiện chất ma túy và Đại học Y khoa Minnesota, Đại học Y Hà Nội (HMU), Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (UMP) và Đại học Lao động và Xã hội (ULSA). Các quan điểm nêu trong báo cáo này không nhất thiết phản ánh các quan điểm của SAMHSA/PEPFAR tại Việt Nam, Bộ Y tế và các Dịch vụ Con Người của Hoa Kỳ, hoặc bất kỳ cơ quan đối tác nào của Hoa Kỳ hoặc cơ quan của chính phủ Việt Nam hoặc tổ chức là đối tác tham gia. Các quan điểm được trình bày, duy nhất thuộc về trách nhiệm của tác giả.

Xin được chuyển lời cảm ơn và đánh giá cao tới Patricia Fogarty, biên tập viên chuyên nghiệp, đã giúp các công việc chỉnh sửa cho báo cáo này. Xin dành lời cảm ơn tới Sara Burke và Jeff Nguyễn, từ nhóm truyền thông của Technical Support Collaborative, Inc., một tổ chức phi lợi nhuận của Hoa Kỳ đã liên kết chặt chẽ và giúp tác giả phần

trình bày và dịch vụ kỹ thuật khác cho bản báo cáo.

Xin gửi lời cảm ơn và đánh giá cao tới đội ngũ cán bộ cán bộ của SAMHSA/PEPFAR tại Việt Nam: Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Huy Hoàng, Giám đốc; Thạc sĩ Nông Thị Thương, Phó giám đốc; Cử nhân Nguyễn Thùy Linh Trợ lý Chương trình, SAMHSA Việt Nam; và Tiến sĩ Kevin P. Mulvey, Cố vấn về lạm dụng các chất gây nghiện của SAMHSA và Giám đốc SAMHSA tại khu vực Đông Nam Á, những người đã tạo điều kiện và hỗ trợ cho việc tiến hành nghiên cứu này.

Xin được dành lời cảm ơn và đánh giá cao tới Bác sĩ Khuất Thị Hải Oanh, Phạm Thị Hạnh Vân và Nguyễn Minh Trang của tổ chức SCDI, những người đã hoàn trả những chi phí trực tiếp và có những ý kiến đóng góp vô cùng giá trị cho báo cáo này.

Xin trân trọng cảm ơn tới tất cả những người đã trả lời phỏng vấn, những người đã dành thời gian để chia sẻ một cách cởi mở và đầy nhiệt tình cho các cuộc phỏng vấn chính thức. Xin cảm ơn các bệnh nhân và các bạn đồng đảng viên tiếp cận cộng đồng, những người đã tự nguyện chia sẻ kinh nghiệm của họ về những vấn đề liên quan tới rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD) và những dịch vụ có liên quan đang được tiến hành tại Việt Nam.

Cuối cùng, xin được dành lời cảm ơn và đánh giá cao tới các cán bộ của các cơ quan Chính phủ Việt Nam, những người không những chỉ dành thời gian cho các cuộc phỏng vấn, mà còn tạo điều kiện để tiếp cận các cơ sở và các dịch vụ đang được các bộ, ngành của Chính phủ triển khai tại Việt Nam.

Tiến sĩ Victor Capoccia,  
Vineyard Haven, Massachusetts

1 tháng 6 năm 2020

## Tóm tắt

### Giới thiệu

Báo cáo này mô tả lại những thay đổi trong cách tiếp cận của Việt Nam đối với công tác điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUDs) trong thời gian từ tháng 10 năm 2005 đến tháng 2 năm 2020. Báo cáo như một câu chuyện, kể về những thay đổi đã được diễn ra trong việc hình thành các hoạt động điều trị; các cơ hội chưa được nắm bắt, vận dụng để bổ sung cho những đổi mới; và những cơ hội đang còn nằm ở phía trước để vừa duy trì những thay đổi đang được triển khai, đồng thời tiếp tục phát triển, hướng tới một hệ thống điều trị SUD đặc thù của Việt Nam, có kết hợp các thế mạnh của các giá trị văn hóa Việt Nam với thế mạnh của các hoạt động can thiệp về điều trị SUD dựa vào những bằng chứng đã thành công. Câu chuyện về quãng thời gian 15 năm thay đổi cách tiếp cận với các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) tại Việt Nam có nhiều tầng bậc. Câu chuyện về những thay đổi trong khung chính sách và pháp lý của Chính phủ Việt Nam (GVN), những thay đổi về các chương trình do các bộ, ngành của Chính phủ điều hành, những đầu tư đáng kể và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật đến từ các cơ quan Chính phủ quốc tế, sự vào cuộc của các tổ chức phi chính phủ (NGO) và các đối tác thực hiện khác, và điều cuối cùng cực kỳ quan trọng là việc thay đổi hành vi và lấy lại lòng tin của hàng chục ngàn người bệnh và gia đình của họ trên khắp 63 tỉnh/thành phố của Việt Nam.

Ấm hưởng quan trọng của những thay đổi trong giai đoạn này được nhìn thấy ở một người cha tại Hòa Bình, vào năm 2010, hàng tuần ông đã lái xe khoảng 100 km về Hà Nội để mua thuốc, mong sao giúp cậu con trai nghiện ma túy của mình tránh không bị nghiện, để không phải đi cai nghiện bắt buộc, và còn nữa, câu chuyện về một người phụ nữ điều trị, đã phục hồi vào năm 2019, tại một tỉnh phía Đông, chị rất tự hào, làm việc miệt mài để giúp hai anh em nghiện ma túy được vào chương trình điều trị methadone dựa vào cộng đồng. Trong phần xét tuyển vào chương trình điều trị này cũng gồm những câu hỏi đánh giá và tư vấn ngắn cho người sử dụng methamphetamine.

### Phương pháp và các hạn chế

Báo cáo này dựa vào nghiên cứu định tính, bao gồm một hướng dẫn thảo luận phỏng vấn có cấu trúc, được sử dụng với cỡ mẫu có chủ đích ở 64 người trả lời phỏng vấn; 47 người là viên chức và cán bộ của Chính phủ Việt Nam, cán bộ của PEPFAR tại Việt Nam, một số khác là các đối tác thực hiện chương trình PEPFAR hoặc là các chuyên gia kỹ thuật đã làm việc tại Việt Nam và ít nhất có 17 người trả lời phỏng vấn là người bệnh và thân nhân gia đình bệnh nhân. (Xin xem [Phụ lục A: Hướng dẫn thảo luận về các cuộc phỏng vấn có cấu trúc và các câu hỏi mở của SAMHSA/PEPFAR](#); [Phụ lục B: Các yêu cầu về phỏng vấn](#) (Các bảng tiếng Việt và tiếng Anh); và [Phụ lục C: Danh sách người trả lời phỏng vấn](#).) Ngoài ra, thông tin được xem xét và trích dẫn từ một số tài liệu, ấn phẩm báo cáo có ý kiến của các nhà chuyên môn đã hoặc chưa được xuất bản, chú trọng vào công tác phòng chống HIV/AIDS và rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện tại Việt Nam.

### Bối cảnh Việt Nam khi triển khai công tác điều trị rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD)

Điều quan trọng để nắm được báo cáo này là dựa trên những hiểu biết cơ bản về bốn yếu tố liên quan đến bối cảnh của Việt Nam. Trước tiên, Việt Nam là một quốc gia “thu nhập trung bình” đang phát triển rất nhanh (Xem đường dẫn <https://www.worldbank.org/en/country/vietnam/over-view>). Trên thực tế, điều này có nghĩa là đầu tư công tập trung chủ yếu vào phát triển kinh tế và xã hội phục vụ cho các nhu cầu cơ bản; xét về sự lựa chọn giữa đầu tư vào đường sá giao thông, nhà ở và trường học với việc hoặc dành nguồn lực cho sức khỏe tâm thần và điều trị SUD, thì đương nhiên lựa chọn cho đường giao thông, nhà ở và trường học sẽ được ưu tiên hơn.

Thứ hai, Việt Nam theo chế độ một đảng- Đảng cộng sản duy nhất lãnh đạo. Ý nghĩa thực sự của thực tiễn này là cần có sự quan tâm hiểu biết và hỗ trợ của lãnh đạo Đảng đối với bất kì sự thay đổi cơ cấu nào liên quan tới trật tự xã hội hiện hành.

Thứ ba, sức mạnh và vai trò của gia đình, cũng như cộng đồng địa phương, luôn tồn tại trong cuộc đời của mỗi con người. Các chuẩn mực của gia đình và cộng đồng địa phương luôn là điểm tựa đòn bẩy cho cuộc đời của mỗi cá nhân về kinh tế, xã hội và cộng đồng.

Cuối cùng, như ở hầu hết mọi nơi trên thế giới, cho dù công chúng có tuyên bố thế nào đi chăng nữa, thì sự kỳ thị mang tính xã hội vẫn luôn đeo đẳng với những người sử dụng ma túy, đặc biệt là những người sử dụng heroin và/hoặc Methamphetamine.

### Điều gì đã xảy ra: Những thay đổi từ 2005 tới 2020

Dẫn lời của chuyên gia quốc tế, Tiến sĩ Richard Rawson: "Hoạt động hợp tác điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện tại Việt Nam là hữu ích nhất trong các nỗ lực quốc tế mà tôi đã từng thấy; hoạt động này đã cứu sống sinh mạng con người và xây dựng năng lực. Đây là mô hình cho thấy cách làm thế nào để Hoa Kỳ có thể giúp đỡ các quốc gia khác."

Trong khuôn khổ có căn cứ vững chắc của phát biểu được trích dẫn này, bản báo cáo xin có những thảo luận như sau:

- Ở cấp độ chính sách, Chính phủ Việt Nam chỉ rõ các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) là một bệnh, không phải tệ nạn xã hội và Chính phủ đã đưa ra "một Đề án Đổi mới" nhằm chuyển đổi các trung tâm cai nghiện bắt buộc cho những người sử dụng ma túy thành các trung tâm điều trị tự nguyện, tổ chức một loạt các dịch vụ điều trị dựa trên bằng chứng có thuốc hỗ trợ và các dịch vụ lâm sàng.
- Mở rộng và xây dựng năng lực cho nguồn nhân lực thực hiện công tác này được triển khai từ sáng kiến của ba Trung tâm Chuyển giao công nghệ Điều trị nghiện và HIV-(VH-ATTC). Có khoảng 6.700 cán bộ/cán bộ đã được đào tạo về MMT, trong số đó có hơn 2.016 người được đào tạo về quản lý dự phòng, điều chỉnh hành vi, phỏng vấn tạo động lực và thực hành lâm sàng có liên quan và dựa trên bằng chứng.
- Số liệu về việc mở rộng các Cơ sở điều trị Methadone (MMT) của sáu trung tâm thí điểm tại Thành phố Hồ Chí Minh, Hải Phòng và Hà Nội lên tới hơn 300 phòng khám phục vụ cho 53.000 bệnh nhân ở tất cả 63 tỉnh/thành phố, Chính phủ đảm nhận hoàn toàn trách nhiệm với các cơ sở dịch vụ này.
- Cách tiếp cận hoặc quy trình được sử dụng nhằm đạt được những thay đổi này và cách làm thế nào để tạo ra những thay đổi.

### Điều gì có thể đã xảy ra: Những cơ hội không được nắm bắt và vận dụng trong giai đoạn 2005–2020

Báo cáo này cũng bàn luận về những cơ hội đã diễn ra trong giai đoạn này, nhưng không được kịp thời nắm bắt và vận dụng, đó là:

- Nhìn nhận các can thiệp SUD duy nhất dựa vào lăng kính là làm giảm thiểu lây lan của virus gây suy giảm miễn dịch ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS). Do đó, coi các rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện chỉ là các rối loạn do sử dụng các chất ma túy dạng thuốc phiện (OUD) và chỉ duy nhất tập trung vào điều trị bằng thuốc.
- Sự thiếu vắng của cách tiếp cận đầy đủ trong điều trị SUD nhằm giải quyết nạn gia tăng sử dụng các chất kích thích dạng amphetamine (ATS), cùng với hiện trạng chưa có được một can thiệp riêng cho cho những người sử dụng ATS, có hiệu quả cao giống như điều trị methadone, đã đưa tới tình trạng chỉ nhấn mạnh đến những thiếu sót của hệ thống can thiệp SUD dựa hoàn toàn, duy nhất cho chương trình PC HIV/AIDS và sử dụng các trung tâm cai nghiện, như một ứng phó mặc định là giải quyết vấn nạn sử dụng chất gây nghiện không phải Heroin.
- Chính sách của quốc gia đã củng cố hơn nữa việc giữ cân bằng giữa rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD) với rối loạn do sử dụng các chất ma túy dạng thuốc phiện (OUD), bằng việc quyết định giao cho Bộ Y tế đảm nhận các chương trình methadone và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) tiếp tục chịu trách nhiệm về công tác cai nghiện và các chất gây nghiện khác.

Dẫn lời của một người trả lời phỏng vấn: "Chú trọng vào PC HIV, để nhìn nhận SUD với giải pháp "chỉ duy nhất là điều trị methadone" càng làm gia tăng tình trạng phân chia hai ngã của các ứng phó với SUD tại Việt Nam"

### Định hướng sau 2020: Duy trì các Thành quả và Thực hiện các bước tiếp theo

Báo cáo trình bày hai mảng nội dung để xem xét các định hướng cho tương lai. Trước tiên, quan tâm đến cách làm thế nào để duy trì cho được những thay đổi tích cực đã được tạo lập và tránh được những mặc định đối với các giải pháp trong quá khứ, khi phải đối mặt với những vấn đề mới, phức tạp, ví dụ như tình trạng sử dụng ATS hoặc bất cứ chất ma túy mới nào có thể xuất hiện trong tương lai. Ví dụ về các thành tựu cần nên duy trì bao gồm:

- Sử dụng rộng rãi điều trị bằng thuốc để giải quyết vấn nạn sử dụng heroin.
- Duy trì các nội dung và nguyên tắc cốt lõi của Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ.
- Giữ vững tầm quan trọng của việc thu hút các thể mạnh về giá trị văn hóa của gia đình Việt Nam và gắn kết với cộng đồng địa phương.
- Đào tạo và hỗ trợ đội ngũ nhân lực mới, hoạt động về sức khỏe hành vi, khởi đầu đã được FHI 360 và Cục PC HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) hỗ trợ và sau này là ba Trung tâm HIV-ATTC đảm nhận tại Việt Nam.
- Hỗ trợ các lãnh đạo của Việt Nam trong việc duy trì công tác này.

Mảng nội dung thứ hai để xem xét định hướng cho tương lai bao gồm một loạt các bước đưa tới hình thành một hệ thống trung tâm điều trị rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD) của Việt Nam, để nhất quán chặt chẽ hơn nữa với các nguyên tắc đưa ra trong Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện của Thủ tướng năm 2013. Các bước này có thể bao gồm:

- Thí điểm một trung tâm mẫu hoàn chỉnh, cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD) dựa vào cộng đồng, do Bộ Y tế quản lý thông qua thỏa thuận hợp tác với Bộ LĐTBXH.
- Tiến hành phân tích tính khả thi về chi phí của việc mở rộng chi trả của bảo hiểm y tế, bao gồm cả điều trị SUD.
- Xây dựng các chuẩn mực và quy định trách nhiệm nhằm gia tăng số lượng và vai trò của cán bộ đồng đẳng hỗ trợ trong quá trình điều trị phục hồi.
- Hợp nhất các mô hình chuyển hướng điều trị và tòa điều trị ma túy vào một Trung tâm thí điểm toàn diện.
- Tiến hành phân tích các nhu cầu về điều trị SUD và các nguồn lực sẵn có cho các bệnh nhân nữ.
- Lập kế hoạch về xây dựng hệ thống nhân lực nhằm cung cấp dịch vụ, quản lý, đánh giá và tập hợp các kiến thức cho điều trị SUD trong tương lai.

Báo cáo ghi nhận sự hiện diện của hầu hết các bộ phận nòng cốt của hệ thống toàn diện về điều trị SUD tại Việt Nam. Báo cáo cũng nhận thấy từng bộ phận của một chương trình chăm sóc liên tục đầy tiềm năng, hiện đang được triển khai một cách độc lập như từng dịch vụ riêng biệt, do các đơn vị hành chính của Nhà nước ở các cấp khác nhau quản lý.

Mục tiêu nhằm xây dựng một hệ thống toàn diện và lồng ghép các dịch vụ điều trị SUD, sức khỏe tâm thần và chăm sóc y tế đa khoa là trong tầm tay của Việt Nam. Dựa vào những thay đổi đã diễn ra trong 15 năm qua, để hoàn thành được mục tiêu này đòi hỏi phải hiệu chuẩn lại các rào cản về hành chính và các thủ tục gây cản trở cho người bệnh tiếp cận các dịch vụ chăm sóc; tiếp tục phát triển đội ngũ nhân lực Việt Nam lành nghề và có uy tín; và người dân Việt Nam và các nhà lãnh đạo sẵn sàng đầu tư và kiên trì đối với các thay đổi mang tính hệ thống nhằm nắm được và đáp ứng một cách trực tiếp các nhu cầu điều trị của người bệnh liên quan tới rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD).

## Giới thiệu

Ca nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV/AIDS) đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam vào năm 1990, và đến năm 2003, ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam dao động từ 0,2 đến 0,8%, vào khoảng 110.000 đến 350.000 người<sup>1</sup>. Tìm hiểu rõ hơn tại thời điểm đó cho thấy sử dụng ma túy theo con đường tiêm chích (IDU) là xu hướng chính làm lây lan HIV/AIDS. Có tới 1/3 trong số 156.000 là người tiêm chích ma túy<sup>2</sup> đã nhiễm HIV/AIDS<sup>3</sup>. Do những nỗ lực to lớn của Chính phủ Việt Nam nhằm giải quyết tình trạng lây lan của HIV/AIDS<sup>4</sup>, thỏa thuận song phương giữa chính phủ Việt Nam và Hoa Kỳ đã mở đầu cho Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về PC AIDS (PEPFAR) năm 2004, đánh dấu khởi đầu của một nỗ lực toàn diện hơn về cả dự phòng lây nhiễm và điều trị HIV/AIDS cho người dân Việt Nam<sup>5</sup>. Chương trình PEPFAR đặt dưới sự điều phối của Văn phòng Điều phối viên PEPFAR, với sự giám sát của Văn phòng Điều phối PC AIDS Toàn cầu của Bộ Ngoại giao, bao gồm các cơ quan chính phủ khác nhau của Hoa Kỳ, như Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC), Bộ Quốc phòng Hoa Kỳ, và Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID).

Do có liên quan chặt chẽ giữa lây nhiễm HIV/AIDS với những người tiêm chích ma túy (PWID), PEPFAR đã kết hợp các phương pháp dự phòng lây nhiễm và điều trị cho người tiêm chích ma túy (IDU) như một chiến lược trọng yếu nhằm giảm lây truyền HIV/AIDS<sup>6</sup>. Vào năm 2005, Cục Quản lý các dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA) đã tham gia vào nhóm chương trình PEPFAR tại Việt Nam<sup>7</sup>. SAMHSA sử dụng chuyên môn kỹ thuật và kinh nghiệm về dự phòng, điều trị và phục hồi SUD, cùng với các

chương trình PEPFAR, trong đó chú trọng vào điều trị nghiện ma túy có thuốc hỗ trợ như một can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV<sup>8</sup>. Đầu năm 1993, cách tiếp cận nhằm giải quyết tình trạng sử dụng ma túy tại Việt Nam dựa trên quan điểm coi nghiện ma túy là "tệ nạn xã hội", những người sử dụng ma túy bị đưa vào các trung tâm cai nghiện bắt buộc và trung tâm giáo dục bắt buộc<sup>9</sup>. Đến năm 2008, diễn ra cùng lúc với áp lực từ các tổ chức quốc tế về việc đóng cửa các trung tâm cai nghiện bắt buộc và ký kết thỏa thuận song phương giữa hai chính phủ về chương trình PEPFAR, đã đưa tới việc lựa chọn cách tiếp cận dựa vào cộng đồng và dựa trên bằng chứng trong điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) như một biện pháp can thiệp nhằm khống chế lây truyền HIV/AIDS tại Việt Nam.

Năm 2019, Trụ sở chính của SAMHSA đã thông báo rằng tổ chức sẽ tập trung nguồn lực vào các ưu tiên trong nước và ngừng tham gia vào chương trình PEPFAR, quyết định này có hiệu lực từ ngày 30 tháng 9 năm 2020<sup>10</sup>. Báo cáo này sẽ ghi nhận về những thay đổi đã diễn ra trong công tác điều trị SUD tại Việt Nam, có thể được coi là một phần của lộ trình, trên một chặng đường, với điểm khởi đầu là tự quyết định hoạt động và điểm đích cuối cùng chưa biết về đâu. Phần về lộ trình này sẽ được thể hiện trong báo cáo, đó chính là quãng đường SAMHSA đã đi, cùng đồng hành với nhiều đối tác khác. Các dấu mốc trên lộ trình này được tạo ra với nhiều đối tác trước đây và những đối tác hiện tại, tất cả luôn sát cánh cùng SAMHSA/Việt Nam. Những thay đổi được mô tả trong quãng thời gian này không phải chỉ có SAMHSA tạo ra hoặc do SAMHSA gây ra, mà trên hết, tất cả đều gắn kết với sự hiện diện và tham gia của SAMHSA trong suốt giai đoạn này.

Quãng thời gian 15 năm SAMHSA tham gia cùng với chương trình PEPFAR tại Việt Nam là một câu chuyện đa diện—một mặt, đó là thời gian mở rộng một cách nhanh chóng điều trị cho người sử dụng heroin và Chính phủ tuyên bố: nghiện là một bệnh, và mặt khác, đó cũng là quãng thời gian đeo đẳng tình trạng kỳ thị liên quan đến sử dụng ma túy và phản ứng với vấn nạn sử dụng ma túy, sử dụng ma túy bị coi là một hành vi lầm lỗi do liên quan đến các chất gây nghiện cụ thể nào đó (ví dụ như heroin hoặc methamphetamine) chứ không phải là tình trạng rối loạn do nghiện, một bệnh liên quan đến tâm, sinh lý và xã hội.

Bản báo cáo này có ba mục tiêu:

- Đưa ra nhìn nhận tổng quan về sự phát triển và hiện trạng công tác điều trị SUD tại Việt Nam.
- Xác định các cơ hội để tạo ra những thay đổi trong suốt khoảng thời gian đó, nhưng chưa đã bị bỏ lỡ và không vận dụng được.
- Xác định và mô tả các cách thức nhằm duy trì và tiếp tục phát triển các dịch vụ điều trị SUD tại Việt Nam.

Tiến sĩ Dennis McCarty, một chuyên gia quốc tế khác, đã tóm tắt cách thức hoạt động của giai đoạn 15 năm qua, đưa ra trong báo cáo này: " Sự hiện diện của một hệ thống mạnh mẽ về điều trị duy trì bằng methadone (MMT), đã tạo ra một sự thay đổi nhất thời về 'trung tâm cai nghiện bắt buộc', cùng kéo theo nhu cầu cần huy động hỗ trợ to lớn từ gia đình và cộng đồng để xây dựng một hệ thống chăm sóc toàn diện, bởi lẽ sẽ luôn có sự xuất hiện của các loại ma túy mới.

## GHI CHÚ

1. Chương trình Phòng chống HIV/AIDS của Liên Hợp Quốc-UNAIDS, Thông tin Dịch tễ học về lây nhiễm HIV/AIDS và các bệnh lây qua đường dục, Việt Nam, 2004, [http://data.unaids.org/publications/fact-sheets01/vietnam\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/fact-sheets01/vietnam_en.pdf); Tổ chức Y tế Thế giới Tóm tắt Hồ sơ Quốc gia về Mở rộng Điều trị HIV/AIDS, Việt Nam, tháng 12 năm 2005.
2. Nguyễn Văn Minh, Lê Đức Hiền và Trần Xuân Nhật Cơ quan Liên Hợp Quốc về phòng chống Ma túy và Tội phạm-UNODC, “Tình hình Điều trị Lạm dụng và Phụ thuộc Ma túy, 2008, [https://www.unodc.org/docs/treatment/CoPro/Web\\_Viet\\_Nam.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/CoPro/Web_Viet_Nam.pdf).
3. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thanh Long và Trịnh Quân Huấn (2004), “Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam Tiến triển và Ứng phó”, Tập huấn về AIDS và Dự phòng 16 “ HIV/AIDS tại Châu Á Trang 137-154 doi: [10.1521/aeap.16.3.5.137.35527](https://doi.org/10.1521/aeap.16.3.5.137.35527).
4. [Pham Nguyen Ha](#),<sup>1,2\*</sup> [Anastasia Pharris](#),<sup>1</sup> [Nguyen Thanh Huong](#),<sup>3</sup> [Nguyen Thi Kim](#)

5. [Chuc](#),<sup>2</sup> [Ruairi Brugha](#),<sup>4</sup> and [Anna Thorson](#),<sup>1</sup> “The evolution of HIV policy in Vietnam: From punitive control measures to a more rights-based approach,” Global Health Action 3:1, 2010, doi: [10.3402/gha.v3i0.4625](https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.4625).
6. Anthony Fauci và Robert W. Eisinger, “Mười lăm năm và những sinh mạng được cứu sống/15 Years and Counting the Lives Saved ”, New England Journal of Medicine 378, [January 25, 2018](#), pp. 314-316, doi: [1056/NEJMp1714773PEPFAR](https://doi.org/10.1056/NEJMp1714773PEPFAR).
7. Hướng dẫn của PEPFAR về Dự phòng HIV cho người nghiện chích ma túy/The U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief Comprehensive HIV Prevention for People Who Inject Drugs, Revised Guidance.
8. Tham khảo [Phụ lục D: Các giám đốc và cố vấn của SAMHSA/See Appendix D: SAMHSA/Vietnam Directors and Technical Leads](#).
9. Committee on the Outcome and Impact Evaluation of Global HIV/AIDS Programs Implemented Under the Lantos-Hyde Act of

- 2008; Board on Global Health; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine, “Evaluation of PEPFAR,” Washington, DC: [National Academies Press](#) (US), June 27, 2013.
9. Các văn bản liên quan được xuất bản hoặc nhắc đến trong các cuộc phỏng vấn liên quan đến việc thành lập các trung tâm, 1993, nghị quyết 06/CP, tập trung vào giáo dục phòng chống, giảm cung và bài trừ ma túy, cai nghiện bắt buộc không bao gồm các phương pháp dựa trên bằng chứng cho đến năm 2008.
10. Bộ ngoại giao Hoa Kỳ, Thư tài trợ của PEPFAR cho Việt Nam, năm tài khóa 2021/ “COP 2020 Planning Level Letter/Part 2” January 16, 2020 (UNCLASSIFIED), p. 10.

## Phương pháp nghiên cứu và những Hạn chế

Báo cáo này tiến hành theo phương pháp phân tích định tính, được trình bày theo cách tường thuật hồi cứu, đồng thời đưa ra những đề xuất cho các hành động trong tương lai. Báo cáo dựa vào ba nguồn thông tin. Trước tiên, thông tin lấy từ các cuộc phỏng vấn có cấu trúc, được tiến hành thông qua hướng dẫn thảo luận, với cỡ mẫu có chủ đích là 29 chuyên gia cấp quốc gia của Việt Nam, công tác tại các cơ quan Chính phủ, những người làm việc cho chương trình PEPFAR và các tổ chức phi chính phủ có trụ sở tại Việt Nam; 18 cố vấn và chuyên gia quốc tế, kể cả cán bộ quốc tế của PEPFAR tại Việt Nam; và ít nhất có tới 17 người bệnh và thân nhân gia đình bệnh nhân<sup>1</sup>. Các cuộc phỏng vấn không được ghi âm lại nguyên văn, nhưng các ghi chép bổ sung đã được tiến hành xuyên suốt từng cuộc thảo luận. Những người trả lời phỏng vấn được thông báo rằng những ý kiến trao đổi của sẽ không được tiết lộ, nếu không được họ cho phép. Các cuộc phỏng vấn tại Việt Nam yêu cầu phải thông qua dịch thuật, trừ một trường hợp phỏng vấn, được thực hiện thông qua cùng một cộng tác viên nói cả tiếng Việt và tiếng Anh. Tất cả 53 cuộc phỏng vấn tại Việt Nam đã được lên kế hoạch thông qua SAMHSA/PEPFAR hoặc văn phòng của Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng

(SCDI), gồm một thư giới thiệu bằng cả tiếng Anh và tiếng Việt, có tóm tắt ngắn gọn về mục đích của cuộc phỏng vấn và hướng dẫn phỏng vấn.

Nguồn thông tin thứ hai bao gồm các tài liệu có ý kiến của các chuyên gia chuyên ngành ; các văn bản và tài liệu được công bố của Chính phủ Việt Nam, nhiều tài liệu dịch ; các báo cáo kỹ thuật của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Chương trình Phối hợp của Liên hợp quốc về PC HIV & AIDS (UNAIDS) và Cơ quan Liên hợp quốc về Phòng chống Ma túy và Tội phạm (UNODC); các tài liệu hướng dẫn của PEPFAR; và các bản tin, báo cáo của PEPFAR. Không có phần mềm hệ thống hoặc phân tích từ khóa nào được sử dụng để xem xét kho tài liệu khổng lồ này. Thay vào đó, tài liệu bằng văn bản đã được sử dụng để tham khảo, bổ sung và xác nhận hoặc đặt câu hỏi về các dữ liệu thu được từ phỏng vấn. Tài liệu nguồn cơ bản được liệt kê trong phần “[Thư mục các tài liệu tham khảo và Nguồn thông tin](#)” của báo cáo này.

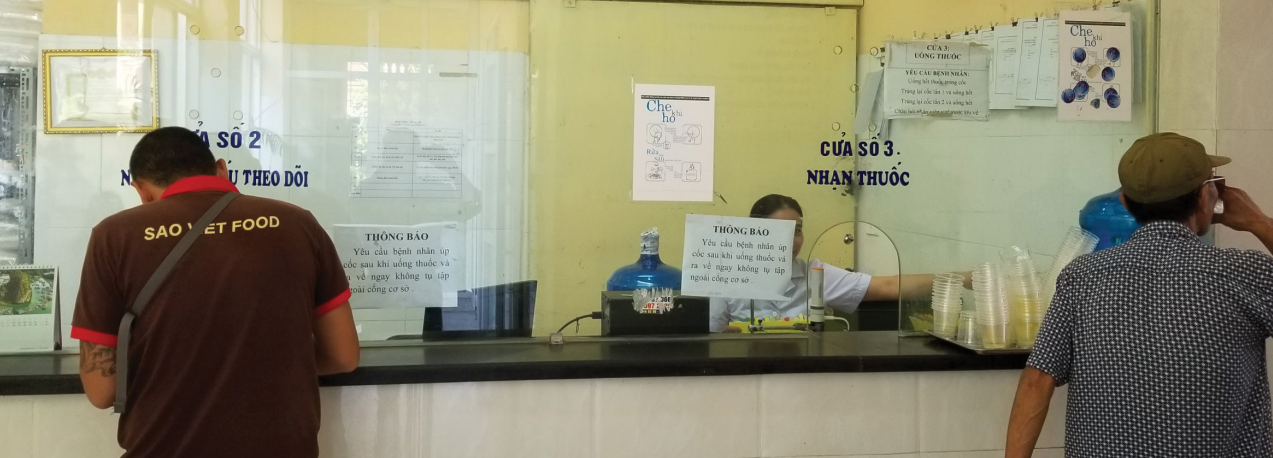
Nguồn thông tin thứ ba cho báo cáo này được rút ra từ các chuyến tới thăm thực địa của tác giả để trực tiếp quan sát cũng như nói chuyện với các bệnh nhân ngoại trú tại hai Cơ sở điều trị MMT; một trung tâm tự nguyện (trước đây là cơ sở cai nghiện); và ba nhóm hỗ trợ đồng đẳng đang trong giai đoạn phục hồi.

Báo cáo bị giới hạn do thông tin dựa cơ bản vào các dữ liệu định tính và các dữ liệu định lượng thứ cấp. Cả hai loại dữ liệu này lấy từ các nguồn có chủ đích, không phải từ các nguồn chọn ngẫu nhiên. Không có ví dụ so sánh hoặc kiểm chứng sử dụng cho nghiên cứu này. Một hạn chế hơn nữa được phát hiện về sự thiếu chính xác và nội dung không rõ ràng của các dữ liệu, được báo cáo từ cấp địa phương đến cấp quốc gia của nhiều cơ quan Nhà nước. Để hiểu rằng các dữ liệu được trích dẫn và/hoặc được báo cáo ở dạng văn bản có khác nhau đôi chút và thiếu phần tham chiếu hoặc tài liệu về nguồn dữ liệu.

Một lý do về vấn đề khác biệt các dữ liệu liên quan đến tỷ lệ hiện mắc các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) là một dữ liệu của Chính phủ yêu cầu người sử dụng ma túy tự đăng ký, có định danh, nên nhiều người sử dụng ma túy đã né tránh khai báo. Các con số báo cáo còn phức tạp hơn do yêu cầu phân công trách nhiệm đối với các chương trình liên quan đến nghiện ma túy giữa Bộ LĐTBXH, Bộ Y tế và Bộ Công an. Cuối cùng, phân tích này bị giới hạn do sự khác biệt về văn hóa, ngôn ngữ và kinh nghiệm, vốn dĩ thường xảy ra với các nghiên cứu do một người không phải dân bản xứ tiến hành.

## GHI CHÚ

1. Xem [phụ lục A: Hướng dẫn thảo luận về các cuộc phỏng vấn có cấu trúc, phỏng vấn với các câu hỏi mở của SAMHSA/PEPFAR](#); [Phụ lục B: Các yêu cầu về phỏng vấn](#) (bảng hỏi tiếng Việt và tiếng Anh); và [Phụ lục C: Danh sách người trả lời phỏng vấn](#).



Bệnh nhân tại một Cơ sở điều trị Methadone

## Bối cảnh Việt Nam khi triển khai công tác điều trị rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUD)

Hiểu biết chính xác về những thay đổi liên quan tới điều trị SUD tại Việt Nam, cũng như các cơ hội để phát triển hơn nữa công tác này, đòi hỏi phải có những hiểu biết thấu đáo về hoàn cảnh diễn ra những thay đổi trong quá khứ và viễn cảnh của những thay đổi sẽ diễn ra trong tương lai. "Bối cảnh" ở đây muốn đề cập đến tác động của những thay đổi trong môi trường xã hội, văn hóa, chính trị và thực tiễn, đã diễn ra rộng rãi từ cấp độ địa phương đến quy mô quốc gia. Một số tình huống chông chéo về bối cảnh đã xác định việc hình thành cách tiếp cận về điều trị SUD từ năm 2005 đến nay tại Việt Nam.

Bối cảnh xác định đầu tiên được hầu hết tất cả những người trả lời phỏng vấn đề cập tới, đó là điều trị SUD được đưa ra như một can thiệp trong nỗ lực ngăn chặn lây truyền HIV/AIDS, chứ không phải là biện pháp can thiệp nhằm giải quyết tình trạng nghiện ma túy. Đối với chương trình PEPFAR, lý do cơ bản để đưa vào chương trình điều trị SUD là do tình trạng tiêm chích ma túy (IDU) là con đường chính làm lây lan HIV/AIDS tại Việt Nam. Đối với Chính phủ Việt Nam, yếu tố quan trọng là do có tới 40% số học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc đã bị nhiễm HIV và gần như tất cả số học viên này lại quay lại tiêm chích, sau khi rời các trung tâm cai nghiện. Từ 2005, cách tiếp cận của Chính phủ Việt Nam nhằm giảm thiểu lây nhiễm HIV/AIDS đã rất thành công và được ghi nhận đầy đủ trong các nghiên cứu khác<sup>1</sup>.

Bối cảnh thứ hai được xác định: Việt Nam là một nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa, do Quốc hội gồm 498 đại biểu điều hành. Quốc hội bầu ra Chủ tịch nước, Thủ tướng, và được ghi trong hiến pháp đi theo đường lối kinh tế và xã hội do Đảng Cộng sản Việt nam lãnh đạo<sup>2</sup>. Ý nghĩa thực tiễn của cách tổ chức chính quyền của Việt Nam là việc ra quyết định ở mức độ tập trung cao, thông qua hệ thống chính trị từ các thôn, làng của tuyến xã tới quận/ huyện, tới tỉnh/thành phố và lên tới cấp trung ương. Kết quả cho thấy là, một khi quyết định được thông qua, ví dụ như việc điều trị nghiện chích heroin bằng methadone, thì mọi trở ngại để thực hiện quyết định này trên toàn quốc, chỉ có là phải hành động, không còn ngăn trở gì về chính trị hoặc tư tưởng. Hàm ý ngược lại cũng sẽ là không có cách tiếp cận nào được thực thi, cho đến khi được Chính phủ phê duyệt.

Một khía cạnh quan trọng khác liên quan tới bối cảnh, đó là tình hình kinh tế của Việt Nam. Ngân hàng Thế giới mô tả Việt Nam là một mô hình xuất sắc về phát triển kinh tế và xã hội, chuyển đổi từ năm 1986 với công cuộc Đổi mới, từ một "trong những quốc gia nghèo nhất thế giới" nhanh chóng chuyển đổi thành một quốc gia đang phát triển và đạt "quốc gia có thu nhập trung bình thấp" vào năm 2019<sup>3</sup>. Đổi mới bao gồm nâng cao mức độ thuận lợi về tiếp cận giáo dục; bảo hiểm y tế cơ bản; giảm nghèo; tăng trưởng việc làm; nước sạch, giao thông, và đầu tư cho cơ sở hạ tầng; và đạt được vị trí đầy triển vọng trong nền kinh tế toàn cầu. Chỉ dấu về phát triển tại Hà Nội và các tỉnh lân cận, đó là các nhà máy mới, đường cao tốc mới, các khu vực mới của thành phố, xe hơi, khách sạn, các trung tâm thương mại và chung cư của người dân-có thể thấy rõ ràng đối với bất kỳ du khách nào. Thành tựu phát triển kinh tế của đất nước cho đến hôm nay cũng phải trả giá; Rõ ràng nhất, đó là tình trạng suy thoái môi trường. Cái phải trả nhưng ít hiện hữu hơn, đặc trưng của một quốc gia đang phát triển, đó là đặt ưu tiên thấp hơn cho các đầu tư vào chất lượng cuộc sống, trong nội dung chúng ta đang bàn, đó là vấn đề về sức khỏe tâm thần và khả năng dự phòng và điều trị căn bệnh nghiện, những vấn đề này trở thành lựa chọn thứ hai hoặc thứ ba để đầu tư trong bối cảnh khan hiếm các nguồn lực.

Khung cảnh về sử dụng ma túy tại Việt Nam, cũng giống như nhiều quốc gia trên thế giới, tiến triển liên tục, kéo dài từ truyền thống bị coi là băng hoại

về đạo đức hoặc sử dụng ma túy là hành vi tội phạm (tội nạn xã hội) cho đến ngày nay, được nhìn nhận là một bệnh có thể điều trị được. Nhìn nhận sử dụng ma túy là "tội nạn xã hội" tại Việt Nam, vào những năm 1990, đã dẫn đến việc vận hành các trung tâm cai nghiện bắt buộc, những người sử dụng ma túy đã đăng ký đi cai lần đầu trong sáu tháng, và sau đó là hai năm hoặc đôi khi không xác định được khoảng thời gian.

Trung điểm của quá trình này vào năm 2013, khi Thủ tướng phê duyệt Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện nhằm giảm số lượng các trung tâm cai nghiện bắt buộc và tăng cường các cơ hội điều trị tự nguyện, dựa vào cộng đồng. Hầu hết những người trả lời phỏng vấn cho biết số lượng học viên trong các trung tâm này lúc đầu có giảm sau năm 2013, vì số lượng các phòng khám MMT và bệnh nhân được vào điều trị tăng lên; tuy nhiên, đến 2016, không có sự suy giảm học viên cai nghiện nữa, vì gia tăng tình trạng sử dụng chất kích thích dạng amphetamine (ATS)<sup>4</sup>. Yêu cầu tiếp tục phải sử dụng các trung tâm cai nghiện bắt buộc như một cứu cánh để giải quyết vấn nạn nghiện tại Việt Nam là hợp lý, vì mức chi tiêu của Chính phủ để hỗ trợ các trung tâm cai nghiện này cạnh tranh trực tiếp với những hỗ trợ cần có để triển khai điều trị nghiện có bằng chứng và dựa vào cộng đồng. Rủi ro cho tương lai là các trung tâm này sẽ trở thành một "giải pháp mặc định" cho tình trạng sử dụng ATS đang ngày càng gia tăng tại Việt Nam, nhưng lại vừa thiếu vắng một can thiệp đặc hiệu (như Methadone), và có hiệu quả cao để giải quyết tình trạng sử dụng ATS, vừa gặp

phải áp lực từ các chính phủ và tổ chức quốc tế không đồng tình với trung tâm cai nghiện bắt buộc vì liên quan đến các quyền con người.

Khi được hỏi về quan tâm của họ tới bối cảnh trong tương lai để điều trị tiếp tục được phát triển, những người trả lời phỏng vấn cho rằng quan trọng là số lượng tuy có ít, nhưng ngay từ đầu đã có các bộ phận thiết yếu của chương trình điều trị, thí điểm và cuối cùng các Cơ sở điều trị MMT được mở rộng để ngăn chặn lây lan của HIV.

Quá trình mở rộng MMT bao gồm:

- Tổ chức nhiều chuyến thăm thực địa tại các quốc gia khác- các mô hình cung cấp dịch vụ.
- Khởi xướng và đánh giá đồng thời dự án thí điểm MMT.
- Đầu tư của các nhà tài trợ cho các dự án thí điểm.
- Xác định rõ tính hiệu quả của các Cơ sở điều trị thí điểm.
- Cuối cùng là mở rộng các Cơ sở điều trị MMT.
- Quyển làm chủ cuối cùng để vận hành khoảng 300 Cơ sở điều trị khám MMT tại tất cả 63 tỉnh/thành phố thuộc về Chính phủ Việt Nam.

Ví dụ về phòng khám MMT làm sáng tỏ thực tế rằng thường thường Chính phủ Việt Nam không phải là "người chấp nhận ngay từ đầu", Chính phủ có thiện ý sẵn sàng tham gia vào các dự án thí điểm có đối chứng; muốn được chia sẻ các chi phí tài chính với các nhà tài trợ cho các can thiệp mới, cho tới khi các can thiệp được minh chứng có hiệu quả; và luôn tự hào về vai trò đi đầu khám phá các tri thức mới. Có thể, đây là những tiểu tiết, nhưng rõ ràng, không vì thế mà không quan trọng để mà ghi nhớ khi hoạch định kế hoạch phát triển trong tương lai.

### GHI CHÚ

1. [Phạm Nguyễn Hà](#), và các cộng sự, "Tiến triển của Chính sách phòng chống HIV tại Việt Nam"
2. Đại sứ quán Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam tại Hoa Kỳ, <http://vietnamembassy-usa.org/vietnam/politics/government-structure>.
3. Ngân hàng Thế giới, "Ngân hàng Thế giới tại Việt Nam," tháng 4, 2020, <https://www.worldbank.org/en/country/vietnam/overview>; Anja

Baum, "Những thành công về phát triển của Việt Nam và Chương trình nghị sự SDG chưa hoàn thành" QuỹTiền tệ Quốc tế, tháng 2, 2020.

4. Xem phụ lục E: Học viên đưa vào các trung tâm cai nghiện bắt buộc theo Nghị quyết 06/CP (1993), 2012–2020.

## Điều gì đã xảy ra: Những thay đổi từ 2005 tới 2020

Người trưởng nhóm đồng đẳng mỉm cười khi được yêu cầu nói về một việc làm mới đây để minh họa cho những công việc đang đảm nhận của bảy đồng đẳng viên, tham dự tại hội nghị. Một câu chuyện kể về hai anh em nghiện heroin, còn sử dụng cả amphetamines, một người đã có biến chứng về gan do bị viêm gan C, cả hai anh em đều không thể tin đó là hậu quả do sử dụng ma túy, nếu các lãnh đạo chính quyền địa phương không tham gia vào chương trình này. Sử dụng ma túy và bệnh tật của cả hai anh em đã gây ra những khó khăn cho gia đình. Trong thời gian hơn hai tháng, các đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng tới thăm gia đình, rồi gọi điện thoại, nhưng cả hai anh em đều làm ngơ, hoặc không bắt máy. Người đồng đẳng viên kiên trì chờ đợi vài lần đến tận tối để gặp và nói chuyện với hai anh em. Các đồng đẳng viên lại tới gia đình và gặp bằng được người chị gái, nhờ giúp đỡ để tiếp cận hai anh em đang sử dụng ma túy.

Sau gần bốn tháng kiên trì tiếp cận, người anh đã xuất hiện và gặp gỡ với trưởng nhóm đồng đẳng. Cuộc gặp gỡ là khởi đầu cho một quá trình vượt qua nỗi sợ hãi để đăng ký vào chương trình điều trị của một phòng khám MMT và người anh đã được vào điều trị; kể đến người em cũng tham gia vào chương trình điều trị. Cả hai anh em đều kiểm được việc làm về xây dựng. Câu chuyện này minh họa cho sự kiên trì, vai trò và sức mạnh gia đình, cùng với hỗ trợ của đồng đẳng viên để người bệnh tiếp cận được dịch vụ điều trị SUD.

Câu chuyện cũng có thể được sử dụng nhằm minh họa cho đường vòng cung về triển khai điều trị SUD tại Việt Nam, diễn ra trong ba giai đoạn cụ thể<sup>1</sup>, từ năm 2005 đến 2020. *Năm 2005, giai đoạn xây dựng các mối quan hệ, tạo lập các nguyên tắc nền tảng và thí điểm.* Có thể, hai anh em sử dụng ma túy này có nhiều khả năng đã bị áp dụng biện pháp đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc, thay vì được nhận vào điều trị theo phương pháp dựa vào bằng chứng, vì lúc đó MMT còn rất mới tại Việt Nam và mạng lưới đồng

*Vòng phát triển can thiệp SUD tại Việt Nam từ 2005 đến 2020, được thể hiện qua ba giai đoạn: Giai đoạn xây dựng các mối quan hệ, tạo dựng các nguyên tắc nền tảng; giai đoạn đổi mới, mở rộng và khó khăn, thách thức để đi đến thành công; giai đoạn xây dựng năng lực, duy trì các nỗ lực và hướng về tương lai.*

đẳng viên tiếp cận cộng đồng can thiệp SUD chưa được bắt đầu.

Đến năm 2012, thời kỳ đổi mới, mở rộng và những khó khăn, thách thức để đi tới thành công. Triển khai chương trình MMT mới và bắt

đầu tận dụng sự tham gia của mạng lưới đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng. Như thế, hai anh em sử dụng ma túy này có nhiều khả năng hơn để tìm kiếm dịch vụ điều trị. Đồng thời, lúc đó Việt Nam thông qua các mục tiêu đưa 40% số người sử dụng ma túy vào điều trị nghiện, tại các cơ sở chăm sóc dựa vào cộng đồng, theo khuyến cáo của WHO, thay vì đưa vào trung tâm cai nghiện. Giai đoạn này chứng kiến sự thay đổi từ các biện pháp kiểm soát trừng phạt sang nhiều hơn cách tiếp cận dựa trên các quyền và có bằng chứng hiệu quả, ví dụ như giảm hại, điều trị hỗ trợ bằng thuốc và trợ cấp cho các chi phí điều trị. Trong thời gian gần đây, bắt đầu từ năm 2016, giai đoạn xây dựng năng lực, duy trì các nỗ lực và hướng về tương lai, nếu hai anh em này, lại tiếp tục sử dụng ATS, họ sẽ phải đối mặt với thực tế giữa giải pháp mang tính mặc định là đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc, hoặc tới các cơ sở điều trị tại cộng đồng để được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc lồng ghép điều trị rối loạn do sử dụng ATS và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

### Giai đoạn I: Xây dựng các mối quan hệ, tạo lập các nguyên tắc nền tảng và thử nghiệm (2005-2012)

Hai anh em trong câu chuyện trên rất có thể đã không tìm thấy hoặc được đưa tới điều trị SUD trong giai đoạn khởi đầu này, không phải vì không có hoạt động, hoặc không quan tâm, mà bởi vì, với sự gia tăng tài trợ của chương trình PEPFAR, của các

nỗ lực về điều trị SUD trong giai đoạn này tập trung vào việc xây dựng các mối quan hệ, chia sẻ kiến thức, xây dựng lòng tin và thí điểm các can thiệp có bằng chứng phù hợp với bối cảnh chính trị/ văn hóa của Việt

Nam. Hai anh em sử dụng ma túy này rất có thể đã được các cơ quan thực thi pháp luật tại địa phương xác định đã sử dụng ma túy vài ba lần, và đưa hai anh em sử dụng ma túy ra Ủy ban Nhân dân xã ít nhất hai lần. Và, giả sử hai anh em vẫn tiếp tục sử dụng ma túy, chính quyền địa phương sẽ áp dụng biện pháp đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc Theo Nghị quyết 06/CP năm 1993, các trung tâm này được quyền "giáo dục lại, trừng phạt và phục hồi" cho những người sử dụng ma túy<sup>2</sup>. Việc các trung tâm cai nghiện bắt buộc liên tục thất bại trong việc hoàn thành cho được 2 nhiệm vụ trong số 3 nhiệm vụ được trao này, cùng với đầu tư tài chính và các chi phí của gia đình, đồng thời với việc không đồng tình của quốc tế về các trung tâm này, đã đưa tới bối cảnh ra đời các sáng kiến dựa vào cộng đồng, bắt đầu được triển khai trong thời gian này và được mở rộng đến hiện nay.

Việt Nam phát hiện ca nhiễm HIV/AIDS đầu tiên vào đầu những năm 1990. Số lượng ca nhiễm gia tăng lên trong suốt thập kỷ, vào năm 2000 từ hàng ngàn tới hơn 10.000 ca mới phát hiện hàng năm<sup>3</sup>, với ước tính khoảng 160.000 người nhiễm HIV/AIDS. Đồng thời, Việt Nam cũng ghi nhận tình trạng gia tăng cùng lúc số lượng người tiêm chích ma túy (PWID), cho thấy tình trạng sẵn có của heroin và các loại ma túy dạng thuốc phiện, thay thế cho việc chỉ hút thuốc phiện trước đó. Tiêm chích ma túy chiếm hơn nửa (53%) số ca nhiễm HIV/AIDS<sup>4</sup>. Mặc dù trong báo cáo này không có số ước tính hợp lý về tỷ lệ người tiêm chích ma túy trong cùng thời kỳ (1990, 2000), nhưng ước tính năm 2004 theo báo cáo có khoảng 170.400 người sử dụng ma túy tại Việt Nam<sup>5</sup>. Tới 2012, ước tính có 208.866 người nhiễm HIV/AIDS<sup>6</sup> và 171.000 báo cáo sử dụng ma túy, 85% sử dụng heroin<sup>7</sup>.

Như được đề cập trong phần. "[Phương pháp nghiên cứu và các Hạn chế](#)" của báo cáo này (phần trên), tỷ lệ hiện mắc các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) có thể bị ước tính thấp, vì các con số chỉ chủ yếu phản ánh số lượng người tự báo cáo sử dụng ma túy bất hợp pháp, không có số liệu về liên quan đến sử dụng rượu bia, và các số liệu này do ba bộ khác nhau theo dõi, phục vụ cho các nhiệm vụ khác nhau. Theo báo cáo của Brookings và dựa trên Báo cáo về Ma túy trên toàn cầu năm 2014 của UNODC, một ước tính hợp lý là trên toàn thế giới, có 0,53% số người từ 14 đến 64 tuổi đã sử dụng thuốc phiện<sup>8</sup>. Phiên giải số liệu này, thì ước tính có khoảng 335.990 người sử dụng ma túy trong thời gian này tại Việt Nam.

Vào 2005-2006, Chính phủ Việt Nam và tất cả các đối tác hỗ trợ khác đều nhận thức rằng nỗ lực nhằm san phẳng biểu đồ gia tăng các ca nhiễm HIV/AIDS phụ thuộc vào việc giảm lây truyền HIV trong nhóm những người tiêm chích ma túy. Một ứng phó đa chiều-đặt dưới sự điều phối của PEPFAR/SAMHSA, Chính phủ Việt Nam và Cục PC HIV/AIDS (VAAC), có sự hỗ trợ của một loạt các đối tác, như FHI360 và SCDI, hình thành "một mô hình hợp tác quốc tế và điều phối để cứu sinh mạng con người và xây dựng năng lực". SCDI tham gia vào cả các hoạt động vận động chính sách và giảm thiểu tác hại, vì tổ chức này làm việc với những người nhiễm HIV/AIDS và với những người sử dụng ma túy. FHI 360 tham gia xây dựng các tiêu chuẩn và quy trình để hướng dẫn triển khai can thiệp điều trị SUD dựa trên bằng chứng và hỗ trợ cho một chuyên gia quốc tế để đào tạo và xây dựng hướng dẫn hỗ trợ cho việc mở rộng các cơ sở điều trị.

Những người trả lời phỏng vấn liên tục đề cập tới các cấu phần đã thành công như sau:

- Các lãnh đạo của SAMHSA/PEPFAR đã lắng nghe và lưu ý các khía cạnh văn hóa và chính trị trong quá trình xây dựng các chương trình can thiệp.
- Những cán bộ chủ chốt của Chính phủ Việt Nam từ các bộ khác nhau, cũng như Văn phòng Chính phủ (OOG) và văn phòng Thủ tướng, luôn đi đầu trong việc thay đổi và xây dựng chính sách.
- Hỗ trợ của PEPFAR/CDC/USAID đã chú trọng vào vấn đề SUD với các nguồn lực, song song với các can thiệp xét nghiệm HIV/AIDS và điều trị kháng virus.
- Đầu tư các nguồn tài chính và chuyên môn kỹ thuật từ các đối tác quốc tế, như đã nêu trong [Phụ lục F: Đối tác và nhà tài trợ quốc tế](#):
- Hỗ trợ quốc tế chú trọng vào nghiên cứu và phát triển nhân lực tại các trường đại học.
- Sử dụng một cách có chiến lược các chuyên tham quan thực địa ngoài nước và triển khai các dự án thí điểm làm bằng chứng.

Theo những người trả lời phỏng vấn, chìa khóa cho quá trình xây dựng các quy trình và các dịch vụ điều trị SUD đó là thời gian các cán bộ của SAMHSA để lắng nghe, thấu hiểu và tạo dựng niềm tin với các viên chức của Chính phủ; đặc biệt nhắc tới Karl White năm 2005-2008 và Kevin Mulvey năm 2008-2014. Nhiệm vụ "lắng nghe", không chỉ giới hạn với các cán bộ cán bộ của SAMHSA, bao gồm có bốn cấu phần: giao tiếp thân mật không nghi thức và giao thiệp với những người có trách nhiệm liên quan tại địa phương; giao các vị trí có trách nhiệm cho các

cán bộ Việt Nam có đủ năng lực đảm trách (tất cả các cầu phần của chương trình PEPFAR đều giao cho cán bộ Việt Nam đảm nhận các vị trí có quy định trách nhiệm); đưa tới Việt Nam các chuyên gia chuyên ngành đóng vai trò cố vấn/cố chuyên môn về đào tạo năng lực (Richard Rawson, Walter Ling, Elinore McCance-Katz, Robert Ali, và Don Des Jarlais đã làm cố vấn trong suốt giai đoạn này); đưa các lãnh đạo chủ chốt của Việt Nam tới thăm các mô hình chăm sóc dựa vào bằng chứng, đặc biệt tại các nước trong khu vực Đông Nam Á (ví dụ: các đối tác đã cùng nhau tài trợ cho các chuyến tham quan học tập về các chương trình MMT tại Hồng Kông, Úc, Hoa Kỳ và Kuala Lumpur)

Việc rà soát các nội dung thích hợp, có liên quan tới chính sách điều trị SUD trong giai đoạn này từ các bộ luật, nghị định, chỉ thị và chiến lược cụ thể (tại Việt Nam; mỗi loại văn bản này có một ý nghĩa pháp lý riêng biệt. Quốc hội cùng với các cơ quan hành pháp và cơ quan hành chính xây dựng và ban hành các văn bản này) luôn được xác định là rất khó khăn<sup>9</sup>. Đây là một thực tế, nằm ngoài phạm vi nghiên cứu của báo cáo này. Tuy nhiên, các tài liệu và những người trả lời phỏng vấn luôn đưa ra những nhận xét nhất quán rằng các chính sách ma túy ngay lập tức chuyển từ các quy định tập trung giam giữ, chú trọng vào những hình phạt cho tội phạm, một trong những biện pháp được cho là cứng rắn nhất trên thế giới, sang chính sách dựa vào khoa học, chú trọng vào sức khỏe và giảm thiểu các nguy cơ đe dọa tới sức khỏe của người sử dụng ma túy. Cả hai biện pháp hình phạt cho tội phạm và y tế đối với người sử dụng ma túy đều cùng tồn tại trong chính sách của Việt Nam, giống như nhiều nơi khác trên thế giới hiện nay. Sự xuất hiện ở cấp độ chính sách, khi Chính phủ nhìn nhận các rối loạn do sử dụng ma túy là vấn đề sức khỏe, trong bối cảnh tăng cường các nỗ lực ngăn chặn dịch HIV/AIDS, được thể hiện trong Chiến lược

quốc gia về PC HIV/AIDS năm 2004; Chỉ thị /CP 54 năm 2005; Luật phòng chống HIV/AIDS Quốc hội thông qua năm 2006 (điều chỉnh năm 2009 và 2012); bỏ hình sự hóa việc sử dụng ma túy trong bộ Luật hình sự (Điều 199) năm 2008- 2009; và Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện Ma túy năm 2013, sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

### Điều gì đã xảy ra: Những thay đổi từ 2005-2020

Trong khi các nỗ lực làm giảm thiểu lây nhiễm HIV/AIDS vẫn đang tiến triển, thì các hoạt động về xây dựng mối quan hệ, tạo dựng lòng tin, cùng với những thay đổi về chính sách đã tạo ra bối cảnh cho việc khởi xướng các chương trình giảm hại và điều trị nghiện ma túy bằng thuốc trong suốt giai đoạn này. Giảm hại tập trung chủ yếu vào xét nghiệm HIV, phân phát bao cao su và bơm kim tiêm sạch. Sáu phòng khám methadone điều trị cho những người sử dụng các chất dạng thuốc phiện được thành lập, 3 Cơ sở MMT tại Thành phố Hồ Chí Minh và 3 Cơ sở MMT tại Hải Phòng vào năm 2008, tiếp theo thí điểm loại hình thứ ba tại Hà Nội. Sáu phòng khám MMT đầu tiên ban đầu điều trị cho trên 1.200 bệnh nhân, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những bệnh nhân này đã duy trì điều trị rất tốt cùng với tình trạng sức khỏe và những cải thiện tình trạng nhiễm HIV/AIDS<sup>10</sup>.

Thí điểm điều trị MMT là những mô hình hợp tác quốc tế giữa Chính phủ Việt Nam, PEPFAR và các đối tác khác. PEPFAR có ưu thế lớn trong việc hỗ trợ trực tiếp cho vận hành các cơ sở thí điểm này. SAMHSA, cùng với FHI 360, đã cung cấp các hỗ trợ kỹ thuật và giúp đào tạo nguồn nhân lực cho giai đoạn thí điểm. Các đối tác quốc tế khác, như cơ quan Viện trợ Vương quốc Anh, WHO và Quỹ toàn cầu, hỗ trợ mảng nghiên cứu và triển khai các hoạt động. Do đạt được các kết quả tích cực từ giai đoạn thí điểm, Chính phủ Việt Nam đã chủ động hơn trong việc tiếp nhận

cách làm này, thông qua Bộ Y tế và Bộ LĐTBXH, cho mở rộng điều trị MMT tại 41 cơ sở, điều trị cho 7.000 bệnh nhân; trong 2011 và 2012, có 60 cơ sở MMT, cho 12.253 người bệnh.

Theo những người trả lời phỏng vấn, những thay đổi rõ rệt về chính sách và mở rộng chương trình MMT đã nhận được hỗ trợ to lớn các lãnh đạo chính phủ ở các một số cấp độ khác nhau, những người đã đi tiên phong trong việc phát triển và mở rộng phương pháp điều trị SUD tại cộng đồng và dựa vào bằng chứng. Các nhà lãnh đạo và những người đi tiên phong được liệt kê, và danh sách này không chỉ giới hạn ở đây:

- Ngài Trương Vĩnh Trọng, nguyên Phó Thủ tướng Chính phủ, người đã phê chuẩn cho thí điểm điều trị methadone và chỉ đạo tất cả các bộ, ngành phối kết hợp triển khai thí điểm bắt đầu từ 2007.
- Tiến sĩ Hoàng Văn Kế, nguyên Phó Chủ tịch Ủy ban Nhân dân Thành phố Hải Phòng, người đã tình nguyện đi tiên phong đảm nhận thí điểm điều trị methadone tại thành phố của ông, đồng thời chỉ đạo tất cả các ban, ngành, đoàn thể của Thành phố tham gia thực hiện chương trình thí điểm này. Hiện tại, ông đang bảo trợ cho các cán bộ hỗ trợ trong giai đoạn phục hồi để giúp đỡ các bệnh nhân methadone.
- Ông Nguyễn Trọng Đàm nguyên Thứ trưởng Bộ LĐTBXH, người chỉ đạo việc thực hiện kế hoạch chuyển đổi. Kế hoạch này, cùng với chương trình MMT, đã giúp cải thiện hệ thống cai nghiện và điều trị phục hồi. Ông cũng là người phê duyệt triển khai MMT trong các trung tâm điều trị tự nguyện.
- Bác sĩ Lê Minh Giang, Phó giáo sư và là Người sáng lập Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo về HIV/

AIDS (CREATA), và điều phối viên của Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Điều trị Nghiện & HIV Việt Nam (VHATTC) tại Đại học Y Hà Nội (HMU). Ông đã chỉ đạo thực hiện dự án xây dựng năng lực do SAMHSA tài trợ để đào tạo và theo dõi chương trình MMT.

- Bác sĩ Đỗ Văn Dũng, Giám đốc VHATTC tại Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh (UMP). Ông chỉ đạo việc thực hiện các hoạt động xây dựng năng lực về điều trị SUD, và tạo điều kiện thuận lợi cho việc hợp tác mạnh mẽ với các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức cộng đồng (CBO) và các cơ quan chính phủ ở các tỉnh miền Nam, Việt Nam
  - Tiến sĩ Đoàn Hữu Bảy, Phó Vụ trưởng Vụ Khoa Giáo Văn Xã của Văn phòng Chính phủ, người đã làm nhiệm vụ phối kết hợp công việc triển khai các dịch vụ điều trị nghiện ma túy bằng thuốc và kế hoạch chuyển đổi công tác cai nghiện giữa ngành y tế và các tổ chức xã hội dân sự.
  - Tiến sĩ Nguyễn Cửu Đức, Quyền Phó Vụ trưởng Vụ Khoa Giáo Văn Xã, Văn phòng Chính phủ, người đã vận động cho công tác xây dựng năng lực phục vụ công tác điều trị SUD.
  - Giáo sư, Tiến sĩ Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế, người chịu trách nhiệm chỉ đạo tiến hành các thủ tục và quy trình cần thiết để thí điểm và mở rộng các cơ sở điều trị MMT.
- Ngoài những nhà lãnh đạo và các viên chức Chính phủ, còn có những người đi đầu ở tuyến địa phương cho việc phát triển dịch vụ điều trị dựa vào bằng chứng tại cộng đồng trong khu vực NGO non trẻ của Việt Nam và trong

các đơn vị then chốt của chương trình PEPFAR tại Việt Nam. Họ là:

- Bác sĩ Khuất Thị Hải Oanh, người Sáng lập và Giám đốc điều hành của Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI), người vận động chủ chốt cho Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện và là đối tác chiến lược của các cán bộ, lãnh đạo của Việt Nam, đồng thời là đối tác thực hiện các sáng kiến thí điểm dựa vào cộng đồng, như Cơ sở Điều trị Nghiện tại Cộng đồng (CATS).
- Tiến sĩ Nguyễn Tố Như, cựu Phó Giám đốc FHI 360 Việt Nam, người đã làm việc chặt chẽ với Bộ Y tế để xây dựng và triển khai các hướng dẫn và tiêu chuẩn chất lượng cho thí điểm MMT, và là người đã hỗ trợ đào tạo cán bộ và hướng dẫn các hoạt động của chương trình cho đến khi VHATTC đảm đương vào năm 2015.
- Bác sĩ Nguyễn Thị Minh Ngọc, Trưởng nhóm Điều trị và Chăm sóc HIV, của USAID/ PEPFAR, người từ năm 2005 đã làm việc với các tổ chức phi chính phủ, chuyên gia kỹ thuật và làm việc với tất cả các bộ, ngành của Chính phủ Việt Nam để cung cấp các dịch vụ xét nghiệm, điều trị và giảm hại, cùng các biện pháp can thiệp dự phòng cho người bệnh trên toàn quốc.
- Bác sĩ Hoàng Nam Thái, Cán bộ Chăm sóc và Điều trị, CDC Việt Nam, Đại sứ quán Hoa Kỳ, Hà Nội, Việt Nam. Bác sĩ Thái đã làm việc với FHI 360, soạn thảo các chính sách và hướng dẫn, và xây dựng năng lực cho chương trình điều trị bằng thuốc.
- Bác sĩ Vũ Huy Hoàng, cựu Chuyên gia Y tế Công cộng, hiện là Giám đốc của SAMHSA Việt Nam, người

lo liệu, điều phối và duy trì những hỗ trợ kỹ thuật cần thiết cho các cấu phần về điều trị nghiện tại Việt Nam.

- Thạc sĩ Nông Thị Thương, Phó Giám đốc SAMHSA Việt Nam, chịu trách nhiệm quản lý các đối tác đang cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và trực tiếp thực hiện các dịch vụ điều trị nghiện.

Những người có trọng trách đi tiên phong trong thời gian này về cơ bản đã hợp pháp hóa việc chuyển đổi quan điểm từ nghiện là một sự băng hoại về đạo đức và thất bại của hành vi sang nghiện ma túy là một bệnh có thể điều trị được. Những người đi tiên phong được nhắc tới ở giai đoạn này đã cổ vũ cho phương pháp điều trị nghiện dựa trên bằng chứng và dựa vào cộng đồng thông qua nhiều vai trò khác nhau như:

- Ủy quyền và chỉ đạo việc thực hiện.
- Vận động và huy động sự ủng hộ cho các hành động.
- Cung cấp tư vấn kỹ thuật và chiến lược để thực hiện các hành động.
- Tạo ra các nguồn lực sẵn có để hỗ trợ hành động.
- Kết nối những người cần phải hành động.

Cùng trong thời điểm đó, các chính sách mới và các chương trình thí điểm nổi lên rõ nét hơn, các nguồn lực cũng được đầu tư vào xây dựng năng lực để hướng tới tương lai. Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về lạm dụng chất gây nghiện và HIV (CREATA) của Đại học Y Hà Nội, do Tiến sĩ Lê Minh Giang quản lý, bắt đầu tập trung vào HIV vào giữa những năm 1990 và kỷ niệm 25 năm thành lập vào năm 2020. Trong khoảng thời gian đó, Trung tâm đã thu hút hơn 6.200 các chuyên gia y tế từ 48 tỉnh/ thành phố vào các chương trình đào





Trung tâm chữa bệnh, giáo dục lao động xã hội Số 5 tại Hà Nội

tao liên quan đến nghiện và HIV; có sáu cán bộ/cán bộ tham gia các chương trình nghiên cứu sinh quốc tế; tham gia hoặc là tác giả của hơn 50 bài báo tạp chí; và nhận được tài trợ cho hơn 10 dự án nghiên cứu có tính cạnh tranh cao. Trung tâm tại Đại học Y-Dược Thành phố HCM (UMP), đứng đầu là Tiến sĩ Đỗ Văn Dũng, cũng tham gia vào công tác đào tạo, điều phối và nghiên cứu trong suốt thời gian này. Ví dụ, UMP đã tổ chức hơn 50 khóa đào tạo, ở cấp độ cơ bản và nâng cao, cho Thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam; thu hút sự tham gia các khoa y tế công cộng, tâm thần học và y học gia đình vào các nỗ lực can thiệp SUD; hợp tác với các đối tác quốc tế như Cơ quan quốc tế phòng chống Ma túy và Thực thi Pháp luật và UNODC để thí điểm các can thiệp cho người sử dụng ATS và phụ nữ. Các khoản đầu tư do địa phương cung cấp và chi phí để tiến hành các nghiên cứu; kết quả nghiên cứu được các nhà hoạch định chính sách của địa phương sử dụng trong quá trình đưa ra các quyết định. Nghiên cứu của địa phương cũng

là niềm tự hào chính đáng mà Việt Nam vừa là người đóng góp, đồng thời là người hưởng lợi một khối lượng lớn các kiến thức về can thiệp SUD dựa vào bằng chứng. Những lợi ích này được tích lũy như một đầu tư cho quá trình phát triển nguồn nhân lực. Đào tạo những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện có để cung cấp dịch vụ chăm sóc, đáp ứng các tiêu chuẩn chất lượng cho thấy hiệu quả tức thời của chương trình, đồng thời hỗ trợ đào tạo trình độ tiến sĩ tại quốc gia và quốc tế đảm bảo rằng nghiên cứu được tiến hành tại địa phương sẽ sẵn sàng để giúp đưa ra các quyết định về chính sách trong tương lai. Xây dựng năng lực tiến hành dưới cả hai hình thức nghiên cứu và đào tạo đã nhận được hỗ trợ to lớn từ PEPFAR trong suốt giai đoạn đầu này. Thỏa thuận với tổ chức quốc tế, như Abt Associates, FHI 360, và Đại học Y khoa Minnesota đã đưa tới những đóng góp từ các cố vấn chuyên gia, như Tiến sĩ Ted Hammett, của Abt, người đã tham gia vào nhiều sáng kiến nghiên cứu

do Viện Quốc gia về lạm dụng ma túy (NIDA) tài trợ, Bác sĩ Peter Banys, của FHI 360, và Bác sĩ Gavin Bart, người đã cố vấn và giám sát lâm sàng cho hàng trăm cán bộ y tế cung cấp MMT trong giai đoạn thí điểm và mở rộng cho đến hiện nay. **Giai đoạn II: Đổi mới, Mở rộng và những Thách thức để tới Thành công (2012–2016)** Câu chuyện về hai em sử dụng ma túy trên đây, nhẽ ra có thể gặp được cơ hội tốt hơn để tìm được dịch vụ điều trị căn bệnh nghiện heroin của họ trong thời gian đầu của giai đoạn này. Khởi đầu của giai đoạn này là niềm lạc quan về: những thay đổi ở cấp độ chính sách với tuyên bố rõ ràng là nghiện ma túy là một căn bệnh, không phải tội phạm (cho dù bộ Luật Hình sự vẫn "còn giữ nguyên"); các cơ sở MMT thí điểm và thực tiễn của các can thiệp giảm hại đã đưa ra những bằng chứng đầy đủ để chuyển sang giai đoạn mở rộng; Chính phủ Việt Nam đã đảm nhận toàn bộ trách nhiệm đối với các cơ sở MMT; tỷ

lệ nhiễm HIV/AIDS giảm; và số lượng người sử dụng ma túy phải chuyển đến cai nghiện bắt buộc cũng giảm xuống, trong khi số người đăng ký vào điều trị tại các phòng khám MMT tăng lên. Song, một tình huống thay đổi xảy ra ở cuối giai đoạn này rất có thể gạt bỏ mất cơ hội để hai anh em này được thực sự vào điều trị. Đó là, tình trạng sử dụng ATS ngày càng tăng, nhưng vẫn chưa có được một can thiệp đặc hiệu và đơn giản như cách điều trị methadone cho người nghiện heroin. Thực tế này đã dẫn tới việc phải tăng cường sử dụng các trung tâm cai nghiện bắt buộc, sau ba năm suy giảm số lượng học viên. *Thay đổi đáng kể nhất về chính sách trong giai đoạn này được thể hiện ở Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện<sup>11</sup>*, được Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Tấn Dũng phê duyệt vào năm 2013. Phần kỹ thuật của Đề án Đổi mới được chuẩn bị vào 2011 và 2012, phối kết hợp các kinh nghiệm thực hành tốt nhất từ các cơ quan của Chính phủ Việt Nam, các trường đại học Y-Dược; các tổ chức NGOs trong nước và quốc tế (như: SCDI và FHI 360); và các đối tác quốc tế như: UNAIDS và UNODC, WHO, chính phủ Úc và chính phủ Pháp và các chuyên gia cố vấn của PEPFAR). Đề án Đổi mới đã hoạch định các can thiệp điều trị SUD tự nguyện, tại cộng đồng, dựa trên bằng chứng của các nghiên cứu và có lồng ghép các dịch vụ liên quan về hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe. Dự kiến một phần của các dịch vụ này sẽ do mạng lưới đổi mới của các trung tâm cai nghiện bắt buộc cung cấp, do Bộ Y tế và Bộ LĐTBXH phối kết hợp quản lý. *Thay đổi quan trọng đứng thứ hai về chính sách trong giai đoạn này là việc chuyển giao một cách có kế hoạch các trách nhiệm tài chính, hành chính và kỹ thuật của các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS do chương trình PEPFAR tài trợ tại Việt Nam cho Chính phủ Việt Nam<sup>12</sup>*. Khi được Quốc hội Hoa Kỳ thông qua năm 2003 như một ứng phó toàn cầu khẩn cấp phòng chống HIV/AIDS, chương trình PEPFAR được thiết kế có ba giai đoạn. Giai đoạn đầu tiên là

tài chính trực tiếp và vận hành các dịch vụ xét nghiệm, dự phòng và điều trị; thứ hai là xây dựng năng lực cho chính phủ sở tại để thực hiện các hoạt động này; và thứ ba là giai đoạn chuyển giao các chức năng này sang cho chính phủ sở tại, quá trình này tiếp tục cho đến ngày hôm nay. *Nhu cầu cần nhanh chóng phát triển đội ngũ nhân lực có kỹ năng cho việc mở rộng điều trị bằng MMT*, cũng như cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe có lồng ghép các dịch vụ thiết yếu tại cộng đồng, như đã được đưa ra trong Đề án Đổi mới Công tác cai nghiện đã có câu trả lời, khi SAMHSA Việt Nam đã giới thiệu mô hình Trung tâm chuyển giao công nghệ điều trị nghiện (ATTC) của Hoa Kỳ cho các chương trình quốc tế của PEPFAR. Năm 2011, thí điểm thành lập Trung tâm Chuyển giao công nghệ điều trị nghiện và HIV (VHATTC) của Việt Nam đã được tổ chức tại Đại học Y Hà Nội (HMU) và Thông báo Thỏa thuận Hợp tác đã được công bố để hỗ trợ thí điểm trung tâm thứ hai vào năm 2015 tại Đại học Y-Dược Tp Hồ Chí Minh (UPM)<sup>13</sup>. Trung tâm VHATTC thứ ba đã được tài trợ cho năm sau đó tại Đại học Lao động và Xã hội (ULSA), trực thuộc Bộ LĐTBXH. Cùng nhau hoạt động, cả ba trung tâm VHATTC của Việt Nam đang cung cấp các khóa đào tạo, dưới cả hình thức tại chỗ và qua các chương trình giáo dục liên kết trực tuyến, cho các đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng; Cán bộ tại các cơ sở MMT của ngành y tế, cũng

như các cơ sở điều trị methadone trực thuộc ngành lao động thương binh và xã hội; các bác sĩ, điều dưỡng và tư vấn viên. Vào năm 2018, các trung tâm VHATTC đã báo cáo đào tạo được hơn 5.100 cán bộ cho 249 cơ sở điều trị<sup>14</sup>. Các trung tâm VHATTC được hỗ trợ bởi PEPFAR thông qua SAMHSA. Một thỏa thuận hợp tác với Đại học California, Los Angeles, Chương trình lồng ghép can thiệp Lạm dụng các chất gây nghiện để tài trợ, quản lý và giám sát kỹ thuật và hỗ trợ cho ba trung tâm. Các Trung tâm VHATTC đã trở thành phương tiện chủ chốt thực hiện nâng cao năng lực cần thiết cho việc điều trị SUD tại Việt Nam cho Chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ kể cả PEPFAR, Quỹ toàn cầu và các tổ chức khác. Việc mở rộng nhanh chóng các cơ sở MMT trên toàn quốc phản ánh rõ mục đích của Đề án Đổi mới và thể hiện sự thay đổi to lớn về các chương trình can thiệp trong giai đoạn này. Từ lúc khởi đầu năm 2012 với 60 phòng khám phục vụ gần 13.000 bệnh nhân<sup>15</sup>, đến 2014 bệnh nhân tiếp cận điều trị methadone đã tăng lên 19.000 người tại 103 phòng khám MMT<sup>16</sup> và cuối cùng vào năm 2016, lên tới hơn 53.000 bệnh nhân được điều trị tại 336 phòng khám. Tác động của công tác Đổi mới đã được nhìn thấy trong các chuyến thăm tới ba cơ sở vào tháng 9 năm 2019. *Chuyến thăm đầu tiên tới một cơ sở MMT tại Hà Nội, của ngành y tế, bắt đầu hoạt động từ năm 2012 với 140 bệnh nhân. Hiện tại, có 550 và hầu hết là*



Cán bộ của SAMHSA tới thăm và hỗ trợ kỹ thuật tại một phòng khám Methadone

bệnh nhân nam (bệnh nhân nữ chiếm dưới 10%) hàng ngày tới phòng khám để uống thuốc. Hai tư vấn viên là điều dưỡng, một người tham gia công việc này ngay từ khi cơ sở mới thành lập, trung bình một ngày hẹn gặp 20 bệnh nhân. Thuốc ở dạng dung dịch được bơm phân phát từ một bình chứa được bơm bằng tay có hiệu chuẩn. Cuộc thảo luận với sáu bệnh nhân tại cơ sở, những người đã tham gia điều trị từ một đến bảy năm, nổi bật là niềm tự hào rằng họ có thể làm việc và hỗ trợ cho gia đình; họ được bạn bè giới thiệu đến phòng khám; và họ thấy các cán bộ phòng khám gần đây có nhiều đổi mới trong việc tôn trọng bệnh nhân. Những bệnh nhân này cũng đề cập đến tình trạng gia tăng sử dụng ATS trong số bạn bè cùng trang lứa và lợi ích của tiếp cận đồng đẳng như phòng khám này, và phòng khám cũng là địa bàn nghiên cứu của dự án thí điểm về Sử dụng ma túy và Các bệnh lây qua đường máu tại Việt Nam (DRIVE), trọng tâm nghiên cứu về ATS.

*Chuyển tới thăm thứ hai* là một trung tâm do Cục phòng chống tệ nạn Xã hội của Bộ LĐTBXH điều hành, được thành lập năm 2007 và từ năm 2015 được chuyển từ trung tâm cai nghiện bắt buộc sang cơ sở điều trị nội trú và ngoại trú tự nguyện. Vào thời điểm đó, trung tâm này chỉ có dưới 300 học viên nội trú và 120 bệnh nhân ngoại trú tại cơ sở MMT. Các học viên nội trú có thời gian lưu trú trung bình sáu tháng, bắt đầu bằng 15 ngày cai nghiện, tiếp đến thực hiện lịch hoạt động hàng ngày gồm làm việc/học nghề, tư vấn nhóm và thời gian giải trí. Chi phí chăm sóc được chia sẻ giữa Nhà nước (70%) và gia đình (30%). Gần 25% các bệnh nhân này sử dụng ATS. Phòng khám MMT ngoại trú tuân theo các quy định, thủ tục của Bộ Y tế, như được mô tả ở trên.

*Chuyển đi thăm thứ ba* tới một cơ sở MMT của Cục PC Tệ nạn Xã hội, Bộ LĐTBXH, được bắt đầu vào năm 2011 và hiện đang điều trị cho 400 bệnh nhân MMT. Vào năm 2015, cơ sở này đã tham

gia hợp tác với Liên minh Quốc gia về Vận động cho Methadone, một tổ chức vận động chính sách có trụ sở tại Hoa Kỳ, và Liên hiệp các hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA) tại Hải Phòng để thí điểm sáng kiến hỗ trợ phục hồi cho các bệnh nhân methadone. Chương trình hỗ trợ phục hồi đồng đẳng, còn gọi là hỗ trợ phục hồi cho các bệnh nhân điều trị bằng thuốc, tổ chức các nhóm đồng đẳng đang trong giai đoạn phục hồi, tiếp cận với những người tiêm chích tại cộng đồng. Mô hình hỗ trợ phục hồi này đã được Tiến sĩ Hoàng Văn Kế, người nhận giải thưởng Nyswander-Dole của Hiệp hội Hoa Kỳ về Điều trị phụ thuộc Opioid (AATOD), vì những công lao to lớn của Ông trong việc thực thi các sáng kiến về điều trị methadone và hỗ trợ phục hồi.

Vào năm 2015, thí điểm về Điểm điều trị nghiện tại cộng đồng (CATS) tại tỉnh Bắc Giang nhằm thể hiện một cách chặt chẽ ý tưởng của Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện của Thủ tướng Chính phủ, đã được SCDI tổ chức theo yêu cầu của Ủy ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm, với sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của Dự án Hành động của Châu Á về Giảm tác hại, Đại sứ quán Pháp, Quỹ Xã hội mở và SAMHSA<sup>17</sup>. Điều cơ bản là sáng kiến CATS rất đặc biệt, thể hiện bằng điều trị là tự nguyện và được tiến hành theo các hướng dẫn dựa vào bằng chứng. Các cấu phần bao gồm cai nghiện, tiếp cận đồng đẳng, điều trị bằng thuốc, tư vấn, kết nối chuyển gửi tới các dịch vụ y tế liên quan, chuyển gửi và kết nối tới các dịch vụ hỗ trợ xã hội, ví dụ như việc làm và nhà ở. Thí điểm bắt đầu tại một tỉnh và trong vòng một năm được mở rộng thêm sang hai tỉnh nữa.

Một thí điểm nữa, sử dụng Buprenorphin/Naloxone để điều trị nghiện và Tăng cường kết quả phòng chống HIV tại Việt Nam (BRAVO), được khởi xướng vào năm 2014. Thí điểm dựa trên một nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên có so sánh tác động của buprenorphin và naloxone

(suboxone) với methadone dựa vào tải lượng virus của bệnh nhân tiêm chích ma túy có nhiễm HIV. Mặc dù nghiên cứu này đặt mục tiêu nhằm xem xét khả năng có thêm lựa chọn ngoài methadone để điều trị nghiện ma túy, nhưng các đầu ra chủ yếu là chỉ số về HIV/AIDS. Tuy nhiên, nghiên cứu này và một nghiên cứu trước đây do NIDA tài trợ cũng đánh giá việc sử dụng buprenorphine điều trị bệnh nghiện các chất dạng thuốc phiện tại Việt Nam. Tóm lại, khoảng thời gian này là một mở rộng nhanh chóng các cơ sở MMT và thay đổi chính sách theo hướng coi nghiện ma túy là một bệnh, cho dù ngay lúc đó đã báo trước các ứng phó này có giới hạn với tình trạng gia tăng sử dụng ATS.

### Giai đoạn III: Xây dựng năng lực, Duy trì các nỗ lực, và Hướng về tương lai (2016–2020)

Chính tại giai đoạn thứ ba này, hai anh em sử dụng ma túy đã đồng ý vào chương trình điều trị, sau những phản kháng ban đầu. Điều này thường gặp ở người mắc căn bệnh nghiện. Sau đó với kỹ năng và sự kiên trì trong nhiều ngày tháng của các đồng đẳng viên nhiệt tình tiếp cận hỗ trợ trong giai đoạn phục hồi của nhóm Hải đăng, một tổ chức cộng đồng (CBO). Đồng đẳng viên này là một trong rất nhiều đội ngũ đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng, họ luôn sẵn sàng hoạt động, vì các thí điểm của giai đoạn trước đã chứng minh được tính hiệu quả và khả năng hỗ trợ của đội ngũ đồng đẳng viên. Câu chuyện về hai anh em được kể tiếp đến 2020, họ đã có việc làm về xây dựng, gắn kết với gia đình, và vẫn tiếp tục tham gia điều trị.

Việc nhân rộng những bài học thành công của hai anh em này, giờ đã trở nên thách thức hơn nhiều, khi ATS đã xuất hiện nhiều và phổ biến hơn, đặc biệt trong nhóm những người trẻ sử dụng ma túy. Theo UNODC, năm 2018, đã có hơn 223.000 người sử dụng ma túy được báo cáo tại Việt Nam, so với ước tính 175.000 người sử dụng trong

năm 2013. Heroin vẫn tiếp tục là ma túy được lựa chọn sử dụng nhiều nhất trong năm 2019, chiếm 2/3 tổng số người sử dụng ma túy, nhưng 2/3 số mới báo cáo là những người sử dụng ATS, tăng từ khoảng 22% sử dụng ATS trong số những người sử dụng ma túy mới được báo cáo vào năm 2013<sup>16</sup>.

Việc thay đổi mô hình sử dụng ma túy này rất đáng chú ý, bởi vì tới thời điểm này, hệ thống phòng chống sử dụng ma túy tại Việt Nam, thứ nhất, được xây dựng để hoạt động trong bối cảnh các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS và thứ hai, là hệ thống phòng, chống sử dụng ma túy hoạt động nhằm giải quyết việc sử dụng chỉ một loại ma túy, đó là heroin/thuốc phiện mà thôi. Cho dù sử dụng ATS cũng tác động rất rõ ràng đến các nỗ lực phòng chống HIV/AIDS và đặc biệt đối với nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và người mại dâm. Sử dụng ATS còn vượt cả ra ngoài các quần thể này và kéo theo tình trạng mắc chứng bệnh tâm thần và các rối loạn chức năng xã hội.

Năm 2018, chương trình phòng chống HIV/AIDS vẫn duy trì 316 cơ sở điều trị Methadone ở tất cả 63 tỉnh/thành phố, cung cấp điều trị cho 52.677

bệnh nhân, thực hiện được 65% mục tiêu quốc gia được Thủ tướng Chính phủ giao theo Quyết định số 1008/QĐ-TTg<sup>19</sup>. Năm 2017, việc mở rộng các cơ sở điều trị Methadone đã phản ánh một số thay đổi mới về chính sách. Ví dụ như Chính phủ Việt Nam đã tự chủ nhiều hơn về hỗ trợ tài chính và hành chính cần thiết để duy trì hoạt động của các cơ sở điều trị; một cơ chế đóng góp chia sẻ chi phí giữa người bệnh và Nhà nước đã được thiết lập (số tiền người bệnh đồng chi trả là 10.000 đồng /một ngày ( tương đương khoảng dưới 0,5 đô la tại thời điểm đó). Người bệnh tại các cơ sở điều trị Methadone của địa phương không còn phải yêu cầu "đăng ký" với chính quyền địa phương để là "bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn" vào điều trị. Tuy nhiên, các báo cáo lại cho rằng việc thay đổi về chính sách này được thực hiện không đồng đều ở tất cả các cơ sở điều trị, và cuối cùng, Chính phủ Việt Nam đã đầu tư việc sản xuất methadone tại Việt Nam với giá thành chi phí thấp hơn<sup>20</sup>.

Chỉ tiêu quốc gia đưa ra vào năm 2015, chương trình Methadone điều trị cho 80.000 bệnh nhân, hoặc gần 1/2 số người sử dụng heroin có hồ sơ trong năm 2015.

Khi được hỏi về sự khác biệt giữa

việc bệnh nhân vào điều trị của năm 2018 và chỉ tiêu đã được công bố, các câu trả lời hướng theo hai chủ đề: Thứ nhất là việc duy trì điều trị của bệnh nhân tại các cơ sở điều trị Methadone là một vấn đề, vì số lượng thực sự người bệnh sử dụng ma túy tham gia điều trị Methadone là sát với mục tiêu, nhưng một số bệnh nhân đã bỏ điều trị. Hướng chủ đề thứ hai là các thủ tục hành chính của các phòng khám, bao gồm việc cấp phát thuốc hàng ngày, các khoản đồng chi trả, giới hạn số lượng 250 bệnh nhân được vào điều trị tại một số cơ sở điều trị và thái độ của cán bộ, tất cả những điều đó đã ngăn cản người bệnh tham gia vào điều trị và duy trì điều trị tại các cơ sở điều trị Methadone<sup>21</sup>. Nghiên cứu nhằm mở đường đưa buprenorphine vào điều trị tại Việt Nam được thiết kế, một mặt nhằm cung cấp một lựa chọn nữa về loại thuốc điều trị thay thế, giúp giảm thiểu các rào cản này và cải thiện việc duy trì điều trị của người bệnh<sup>22</sup>. Nghiên cứu về Buprenorphine/naloxone để giảm nghiện và cải thiện kết quả điều trị HIV ở Việt Nam (BRAVO) đưa ra một lựa chọn quan trọng cho việc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc, đặc biệt cho những người muốn tiếp cận tới các cơ sở điều trị Methadone, nhưng



Các đồng đẳng viên hỗ trợ phục hồi của Nhóm Hải Đăng đang chia sẻ kinh nghiệm

gặp trở ngại về quăng cách và những vấn đề có liên quan khác.

Trong khi mối lo ngại về việc sử dụng ATS ngày càng tăng, nhưng vẫn chưa có được một cơ sở riêng, chuyên trách nhiệm về dự phòng và điều trị SUD. Thực tế này đã dẫn đến các phản ứng khác nhau, căn cứ vào việc người dùng đã sử dụng loại ma túy nào, chất gây nghiện dạng thuốc phiện hay ATS, thay vì cần có ý niệm toàn diện hơn về các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) hoặc mắc bệnh nghiện do sử dụng chất gây nghiện.

Một cách phản ứng đối với tình trạng sử dụng ATS là đưa vào các bệnh viện tâm thần. Theo một người trả lời phỏng vấn, những bệnh nhân lựa chọn sử dụng chính là ATS sẽ đưa Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. Cách phản ứng thứ hai là nhìn nhận việc sử dụng ATS như hành vi lệch lạc, cần được các lực lượng bảo vệ an ninh, trật tự nơi công cộng tại địa phương giám sát và xử lý bằng cách áp dụng biện pháp đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc. Một ứng phó khác của PEPFAR, phối kết hợp với Cục Phòng chống HIV/AIDS (VAAC) của Bộ Y tế Việt Nam, xác định các ưu tiên can thiệp vào những người MSM và những người chuyển giới sử dụng ATS. Để đáp ứng các chỉ tiêu về phòng chống HIV/AIDS của chương trình, PEPFAR sử dụng kết hợp các phương pháp tìm ca dương tính HIV, do tải lượng virus và các chiến lược giảm hại nhằm giải quyết nguy cơ gia tăng lây truyền HIV/AIDS do sử dụng ATS. Các hoạt động tìm ca dương tính HIV, xét nghiệm HIV và theo dõi được thực hiện thông qua các tổ chức cộng đồng sử dụng đội ngũ đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng. Và các hoạt động giảm hại, trong trường hợp này, ưu tiên sử dụng dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và bao cao su<sup>23</sup>. Việc sử dụng đồng đẳng viên tiếp cận những người tiêm chích ma túy (PWID) cũng là một điểm nổi bật của các dự án nghiên cứu, như nghiên cứu Sử dụng Ma túy và các Bệnh Lây

qua Đường Máu tại Việt Nam (DRIVE), nhằm tìm cách tiếp cận cả người sử dụng ATS và heroin để giảm thiểu các nguy cơ lây nhiễm HIV tại Hải Phòng<sup>24</sup>.

Một dự án thí điểm khác, Recovery Plus, bắt đầu vào năm 2018 thông qua nỗ lực hợp tác giữa Chính phủ Việt Nam/Văn phòng Chính phủ/Bộ LĐTBXH và PEPFAR/SAMHSA, do SCDI thực hiện phối hợp với Cục Phòng chống TNXH, tập trung vào chuyển hướng điều trị cho những người sử dụng ma túy (ATS và chất dạng thuốc phiện) từ các cơ sở cai nghiện bắt buộc<sup>25</sup>. Hơn 200 bệnh nhân từ bốn quận tại Hà Nội và TP Hồ Chí Minh đã được chuyển lần từ các cơ sở cai nghiện bắt buộc để tiếp cận các dịch vụ dự phòng và điều trị HIV/AIDS và điều trị ma túy tại cộng đồng. Trong thí điểm Recovery Plus, SCDI tổ chức các hội thảo tập huấn cho công an địa phương, thẩm phán và các Ủy ban Nhân dân có liên quan tới các thủ tục hành chính áp dụng biện pháp đưa người vào trung tâm cai nghiện bắt buộc. Thí điểm này sử dụng đội ngũ đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng để đưa những người sử dụng ma túy đến các cơ sở xét nghiệm HIV, các phòng khám Methadone, phòng giới thiệu việc làm và trạm y tế xã.

Chính phủ Việt Nam, Văn phòng Chính phủ, Bộ LĐTBXH, Tòa án nhân dân tối cao và Bộ Y tế cũng tham gia vào các giai đoạn đầu của kế hoạch thử nghiệm tòa án ma túy, lựa chọn nhằm thay thế cho mô hình cai nghiện tập trung tại Việt Nam. Trung tâm Tư pháp hình sự của SAMHSA đã có những hỗ trợ ban đầu quan trọng cho mô hình này. Thủ tướng đương nhiệm, Nguyễn Xuân Phúc, đã tới thăm một tòa án ma túy của Hoa Kỳ vào năm 2013 và Ngài Thủ tướng đã quan sát các thủ tục tố tụng, lập kế hoạch điều trị và thực hiện điều trị, tuyên án có lựa chọn thay thế và giám sát. Với sự hỗ trợ của Colombo Plan, Cục phòng chống ma túy và thực thi pháp luật quốc tế của Hoa Kỳ đã mời Hiệp hội các chuyên gia tòa án

ma túy của Hoa Kỳ tới giảng dạy cho cuộc tập huấn và lập kế hoạch cùng Việt Nam<sup>26</sup>. Hội thảo, được tổ chức vào tháng 12 năm 2019, có sự tham gia của các quan chức tòa án, nhân viên của các trung tâm y tế, cán bộ xã hội và các thành viên có liên quan của các quận Nam Từ Liêm và Long Biên. Các bước tiếp theo sẽ phụ thuộc vào nguồn lực sẵn có để hỗ trợ thí điểm.

Vào mùa thu năm 2019, SAMHSA/ Việt Nam, phối hợp với Trung tâm chuyển giao công nghệ Điều trị Nghiện và HIV Đông Nam Á của SAMHSA, đã tổ chức một chuyến tham quan học tập cho phái đoàn Việt Nam (bao gồm các đại diện của Văn phòng Chính phủ, Quốc hội, và các bộ có liên quan, tổ chức phi chính phủ và các viện nghiên cứu) đến Chiang Mai và Chiang Rai của Thái Lan<sup>27</sup>. Trong vòng bảy năm (2010-2017), Thái Lan đã xem xét và sửa đổi luật ma túy và bổ sung các phương pháp tự nguyện, dựa vào bằng chứng tại cộng đồng cho các lựa chọn về điều trị ma túy bắt buộc. Luật đã được sửa đổi và thực hành áp dụng phương pháp chăm sóc và điều trị ma túy dựa vào cộng đồng của UNODC; một trong những kết quả là sửa đổi hệ thống chăm sóc sức khỏe của Thái Lan có cả các can thiệp về rối loạn do sử dụng chất. Chuyến thăm thực địa này còn tới một số bộ phận của hệ thống SUD, như bệnh viện tâm thần cho bệnh nhân bị rối loạn tâm thần do sử dụng methamphetamine, trung tâm y tế tại cộng đồng phối kết hợp chăm sóc SUD, các dịch vụ điều trị bằng thuốc và các chương trình dự phòng.

Chuyến thăm quan cũng tìm hiểu các dịch vụ nhằm giải quyết vấn đề nghiện nhiều chất ma túy do cán bộ y tế tình nguyện của thôn/bản tại các cơ sở y tế tuyến xã và bệnh viện huyện cùng nhau cung cấp các can thiệp điều trị dựa trên bằng chứng như can thiệp hành vi; phỏng vấn tạo động lực; trị liệu nhận thức hành vi; sàng lọc, can thiệp sơ bộ và chuyển gửi điều trị (SBIRT); và mô hình chăm sóc MATRIX.

Các nghiên cứu như BRAVO và DRIVE, các thí điểm như CATS và Recovery Plus, và có khả năng, các tòa án ma túy nữa, tất cả đều thể hiện các bước tăng tiến trong Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện năm 2013 nhằm giảm việc sử dụng các trung tâm cai nghiện bắt buộc, để cố vũ cho việc sử dụng các nguồn lực dựa vào cộng đồng, có bằng chứng cho công tác điều trị ma túy<sup>28</sup>.

Cùng thời điểm đó, thật đáng tiếc, một số người trả lời phỏng vấn đã lưu ý rằng thái độ của xã hội và quan điểm chính trị đối với những người sử dụng ma túy, đặc biệt đứng trước tình trạng sử dụng ATS gia tăng, đã quay trở lại cách nhìn nhận cũ về các rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) như hành vi tội phạm. Các dữ liệu về thực chất việc thay đổi số lượng học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc tính từ lúc ban hành Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện năm 2013 đến nay rất khó xác định. Các số liệu do Bộ LĐTBXH cung cấp từ năm 2012 đến 2020, được trình bày tại Phụ lục E: Các Trung tâm cai nghiện bắt buộc được thành lập theo Nghị quyết 06/CP (1993), 2012-2020, cần khẳng định các thông tin dường như khẳng định rằng quy mô sử dụng các trung tâm cai nghiện bắt buộc có giảm trong thời gian đầu thực hiện Đề án đổi mới công tác cai nghiện ở giai đoạn đầu của Đề án Đổi mới Công tác cai nghiện; nhưng có vẻ như gần đây tình hình lại trở về như tình trạng trước khi có Đề án Đổi mới.

Sự trở lại của cách nhìn nhận sử dụng ma túy là tội phạm lại được củng cố bằng các thông tin sẵn có liên quan đến việc gần đây Quốc hội xem xét sửa đổi luật, đặc biệt việc sửa đổi và bổ sung một số điều của Luật Xử lý Vi phạm Hành chính số. 15/2012/QH13. Những người trả lời phỏng vấn bày tỏ lo ngại rằng những thay đổi được đề xuất tại khoản mục 89 đến 104 của Luật Xử lý Vi phạm Hành chính sẽ dẫn đến tình trạng nhiều hơn, chứ không phải chỉ một vài người có các rối loạn do sử dụng chất

gây nghiện bị đưa vào các trung tâm cai nghiện bắt buộc. Một phân tích về bộ luật này ủng hộ cho quan điểm coi sử dụng ma túy là tội phạm, dựa vào những thay đổi đang diễn ra về "mở rộng khung hình phạt" bằng việc hạ độ tuổi của người phạm tội, giảm thời gian xét xử đối với những người bị nghi ngờ có vi phạm và mở rộng loại vi phạm bị xử phạt<sup>29</sup>.

Cách tiếp cận nhằm tăng cường cải tiến điều trị SUD đã diễn ra tại nhiều quốc gia, kể cả Hoa Kỳ. Các bước để tiến tới xây dựng một hệ thống điều trị SUD lồng ghép, dựa vào bằng chứng, tại cộng đồng gặp phải tình huống tạm phải ngưng trệ, do việc thực hiện không đồng đều các chính sách tốt hoặc các bước lùi từ việc củng cố quan điểm cho rằng nghiện ma túy là một hành vi tội phạm nên tốt nhất xử lý bằng các biện pháp trừng phạt.

Theo ghi nhận từ những người trả lời phỏng vấn chương trình Methadone tới mức tiếp cận điều trị cho hơn 50.000 bệnh nhân, công bố rằng nghiện ma túy là một căn bệnh, không phải "tệ nạn xã hội", chấp nhận quy trình cai nghiện tự nguyện, Thủ tướng Chính phủ ban hành Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện đã lồng ghép điều trị SUD vào dịch vụ chăm sóc liên tục được cung cấp tại các trung tâm y tế địa phương, phát triển những hiểu biết, kiến thức thông qua các nghiên cứu do Việt Nam và của Việt Nam, và đào tạo, giáo dục kỹ năng cho hàng ngàn nhân viên y tế về điều trị SUD dựa vào bằng chứng — tất cả những thay đổi tích cực này giúp tạo ra tiến bộ to lớn cả về ý nghĩa và phạm vi. Tuy nhiên, tác động của những thành tựu này bị giảm sút do việc phân tán trách nhiệm đối với vấn đề về SUD ở nhiều cơ quan Nhà nước. Điều này, đôi khi dẫn tới các cách tiếp cận trái ngược nhau; có cách tiếp cận tập trung vào giải quyết việc sử dụng một loại ma túy trong một thời điểm nào đó, nhưng chưa phải là nghiện; và lại có cách tiếp cận tập trung các nguồn lực không được

dồi dào kém hiệu quả hơn mức cần có t, vì các nguồn lực này được phân chia tới một số các bộ, ngành với nhiều phương pháp thực thi khác nhau.

**GHI CHÚ**

1. Mặc dù có ba giai đoạn có thể được phân định về thời gian trong tiến trình của các dịch vụ điều trị SUD tại Việt Nam từ 2005 đến 2020, các giai đoạn này chỉ đại diện cho khoảng thời gian phân định của quá trình này và có thể bỏ sót hoặc đôi khi có sự chồng chéo, vì hầu hết sự thay đổi của xã hội

2. Giang, LM, LB Ngọc, VH Hoàng, K. Mulvey, và RA Rawson, "Các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và HIV ở Việt Nam kể từ Đổi Mới: Tổng quan", Tạp chí Phân tích Thực phẩm và Dược phẩm 21: 4, 2013, trang S42-S45, doi: [10.1016/j.jfda.2013.09.032](https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.032).

3. Tổ chức y tế thế giới, "Đánh giá chung về ứng phó của ngành y tế đối với HIV tại Việt Nam 2014", trang 5, hình 4, <https://iris.wpro.who.int/han-dle/10665.1/12787>.

4. Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế Việt Nam, "Hồ sơ quốc gia về HIV và AIDS của Việt Nam", ngày 11 tháng 5 năm 2009, <http://vaac.gov.vn/en-us/solieu/Detail/VIETNAM-HIV-and-AIDS-Country-Profile>.

5. Cơ quan Phòng, chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp Quốc, Khung Chương trình Chiến lược tại Việt Nam, giai đoạn 2005-2007, [https://www.unodc.org/pdf/vietnam/strategic\\_programme\\_framework\\_vietnam.pdf](https://www.unodc.org/pdf/vietnam/strategic_programme_framework_vietnam.pdf), p. 3.

6. L.M.Giang và cộng sự, "Các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và HIV tại Việt Nam kể từ thời kỳ Đổi mới (Renovation).

7. Nguyễn, Tâm TM, Long T. Nguyễn, Mạnh D. Phạm, Hoàng H. Vũ, và Kevin P. Mulvey, Liệu pháp điều trị duy trì bằng Methadone ở Việt Nam: Tổng quan và kế hoạch nhân rộng", tạp chí các tiến bộ trong y học dự

phòng, 2012, bài viết ID 732484, tr. 1, doi: [10.1155/2012/732484](https://doi.org/10.1155/2012/732484).

8. James Windle, " Một cuộc tuần hành chậm chạp từ tệ nạn xã hội đến giảm tác hại: Ma túy và chính sách phòng chống ma túy ở Việt Nam", Tóm tắt chính sách đối ngoại, Viện Brookings, 2018, tr. 3, <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/WindleVietnam-final.pdf>.

9. Những thách thức ở đây gồm có việc phân công trách nhiệm giữa ba Bộ chủ quản khác nhau; chính sách từ các nguồn khác nhau và thời điểm khác nhau và có sự mâu thuẫn; và một quy trình thực thi chính sách không đồng nhất ở cấp tỉnh, huyện và xã, xin xem dẫn chứng tại Vương, T. và cộng sự, "Chính sách về phòng chống Ma túy tại Việt Nam: Một thập kỷ thay đổi?" Tạp chí quốc tế về chính sách phòng chống ma túy số 23: ngày 4 tháng 7 năm 2012, doi: [10.1016/j.drugpo.2011.11.005](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.11.005); Hiệp hội Chính sách về chất gây nghiện quốc tế, "Chính sách về chất gây nghiện ở châu Á: Các thách thức, cơ hội và triển vọng", 2013, Việt Nam, tr. 52, <http://fileserv.idpc.net/lvern/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf>; James Windle, "Một hành trình chậm chạp từ tệ nạn xã hội để giảm thiểu tác hại," Trang p. 5.

10. Tam T. M. Nguyen và cộng sự, "Liệu pháp điều trị duy trì Methadone tại Việt Nam", Trang 1.

11. Pascal Tanguay, Claudia Stoicescu và Catherine Cook, "Mô hình điều trị nghiện ma túy dựa vào cộng đồng cho những người sử dụng ma túy: Sáu kinh nghiệm trong việc tạo ra các mô hình thay thế cho các trung tâm cai nghiện ma túy bắt buộc ở châu Á," Luân

Đôn: Tạp chí giảm thiểu tác hại, 2015, trang 53 <https://www.hri.global/files/2015/10/19/Community-based-drug-treatment-models-for-people-who-use-drugs.pdf>; Hammett, M. T., N. T. Trang, K.T.H. Oanh, và cộng sự "Mối quan hệ giữa chính sách y tế và các can thiệp y tế công cộng: Một nghiên cứu trường hợp về dự án DRIVE nhằm "chấm dứt" dịch HIV ở những người tiêm chích ma túy tại Hải Phòng, Việt Nam," Tạp chí Chính sách Y tế Công cộng số 39, trang 217 đến 230 (2018), doi: [10.1057/s41271-017-0115-7](https://doi.org/10.1057/s41271-017-0115-7). Thủ tướng CP nước CHXHCN Việt Nam, Quyết định số 2187/QĐ-TTg.

12. PEPFAR, Kế hoạch Hoạt động Quốc gia, Việt Nam, COP 2019, Tóm tắt định hướng chiến lược, ngày 12 tháng 4 năm 2019, tr. 22, [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam\\_COP19-Strategic-Directional-Summary\\_public.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf).

13. Cục Quản Lý Lạm Dụng Chất Gây Nghiện và Sức Khỏe Tâm Thần Hoa Kỳ, Thỏa thuận hợp tác Hỗ trợ Thiết lập Trung tâm Chuyển giao Kỹ thuật điều trị nghiện khu vực Đông Nam Á (ATTC), <https://www.samhsa.gov/grants/grant-announcements/ti-16-004>.

14. Bs. Vũ Hoàng, "Lồng ghép sàng lọc sử dụng chất gây nghiện và sức khoẻ tâm thần vào dịch vụ chăm sóc lâm sàng về HIV: Bài học kinh nghiệm từ Việt Nam và khu vực Đông Nam Á", Hội nghị thường niên của PEPFAR, Durban, Nam Phi, ngày 18 tháng 7 năm 2016.

15. Tam T. M. Nguyen và cộng sự, "Liệu pháp điều trị duy trì Methadone tại Việt Nam".

16. Tổ chức Y Tế thế giới, Khu vực Tây Thái Bình

Dương, "Đánh giá chung về ứng phó của ngành y tế đối với HIV tại Việt Nam 2014" trang 20, [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/12787/9789290617426\\_eng.pdf?ua=1](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/12787/9789290617426_eng.pdf?ua=1).

17. Pascal Tanguay và cộng sự, "các mô hình điều trị nghiện ma túy dựa vào cộng đồng cho những người sử dụng ma túy", trang 54.

18. Cơ quan Phòng, chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp Quốc, Báo cáo từ Chương trình SMART Toàn cầu, "Ma túy tổng hợp ở Đông Á và Đông Nam Á: Xu hướng và các Hình thái của các chất kích thích dạng Amphetamine và các chất kích thích hướng thần mới", Tháng 3 năm 2019, [https://www.unodc.org/Documents/south-asia-and-pacific//\\_Annex/2019/2019\\_The\\_Challenge\\_of\\_Synergic\\_Drugs\\_in\\_East\\_and\\_SEA.pdf](https://www.unodc.org/Documents/south-asia-and-pacific//_Annex/2019/2019_The_Challenge_of_Synergic_Drugs_in_East_and_SEA.pdf).

19. Bộ Y tế, nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, "Báo cáo đánh giá về chương trình 10 năm thực hiện điều trị duy trì bằng Methadone (MMT)", Báo cáo Thủ tướng Chính phủ, số/BC-BYT, Hà Nội, 2018 (một văn bản chuyển ngữ của CPVN mà tác giả đã được xem xét tại định dạng Microsoft Word).

20. Ibid.

21. Nguyễn Thu Trang, Lương Ngọc Anh, Carole Chauvin, Jonathan Feelemyer, Nicolas Nagot, Don Des Jarlais và Marie Jauffret-Roustide, "Tranh đấu để đạt được một 'cuộc sống bình thường': Một nghiên cứu định tính về các bệnh nhân điều trị bằng methadone tại Việt Nam", Inter -Tạp chí quốc tế về Chính sách phòng chống ma túy, số 68, tháng 4 năm 2019, trang 18-26, [https://www.researchgate.net/publication/332464317\\_Struggling](https://www.researchgate.net/publication/332464317_Struggling)

[to achieve a 'nor-mal life' A qualitative study of Vietnamese methadone patients.](https://doi.org/10.1186/s12913-019-0444-2)

22. Korthuis, Todd, MD, Buprenorphin/naloxone để Giảm Nghiện và cải thiện các Kết quả về phòng chống HIV ở Việt Nam (BRAVO). Bài trình bày tại hội thảo kỷ niệm 25 năm của CREATA-H tại trường ĐHY Hà Nội, tháng 2 năm 2020.

23. PEPFAR, Kế hoạch Hoạt động Quốc gia, Việt Nam, COP 2019, Tóm tắt định hướng chiến lược, ngày 12 tháng 4 năm 2019, tr. 22, [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam\\_COP19-Strategic-Directional-Summary\\_public.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf).

24. Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Công cụ Báo cáo Trực tuyến của Viện Y tế Quốc gia, Thông tin Dự án, "DRIVE (Sử dụng ma túy và các nhiễm khuẩn huyết ở Việt Nam): Kết hợp phòng ngừa và chăm sóc để chấm dứt dịch HIV ở những người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích tại Hải Phòng, Việt Nam", [https://projectreporter.nih.gov/project\\_info\\_description.cfm?aid=9141361&icde=30172506](https://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=9141361&icde=30172506) DRIVE.

25. Bản tin của VP SAMHSA Việt Nam, 4-5/2018 (pdf), tr. 2.

26. Đại sứ quán & Lãnh sự quán Hoa Kỳ tại Việt Nam, Tòa án Điều trị Ma túy: Một cách thức tiếp cận mới cho Việt Nam trong điều trị những người nghiện ma túy", Hà Nội, ngày 11 tháng 10 năm 2018, <https://vn.usembassy.gov/drug-treatment-court-a-new-approach-for-vietnam-in-treatment-for-drug-addicts/>.

27. Nong Thuong-MBA, "Báo cáo về chuyển tham quan nghiên cứu mô hình điều trị của

Thái Lan cho phái đoàn đa ngành của Việt Nam tại Chiang Rai và Chiang Mai, Thái Lan" (lưu hành nội bộ), 161-8 tháng 9 năm 2019.

28. T. M. Hammett, N. T. Trang, K.T.H. Oanh và cộng sự, "Mối quan hệ giữa chính sách y tế và các can thiệp y tế công cộng".

29. Jay Jordens, "Diễn giải, Luật xử phạt vi phạm hành chính", bài viết chưa được công bố, và các trao đổi cá nhân có liên quan, tháng 4 năm 2020.

## Điều gì có thể xảy ra: Những cơ hội không được nắm bắt và vận dụng 2005-2019:

Bởi vì không có hệ thống nào là hoàn hảo, nên thật là chính đáng để tự vấn xem liệu có thêm những thay đổi nào nữa, cần xuất hiện trong giai đoạn 15 năm này, để có thể giúp tiếp cận được hai em sử dụng ma túy một cách sớm hơn. Có chăng những cơ hội khác đã có sẵn trong giai đoạn này, nhưng không nhận thức được, để có thể đóng vai trò chỉ dẫn cho những phát triển trong tương lai không? Liệu hai anh em sử dụng ma túy này có thể được tiếp cận sớm hơn không? Liệu người thân trong gia đình và hàng xóm láng giềng có được thu hút để đóng các vai trò khác nhau trong các can thiệp này hay không? Liệu các đồng đảng viên hỗ trợ phục hồi có thể thu hút hai anh em vào điều trị sớm hơn không? Suy nghĩ về những cơ hội chưa được nắm bắt không phải là bàn về thất bại hoặc có ý chỉ trích; thay vào đó, là việc tập trung nhìn nhận lại các cơ hội đã bị bỏ lỡ, học hỏi rút kinh nghiệm, giúp ích cho những công việc khác và giảm thiểu việc bỏ lỡ các cơ hội trong tương lai

Câu hỏi về các cơ hội bị bỏ lỡ là một phần của hướng dẫn phỏng vấn, dùng cho tất cả các cuộc phỏng vấn những người trong nước và quốc tế có liên quan. Không có gì đáng ngạc nhiên, câu trả lời đều rất nhất quán cho câu hỏi này, trích dẫn lời của một vị lãnh đạo nổi tiếng của Việt Nam là, " Chúng tôi tập trung vào phòng chống HIV/AIDS [như một điều kiện], chứ không phải về rối loạn do sử dụng ma túy [như một tình cảnh xuất hiện cùng lúc ]." Điều này được đề cập dưới nhiều hình thức khác nhau. Một số cho rằng cơ hội bị bỏ lỡ là việc chỉ dựa duy nhất vào điều trị methadone; những người khác cho rằng vì chỉ dựa duy nhất vào tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS và số đo tải lượng virus để coi đó là chỉ số thành công. Thực tế trong giai đoạn này là việc huy động các nguồn lực tài chính từ các

cơ quan chuyên môn trong nước và quốc tế, ngân sách điều trị và các nguồn lực có liên quan khác để xây dựng một hệ thống nhằm ngăn chặn mối hiểm họa của HIV/AIDS và tạo điều kiện để điều trị Methadone có thể tiếp cận lên tới 1/3 số người sử dụng ma túy có hồ sơ bị các rối loạn do sử dụng ma túy dạng thuốc phiện, chứ không phải là một hệ thống nhằm giải quyết các vấn đề sinh học- tâm lý- xã hội của chứng rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện (SUDs).

Có một số các tương quan trong câu trả lời về chỉ duy nhất chú trọng đến HIV/AIDS. Ví dụ, sử dụng rượu, hầu như không được nhận ra hoặc thảo luận trong bối cảnh của hệ thống điều trị SUD, đã tăng gấp đôi từ năm 2003 đến 20101. Gánh nặng bệnh tật của việc sử dụng rượu quá mức tại Việt Nam ở mức điểm cao nhất vì số năm tuổi thọ mất đi do uống rượu, một chỉ số đo gồm xơ gan, tai nạn giao thông đường bộ và tỷ lệ hiện hành của rối loạn sử dụng rượu và nghiện rượu2. Mức độ bỏ qua không quan tâm đến vấn đề sử dụng rượu, mà chỉ coi đó là một mặt hàng xã hội đã được nhấn mạnh trong một cuộc họp của những người đang trong quá trình phục hồi, khi một thành viên mở túi và lấy ra một lon bia để uống cùng đồ ăn, việc ăn uống này được coi là thông thường.

Mới đây, vào năm 2020, một tiêu chuẩn mới về "không khoan nhượng" với tình trạng sử dụng rượu, bia khi lái xe đã được áp dụng tại Việt Nam, tác động của tiêu chuẩn này vẫn chưa được biết vào thời điểm này. Có lẽ cơ hội để phát triển một hệ thống điều trị SUD chuyên ngành, nên tìm cách giải quyết nhiều loại chất gây nghiện khác, từ rượu bia, thuốc lá, cần sa, đến methamphetamines và ma túy dạng thuốc phiện. Những chất gây nghiện đã không được nhìn nhận vào năm 2005, khi các đối tác quốc tế

và Chính phủ Việt Nam xác định đường hướng chỉ tập trung dành riêng cho giảm tỉ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS.

Cơ hội tiếp theo được đề cập đến nhiều nhất việc thực hiện không đồng đều Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện 2013. Đề án đưa ra các nguyên tắc mạnh mẽ nhằm xây dựng một hệ thống can thiệp SUDs dựa vào bằng chứng, tại cộng đồng và được lồng ghép vào hệ thống các trạm y tế xã/phường trải dài khắp đất nước của Việt Nam. Kết hợp giữa những thay đổi về hoàn cảnh chính trị, phân tán trách nhiệm trong theo dõi toàn diện và cách quản trị đa tầng /đa tuyến của Việt Nam, đã lý giải cho thực tế là việc thực hiện đổi mới này " chưa phải là chủ trương to lớn của chính phủ", theo lời của một người trả lời phỏng vấn.

Có lẽ biểu hiện rõ ràng nhất của các cơ hội bị bỏ lỡ này là việc vai trò của các trung tâm cai nghiện bắt buộc lại được tiếp tục trong cách ứng phó với vấn nạn sử dụng ma túy của Việt Nam. Mặc dù một số trung tâm đã tiến hành thay đổi bằng cách đưa điều trị Methadone và cai nghiện tự nguyện vào trong trung tâm, nhưng đó lại không phải là quy định chuẩn cho hoạt động của các trung tâm. Thực tế là, 112 trung tâm cai nghiện bắt buộc là kết quả của việc đầu tư kinh tế đáng kể về việc số lượng nhân viên và cơ sở hạ tầng ở cả thành thị và nông thôn Việt Nam. Báo cáo cho biết, để có học viên vào trung tâm công an địa phương được giao các chỉ tiêu có thưởng về tài chính để chuyển gửi các cư dân có "các hành vi đã được xác định rõ ràng" đến ban đánh giá của xã tại địa phương, ban này sẽ việc áp dụng biện pháp đưa vào trung tâm cai nghiện bắt buộc.

Nhu cầu điều phối và liên lạc giữa các đối tác và các nhà tài trợ quốc tế và giữa nhóm này với Chính phủ Việt Nam được coi là một cơ hội. Trong suốt giai đoạn này (2005-2020), có ít nhất 15 sáng kiến hỗ trợ tài chính và kỹ thuật do chính phủ quốc tế và các tổ chức từ thiện tài trợ tại Việt Nam. Ngoài ra, có rất nhiều "chuyên gia" kỹ thuật trong nước, làm việc với rất nhiều các dự án độc lập khác. nỗ lực nhằm phối kết hợp và trao

đổi thông tin, liên lạc giữa số lượng lớn các cơ quan quốc tế, đưa tới một khoản đầu tư tài chính đáng kể, nhưng không được tập hợp làm đòn bẩy cho vận động chính sách để có những thay đổi, hoặc để xây dựng một hệ thống chặt chẽ về can thiệp SUD.

Sức mạnh và sự gắn bó mà người Việt Nam luôn có đối với gia đình và cộng đồng địa phương là rất đáng chú ý, và nét đặc trưng này thường được đề cập trong các tài liệu và tại các cuộc phỏng vấn của chúng tôi. Những phẩm chất này, trong khi rất phù hợp tại xã/phường địa phương, nhưng lại không được vận dụng hoặc tham gia một cách đầy đủ vào hệ thống can thiệp SUD ở các tuyến trên. Khả năng của gia đình Việt Nam nhằm huy động các thành viên gia đình giúp đỡ, theo dõi tuân thủ phác đồ điều trị và kết nối người bệnh tới các dịch vụ hỗ trợ xã hội để duy trì quá trình phục hồi chữa đưng tiềm năng to lớn, đặc trưng cho hệ thống điều trị SUD của Việt Nam.

Quan sát liên tục trong năm cuộc đi thăm thực địa cho thấy thiếu sự tham gia của phụ nữ trong số các bệnh nhân và các đồng đảng viên hỗ trợ phục hồi. Quan sát này được củng cố bằng thực tế là hầu hết các báo cáo và ấn phẩm có các dữ liệu về SUD đều bị giới hạn về thông tin tham khảo hoặc hạn chế việc phân chia số liệu theo giới tính. Ngoại trừ có phần về phụ nữ mại dâm khi thảo luận về sử dụng ma túy liên quan đến HIV/AIDS. Khi được hỏi về vấn đề này, những người trả lời phỏng vấn đã thảo luận theo hai chủ đề: một việc phụ nữ lạm dụng ma

túy chủ yếu là vấn đề của phụ nữ mại dâm; hai là, trong văn hóa Việt Nam, phụ nữ không sử dụng các chất gây nghiện. Một người (nữ) trả lời phỏng vấn đã dứt khoát không đồng ý với các chủ đề này, mà khẳng định rằng do kỳ thị và bỏ qua thực tế, đã khiến những người phụ nữ bị coi là tầng lớp không được xem xét đến khi bàn về SUDs.

Các tài liệu hiện có chỉ tập trung vào tỷ lệ các rối loạn do nghiện ma túy tại Việt Nam, báo cáo về tỷ lệ rất thấp vấn đề rối loạn do lạm dụng rượu ở phụ nữ (dưới 0,5%) và thường chỉ thảo luận về việc phụ nữ sử dụng ma túy trong bối cảnh của tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS. Không có báo cáo nào được xác định số lượng phụ nữ sử dụng methamphetamine, để có thể trích dẫn cho nghiên cứu này. Trên thực tế, nếu tỷ lệ hiệ mắc chứng SUD thường rất thấp ở nhóm nữ tại Việt Nam ngày hôm nay, thì thật khó có thể tưởng tượng rằng tỷ lệ hiện mắc SUD sẽ không tăng cùng với những tăng trưởng kinh tế.

Bảo hiểm y tế xã hội (SHI) đã sẵn sàng chi trả dưới nhiều hình thức cho người dân tiếp cận các dịch vụ y tế nội trú và ngoại trú tại Việt Nam kể từ những năm 1970, chuyển đổi có hiệu quả từ dịch vụ y tế quốc gia sang cho bảo hiểm. Chương trình Bảo hiểm y tế vẫn có những khoảng trống, giống như hầu hết các chương trình bảo hiểm; một là bảo hiểm không thanh toán cho các dịch vụ do bên thứ ba- các nhà tài trợ đã hỗ trợ. Thực tế là hầu hết các chi phí về xét nghiệm HIV/AIDS, dự phòng lây nhiễm

và thuốc điều trị (ví dụ, thuốc kháng vi-rút) đã được các nhà tài trợ quốc tế, đặc biệt là PEPFAR và Quỹ toàn cầu chi trả, chỉ có 30- 40% số người nhiễm HIV/AIDS do bảo hiểm y tế chi trả trong năm 20143. Năm 2014, nắm được việc PEPFAR chuyển từ chương trình hỗ trợ các dịch vụ điều trị trực tiếp sang hỗ trợ xây dựng năng lực và kỹ thuật, Chính phủ Việt Nam, thông qua Bộ Y tế-Cục Phòng Chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC), Bộ Tài chính và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, với sự giúp đỡ của USAID, dự án Quản trị và Tài chính Y tế, đã bắt đầu phân tích chi tiết về các chi phí và chiến lược cần thiết để mở rộng phạm vi bảo hiểm y tế đến cho tất cả các bệnh nhân HIV chưa tham gia bảo hiểm y tế, đồng thời giải quyết các khoảng trống còn tồn đọng trong các dịch vụ phòng chống HIV4. Một lần nữa, nỗ lực tập trung vào HIV/AIDS và không bao gồm việc bảo hiểm sẽ chi trả các dịch vụ can thiệp SUD cho những người mắc chứng SUD và /hoặc có chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS.

Từng cơ hội vừa được bàn luận ở trên, phần lớn, đã không được vận dụng do tổ hợp các giới hạn về chương trình, kinh tế, chính trị hoặc kiến thức ở một thời điểm nhất định. Hậu quả là các cơ hội này đã bị bỏ lỡ trong giai đoạn này có thể gây ra các chi phí xã hội hoặc các hao tổn khác, nhưng không làm mất đi những thành tựu đã đạt được của giai đoạn này. Nói tóm lại, một cơ hội chưa thực hiện vẫn là một cơ hội.

### GHI CHÚ

1. Lincoln, Martha, "Rượu và văn hóa uống rượu ở Việt Nam: Một đánh giá", Phụ thuộc Ma túy và Rượu Ma túy số 159 (2016), trang 1-8, doi: [10.1016/j.drugalcdep.2015.10.030](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.030).
2. Tổ chức Y tế Thế giới, Vladimir Po-znyak và Dag Rekve, "Báo cáo Tình trạng Toàn cầu về Rượu và Sức khỏe 2014," [https:// www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_2014/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en/).
3. Nazzareno Todini, Theodore M. Hammett và Robert Fryatt, Đưa dịch vụ điều trị HIV/AIDS vào chi trả qua cơ chế Bảo hiểm Y tế

của Việt Nam: Các bài học kinh nghiệm từ Dự án Quản trị và Tài chính Y tế, 2014-2017, Hệ thống Y tế & Cải cách 4: 2 ( 2018), trang 114, doi: [10.1080/23288604.2018.1440346](https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1440346);  
Đại sứ quán & Lãnh sự quán Hoa Kỳ tại Việt Nam, "Chính phủ Hoa Kỳ và Việt Nam chào mừng những bệnh nhân đầu tiên được nhân thuốc điều trị kháng virus qua Bảo hiểm Y tế Việt Nam," Hà Nội, ngày 8 tháng 3 năm 2019, <https://vn.usembassy.gov/20190308-first-patients-receiving-antiretrovirals-covered-by-social-health-insurance/>.

4. Dương Công Thanh, Khoa HIV/AIDS, Viện VSDT TW,, "Đánh giá về đăng ký và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trong chăm sóc và điều trị cho những người sống với HIV/AIDS," tháng 9 năm 2015, [https://www.researchgate.net/publication/315891118\\_Social\\_health\\_insurance\\_and\\_people\\_living\\_with\\_HIV\\_in\\_Vietnam\\_An\\_assessment\\_of\\_enrollment\\_in\\_and\\_use\\_of\\_social\\_health\\_insurance\\_for\\_the\\_care\\_and\\_treatment\\_of\\_people\\_living\\_with\\_HIV](https://www.researchgate.net/publication/315891118_Social_health_insurance_and_people_living_with_HIV_in_Vietnam_An_assessment_of_enrollment_in_and_use_of_social_health_insurance_for_the_care_and_treatment_of_people_living_with_HIV).

## Định hướng sau 2020: Duy trì Thành quả và Thực hiện các Bước tiếp theo



Với những thành công của 15 năm qua và sẽ không có sự hiện diện của SAMHSA, cơ hội hướng tới là cần duy trì những thay đổi để tiếp tục thu được hiệu quả trong điều trị SUD và xác định các dịch vụ SUD mới để bổ sung, dựa vào nhu cầu hiện tại và những dự báo thấy trước cho tương lai. Việc giải quyết các mối quan tâm này rất thiết yếu nhằm tiếp tục cải thiện các thành quả khác nhau về chăm sóc sức khỏe của Việt Nam, đặc biệt đối với các căn bệnh mãn tính, như tiểu đường, huyết áp cao, HIV/AIDS và hen suyễn, ở những người có liên quan đến nghiện các chất ma túy. Những người trả lời hướng dẫn phỏng vấn đã nêu ra những mối quan tâm này. Tác giả của báo cáo này đã kết hợp nội dung trả lời của những người được phỏng vấn với các số liệu và nội dung các tài liệu hiện có. Tất cả những dữ liệu này được tác giả chất lọc dựa vào quan sát và kinh nghiệm chuyên môn, để đưa ra những gợi ý sau đây về việc duy trì và đề xuất những nỗ lực nhằm phục vụ một cách có hiệu quả cho những người dân Việt Nam được chẩn đoán mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD), cũng như góp phần cải thiện sức khỏe tại Việt Nam.

**Duy trì những thành tựu có hiệu quả**  
Việc giới thiệu, chấp nhận và sử dụng rộng rãi phương pháp điều trị bằng thuốc, đặc biệt là methadone và gần đây là buprenorphine để điều trị các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện (OUD) là một thay đổi, cần phải được tiếp tục. Chính phủ Việt Nam, với năng lực của mình, đã làm chủ một cách có hiệu quả quy trình

sản xuất và phân phối methadone và đưa ra các mục tiêu nhằm đạt được 50% số người nghiện các chất dạng thuốc phiện tiếp cận được điều trị. Hơn nữa, việc đưa buprenorphine vào điều trị, ngoài các cơ sở thí điểm hiện tại, đặc biệt cho các vùng nông thôn và các khu vực khó tiếp cận khác, sẽ giúp đẩy nhanh quá trình đạt được các mục tiêu đã đề ra. Việt Nam sẽ tiếp tục gạt hái được những thành công, do việc xem xét bổ sung sử dụng các loại thuốc khác, như naltrexone, hoặc naltrexone dạng tiêm, Vivitrol điều trị nghiện rượu, cũng như các loại thuốc mới khác đã được công bố, thử nghiệm và giới thiệu để điều trị SUD. Các giá trị và nguyên tắc cốt lõi được thừa kế từ Đề án Đối mới Công tác Cai nghiện năm 2013 cần được duy trì và hiện thực hóa. Nghị định công nhận nghiện là một bệnh/ một tình trạng sức khỏe và từ bỏ quan điểm coi nghiện ma túy là “tệ nạn xã hội”, không chỉ đánh dấu một cột mốc quan trọng, mà còn mang giá trị đặc biệt thiết yếu để xây dựng một hệ thống điều trị bệnh nghiện theo định hướng dựa trên các bằng chứng, tại cộng đồng, được lồng ghép vào các cơ sở y tế của địa phương. Trong khi, vẫn còn nhiều công việc cần phải làm để hiện thực hóa được kế hoạch này, rất cần quan tâm để ngăn chặn tình trạng thoái lui khỏi các nguyên tắc cốt lõi này và tư tưởng mặc định cố chứng minh rằng các biện pháp can thiệp trước đây là không hiệu quả. Mối quan ngại này đã được trình bày, cụ thể là những đề nghị thay đổi đang được Quốc hội xem xét tại các khoản mục từ 89 đến 104 của bộ Luật Xử lý Vi phạm Hành chính,

như đã bàn luận ở trên.

Sức mạnh được kết hợp của gia đình Việt Nam, đoàn kết và gắn bó của cộng đồng địa phương là điểm đặc trưng nổi bật của đời sống và văn hóa Việt Nam. Các giá trị bền vững của gia đình và cộng đồng địa phương là nền tảng cho sự phát triển giáo dục, sự tham gia của người dân, phúc lợi kinh tế và hoạt động văn hóa. Những thế mạnh này là nguồn lực chưa được phát huy đúng mức cho việc tiếp tục phát triển một hệ thống đặc trưng của Việt Nam để giải quyết các vấn đề rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD). Tiềm năng mở rộng các mối quan hệ gia đình để tạo sức mạnh đòn bẩy cho các hỗ trợ và theo dõi công tác điều trị là không có giới hạn. Tương tự, như tinh thần đoàn kết và gắn bó giữa các thành viên trong cộng đồng địa phương cũng có thể cần được mở rộng để thực hiện các chức năng đòn bẩy, hỗ trợ và giám sát. Thật đáng tiếc, vũ lực của công cuộc phát triển kinh tế nhanh chóng và đi cùng với đô thị hóa có thể làm suy giảm sức mạnh của những gắn kết gia đình và cộng đồng này. Do đó, khó khăn, thách thức là việc tiếp tục phối kết hợp và mở rộng những thế mạnh này của Việt Nam cho sự nghiệp phát triển hệ thống điều trị SUD khi còn đầy tiềm năng mạnh mẽ và trước khi chúng bị tan rã.

Sự khởi đầu của việc xây dựng một đội ngũ được đào tạo, có kỹ năng, bao gồm các bác sĩ, y tá, tư vấn viên, nghiên cứu viên và các quản trị viên đã được trình bày, cụ thể là những đề nghị thay đổi đang được Quốc hội xem xét tại các khoản mục từ 89 đến 104 của bộ Luật Xử lý Vi phạm Hành chính,

tạo thông qua các chương trình tài trợ nước ngoài và được sử dụng để cung cấp các dịch vụ can thiệp điều trị SUD. Vị thế và hiệu quả của đội ngũ hiện có gồm các cán bộ mẫn cán và trong tương lai, sẽ cần được nâng cao thông qua việc xây dựng những lộ trình rõ ràng để đạt được các tiêu chuẩn học vấn và văn bằng cần thiết để đội ngũ nhân lực này tiếp tục cung cấp các dịch vụ chăm sóc, điều trị dựa trên bằng chứng cho những người mắc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) (và sức khỏe tâm thần).

Vận động chính sách để giảm sự kỳ thị và đưa ra các biện pháp can thiệp mới, từ giảm hại đến điều trị hỗ trợ bằng thuốc là một phần rất quan trọng trong việc phát triển điều trị SUD tại Việt Nam. Những người trả lời phỏng vấn cho biết người dân địa phương, các tổ chức NGO, cũng như các đối tác quốc tế đã đưa ra các thông điệp, giới thiệu cách tiếp cận dựa vào bằng chứng và hỗ trợ cho các nhà hoạch định chính sách để tạo ra những thay đổi cần thiết. Vận động chính sách sẽ cung cấp các thông tin kỹ thuật và các bằng chứng cần thiết cho hoạch định chính sách, ví dụ hiện Quốc hội đang xem xét, đánh giá Luật Xử lý Vi phạm Hành chính, đây là một cơ hội để củng cố quan điểm nghiện là một bệnh và loại bỏ quan niệm coi nghiện ma túy là “tệ nạn xã hội”.

Nhiều người được phỏng vấn đã nhấn mạnh rằng việc phát triển dịch vụ điều trị SUD trong tương lai phải cần do chính người Việt Nam làm chủ. Quan điểm này rất quan trọng; khi chương trình SAMHSA kết thúc, vai trò của PEPFAR chuyển đổi sang nâng cao năng lực và hỗ trợ kỹ thuật, và có giới hạn thời gian đối với các cam kết hỗ trợ từ thiện và các khoản tài trợ quốc tế khác. Tất cả những thực tế này nhấn mạnh tầm quan trọng và trách nhiệm của các bộ/ngành của Chính phủ Việt Nam và các đối tác liên quan. May thay, hiện đã có một đội ngũ các nhà lãnh đạo mạnh mẽ và có năng lực,

cả trong các cơ quan Nhà nước và các đối tác của Chính phủ, để đảm bảo rằng việc duy trì các thành quả hiện tại và khởi xướng cho những thay đổi trong tương lai của Việt Nam luôn được đặt ở vị trí trọng tâm. Một số những nhà lãnh đạo này đã đóng vai trò quan trọng là “cầu nối” cho việc chuyển giao các kiến thức, và nguồn lực vượt các ranh giới về văn hóa để thúc đẩy sự phát triển của một hệ thống điều trị SUD. Ví dụ về đội ngũ này bao gồm và còn rất nhiều người khác như Tiến sĩ Đoàn Hữu Bẩy, Tiến sĩ Nguyễn Cửu Đức, Tiến sĩ Hoàng Văn Kế; Bác sĩ Khuất Thị Hải Oanh của SCIDI; Tiến sĩ Nguyễn Tố Như; Phó Giáo sư, Tiến sĩ Lê Minh Giang, những người có vai trò chủ chốt chỉ đạo, hỗ trợ hoặc trực tiếp xây dựng nguồn lực, tiến hành nghiên cứu, và nâng cao kiến thức, do chính người Việt dẫn đầu. Cùng với đó là Phó Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ Đỗ Văn Dũng và Thạc sĩ Vũ Thị Tường Vi, là những giảng viên đã đào tạo hơn 8.000 nhân viên y tế từ năm 2015 đến 2020; Bác sĩ Nguyễn Thị Minh Ngọc của USAID; Bác sĩ Hoàng Nam Thái của CDC; và Bác sĩ Vũ Huy Hoàng và Thạc sĩ Nông Thị Thương, người đã đề xuất và ủng hộ các sáng kiến và chương trình hợp tác thí điểm do SAMHSA/PEPFAR tài trợ. Đây mới chỉ là danh sách của một trong số các chuyên gia chủ chốt; họ là đại diện cho một đội ngũ đông đảo của nhiều các nhà lãnh đạo khác.

### Các bước tiếp theo

Cùng với việc duy trì các đường hướng đã đề cập ở phần trên, cần tiến hành các bước quan trọng tiếp theo. Thông qua các cuộc phỏng vấn, nghiên cứu, đánh giá các tài liệu hiện có, quan sát và chất lọc kinh nghiệm của bản thân, tác giả xin đề xuất một số gợi ý được cho là rất quan trọng nhằm thúc đẩy sự nghiệp phát triển một hệ thống toàn diện về điều trị SUD trong tương lai và để tránh tình trạng mặc định, dẫn đến việc tiến hành các cơ

chế kiểm soát kém hiệu quả nhằm giải quyết các vấn đề sử dụng loại ma túy hiện tại, cũng như việc xuất hiện các kiểu rối loạn do sử dụng các chất ma túy mới nổi. Các bước tiếp theo được đề xuất nhằm đáp ứng một hoặc nhiều tiêu chí như sau:

- Các hoạt động tiếp theo cần được xây dựng dựa trên các chương trình và nguồn lực hiện có.
- Đạt ra mục tiêu có thể đạt được trong khuôn khổ năng lực và nguồn lực hiện có.
- Các bước tiếp theo cần phù hợp/ thích ứng với cả các tiêu chí về từ thiện hoặc các tiêu chí của nhà tài trợ quốc tế (nghĩa là, các hoạt động cần có thời điểm bắt đầu và kết thúc, và các tác động đều có thể đo lường được).
- Các hoạt động được lấy ý kiến từ nhiều đối tượng khác nhau và/hoặc dựa trên các đánh giá hoặc nghiên cứu hiện tại.

Các khuyến nghị được đưa ra dưới dạng tóm tắt ngắn gọn, sau đó có thể xây dựng các đề xuất chi tiết từ các bên liên quan và các đối tác hỗ trợ tại Việt Nam cho phù hợp.

Việt Nam sẵn sàng xây dựng một chương trình thí điểm Trung tâm Điều trị Rối loạn do Sử dụng Chất gây nghiện trong thời hạn 5 năm, bao gồm tiếp tục điều trị nội trú về cai nghiện (giải độc) có thuốc hỗ trợ; thay đổi thời gian nội trú trong các cơ sở cai nghiện; điều trị ban ngày; điều trị ngoại trú; và các dịch vụ hỗ trợ.

Mô hình thí điểm nên được đặt tại cộng đồng và là một khoa phòng của một cơ sở y tế công tại địa phương. Các can thiệp, chẳng hạn như SBIRT, tất cả các loại thuốc điều trị, các liệu pháp lâm sàng đã được phê duyệt (ví dụ: phỏng vấn tạo động lực và quản lý dự phòng), hỗ trợ phục hồi và hỗ trợ đồng đẳng phải dựa trên cơ sở khoa học và do đội ngũ nhân viên chuyên nghiệp được đào tạo và được

cấp chứng nhận cụ thể. Sự tham gia của bệnh nhân trên cơ sở tự nguyện. Mô hình thí điểm nên được quản lý, thông qua thỏa thuận hợp tác giữa Bộ LĐTBXH và Bộ Y Tế, hoặc do Bộ Y tế quản lý. Mô hình thí điểm sẽ là một hình mẫu cơ sở chăm sóc sức khỏe trong điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD), lồng ghép chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam. Cơ sở mẫu sẽ được lập kế hoạch bởi một nhóm làm việc, gồm có đối tác từ các bên liên quan và có một hợp phần đánh giá chính thức. Các cấu phần cơ bản của mô hình điểm này hiện vẫn đang tồn tại trong các giai đoạn phát triển khác nhau, với trách nhiệm giải trình về yếu tố vùng, miền và hành chính đa dạng khác nhau tại Việt Nam. Các thành tố có trong mô hình điểm này đã được trải nghiệm trong chuyến tham quan học tập về điều trị do UNODC tổ chức đến các trung tâm điều trị dựa vào cộng đồng tại Malaysia (tháng 7 năm 2012) và tham khảo gần đây nhất từ chuyến tham quan học tập do SAMHSA/PEPFAR tổ chức tại Chiang Mai (2019). Các thành tố của mô hình điểm cũng có trong mô hình CATS và được mô tả trong một hội thảo do Giáo sư Dennis McCarty (Đại học Khoa học và Sức khỏe Oregon) trực tiếp tham dự, trong đó tất cả các thành tố của mô hình lồng ghép tại cộng đồng, dựa trên bằng chứng đã được thảo luận vào mùa hè năm 2019.

Một bộ phận của mô hình thí điểm dựa vào cộng đồng và thỏa thuận hợp tác là một mô hình thí điểm bổ sung, nhằm chuyển đổi một số lượng hạn chế các cơ sở cai nghiện bắt buộc do Cục PC Tệ nạn xã hội, Bộ LĐTBXH quản lý thành các chương trình tự nguyện về điều trị nội trú và phục hồi chức năng với thời gian lưu trú linh hoạt, có đội ngũ nhân viên đạt chứng nhận điều trị SUD. Nội dung chương trình điều trị nội trú sẽ bao gồm cả đánh giá và chăm sóc y tế, cũng như tư vấn cá nhân, nhóm đồng đẳng hỗ trợ phục hồi, và phát triển kỹ năng

làm việc và sinh hoạt hàng ngày. Việc tham gia chương trình nội trú sẽ dựa trên kế hoạch điều trị được xây dựng ở cấp độ cơ sở điều trị cộng đồng hoặc được xem là quy trình cơ bản, ngắn hơn về cai nghiện có hỗ trợ y tế. Ra khỏi chương trình điều trị này, bệnh nhân sẽ được hướng dẫn tuân theo kế hoạch điều trị cá nhân, được xây dựng cùng với bác sĩ điều trị và các quyết định của bệnh nhân.

Sử dụng mô hình bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả cho các dịch vụ HIV/AIDS, Chính phủ Việt Nam có thể triệu tập một nhóm làm việc liên chính phủ và một lần nữa lại thu hút hỗ trợ của dự án Quản trị và Tài chính Y tế của USAID để tiến hành một nghiên cứu phân tích chi phí liên quan giữa tài trợ trực tiếp so với các chi phí được bảo hiểm y tế chi trả cho các dịch vụ điều trị SUD tại một mô hình mẫu. Hiện tại, Chính phủ Việt Nam chi trả toàn bộ cho các chi phí hành chính, vận hành, cơ sở vật chất và tiêu hao vật tư y tế cho hơn 50.000 bệnh nhân điều trị methadone, cũng như 112 trung tâm cai nghiện bắt buộc khác. Phân tích cũng có thể kết hợp tính toán về khả năng giảm chi phí và các kết quả tích cực về sức khỏe có được từ điều trị SUD tới việc chăm sóc và điều trị các bệnh mãn tính khác (như bệnh tiểu đường, cao huyết áp). Sự linh hoạt của bảo hiểm y tế chi trả cho điều trị SUD rút cục là để hỗ trợ cho một hệ thống các can thiệp phù hợp với tình trạng nghiêm trọng của người bệnh, để các can thiệp thực sự phù hợp với tình trạng bệnh. Kế hoạch điều trị lấy người bệnh làm trung tâm sẽ hứa hẹn mang lại kết quả điều trị phục hồi tốt hơn.

Một số ví dụ về việc sử dụng đội ngũ đồng đẳng viên hỗ trợ phục hồi đã ghi nhận trong 15 năm qua. Mặc dù phần lớn những người trả lời phỏng vấn nói chung đều có những phản hồi tích cực về công việc do các tổ chức cộng đồng (CBO) hoặc đồng đẳng viên tiếp cận cộng đồng thực hiện, tuy nhiên sự hiện diện của đội ngũ này

chủ yếu hướng đến các dự án nghiên cứu và trọng tâm của họ là các công việc có giới hạn thời gian cụ thể; nghĩa là họ không được tuyển dụng để làm việc toàn bộ thời gian. Để phát huy đầy đủ tiềm năng của đội ngũ đồng đẳng viên hỗ trợ phục hồi, cần phải có tiêu chuẩn về phạm vi trách nhiệm đi kèm với quy trình chứng nhận kỹ năng. Một nhóm làm việc chung do bất kỳ bên nào khởi xướng (ví dụ như tổ chức sử dụng lao động, viện nghiên cứu hoặc các hội nhóm đồng đẳng viên) có thể được thành lập để xây dựng các tiêu chuẩn và phạm vi công việc, cũng như quy trình chứng nhận để đảm bảo hơn nữa sự tham gia của các đồng đẳng viên hỗ trợ phục hồi, bao gồm các hoạt động đã chứng minh có hiệu quả, cũng như ra đưa ra một lộ trình nghề nghiệp nhằm hỗ trợ cho đồng đẳng viên và gia đình.

Trong những năm gần đây, Chính phủ Việt Nam đã thể hiện sự quan tâm đến các chương trình chuyển làn và toà án ma túy. Cả hai nội dung này đều rất có ý nghĩa, khi cả hai đều là một phần của quy trình chăm sóc liên tục được đề cập trong mô hình mẫu thí điểm ở trên, và khi hai nội dung này được sử dụng trong cách tiếp cận hình sự phi bạo lực, trong đó rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) là yếu tố phụ dẫn đến vấn đề tội phạm. Điều quan trọng là khi triển khai các tòa án ma túy và chương trình chuyển làn hình phạt cần giữ nguyên tắc tránh suy đoán nghiện ma túy là một trọng tội, mà biện pháp khắc phục bằng hình phạt hoặc đe dọa. Bên cạnh việc vận động chính sách thông qua Quốc hội, sự tham gia của các thẩm phán tư pháp, lãnh đạo và nhân viên ngành tư pháp sẽ rất quan trọng để đảm bảo sự khác biệt này. Trong các trường hợp khi chương trình xử lý hành vi tội phạm phi bạo lực và nghiện ma túy là một hệ quả của hành vi đó, việc theo đuổi cả hai mô hình chuyển làn hình phạt và toà án ma túy có thể được coi là một phần kết nối liên tục trong

một cơ sở điều trị kiểu mẫu thí điểm. Trong trường hợp đó, hệ thống tư pháp của Việt Nam cũng sẽ trở thành một bên của thỏa thuận hợp tác được đề cập ở trên.

Câu hỏi về khả năng số liệu phụ nữ là bệnh nhân điều trị SUD chưa đầy đủ đã được nêu ra ở phần trước đó. Các tài liệu hiện có và các cuộc phỏng vấn đưa ra giải thích thực tế này, ví dụ như trong văn hóa Việt Nam, phụ nữ thường không sử dụng các chất ma túy hoặc bị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) chỉ chủ yếu là vấn đề của phụ nữ mại dâm, nhưng hầu hết các tài liệu đều cung cấp hiểu biết hạn chế về phụ nữ sử dụng rượu, ATS, cũng như chất gây nghiện dạng thuốc phiện, thuốc lá ảo giác và các chất gây nghiện khác.

Hai cách tiếp cận đồng thời sẽ cung cấp nhìn nhận sâu sắc hơn về câu hỏi này. Trước tiên là “xây dựng các can thiệp cho phụ nữ và xem liệu họ có đến hay không,” để bổ sung một cấu phần dịch vụ riêng cho phụ nữ, bao gồm khoa/phòng điều trị nội trú cho phụ nữ và trẻ em tại trung tâm thí điểm mẫu. Các dịch vụ riêng lấy phụ nữ làm trung tâm đã được chứng minh hiệu quả trong bối cảnh văn hóa phương Tây, có thể áp dụng hoặc không thể áp dụng được tại Việt Nam. Cách tiếp cận thứ hai là ủy thác cho một tổ chức nghiên cứu học thuật tiến hành một cuộc khảo sát có chủ đích và tại cộng đồng về phụ nữ sử dụng các chất gây nghiện và cách thức sử dụng. Điều này có thể thực hiện được thông qua các cơ sở y tế tuyến xã/phường. Hậu quả của việc dựa vào thực hành hiện tại và các giả định liên quan đến tỷ lệ các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) ở phụ nữ, đặc biệt khi có những dấu hiệu cho thấy những phụ nữ trẻ có xu hướng di chuyển để tham gia lực lượng lao động và do đó tách khỏi cấu trúc gia đình truyền thống và cộng đồng của họ và vì thế những phụ nữ này sẽ vẫn không nhận được dịch vụ. Hậu quả thứ hai là tỷ

lệ hiện nhiễm đối với các vấn đề sức khỏe có liên quan (như HIV/AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các bệnh mãn tính khác) cũng như các phí tổn về kinh tế/xã hội đối với gia đình sẽ bị gia tăng.

Cuối cùng, nhưng vô cùng quan trọng nhằm duy trì và mở rộng hệ thống điều trị SUD, đó là nguồn nhân lực được đào tạo và có bằng cấp về sức khỏe hành vi. Một hệ thống nguồn nhân lực là cốt yếu để hỗ trợ cho điều trị SUD dựa vào bằng chứng, bắt đầu ở từ trình độ trung học phổ thông và tiến tới bằng cấp chuyên ngành sau đại học về các lĩnh vực như: các chuyên khoa lâm sàng về công tác xã hội và tâm lý học; chuyên khoa y tế về sức khỏe hành vi cho bác sĩ, y tá, chuyên gia tâm thần học và dược sĩ; và các chuyên ngành về chính sách, nghiên cứu và hành chính tập trung vào tài chính, quản lý, phát triển chương trình, nghiên cứu và đánh giá.

Cùng với sự phát triển của hệ thống nguồn nhân lực chuyên ngành này, cũng cần phải đào tạo đội ngũ các nhân viên hỗ trợ thích hợp, như đồng đẳng viên hỗ trợ phục hồi và nhân viên hỗ trợ hành chính. Các trung tâm nghiên cứu hiện trực thuộc Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Điều trị nghiện & HIV (VHATTC) (Đại học Y Dược TP. HCM, Đại học Y Hà Nội và Đại Học Lao động và Xã hội) kết hợp với các hoạt động của Bộ GD&ĐT và với sự hỗ trợ của BYT và Bộ LĐTBXH và hỗ trợ kỹ thuật từ các đối tác thực hiện chương trình có thể xây dựng một kế hoạch bao gồm, nhưng không giới hạn, quy hoạch số lượng cán bộ chuyên môn cần thiết theo chuyên ngành và trình độ; các kiến thức và kỹ năng chuyên ngành yêu cầu các cấp độ chăm sóc khác nhau và cho từng chức năng khác nhau; danh sách các khoa, ngành, các khoá hiện có và cần thiết tại các đơn vị đào tạo công và tư ở cấp trung học, cao đẳng và sau đại học; thảo luận và ước tính đầu tư tiền bạc và thời gian cần thiết để xây dựng

được một lực lượng lao động chuyên về sức khỏe hành vi được đào tạo và có bằng cấp.

## Kết luận

Có nhiều quan điểm để hiểu về 15 năm phát triển công tác điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD) tại Việt Nam. Một trong những quan điểm đó được phản ánh trong một câu tục ngữ của Việt Nam "có công mài sắt, có ngày nên kim", đó là một tuyên bố về đức tính kiên trì. Câu chuyện của 15 năm qua không phải là chuyện kể về những siêu anh hùng, mà là miêu tả tổng hợp của rất nhiều những con người tận tâm, họ đã quyết tâm và họ đã bền bỉ, kiên trì làm các công việc nhằm cải thiện sức khỏe của những người mắc các chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD). Đó là câu chuyện về một người cha kiên trì tìm kiếm thuốc chạy chữa cho đứa con trai của mình; đó là câu chuyện về một vị phó thủ tướng cùng các cộng sự của ông, quyết tâm vận động để có thí điểm việc sử dụng một loại thuốc đã từng bị từ chối trước đây để điều trị căn bệnh nghiện heroin và làm giảm tình trạng lây truyền của HIV/AIDS; câu chuyện về các chuyên

gia của Chính phủ Hoa Kỳ, những người luôn lắng nghe và am hiểu về một nền văn hóa khác, trước khi đề xuất các giải pháp; các câu chuyện về nhiều chính phủ quốc tế và các tổ chức từ thiện đã tiếp tục đầu tư cho một xu hướng thay đổi; câu chuyện về nhiều chuyên gia Việt Nam từ các viện trường, viện nghiên cứu, các cơ quan chính phủ và các tổ chức phi chính phủ đóng vai trò là "cầu nối" giữa các chuyên gia kỹ thuật về khoa học nghiện với hệ thống và văn hóa độc đáo của Việt Nam; và hàng trăm các câu chuyện khác về những gia đình và người bệnh đã kiếm tìm sự giúp đỡ để quay về với gia đình, với cộng đồng và công ăn việc làm.

*The resources for developing an SUD system of care consistent with the excellent principles outlined in the 2013 Renovation Plan largely exist: communelevel health clinics, MMT clinics, pilot projects, beds for longer-term interventions, academic institutions educating clinicians and conducting research, and GVN policy that recognizes addiction as a health condition, not a crime. The missing piece from this picture is a clear locus of accountability and responsibility for linking, managing, and amplifying these now-distinct pieces into a unified system of care.*

Những câu chuyện này đã hòa quyện với nhau để kể cho chúng ta biết những thay đổi đã diễn ra tại Việt Nam như thế nào. Các câu chuyện minh họa cho tầm quan trọng của:

- Sự hiểu biết và thích ứng với bối cảnh văn hóa và chính trị.
- Vai trò lãnh đạo của địa phương, "đi tiên phong", đó là những người đã đứng lên để ủng hộ cho những thay đổi.
- Chính sách của Nhà nước phù hợp và tạo ra môi trường cho những thay đổi.
- Tri thức khoa học và kỹ thuật phù hợp để thay đổi.
- Các nguồn nhân lực và tài chính để tiến hành và hỗ trợ cho những thay đổi.
- Năng lực của các hệ thống công và khu vực tư nhân để quản lý và thực hiện những thay đổi.
- Đội ngũ cán bộ chuyên môn tận tâm và có tay nghề tại địa phương và cuối cùng họ là những người cung cấp dịch vụ.

Đây chính là những yếu tố tạo ra sự khác biệt giữa năm 2005 và 2020 tại Việt Nam. Một góc nhìn khác coi 15 năm của những phát triển vừa qua là một dấu mốc và cơ hội để hiệu chỉnh lại công tác điều trị SUD tại Việt Nam. Điều trị SUD hiện tại đã đến Việt Nam từ năm 2005, được coi như một can thiệp để ngăn chặn lây lan của HIV/AIDS. Báo cáo quốc gia của WHO năm 2005 ước tính có tới 263.000 người nhiễm HIV/AIDS, trong đó 50% là người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích (PWID),

Conference Presenters: 25th Anniversary Meeting of HMU Center for Research and Training on HIV/AIDS (CREATA).

và 34% người sử dụng ma túy đã nhiễm HIV. Công tác phòng chống HIV và quản lý AIDS, được mô tả trong các phần trước, không thiếu những ấn tượng sâu sắc, và ứng phó với HIV/AIDS đã thành công. Điều trị nghiện ma túy, kết hợp với xét nghiệm, điều trị kháng virus, và bây giờ là tìm ca dương tính, về cơ bản đã đưa HIV/AIDS đến mức độ được coi là một bệnh mạn tính có thể dự phòng và kiểm soát được. Điều trị SUD, do được thiết kế để ứng phó với HIV/AIDS, mục đích cơ bản là để giải quyết tình trạng sử dụng chất gây nghiện dạng thuốc phiện, trong bối cảnh các cơ sở điều trị có chức năng chính là điều trị thuốc kháng virus; do ít nhất hai cơ quan Chính phủ khác nhau quản lý; và các cơ sở điều trị này vẫn đang tách rời với các trung tâm cai nghiện bắt buộc. Các trung tâm này hiện được sử dụng thường xuyên hơn cho những người sử dụng ma túy tổng hợp (ATS.) Như mục tiêu khi được thiết lập, nguồn lực điều trị SUD không phải được thiết kế để giải quyết tình trạng sử dụng ATS, ngày càng phổ biến ở thanh niên, đã vượt trội hơn sử dụng heroin. Điều trị SUD cũng không được xác định để can thiệp cho vấn đề nghiện rượu (ngoại trừ trong các bệnh viện sức khỏe tâm thần), giống như ở hầu hết các quốc gia, rượu là chất gây phụ thuộc nhiều nhất. Tại Việt Nam, rượu không tính vào phí tổn về kinh tế-xã hội. Điều trị SUD ở Việt Nam lúc bắt đầu không được thiết kế để giải quyết một trạng thái bệnh lý, đó là bệnh nghiện mang tính chất sinh

học-tâm lý-xã hội đối với rượu, các chất dạng thuốc phiện, chất gây ảo giác, các chất kích thích dạng amphetamine hoặc thuốc lá và các chất gây nghiện khác.

Nhiều người được phỏng vấn đã bày tỏ nhận thức rằng đây là thời điểm thích hợp tại Việt Nam để đánh giá lại các nguồn lực hiện có và xây dựng hệ thống chăm sóc điều trị SUD, lồng ghép vào hệ thống y tế và nhất quán với các nguyên tắc nổi bật được nêu trong Đề án Đối mới Công tác Cai nghiện năm 2013. Các mảnh ghép của một hệ thống lồng ghép chăm sóc, điều trị, dựa vào cộng đồng phần lớn vẫn đang vận hành, mặc dầu ở các hình thức tách biệt. Tất cả các cộng đồng địa phương đều có trạm y tế xã/phường; cơ sở điều trị điều trị methadone có mặt ở tất cả 63 tỉnh/thành phố; các dự án thí điểm chứng minh tính hiệu quả của tiếp cận đồng đẳng, điều trị bằng buprenorphine, liệu pháp lâm sàng cá nhân và chăm sóc lồng ghép; cai nghiện tập trung không có thuốc hỗ trợ; khi cần các can thiệp lâu dài, các đơn vị nghiên cứu tại Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược TP HCM và Đại Học Lao động và Xã hội đã đào tạo các chuyên gia lâm sàng các nghiên cứu viên; và các chính sách của Chính phủ Việt Nam công nhận nghiện là một bệnh, không phải là tội phạm.

Mảnh ghép còn thiếu trong bức tranh này là một cơ quan cụ thể, có trách nhiệm giải trình và chịu trách nhiệm kết nối, quản lý và mở rộng những mảnh ghép hiện vẫn tồn tại riêng rẽ, thành một hệ thống chăm sóc

thống nhất. Cần thiết có một cơ quan chịu trách nhiệm về căn bệnh nghiện, tương đương với thẩm quyền và chức năng của Cục Phòng chống HIV/AIDS của Bộ Y tế. Chưa có sự quan tâm đến nhu cầu này trong khi sử dụng ATS đang lây tràn trong giới trẻ, rượu vẫn tiếp tục giảm giá và "loại ma túy được lựa chọn" tiếp theo đang dần xuất hiện có nguy cơ làm quay lại sự phụ thuộc cai nghiện bắt buộc- một chiến lược đã biết chủ yếu là thất bại trong việc quản lý căn bệnh nghiện và tỉ lệ chi phí không cân xứng cho các trung tâm này đối với nhóm dân số có thu nhập thấp. Cơ hội để điều chỉnh lại, thông qua khai thác sức mạnh tiềm tàng của việc kết nối các dịch vụ này và theo đuổi các mô hình thí điểm và các phương hướng được mô tả trong phần " Các bước tiếp theo", sẽ tạo ra cho Việt Nam một dịch vụ về sức khỏe hành vi ngang tầm với chuyển đổi kinh tế, đưa lại sự an toàn và hài lòng cho người dân Việt Nam.

Một người trả lời phỏng vấn rất khôn ngoan và đầy kinh nghiệm đã đưa ra một câu tục ngữ khác để trả lời cho câu hỏi về các thay đổi diễn ra như thế nào: "Con có khóc, mẹ mới cho bú" có nghĩa "nếu không yêu cầu, thì bạn sẽ chẳng nhận được gì cả". Các cải cách là cần thiết để giải quyết sự không thoải mái của những người dân tại Việt Nam, những người đang phải chịu đựng nhiều dạng rối loạn khác nhau do sử dụng các chất gây nghiện.





## Tiến trình thời gian từ 1990-2002: Chính sách, Dữ liệu, Mô hình thí điểm và các sự kiện khác

NĂM	CHÍNH SÁCH	SỐ LIỆU	MÔ HÌNH ĐIỂM	SỰ KIỆN KHÁC
1990				Ca nhiễm HIV/AIDS đầu tiên
1993	Nghị quyết 06/NQ-CP			
1995			Thử nghiệm nghiên cứu đầu tiên về methadone tại Viện Sức khỏe Tâm thần Việt Nam	Trung tâm CREATA được thành lập tại Đại học Y Hà Nội
2000	Ủy ban QG Phòng chống HIV/AIDS; Thủ tướng Chính phủ thành lập Ủy ban 50			
2003		Từ 110.000–350.000 ca nhiễm HIV/AIDS  Số người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích (PWID) = 156.000		
2004	Thỏa thuận song phương giữa Chính phủ Hoa Kỳ và Chính phủ Việt Nam về chương trình PEPFAR  Chiến lược Quốc gia về PC HIV/AIDS của VN  Chính phủ Việt Nam tuyên bố rằng nghiện ma túy là một bệnh			Karl White, Cố vấn của SAMHSA
2005	Cục PC HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) được thành lập, trực thuộc Bộ Y tế			Thỏa thuận hợp tác giữa SAMHSA và PEPFAR
2007	Dự án thí điểm điều trị Methadone được Phó Thủ tướng Trương Vĩnh Trọng phê duyệt			

NĂM	CHÍNH SÁCH	SỐ LIỆU	MÔ HÌNH ĐIỂM	SỰ KIỆN KHÁC
2008	Bỏ điều 199 trong BLHS năm 1999, phi hình sự hoá hành vi sử dụng ma túy		Thí điểm điều trị Methadone tại TP Hải Phòng và TP HCM cho 950 bệnh nhân	Kevin Mulvey, cố vấn của SAMHSA
2011		41 CS điều trị duy trì Methadone (MMT) cho 7.000 bệnh nhân  121 trung tâm cai nghiện bắt buộc với 40.000 học viên	TT Chuyển giao Công nghệ Điều trị Nghiện & HIV đầu tiên của VN được thành lập tại ĐHY HN	
2012		209.000 người nhiễm HIV/AIDS  171.000 người sử dụng ma túy được lập danh sách  60 cơ sở điều trị Methadone với 12.253 bệnh nhân  35.400 học viên tại các trung tâm cai nghiện bắt buộc		Sử dụng ATS gia tăng và lan rộng
2013	Đề án Đổi mới Công tác Cai nghiện Ma túy Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Tấn Dũng phê duyệt			
2014		103 cơ sở điều trị Methadone cho 19.000 bệnh nhân  24.000 học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc	TT Chuyển giao Công nghệ điều trị nghiện & HIV thứ hai được thành lập tại ĐHYD TPHCM  Dự án nghiên cứu thí điểm Buprenorphin (BRAVO)	

NĂM	CHÍNH SÁCH	SỐ LIỆU	MÔ HÌNH ĐIỂM	SỰ KIỆN KHÁC
2015	Một số trung tâm cai nghiện bắt buộc bổ sung thêm các hợp phần tự nguyện	17.361 học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc	Hỗ trợ phục hồi bằng thuốc  Tiếp cận đồng đẳng tại Hải Phòng  Điều trị cộng đồng CATS SCDI	Kenneth Robertson, cố vấn của SAMHSA
2016				Humberto Carvalho, cố vấn của SAMHSA
2017		32.600 học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc	TT Chuyển giao Công nghệ điều trị nghiện & HIV thứ ba được thành lập tại ĐH LĐ&XH	Nadine Rogers, cố vấn của SAMHSA
2018		Hơn 5.100 nhân viên của 249 cơ sở điều trị Methadone được đào tạo thông qua các TT Chuyển giao CN điều trị Nghiện & HIV  223.000 người sử dụng ma túy được lập danh sách  336 cơ sở điều trị methadone tại 63 tỉnh/thành phố cho trên 53.000 bệnh nhân  36.300 học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc	Hội thảo về toà án ma túy được tổ chức cho các quan chức của Chính phủ Việt Nam.  Recovery Plus, chương trình chuyển làn được bắt đầu /SCDI	Hơn 2/3 số người mới sử dụng ma túy chọn ATS
2019	QH VN bắt đầu xem xét lại Luật PC Ma túy  SAMHSA đưa ra thông báo kết thúc tham gia với PEPFAR	38.200 học viên trong các trung tâm cai nghiện bắt buộc	Trung tâm Chuyển giao Công nghệ điều trị Nghiện khu vực Đông Nam Á (SEATTC) tổ chức chuyển tham quan học tập kinh nghiệm tại Thái Lan cho Việt Nam	Vũ Huy Hoàng, Giám đốc SAMHSA Việt Nam
2020	PEPFAR tập trung vào phát hiện ca dương tính trong những người sử dụng ma túy tổng hợp ATS, nam tình dục đồng giới, phụ nữ bán dâm			Các cuộc họp về tính bền vững của VHATTC/SCDI/SAMHSA

## Các từ viết tắt

ART	Điều trị kháng vi-rút	NIDA	Viện Quốc gia về Lạm dụng Ma túy
ATS	Chất kích thích dạng Amphetamine	OOG	Văn phòng Chính phủ
ATTC	Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Điều trị Nghiện Chất	ODU	Rối loạn do sử dụng ma túy dạng thuốc phiện
BRAVO	Buprenorphine/naloxone để giảm nghiện và Tăng cường Kết quả PC HIV tại Việt Nam	PEPFAR	Kế hoạch Cứu trợ của Tổng thống về Phòng chống AIDS
CATS	Điểm điều trị Nghiện tại Cộng đồng	PWID	Người tiêm chích ma túy
CBO	Tổ chức dựa vào Cộng đồng	SAMHSA	Cục Quản lý các Dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần
CDC	Các Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh	SBIRT	Sàng lọc, Can thiệp sơ bộ, và chuyển gửi điều trị
CREATA	Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phòng chống HIV/AIDS	SCDI	Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng
DRIVE	Sử dụng Ma túy và Các Bệnh lây qua Đường Máu	SHI	Bảo hiểm Y tế -Xã hội
DSVP	Cục Phòng chống Tệ nạn Xã hội	SUD	Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
GVN	Chính phủ Việt Nam	ULSA	Đại học Lao Động và Xã Hội
HIV/AIDS	Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người	UMP	Đại học Y – Dược Thành phố Hồ Chí Minh
HIV-ATTC	Trung tâm Đào tạo HIV- Công nghệ Điều trị Nghiện	UNAIDS	Chương trình chung của Liên Hợp Quốc Phòng chống HIV và AIDS
HMU	Đại học Y Hà Nội	UNODC	Cơ quan Liên Hợp Quốc về Phòng chống Ma túy và Tội phạm
IDU	Tiêm chích ma túy	USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế của Hoa Kỳ
MMT	Điều trị duy trì bằng Methadone	VAAC	Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (trực thuộc Bộ Y tế)
MOH	Bộ Y tế (BYT)	VHATTC	Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Phòng chống HIV – Nghiện ma túy Việt Nam
MOLISA	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (Bộ LĐT-B&XH)	VUSTA	Liên hiệp Hội Khoa học và Công nghệ Việt Nam
MOPS	Bộ Công an	WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
MSM	Nam quan hệ tình dục đồng giới		
NGO	Tổ chức Phi Chính phủ		

## Phụ lục

### Phụ lục A: Hướng dẫn thảo luận cho các cuộc phỏng vấn có cấu trúc và thảo luận mở của SAMHSA/PEPFAR

Mục đích của cuộc phỏng vấn này là để cung cấp một nguồn dữ liệu, trong số nhiều nguồn thông tin cần thiết khác, để chuẩn bị cho Kế hoạch Đánh giá và Duy trì Bền vững cho giai đoạn 2005-2019 của SAMHSA/PEPFAR, với tư cách là đối tác của PEPFAR nhằm thúc đẩy công tác điều trị nghiện ma túy dựa vào bằng chứng và dựa vào cộng đồng và làm giảm lây lan và nguy cơ nhiễm HIV/AIDS liên quan đến sử dụng ma túy tại Việt Nam.

Những câu hỏi này nhằm hướng dẫn thảo luận với những người tham gia chủ chốt trong sáng kiến SAMHSA/PEPFAR Việt Nam nhằm xây dựng năng lực điều trị ma túy dựa vào cộng đồng và dựa trên bằng chứng tại Việt Nam như một chiến lược nhằm giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm và lan truyền HIV/AIDS.

Cảm ơn Bạn đã dành thời gian xem xét và thảo luận những câu hỏi này. Thông tin do Bạn cung cấp sẽ được đối chiếu và tổng hợp cùng với các ý kiến trả lời của những người được phỏng vấn khác. Sẽ không có bất kỳ đề cập cụ thể đến một cá nhân nào, trước khi có sự đồng ý chính thức của người tham gia phỏng vấn.

Các thông tin tìm hiểu tập trung vào: sự tham của SAMHSA/PEPFAR trong giai đoạn từ 2006-2012; các bài học kinh nghiệm này được phân chia theo 3 giai đoạn về thời gian: 2006-2012, 2012-2015, và 2015-2019.

- Dựa trên quan điểm và kinh nghiệm của cá nhân, xin vui lòng cho biết Bạn đã thấy (có thể hai hoặc ba) những đóng góp chính /vai trò của SAMHSA/PEPFAR tại Việt Nam, trong khoảng thời gian 13 năm nêu ra ở nghiên cứu này, hoặc xa hơn nữa.
- Dựa trên kinh nghiệm và/hoặc hiểu biết của cá nhân, xin hãy mô tả các nguồn lực chính, và các thay đổi cơ bản (ba đến năm?) đã diễn ra ở Việt Nam về: phát triển của công tác điều trị nghiện ma túy dựa vào cộng đồng/dựa vào bằng chứng tại Việt Nam trong giai đoạn 13 năm nêu ra ở nghiên cứu này, hoặc xa hơn nữa.
- Từ quan điểm và kinh nghiệm của Bạn, vui lòng cho biết có những cơ hội nào chưa được nắm bắt, vận dụng để thay đổi và mở rộng công tác điều trị ma túy dựa vào cộng đồng/dựa vào bằng chứng tại Việt Nam trong giai đoạn 13 năm nêu ra ở nghiên cứu này, hoặc xa hơn nữa.
- Vui lòng xác định bất kỳ các phân tích biểu mẫu báo cáo hoặc ấn bản phẩm nào có đăng tải các dữ liệu, các câu chuyện hoặc các tư liệu khác nhằm minh họa hoặc thể hiện cho các đóng góp, những thay đổi hoặc các cơ hội đã bị bỏ lỡ hoặc chưa được thực hiện trong quá trình phát triển của mô hình điều trị nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và dựa vào bằng chứng tại Việt Nam Nam, trong giai đoạn 13 năm nêu ra ở nghiên cứu này, hoặc xa hơn nữa.
- Vui lòng cho biết những cá nhân chủ chốt nào là người Việt Nam hoặc Hoa Kỳ làm việc trong chính phủ, tổ chức phi chính phủ hoặc trong các vị trí khác, có những hiểu biết liên quan đến chủ đề này để kể lại câu chuyện về SAMHSA/PEPFAR tại Việt Nam trong giai đoạn 13 năm nêu ra ở nghiên cứu này, hoặc xa hơn nữa.
- Vui lòng thảo luận về các suy nghĩ của Bạn về các cách tiếp cận, những cơ hội hiện có, và triển vọng cho những cơ hội đó để duy trì và phát triển các nguồn lực dành cho điều trị nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và dựa vào bằng chứng đang có tại Việt Nam trong 5 năm tiếp theo.

### Phụ lục B: Công văn xin được phỏng vấn (Phiên bản tiếng Việt và tiếng Anh)

Bản tiếng Việt



Hà Nội, ngày 05 tháng 02 năm 2020

Về việc: Đánh giá về hỗ trợ kỹ thuật của SAMHSA và các đối tác về Điều trị nghiện.

Kính thưa: **TS. Hoàng Đình Cảnh**  
**Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế**

Thưa TS. Hoàng Đình Cảnh,

Thay mặt Cục Quản lý Các Dịch vụ Điều trị Nghiện và Sức khỏe Tâm thần (SAMHSA), tôi xin gửi tới Bác sĩ lời chào trân trọng.

SAMHSA đánh giá cao sự hỗ trợ và hợp tác của Bác sĩ và Quý cơ quan trong công tác nâng cao chất lượng điều trị nghiện và phòng chống HIV/AIDS trong 15 năm qua. Chúng tôi có kế hoạch phối hợp cùng Trung tâm Hỗ trợ Sáng Kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI) để thực hiện một đánh giá nhằm ghi nhận những thành quả chung của chúng ta, đồng thời tổng hợp các cơ hội để duy trì các hoạt động về điều trị nghiện cho Việt Nam trong thời gian tới. Công việc này sẽ do Tiến sĩ Victor Capoccia, cố vấn kỹ thuật thực hiện. Tiến sĩ Victor dự kiến sẽ đến Việt Nam từ ngày 3/2 -23/2/2020 để gặp và trao đổi với các cơ quan đối tác có liên quan. Tiến sĩ mong được gặp và làm việc với Bác sĩ:

- + Thời gian: 09:00 – 10:00, Thứ tư ngày 19/02/2020
- + Địa điểm: Cục Phòng, chống HIV/AIDS
- + Thành phần dự kiến: Tiến sĩ Victor Capoccia cùng đại diện của SAMHSA và SCDI.

Tôi xin gửi kèm thông tin giới thiệu về Tiến sĩ Victor và nội dung dự kiến trao đổi trong buổi họp. Nếu Bác sĩ cần thêm thông tin, xin vui lòng liên hệ với Cô Nguyễn Thị Thủy Linh, Trợ lý Chương trình của SAMHSA theo số điện thoại 0969220291 hoặc email [NguyenLTT@state.gov](mailto:NguyenLTT@state.gov).

Trân trọng cảm ơn Bác sĩ và Quý cơ quan về sự hợp tác!

Kính thư

Bs. Ths Vũ Huy Hoàng  
Giám đốc SAMHSA Việt Nam  
Đại sứ quán Hoa Kỳ tại Hà Nội.

*Bản tiếng Anh*

October 21, 2019

As you are aware, SAMHSA's role in PEPFAR in Vietnam has been to provide mentoring, training, and technical assistance, as well as policy advocacy to develop an evidence- and community-based substance use disorder treatment capacity that reduces the risk and spread of HIV through injection drug use.

The Vietnam SAMHSA office has commissioned a two-pronged report that captures results of these roles between 2006 and 2019, and that identifies sustainable approaches for future expansion and maintenance of evidence- and community-based drug treatment in Vietnam.

Because of your experience and contribution to SAMHSA's work in Vietnam, your knowledge is essential to preparing this report. I am asking for an opportunity to hear your perspective and thoughts on a number of questions that essentially seek to capture: the type and amount of change that occurred in Vietnam during this period; opportunities that may have passed by during this period; and specific ideas that assure the maintenance and further development of community- and evidence-based drug treatment programs in Vietnam.

Attached is a discussion guide for our conversation. The guide is intended to be flexible to adapt to your specific knowledge and experience with SAMHSA's work through the 2006–2019 period.

Please respond to this outreach, indicating your willingness to contribute to this effort and at least two dates after November 5, 2019, and the time that you would be available for a 30- to 60-minute-telephone conversation.

Your contribution to this work is essential and appreciated in advance. I look forward to hearing your thoughts... and catching up.

Thank you, and best wishes,

Victor Capoccia, PhD  
Consultant/Advisor

cc: Dr. Hoang Vu, Ms. Thuong Nong

Attachment: Interview Guide

**Phụ lục C: Danh sách những người trả lời phỏng vấn**

Danh sách dưới đây là các những người trả lời phỏng vấn, là công dân Hoa Kỳ, đã tham gia trực tiếp đảm nhận trách nhiệm về kỹ thuật hoặc giám sát công việc SAMHSA/PEPFAR Việt Nam đã thực hiện trong giai đoạn 2005-2020.

GS.Ts. Bs. Gavin Bart, Đại học Y Minnesota  
Ts. Mady Chalk, chuyên gia tư vấn, Chalk Group (cựu thành viên SAMHSA/CSAT)  
Ts. Theodore Hammett, nguyên Trưởng Dự án Quản trị và Tài chính Y tế, Abt Associates  
PGS.Ts. Kimberly Johnson, Đại học Nam Florida (cựu thành viên SAMHSA/CSAT)  
PGS.Ts. Bs. Todd Korthuis, Đại học Y trực thuộc Đại học Y khoa và Khoa học Oregon  
Bà Laurie Krom, Giám đốc VP Điều phối ATTC, Đại học Missouri  
Ts. Sherrie Larkins, Giám đốc TT Đào tạo Quốc tế, Trường Đại học California, Los Angeles; Chương trình Lồng ghép về Lạm dụng chất gây nghiện  
Ông. Robert Lubran, MS, MPA, (ret.)  
Phòng Dược, SAMHSA  
Ts. Dennis McCarty, Giáo sư Danh dự thuộc Đại học Y khoa và Khoa học Oregon  
Ts. Richard Rawson PhD, Giáo sư Danh dự thuộc Đại học California, Los Angeles; Khoa Tâm thần học  
Ông Daniel Wolfe, Giám đốc Chương trình Giám hại Quốc tế, Open Society Foundations

Danh sách sau đây là những người trả lời phỏng vấn là công dân Việt nam và công dân Hoa Kỳ đến từ PEPFAR, CPVN và các tổ chức NGO có liên quan trực tiếp đến các trách nhiệm về chính sách, quản lý và điều hành trong giai đoạn 2005-2020.

**PEPFAR Team**  
Ông Mark Troger, Điều phối Quốc gia chương trình PEPFAR tại Việt Nam  
Bà Nguyễn Thị Minh Ngọc, Trưởng nhóm Chăm sóc và Điều trị HIV/AIDS, USAID  
Bs. Hoàng Nam Thái, Cán bộ chương trình Chăm sóc và Điều trị, CDC  
Ths. Vũ Hoàng, Giám đốc Quốc gia của SAMHSA tại Việt Nam  
Ths. Nông Thị Thương, Phó Giám đốc Quốc gia của SAMHSA tại Việt Nam  
Ts. Kevin Mulvey, Giám đốc Khu vực ĐNA của SAMHSA

**Government of Vietnam**

Ts. Nguyễn Doãn Phương, Giám đốc, Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Ts. Lê Minh Giang, Điều phối viên Chương trình VHATTC, Đại học Y Hà Nội  
Ts. Nguyễn Thu Trang, Điều phối viên đào tạo, Chương trình VHATTC, Đại học Y Hà Nội  
PGS, Ts. Đỗ Văn Dũng, Giám đốc Chương trình VHATTC, ĐH Y-Dược TP HCM  
Ths. Nguyễn Thị Tường Vi, Điều phối viên Chương trình VHATTC, ĐH Y-Dược TP HCM  
Bà Nguyễn Thị Hoài Thu, Điều phối viên, Đại học LĐ&XH  
Ts. Nguyễn Trung Hải, Giảng viên thuộc Đại học LĐ&XH  
Ts. Nguyễn Thị Minh Tâm, Trưởng Phòng Giám hại, Cục PC HIV/AIDS Việt Nam  
Bs. Đỗ Hữu Thủy, Trưởng Phòng Truyền thông, Cục PC HIV/AIDS Việt Nam  
Ts. Nguyễn Cửu Đức, Quyền Phó Vụ trưởng, Vụ Khoa Giáo Văn Xã, Văn phòng Chính phủ  
Ts. Đoàn Hữu Bấy, Phó Vụ Trưởng, Vụ Khoa Giáo Văn Xã, Văn phòng Chính phủ  
Ts. Hoàng Văn Kế, Chủ tịch Hội Khoa học và Công nghệ, thành viên Liên hiệp các Hội các tổ chức KH&KT Việt Nam (VUSTA), đồng lãnh đạo chương trình điều trị phục hồi bằng thuốc tại Hải Phòng  
Bs. Đỗ Văn Khánh, Phó Cục trưởng Cục PC Tệ nạn XH, Bộ LĐTB&XH  
Bs. Phùng Quang Thúc, Cục trưởng Cục PC Tệ nạn XH, Bộ LĐTB&XH

**Other Government Entities and Non-governmental Organizations**

Bà Marie Odile Omond, Giám đốc QG, UNAIDS tại Việt Nam  
Bs. Nguyễn Thanh Cường, Cán bộ Chương trình UNODC  
Bà Nguyễn Phương Lan, Cán bộ Chương trình UNODC  
Ts. Nguyễn Tố Như, nguyên Phó Giám đốc FHI 360  
Bs. Khuất Thị Hải Oanh, Giám đốc Điều hành SCDI  
Bà Đỗ Thị Ninh Xuân, Cố vấn Kỹ thuật, SCDI  
Bà Phạm Thị Hạnh Vân, Điều phối viên, SCDI  
Bà Nguyễn Quỳnh Trang, Quản lý Chương trình, SCDI  
Bà Phạm Thị Minh, Trưởng Ban Điều hành, Mạng lưới Người Sử dụng Ma túy Việt Nam (VNPUD)  
Các tổ chức dựa vào cộng đồng đã hỗ trợ nghiên cứu DRIVE tại Hải Phòng (7)  
Các đồng đồng viên trong chương trình điều trị phục hồi có thuốc hỗ trợ tại Hải Phòng (6)  
Các đồng đồng viên tại Hải Phòng đã nhận sự hỗ trợ từ can thiệp của ĐH LĐ&XH  
Các đồng đồng viên là bệnh nhân tại các thực địa tác giả đã tới thăm.

**Phụ lục D:** Giám đốc và Trưởng bộ phận kỹ thuật qua từng thường kỳ của SAMHSA/Việt Nam

2004–2008	Ts. Karl White (10/2004– 9/2008)
2008–2015	Ts. Kevin Mulvey (8/2008–9/2015)
2015–2016	Ông Kenneth Robertson (9/2015–11/2016)
2016–2017	Ông Humberto Carvalho (11/2016–1/2017)
2017–2019	Ts. Nadine Rogers (1/2017–1/2019)
2019 đến nay	Ts. Vũ Hoàng (1/2019 đến nay)

Bộ phận nhân sự của samhsa hoạt động tại Việt Nam đã từng được hỗ trợ từ các cán bộ dưới đây của samhsa tại Washington DC, giai đoạn 2005-2015, gồm có:

- Ts. Bs. Westley Clark, Giám đốc TT Điều trị Lạm dụng chất gây nghiện (CSAT)
- Ts. Kim Johnson, PhD, Giám đốc TT Điều trị Lạm dụng chất gây nghiện (CSAT)
- Ths. Robert Lubran, Giám đốc Phòng Liệt pháp điều trị bằng thuốc
- Ths. Thomas Kresina, Phòng Liệt pháp điều trị bằng thuốc
- Ths. Anne Herron, Giám đốc Vụ Hợp tác Liên Chính phủ và Ngoại giao

**Phụ lục E:** Occupancy of Compulsory Rehabilitation Centers Established by Resolution 06/CP (1993), 2012–2020\*

YEAR	OCCUPANCY
2012	35,436
2013	35,953
2014	24,088
2015	17,361
2016	28,427
2017	32,610
2018	36,368
2019	38,244
2020	34,982

**Phụ lục F:** International Partners and Funders, 2005–2020†

- The Atlantic Philanthropies
- Bloomberg Philanthropies
- Tổ chức dịch vụ cứu trợ Thiên chúa giáo (CRS)
- Quỹ Elton John AIDS
- Quỹ Ford
- Công ty dược phẩm Gilead Sciences
- Quỹ Toàn Cầu
- Chính phủ Australia
- Chính phủ CH Pháp
- Chính phủ Ireland
- CP Vương quốc Hà Lan
- CP Vương quốc Anh
- Quỹ Xã hội Mở
- UNAIDS
- Cơ quan PC Ma túy và Tội Phạm LHQ (UNODC)
- Chính phủ Hợp chủng quốc Hoa Kỳ
- Viện Nghiên cứu Quốc gia về Sức khỏe(NIH) – Viện Nghiên cứu Quốc gia về Lạm dụng chất gây (NIDA)
- Chương trình Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV/AIDS (PEPFAR): Cơ quan Phát triển QT của CP Hoa Kỳ (USAID), Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), Bộ QP Hoa Kỳ
- Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

\* Nguồn: CPVN/Bộ LĐT&XH/Cục PCTNXH qua SAMHSA/PEPFAR  
 † † Các đối tác và nhà tài trợ quốc tế được nêu tên là những người được tham khảo từ các cuộc phỏng vấn và có thể chưa bao gồm đầy đủ tất cả các bên tham gia và tài trợ có liên quan, giai đoạn 2005-2020.

## Tài liệu tham khảo và các nguồn thông tin

Hội đồng Liên Nghị viện Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á, "Báo cáo Tiến độ Quốc gia của Việt Nam", được trình bày tại cuộc họp lần thứ 12 của Ủy ban tìm kiếm sự thật (AIFOCOM) để chống lại mối đe dọa ma túy thuộc Hội đồng Liên Nghị viện Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á, tại Kuala Lumpur, Malaysia, từ 7-11 tháng 6 năm 2015.

Hội đồng Liên Nghị viện Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á, "Báo cáo Tiến độ Quốc gia của Việt Nam", được trình bày tại cuộc họp lần thứ 13 của Ủy ban tìm kiếm sự thật (AIFOCOM) chống lại mối đe dọa ma túy thuộc Hội đồng Liên Nghị viện Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á, tại Manila, Philippines, từ 4-8 tháng 7 năm 2017, trang 172-175.

Baum, Anja, "Câu chuyện thành công về phát triển của Việt Nam và chương trình nghị sự các Mục tiêu Phát triển Bền vững-SDG chưa hoàn thành", Tài liệu làm việc của Quỹ Tiền tệ Quốc tế, ngày 14 tháng 2 năm 2020.

Cain SM, S. Ahn, E. Garcia, và cộng sự, "Heantos 4, một chất chiết xuất từ thực vật tự nhiên được sử dụng trong điều trị nghiện ma túy, điều chỉnh các kênh canxi loại T và bắn nổ vùng đồi thị", *Não Phân tử* 9 (1), 5 tháng 12 năm 2016, doi: [10.1186/s13041-016-0274-7](https://doi.org/10.1186/s13041-016-0274-7).

Ủy ban Đánh giá Kết quả và Tác động các Chương trình HIV/AIDS toàn Cầu được thực hiện theo Đạo luật Lantos Hyde năm 2008; Hội đồng Quản trị về Sức khỏe toàn Cầu; Hội đồng Trẻ em, Thanh thiếu niên và Gia đình; Viện Y học, "Đánh giá của PEPFAR", Washington, DC: Nhà Xuất bản Học viện Quốc gia (Hoa Kỳ), ngày 27 tháng 6 năm 2013.

Đại sứ quán nước CHXHCN Việt Nam tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ, <http://viet-namembassy-usa.org/vietnam/politics/govern-ment-structure>.

Fauci, Anthony và Robert W. Eisinger, "15 năm và kiểm đếm các cuộc đời đã được cứu chữa", *Tạp chí Y học New England* 378, ngày 25 tháng 1 năm 2018, trang 314-316, doi: [10.56/NEJMp1714773PEPFAR](https://doi.org/10.56/NEJMp1714773PEPFAR).

Giang, LM, LB Ngọc, VH Hoàng, K. Mulvey, và RA Rawson, "Các rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và HIV tại Việt Nam kể từ Đổi Mới : Tổng quan", *Tạp chí Phân tích Thực phẩm và Dược phẩm* 21: 4, 2013, trang S42-S45, doi: [10.1016/j.jfda.2013.09.032](https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.032)

[Ha,Pham Nguyen,1,2,\\* Anastasia Pharris,1 Nguyen Thanh Huong,3 Nguyen Thi Kim Chuc,2 Ruairi Brugh,4 and Anna Thorson,1](#) "Sự phát triển của chính sách về HIV tại Việt Nam": Từ các biện pháp kiểm soát trừng phạt đến cách tiếp cận dựa trên quyền ", *Hành động Sức khỏe toàn Cầu* 3: [1, 2010, doi: 10.3402/gha.v3i0.4625](https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.4625).

Hammett, M. T., N. T. Trang, K.T.H. Oanh, và cộng sự "Mối quan hệ giữa chính sách y tế và các can thiệp y tế công cộng: Một nghiên cứu trường hợp về dự án DRIVE nhằm "chấm dứt" dịch HIV ở những người tiêm chích ma túy tại Hải Phòng, Việt Nam," *Tạp chí Chính sách Y tế Công cộng* số 39, trang 217 đến 230 (2018), doi: [10.1057/s41271-017-0115-7](https://doi.org/10.1057/s41271-017-0115-7).

Nguyễn Trần Hiến, Nguyễn Thanh Long, và Trịnh Quân Huân (2004), "Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam: Sự gia tăng và ứng phó," *Dự phòng và Giáo dục về AIDS* số 16, "HIV/AIDS tại châu Á," trang 137-154, doi: [10.1521/aeap.16.3.5.137.35527](https://doi.org/10.1521/aeap.16.3.5.137.35527).

Hiệp hội Chính sách Dược phẩm Quốc tế, "Chính sách về ma túy ở châu Á: Thách thức, cơ hội và triển vọng," 2013, Việt Nam, trang 52-56, [http://file-server.idpc.net/1\\_Library/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf](http://file-server.idpc.net/1_Library/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf)

Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV và AIDS, Tài liệu dịch tế học về HIV/AIDS và bệnh lây truyền qua đường tình dục, Việt Nam, 2004, [data.unaids.org/publications/fact-sheet01/vietnam\\_en.pdf](https://data.unaids.org/publications/fact-sheet01/vietnam_en.pdf).

Korthuis, Todd, MD, Buprenorphin/naloxone để Giảm Nghiện và cải thiện các Kết quả về phòng chống HIV ở Việt Nam (BRAVO). Bài trình bày tại hội thảo kỷ niệm 25 năm của CREATA-H tại trường ĐHY Hà Nội, tháng 2 năm 2020.  
 Lincoln, Martha, "Rượu và văn hóa uống rượu

tại Việt Nam: Một đánh giá", Phụ thuộc Ma túy và nghiện Rượu số 159 (2016), trang 1-8, doi: [10.1016/j.drugdep.2015.10.030](https://doi.org/10.1016/j.drugdep.2015.10.030).

Nguyễn Văn Minh, Lê Đức Hiến, và Trần Xuân Nhật, Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm LQH, "Lạm dụng ma túy và Tình hình điều trị phụ thuộc chất gây nghiện", 2008, [https://www.unodc.org/docs/treatment/CoPro/Web\\_Viet\\_Nam.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/CoPro/Web_Viet_Nam.pdf).

Bộ Y tế, Nước CHXNCN Việt Nam, "Báo cáo Đánh giá 10 năm Thực hiện Liệu pháp Điều trị Duy trì bằng Methadone (MMT) " Report on Reviewing 10 Years of Methadone Maintenance Therapy (MMT) Implementation," Báo cáo Thủ tướng CP, Số: /BC-BYT, Hà Nội, 2018 (bản dịch văn bản của CPVN mà tác giả nhận được dưới định dạng M.Word).

Cục PC HIV/AIDS, Bộ Y tế Việt Nam, "Hồ sơ QG Việt Nam về HIV/AIDS," 11/5/2009, <http://vaac.gov.vn/en-us/solieu/Detail/VIETNAM-HIV-and-AIDS-Country-Profile>.

Nguyễn Tâm, T. M., Long T. Nguyễn, Manh D. Pham, Hoang H. Vu, and Kevin TRANG Mulvey, "Điều trị duy trì methadone tại Việt nam: Tổng quan và kế hoạch mở rộng," Tạp chí các Tiến bộ trong Y học Dự, 2012, bài ID 732484, trang 1, doi: [10.1155/2012/732484](https://doi.org/10.1155/2012/732484).

Chương trình Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV/AIDS (PEPFAR), Kế hoạch Hoạt động Quốc gia, COP 2019, Tóm tắt Hướng dẫn Chiến lược, 12/4/2019, trang 22, [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam\\_COP19-Strategic-Directional-Summary\\_public.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Vietnam_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf).

Chương trình Cứu trợ Khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV/AIDS (PEPFAR), Hướng dẫn sửa đổi, Dự phòng HIV toàn diện cho những người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích, 2010.

Cục Lạm dụng Chất gây nghiện và Dịch vụ Sức khỏe Tâm, Bản tin VP Việt Nam, 4-5/2018 (định dạng pdf), trang 2.

Cục Lạm dụng Chất gây nghiện và Dịch vụ Sức khỏe Tâm, Văn bản Hợp tác Phát triển nguồn nhân lực tại Việt Nam: Trung tâm Chuyển giao Công nghệ điều trị nghiện & HIV (VHATTC), Thông báo Cơ hội

Tài trợ, 22/4/2014, <https://www.samhsa.gov/grants/grant-announcements/ti-14-012>.

Tanguay, Pascal, Claudia Stoicescu, và Catherine Cook, "Các mô hình điều trị ma túy dựa vào cộng đồng cho những người sử dụng ma túy: Sáu kinh nghiệm trong việc tạo ra các lựa chọn thay thế cho các trung tâm cai nghiện bắt buộc tại châu Á," London: Tạp chí Giảm Tác hại Quốc tế, 2015, trang 53, [https://www.hri.global/files/2015/10/19/Community\\_based\\_drug\\_treatment\\_models\\_for\\_people\\_who\\_use\\_drugs.pdf](https://www.hri.global/files/2015/10/19/Community_based_drug_treatment_models_for_people_who_use_drugs.pdf).

Dương Công Thành, Viện VSDT Quốc gia, Khoa HIV/AIDS, "Một đánh giá về mức độ tham gia và sử dụng BHYT trong chăm sóc và điều trị HIV cho những người sống với," 9/2015.

Nông Thị Trương, "Báo cáo chuyển tham quan học tập kinh nghiệm về mô hình điều trị tại Thái Lan cho Đoàn công tác liên ngành của CPVN tại Chiang Rai, và Chiang Mai, Thai" (lưu hành nội bộ), 16-18/9/2019.

Đỗ Hữu Thủy Thủy, Do Huu, VAAC, "Ứng phó Quốc gia với các chất kích thích dạng Amphetamine (ATS)," bài trình bày bằng powerpoint, 01/3/2019.

Todini, Nazzareno, Theodore M. Hammett, và Robert Fryatt, "Lồng ghép HIV/AIDS vào Chương trình BHYT của Việt nam: các bài học kinh nghiệm từ Dự án Quản trị và Tài chính Y tế, 2014-2017," Tạp chí Hệ thống Y tế & Cải cách 4:2 (2018), trang 114-124, doi: [10.1080/23288604.2018.1440346](https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1440346).

Nguyễn Thu Trang, Lương Ngọc Anh, Carole Chauvin, Jonathan Feelemyer, Nicolas Nagot, Don Des Jarlais, và Marie Jauffret-Roustide, "Đấu tranh để đạt được một 'một cuộc sống bình thường': Một nghiên cứu định tính về những bệnh nhân điều trị bằng Methadone tại Việt Nam" Tạp chí về Chính sách về Ma túy 68, 4/2019, trang 18-26, [https://www.researchgate.net/publication/332464317\\_Struggling\\_to\\_achieve\\_a\\_'normal\\_life'\\_A\\_qualitative\\_study\\_of\\_Vietnamese\\_methadone\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/332464317_Struggling_to_achieve_a_'normal_life'_A_qualitative_study_of_Vietnamese_methadone_patients).

Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm LHQ (UNODC), Một báo cáo từ chương trình SMART toàn cầu, "Ma túy tổng hợp tại Đông Á và ĐNA: Xu hướng và các Dạng của chất kích

thích dạng Amphetamine và các chất gây nghiện hướng thần mới," 3/2019, [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2019/2019\\_The\\_Challenge\\_of\\_Synthetic\\_Drugs\\_in\\_East\\_and\\_SEA.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2019/2019_The_Challenge_of_Synthetic_Drugs_in_East_and_SEA.pdf).

Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm LHQ (UNODC), Khung Chiến lược Chương trình, Việt Nam 2005- 2007, [https://www.unodc.org/pdf/vietnam/stra-tegic\\_programme\\_framework\\_vietnam.pdf](https://www.unodc.org/pdf/vietnam/stra-tegic_programme_framework_vietnam.pdf), trang 3.

Cơ quan Phòng chống Ma túy và Tội phạm LHQ (UNODC), Báo cáo về Ma túy Thế giới 2014 (Ấn phẩm của LHQ, Sales No. E.14.XI.7).

Cơ quan Phát triển QT của CP Hoa Kỳ (USAID), Mildred Howard (trưởng nhóm), Nguyễn Đình Cường, Trần Vũ Hoàng, Nguyễn Duy Tùng, và Hệ thống Quản lý Quốc tế, "Đánh giá: Đánh giá giữa kỳ về Quản lý chất gây nghiện và chuyển đổi sang vai trò hỗ trợ kỹ thuật (SMART TA) tại Việt," 7/2015, [https://2012-2017.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FINAL-VEMSS\\_SMART\\_TA\\_Evaluation\\_Report\\_FINAL\\_Submission-07082015.pdf](https://2012-2017.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FINAL-VEMSS_SMART_TA_Evaluation_Report_FINAL_Submission-07082015.pdf).

"CP Hoa Kỳ và CP Việt Nam chào mừng bệnh nhân đầu tiên được nhận thuốc kháng virus qua Bảo hiểm Y," Hà Nội, 8/3/2019, [https://vn.usembassy.gov/20190308\\_first-patients-receiving-antiretrovirals-covered-by-social-health-insurance/](https://vn.usembassy.gov/20190308_first-patients-receiving-antiretrovirals-covered-by-social-health-insurance/).

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Viện Quốc gia về các công cụ báo cáo sức khỏe trực tuyến, thông tin dự án, "DRIVE (Nghiện Ma túy và các Nhiễm trùng huyết tại Việt Nam): Chăm sóc và dự phòng kết hợp để chấm dứt dịch HIV trong những người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích tại Hải Phòng, Việt Nam" [https://projectreporter.nih.gov/project\\_info\\_description.cfm?aid=9141361&icde=30172506](https://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=9141361&icde=30172506), DRIVE.

Bộ Ngoại giao Hoa Kỳ, "Công văn Cấp độ Lập Kế hoạch COP/Phần 2," 16/2020 (UNCLASSIFIED), trang 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2932461/>.

Sứ quán & Lãnh sự quán Hoa Kỳ tại Việt Nam, "Toà án Cai nghiện Ma túy: Một tiếp cận mới cho Việt nam trong Điều trị nghiện ma túy," Hà Nội, 11/10/2018, <https://vn.usembassy.gov/>

[drug-treatment-court-a-new-approach-for-vietnam-in-treatment-for-drug-addicts/](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2019/2019_The_Challenge_of_Synthetic_Drugs_in_East_and_SEA.pdf).

Bs. Vũ Hoàng, "Lồng ghép tầm soát sử dụng chất gây nghiện và sức khỏe tâm thần vào chăm sóc lâm sàng về HIV: Các bài học kinh nghiệm từ Việt nam và khu vực ĐNA," Cuộc họp thường niên của PEPFAR, Durban, Nam Phi 18/7/ 2016.

Vuong, T và cộng sự, "Chính sách về Ma túy tại Việt nam: Một thập kỷ của sự thay đổi?" Tạp chí QT về Chính sách liên quan đến Ma túy 23:4, 7/2012, doi: [10.1016/j.drugpo.2011.11.005](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.11.005).

Vuong, Thu,1 Nhu Nguyen,2 Giang Le,3 Marian Shanahan,1 Robert Ali,4,5 và Alison Ritter4. "Các thách thức về chính trị và khoa học trong đánh giá các trung tâm cai nghiện bắt buộc tại ĐNA," Tạp chí về giảm tác hại 14:1, 11/1/2017, trang 2, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077147/>.

Windle, James, "Một cuộc tuần hành chậm chạp từ tệ nạn xã hội đến giảm tác hại: Ma túy và chính sách về chất gây nghiện tại VN," Tóm tắt về chính sách hải ngoại, Viện Brookings, 2018, trang 3, <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/WindleVietnam-final.pdf>.

Ngân hàng Thế giới, "Ngân hàng Thế giới tại Việt Nam," 4/2020, <https://www.worldbank.org/en/country/vietnam/overview>.

Tổ chức Y tế Thế giới, "Đánh giá chung về công tác phòng chống HIV của ngành y tế tại Việt Nam 2014," trang 5, fig. 4, <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/12787>.

Tổ chức Y tế Thế giới, Tóm tắt Hồ sơ QG về mở rộng chăm sóc và điều trị, 9/2005, [https://www.who.int/hiv/HIVCP\\_VNM.pdf](https://www.who.int/hiv/HIVCP_VNM.pdf).

Tổ chức Y tế Thế giới, Vladimir Poznyak và Dag Rekve, chủ biên., "Báo cáo Tình trạng toàn Cầu về Rượu và Sức khỏe 2014," [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_2014/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en/).

