

XÂY DỰNG LUẬN CỨ ĐẦU TƯ

BẰNG CHỨNG KINH TẾ CHO
GIẢM TÁC HẠI (CẬP NHẬT
2024)

Trên phạm vi toàn cầu và trong nước, nguồn tài trợ cho lĩnh vực y tế toàn cầu đang giảm dần. Nguồn tài trợ quốc tế để giải quyết các vấn đề về HIV, viêm gan C (HCV) và lao (TB), cùng với việc ưu tiên các khoản đầu tư trong nước vào các chương trình y tế, khiến nguồn tài trợ đang ngày càng thu hẹp. Điều quan trọng là phải phân bổ các nguồn lực sẵn có một cách hiệu quả, đảm bảo sử dụng tiền đúng mục đích và đạt hiệu quả về chi phí.

Các minh chứng mạnh mẽ từ khắp nơi trên thế giới cho thấy rằng các can thiệp giảm thiểu tác hại là **hiệu quả về chi phí**¹ và có thể **giúp tiết kiệm chi phí**² trong dài hạn. Các nhà vận động chính sách thường cần đưa ra luận cứ đầu tư cho việc giảm thiểu tác hại đến các nhà tài trợ, và ngày càng nhiều chính phủ khi các nhà tài trợ rút lui.

Việc vận động này chưa bao giờ trở nên quan trọng hơn. Tỷ lệ HIV đang gia tăng ở những người tiêm chích ma túy³, nhưng nguồn tài trợ cho việc giảm thiểu tác hại đang trong tình trạng đáng báo động. Hỗ trợ tài chính cho các biện pháp hiệu quả đối với HIV ở những người tiêm chích ma túy tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình chỉ đạt 151 triệu USD vào năm 2022 – tương đương 6% của con số 2,7 tỷ USD cần thiết mỗi năm đến 2025.⁴ Nguồn tài trợ quốc tế từ các nhà tài trợ cho việc giảm thiểu tác hại đã giảm một nửa (theo giá trị thực) kể từ năm 2007.⁵

Các quốc gia có thu nhập trung bình, đặc

biệt là ở khu vực Trung Đông và Bắc Phi, ngày càng dễ bị tác động bởi sự gia tăng các ca nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy, bởi vì nguồn tài trợ từ các nhà tài trợ cho giảm thiểu tác hại hiếm khi có sẵn. Trong khi nhiều chính phủ đang đầu tư nhiều hơn vào các nỗ lực về y tế trong nước và đối phó với HIV, thì rất ít trong số đó thực sự đầu tư vào việc giảm hại, ngay cả khi nhu cầu rất lớn. Số lượng các quốc gia đầu tư vào các chương trình giảm hại của chính họ và mức đầu tư đã giảm kể từ năm 2019.⁶

Báo cáo ngắn⁷ này cung cấp các bằng chứng mà các nhà vận động cần để chứng minh tính hiệu quả về chi phí của việc giảm thiểu tác hại và giá trị kinh tế mà các khoản đầu tư gia tăng trong các can thiệp như vậy sẽ mang lại.

GIỮ VỮNG CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ VÀ CỘNG ĐỒNG LÀ TRỌNG TÂM

Có thể hiểu được rằng một số nhà vận động lo ngại rằng nếu tập trung quá nhiều vào hiệu quả chi phí, các chính phủ và nhà tài trợ có thể ưu tiên tài chính hơn chất lượng dịch vụ, điều này gây ra mối đe dọa đối với các chương trình giảm hại có nền tảng là quyền lợi và lấy cộng đồng làm trung tâm.

Nguyên tắc “Không gì về chúng tôi mà không có chúng tôi” là chìa khóa trong bối cảnh này. Cộng đồng phải được đặt vào trọng tâm của tất cả các quyết định liên quan đến sức khỏe của họ, bao gồm cả các quyết định tài chính. Việc phân tích về tính kinh tế không nên là cơ sở duy nhất để đưa ra các quyết định ngân sách. Bình đẳng,

nhân quyền và cộng đồng phải được đặt vào trung tâm của tài trợ cho y tế và giảm thiểu tác hại, nếu không, các chương trình sẽ không bền vững.

Đầu tư nhiều hơn vào các chương trình nhằm xóa bỏ rào cản quyền lợi và cải cách các chính sách mang tính trừng phạt là cần thiết nếu chúng ta muốn chấm dứt AIDS, lao, viêm gan C và đạt được việc chăm sóc sức khỏe toàn dân vào năm 2030 cho những người sử dụng ma túy.

LIỆU PHÁP CHẤT KÍCH THÍCH ĐỔI VẬN OPIOID (OAT)

Liệu pháp chất kích thích đổi vận opioid (OAT)⁸ giúp ngăn ngừa HIV và viêm gan C (HCV) và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị như một biện pháp can thiệp ưu tiên dành cho những người tiêm chích ma túy.⁹ OAT cải thiện chất lượng cuộc sống của con người và mang lại nhiều lợi ích cho xã hội.¹⁰

Mặc dù chi phí cung cấp OAT thay đổi theo nguồn cung và các yếu tố dịch vụ, các nghiên cứu cho thấy chi phí trên mỗi khách hàng mỗi ngày cho methadone tương đối giống nhau ở nhiều nơi, như **Nairobi, Kenya (1,49 USD)¹¹, Việt Nam (1,01 USD)** và **Indonesia (1,11 USD)**.

Tại **Iran**, bằng chứng cho thấy các trung tâm OAT cực kỳ hiệu quả về chi phí nhờ vào số lượng ca nhiễm HIV mà họ ngăn chặn được.^{12,13} Một nghiên cứu vào năm 2014 cho thấy OAT đã ngăn ngừa được **86 ca nhiễm HIV mới mỗi năm** và tiêu tốn khoảng **471 USD mỗi người mỗi năm**, trong khi một nghiên cứu năm 2017 cho thấy các trung tâm OAT ngăn ngừa được **128 ca nhiễm HIV mới** trong vòng một năm.

Vào năm 2016, một nghiên cứu tại **Việt Nam** cho thấy các chương trình duy trì

methadone dựa vào cộng đồng¹⁴ hiệu quả hơn về chi phí so với phục hồi bắt buộc tại trung tâm trong việc giảm tỷ lệ sử dụng ma túy, tiết kiệm khoảng **252 USD trên mỗi người** trong vòng ba năm.¹⁵ Phục hồi bắt buộc tại trung tâm cũng gây ra tổn thất lớn về cơ hội do thời gian mà mọi người không thể làm việc.

Nghiên cứu cho thấy việc đầu tư mở rộng khả năng cung cấp OAT là một biện pháp hiệu quả về chi phí. Ví dụ, một nghiên cứu mô hình từ **Ukraine** cho thấy việc tăng khả năng OAT lên **gấp 2 đến 13 lần** mức hiện tại ở ba thành phố lớn sẽ hiệu quả về chi phí nếu đo bằng số năm sống điều chỉnh theo chất lượng đạt được.¹⁶

Liệu pháp OAT tại nhà (take-home OAT), còn gọi là liệu dùng không giám sát, được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả và tiết kiệm chi phí cho tình trạng phụ thuộc opioid. Một nghiên cứu năm 2017 tại Úc cho thấy liệu pháp này đã giảm chi phí điều trị heroin **3.798 USD** trong vòng 12 tuần (điều này cũng tính đến chi phí thấp hơn cho thực thi pháp luật và giảm tội phạm).¹⁷

Một số nghiên cứu so sánh các loại liệu pháp OAT khác nhau. Ví dụ, các nghiên cứu từ **Bỉ** và **Canada** cho thấy các liệu pháp hỗ trợ bằng heroin và hydromorphone dạng tiêm hiệu quả hơn về chi phí so với chương trình duy trì methadone cho những người sử dụng opioid.^{18,19}

Nhiều nghiên cứu từ **Mỹ** và **Úc** trong giai đoạn 2020–2023 cho thấy việc cung cấp OAT trong nhà tù hoặc các trung tâm đóng cửa hiệu quả trong việc giảm sử dụng heroin và ngăn ngừa tử vong do sử dụng quá liều, đồng thời cũng tiết kiệm chi phí.^{20,21} Một nghiên cứu tại **Úc** so sánh các loại OAT được cung cấp cho những người trong nhà tù và những người các khung cảnh tương tự phát hiện rằng buprenorphine dạng tiêm tác dụng kéo dài, được biết đến như một dạng điều trị OAT, là lựa chọn điều trị ít tốn kém nhất với chi phí AU\$151.00 (tương đương 101.00 USD) mỗi người mỗi tháng.²² Tại New South Wales, **Úc**, một nghiên cứu cho thấy việc kê OAT cho những người vừa được thả từ nhà tù và các cơ sở giam giữ khác là một cách hiệu quả về chi phí để giảm tử vong liên

quan đến sử dụng quá liều trong sáu tháng đầu tiên sau khi được thả.²³

Hiệu quả về chi phí của OAT cũng đã được chứng minh trong các bối cảnh cụ thể và đối với các nhóm dân số khác nhau, bao gồm trong các phòng cấp cứu^{24,25}, chăm sóc ban đầu^{26,27} và cho phụ nữ mang thai.^{28,29} Các nghiên cứu tại **Mỹ** cho thấy rằng việc triển khai buprenorphine tại các phòng cấp cứu, mở rộng dịch vụ kê đơn OAT tại bệnh viện, và tích hợp OAT vào hệ thống chăm sóc ban đầu có thể cải thiện tuổi thọ, tăng phạm vi tiếp cận và khả năng tiếp cận các dịch vụ này. Điều này cũng mang lại hiệu quả chi phí trong việc điều trị nghiện opioid khi tính đến chi phí giảm trong hệ thống pháp luật hình sự.^{30,31}

CHƯƠNG TRÌNH KIM TIÊM VÀ ỐNG TIÊM

Các chương trình kim tiêm và ống tiêm (NSP)³² đã được chứng minh là hiệu quả trong việc giảm lây nhiễm HIV và HCV tại nhiều bối cảnh khác nhau.^{33,34} Đây là lý do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị NSP là một phần không thể thiếu trong gói các biện pháp can thiệp thiết yếu dành cho những người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích.³⁵ NSP là một trong

những can thiệp y tế công cộng tiết kiệm chi phí nhất, mặc dù chi phí có thể dao động đáng kể.^{36,37} Năm 2023, chi phí mỗi ống tiêm được phân phối dao động từ 0,08 USD đến 20,77 USD, tùy thuộc vào bối cảnh.³⁸

Có một lượng lớn bằng chứng đáng kể cho thấy hiệu quả tiết kiệm chi phí của NSP, bao gồm từ **Mỹ**,³⁹ **Úc**⁴⁰ và Vương quốc Anh.^{41,42,43} Mặc dù chi phí cao hơn trong việc triển khai NSP ở mức độ cần thiết để ngăn chặn lây nhiễm HCV (loại lây nhiễm cao

hơn HIV), nghiên cứu từ Vương quốc Anh đã chứng minh rằng NSP là phương pháp hiệu quả trong việc giảm lây nhiễm HCV cho những người tiêm chích ma túy.

Tại Scotland, các nhà nghiên cứu đã ước tính rằng NSP có thể tiết kiệm chi phí dài hạn lên tới 250% so với khoản đầu tư ban đầu⁴⁴. Bằng chứng từ Vương quốc Anh cũng cho thấy rằng việc thay thế các ống tiêm truyền thống bằng ống tiêm ít chất cặn (LDSS) trong NSP có khả năng tiết kiệm chi phí đáng kể trong việc giảm lây nhiễm HCV.^{45 46}

Một nghiên cứu mô hình từ Mỹ đã đánh giá hiệu quả chi phí của việc mở rộng chương trình NSP trên toàn quốc. Nghiên cứu này phát hiện rằng, với mỗi USD đầu tư vào NSP, từ 6,38 đến 7,58 USD sẽ được tiết kiệm trong điều trị HIV.⁴⁷

Một nghiên cứu năm 2018 tại Đông Âu và Trung Á cho thấy rằng việc tăng cường NSP (với chi phí dưới 0,50 USD cho mỗi ống tiêm được phân phối) là một biện pháp có chi phí tiết kiệm đáng kể và cần thiết để kiểm soát lây nhiễm HIV và HCV.⁴⁸

Kết hợp với điều trị kháng retrovirus (ART) và các dịch vụ HIV khác, chương trình này sẽ mang lại hiệu quả về chi phí và đạt hiệu quả cao trong việc giảm lây truyền HIV và HCV.

Tại Malaysia, các nhà nghiên cứu cho thấy rằng Chương trình Phân phối Kim tiêm Quốc gia (NSP) mang lại hiệu quả về chi phí và tiết kiệm chi phí. Ngay cả ở mức độ bao phủ thấp hơn, NSP đã ngăn chặn được 12.191 ca nhiễm HIV, tiết kiệm 45,53 triệu MYR (tương đương 9,6 triệu USD) chi phí điều trị trong giai đoạn 2006–2013.⁴⁹

Tại tỉnh Vân Nam, Trung Quốc, chương trình NSP được đánh giá là hiệu quả và tiết kiệm chi phí. Số tiền 1,04 triệu USD được chi cho NSP trong giai đoạn 2002–2008 đã mang lại khoản tiết kiệm chi phí ước tính từ 1,38 đến 1,97 triệu USD nhờ số ca nhiễm HIV giảm, dẫn đến việc giảm chi phí điều trị và chăm sóc HIV.⁵⁰

PHÂN PHỐI NALOXONE

Các chương trình phân phối naloxone⁵¹ qua mạng lưới đồng đẳng cung cấp naloxone cho những người có khả năng cao sẽ chứng kiến một trường hợp quá liều opioid, chẳng hạn như bạn bè và gia đình của người sử dụng opioid, và hướng dẫn họ cách sử dụng nếu ai đó bị quá liều sốc thuốc. Việc cung cấp naloxone là một biện pháp can thiệp cứu sống.

Một nghiên cứu năm 2020 từ Mỹ phát hiện rằng việc phân phối naloxone có hiệu quả về chi phí trong việc ngăn ngừa tử vong do quá liều khi được phân phối đến các đồng đẳng của người sử dụng thuốc và những người có khả năng cao nhất sẽ chứng kiến một trường hợp quá liều, cũng như công

chúng nói chung. Việc phân phối rộng rãi cho hai nhóm này đã ngăn chặn được 21% trường hợp tử vong do quá liều so với phân phối ở mức tối thiểu.⁵²

Một nghiên cứu khác từ Mỹ trong cùng năm cho thấy rằng ngay cả việc phân phối naloxone qua các hiệu thuốc cộng đồng cũng có thể ngăn chặn thêm 14 trường hợp tử vong do quá liều trên mỗi 100.000 người và có hiệu quả về chi phí.⁵³

Tại Úc, một nghiên cứu phát hiện rằng việc cung cấp naloxone cho những người đang nhận liệu pháp OAT (Điều trị Thay thế Opioid) có hiệu quả về chi phí và dự kiến sẽ cứu sống hơn 650 người trong giai đoạn từ năm 2020 đến 2030.⁵⁴

PHÒNG TIÊU THỤ MA TÚY

Các phòng tiêu thụ ma túy (DCR - Drug Consumption Rooms)⁵⁵ khác nhau về kích thước, cách tiếp cận, và do đó cũng khác nhau về chi phí. Mặc dù chi phí thiết lập cao hơn so với các dịch vụ giảm tác hại khác, các DCR đã được chứng minh là hiệu quả về mặt chi phí.⁵⁶

Năm 2014, một nghiên cứu tại Vancouver, Canada cho thấy rằng một DCR không được cấp phép dành cho những người sử dụng crack và methamphetamine đã tiết kiệm được 1,32 triệu USD mỗi năm bằng cách ngăn ngừa nhiễm HCV và giảm chi phí điều trị liên quan.⁵⁷

Năm 2019, một nghiên cứu tại Seattle, Mỹ ước tính rằng việc thiết lập một DCR sẽ tiết kiệm được 4,22 USD chi phí chăm sóc sức

khỏe liên quan cho mỗi đô la chi tiêu vào chi phí vận hành.

Năm 2020, nghiên cứu tại Mỹ cho thấy rằng việc vận hành các chương trình DCR tại Boston, Philadelphia, San Francisco,

Atlanta, Seattle và Baltimore đều sẽ hiệu quả về mặt chi phí và giảm số lượng tử vong do quá liều.⁵⁸

DỊCH VỤ GIẢM TÁC HẠI TÍCH HỢP

Mặc dù cung cấp các dịch vụ giảm tác hại riêng lẻ đã được chứng minh là hiệu quả về chi phí, nhưng bằng chứng mạnh mẽ cho thấy việc kết hợp các dịch vụ giảm tác hại, cũng như kết hợp các dịch vụ này với điều trị và phòng ngừa HIV và HCV, là chiến lược tiết kiệm chi phí và hiệu quả nhất.

Năm 2023, các nhà nghiên cứu tại Ấn Độ phát hiện rằng việc tích hợp NSP (chương trình kim tiêm sạch), OAT (liệu pháp thay thế opioid), và các dịch vụ hỗ trợ giảm tác hại⁵⁹ rộng rãi hơn có hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa 996 ca nhiễm HIV trong 3 năm.⁶⁰

Tại Malaysia, việc triển khai đồng thời NSP và OAT được chứng minh là hiệu quả trong việc ngăn ngừa 12.653 ca nhiễm HIV và tiết kiệm được 47,06 triệu MYR (tương đương 9,9 triệu USD) từ năm 2006 đến năm 2013.⁶¹

Tại Trung Quốc, các chương trình kết hợp NSP và OAT đã ngăn ngừa được 5.678 ca nhiễm HIV từ năm 2005–2010, tiết kiệm được 4,4 triệu USD chi phí điều trị và chăm sóc HIV.⁶²

Một nghiên cứu năm 2019 tại Mexico cho thấy rằng việc kết hợp giảm tác hại và điều trị HCV ở mức độ bao phủ cao là cách hiệu quả nhất về chi phí để đạt được mục tiêu chiến lược loại bỏ HCV. Nghiên cứu cũng phát hiện rằng việc kết hợp các chương trình phát kim sạch (NSP) và giáo dục giảm thiểu tác hại nói chung đã ngăn ngừa được 869 trường hợp nhiễm HIV trong giai đoạn 2015–2018, giúp tiết kiệm hơn MX\$600,000 (khoảng 40,000 USD).⁶³

Một nghiên cứu mô phỏng từ Đông Âu và Trung Á cho thấy việc mở rộng kết hợp NSP, điều trị thay thế bằng thuốc phiện (OAT), và liệu pháp kháng virus (ART) cho những người tiêm chích ma túy có thể mang lại hiệu quả kinh tế ở Georgia, đồng thời tiết kiệm chi phí tại Kazakhstan và Cộng hòa Moldova. Tại Tajikistan, sự kết

hợp giữa NSP, OAT, ART và chẩn đoán HIV rất hiệu quả về chi phí. Việc tăng cường triển khai tất cả các biện pháp can thiệp (bao gồm điều trị viêm gan C (HCV) bằng thuốc kháng virus tác dụng trực tiếp) luôn được coi là phương pháp hiệu quả nhất để giảm thiểu lây nhiễm HIV và HCV.⁶⁴

Nghiên cứu từ Vương quốc Anh cho thấy việc kết hợp bao phủ cao giữa NSP và OAT đã làm giảm nguy cơ nhiễm HCV từ 29-71%

so với mức bao phủ giảm thiểu tác hại tối thiểu. Nghiên cứu mô phỏng này cũng chỉ ra rằng việc loại bỏ OAT và NSP sẽ khiến dịch HCV tại quốc gia này trở nên tồi tệ hơn; ở một khu vực của Vương quốc Anh, ước tính rằng việc loại bỏ OAT và NSP sẽ làm tăng số ca nhiễm HCV lên 349% vào năm 2031.⁶⁵

CHI PHÍ CỦA VIỆC KHÔNG HÀNH ĐỘNG, CẮT GIẢM NGÂN SÁCH HOẶC ĐÓNG CỬA CÁC DỊCH VỤ GIẢM THIỂU TÁC HẠI

Có một số lượng lớn bằng chứng ngày càng tăng cho thấy việc cắt giảm hoặc chấm dứt các dịch vụ giảm thiểu tác hại sẽ trực tiếp dẫn đến sự gia tăng đáng kể số ca nhiễm HIV và/hoặc HCV. Ví dụ, khi Quỹ Toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét ngừng tài trợ tại Romania và Serbia, các chương trình đã phải đóng cửa, dẫn đến sự gia tăng đột biến các ca nhiễm bệnh.^{66,67}

Tại Belarus, trong khoảng thời gian tám tháng bị gián đoạn ngân sách cho các dịch vụ giảm thiểu tác hại, việc phân phối kim tiêm đã giảm 75%, đồng thời làm giảm hiệu quả và tác động của các can thiệp này. Nếu không xảy ra tình trạng thiếu hụt ngân sách này, các mô phỏng ước tính rằng 53% số ca nhiễm HIV có thể đã được ngăn chặn.⁶⁸

Một nghiên cứu mô phỏng tại Thụy Sĩ cho thấy rằng, nếu quốc gia này đã chấm dứt các dịch vụ thay vì triển khai các chương trình giảm thiểu tác hại vào năm 2005, một đợt bùng phát HIV sẽ xảy ra, với ước tính khoảng 1.351 người sẽ bị nhiễm HIV.⁶⁹

CHI PHÍ CỦA CÁC CHÍNH SÁCH MA TÚY TRỪNG PHẠT

Nhiều chính phủ chi một khoản lớn để trừng phạt những người sử dụng ma túy, nhiều hơn rất nhiều so với đầu tư vào giảm thiểu tác hại.⁷⁰ Cách tiếp cận này vi phạm quyền con người và đặt gánh nặng kinh tế lớn lên y tế công cộng, xã hội và cá nhân. Nhiều quốc gia giam giữ người dân chỉ vì việc sử dụng và sở hữu ma túy.⁷¹

Năm 2019, Bộ Luật pháp và Nhân quyền Indonesia đã dành khoảng 42% tổng ngân sách của mình để quản lý nhà tù, bao gồm cả chi phí ăn uống cho tù nhân. Nếu Indonesia hợp pháp hóa việc sở hữu một lượng nhỏ ma túy cá nhân, gánh nặng lên các nhà tù và các cơ sở đóng kín khác sẽ giảm 40%.⁷²

Ngân sách dành cho chính sách ma túy của Úc trong năm tài chính 2021/2022 được báo cáo là 5,45 tỷ AUD (khoảng 3,63 tỷ USD), trong đó 64% dành cho thực thi pháp luật, 27% cho điều trị, 7% cho phòng ngừa và chỉ 1,69% cho giảm thiểu tác hại.⁷³ Một nghiên cứu vào năm 2023 tại Úc đã chứng minh hiệu quả chi phí của việc hợp pháp hóa thông qua mô phỏng áp dụng chương trình cảnh báo cần sa của quốc gia này cho tất cả các loại ma túy. Chính sách này có thể giảm hơn 50% chi phí thực thi pháp luật và đồng thời tạo nguồn thu nhập cho chính phủ.⁷⁴

Nghiên cứu từ Đông Âu và Trung Á chỉ ra rằng hợp pháp hóa sử dụng ma túy có thể làm giảm đáng kể sự lây nhiễm HIV trong khu vực vì điều này sẽ giúp nhiều người sử dụng ma túy tiêm chích được tiếp cận với điều trị thay thế bằng thuốc phiện (OAT) và liệu pháp kháng virus (ART) nếu họ đang sống chung với HIV. Điều này có thể thực hiện được thông qua việc chuyển hướng quỹ từ các chính sách và thực thi pháp luật sang các dịch vụ giảm thiểu tác hại và điều trị HIV.⁷⁵

Kinh nghiệm tại Bồ Đào Nha cho thấy hiệu quả và lợi ích kinh tế của việc hợp pháp hóa ma túy.⁷⁶ Kể từ khi việc sở hữu cá nhân mọi loại ma túy được hợp pháp hóa vào năm 2001, chi phí xã hội liên quan đến việc sử dụng ma túy, bao gồm chi phí liên quan đến tử vong do ma túy, xử lý hình sự và giam giữ, đã giảm hơn 18%.⁷⁷ Việc tiết kiệm này cũng đi kèm với sự giảm thiểu tử vong liên quan đến ma túy. Ngoài ra, tỷ lệ lây nhiễm HIV và HCV liên quan đến việc tiêm chích ma túy cũng giảm nhờ tăng cường điều trị và các dịch vụ giảm thiểu tác hại.⁷⁸

Một nghiên cứu mô phỏng chỉ ra rằng chỉ cần phân bổ lại 7,5% ngân sách kiểm soát ma túy toàn cầu (7,66 tỷ USD) có thể giảm 94% các ca nhiễm HIV mới ở những người tiêm chích ma túy và tương tự, giảm đáng kể số ca tử vong liên quan đến AIDS vào năm 2030.^{79,80} Điều này sẽ hiệu quả chấm dứt HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy.

KẾT LUẬN

Các bằng chứng mạnh mẽ ủng hộ lợi ích kinh tế và xã hội rộng lớn của việc đầu tư vào giảm thiểu tác hại. Các chương trình điều trị thay thế bằng thuốc phiện (OAT), phát kim sạch (NSP), phân phối naloxone và các phòng sử dụng ma túy có giám sát (DCR) đã được chứng minh là hiệu quả về chi phí và tiết kiệm chi phí trên nhiều bối cảnh toàn cầu. Theo hướng dẫn từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), việc kết hợp nhiều chiến lược giảm thiểu tác hại sẽ làm tăng hiệu quả và tác động của các biện pháp, đồng thời giảm đáng kể sự lây nhiễm HIV và HCV. Cũng có những bằng chứng thuyết phục về lợi ích kinh tế của việc hợp pháp hóa ma túy.

Tuy nhiên, giảm thiểu tác hại vẫn đang bị thiếu hụt nguồn tài trợ ở hầu hết các khu vực trên thế giới.

Các chính phủ có thể đạt được các mục tiêu y tế toàn cầu, như chấm dứt đại dịch AIDS và đạt được sự bao phủ y tế toàn dân vào năm 2030, nếu họ tăng cường đầu tư vào các giải pháp đã được chứng minh hiệu quả. Điều này bao gồm đầu tư vào các chương trình giảm thiểu tác hại và cải cách chính sách ma túy trừng phạt. Phớt lờ các bằng chứng và không hành động sẽ dẫn đến chi phí cao hơn nhiều trong dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Hiệu quả về chi phí đề cập đến những chương trình và can thiệp đòi hỏi ít chi phí để triển khai nhưng vẫn mang lại kết quả chất lượng, do đó được coi là hiệu quả về chi phí.
- 2 Tiết kiệm chi phí là việc giảm bớt chi phí tổng thể trong chăm sóc sức khỏe. Ví dụ, các can thiệp phòng ngừa có thể giảm tần suất xuất hiện của bệnh tật, nhờ đó tiết kiệm được chi phí điều trị, vốn thường đắt đỏ hơn chi phí phòng ngừa.
- 3 Chương trình Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS, (2024), The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads – Cập nhật AIDS toàn cầu năm 2024, UNAIDS, Geneva.
- 4 Harm Reduction International, (2024), Giá của Sự tự mãn: Cuộc khủng hoảng tài trợ cho Giảm tác hại, HRI, London.
- 5 Ibid.
- 6 Ibid.
- 7 Bản tóm tắt này là phiên bản cập nhật của bản tóm tắt HRI năm 2020 Making the Investment Case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction. Phiên bản cập nhật được xây dựng dựa trên tổng hợp toàn diện bằng chứng kinh tế cho giảm tác hại, bao gồm những bằng chứng mới, với trọng tâm đặc biệt vào các nghiên cứu được công bố từ năm 2020 trở đi và tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Có một số phần trùng lặp giữa hai bản tóm tắt, với các bằng chứng mạnh nhất được trình bày trong cả hai.
- 8 Để biết thêm chi tiết về sự sẵn có của OAT trên toàn cầu, xem Tình trạng Giảm tác hại Toàn cầu của HRI.
- 9 Tổ chức Y tế Thế giới, (2012), Hướng dẫn kỹ thuật của WHO, UNODC, UNAIDS dành cho các quốc gia trong việc đặt mục tiêu truy cập phổ quát vào phòng ngừa, điều trị và chăm sóc HIV cho người sử dụng ma túy tiêm chích – phiên bản sửa đổi năm 2012, WHO, Geneva.
- 10 Bernard, C. L., và cộng sự, (2017), “Ước tính hiệu quả về chi phí của các danh mục phòng ngừa HIV cho người tiêm chích ma túy tại Hoa Kỳ: một phân tích dựa trên mô hình”, PLoS Medicine, 14 (5), e1002312.
- 11 Mogaka, B., và cộng sự, (2021), “Ước tính chi phí cung cấp điều trị duy trì methadone tại một phòng khám methadone ở Nairobi, Kenya: chi phí trực tiếp”, Pan African Medical Journal, 38 (1); Pourkhajoei, S. và cộng sự, (2017), “Hiệu quả về chi phí của các trung tâm điều trị duy trì methadone trong việc phòng ngừa nhiễm HIV”, Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 12 Keshtkaran, A., và cộng sự, (2014), “Hiệu quả về chi phí của điều trị duy trì methadone trong việc phòng ngừa HIV ở người sử dụng ma túy tại Shiraz, miền Nam Iran”, Tạp chí Y tế Chữ thập Đỏ Iran, 16 (1).
- 13 Pourkhajoei, S., và cộng sự, (2017), “Hiệu quả về chi phí của các trung tâm điều trị duy trì methadone trong việc phòng ngừa nhiễm HIV”, Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 14 Tại Việt Nam, MMT là thuật ngữ được sử dụng cho OAT sử dụng Methadone.

- 15 Vương, T., và cộng sự, (2016), “Hiệu quả về chi phí của phục hồi chức năng bắt buộc dựa trên trung tâm so với điều trị duy trì methadone tự nguyện dựa trên cộng đồng tại Thành phố Hải Phòng, Việt Nam”, *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 147–155.
- 16 Morozova, O., và cộng sự, (2020), “Hiệu quả về chi phí của việc mở rộng năng lực điều trị opioid agonist tại Ukraine: phân tích mô hình động”, *Addiction*, 115 (3), 437–450.
- 17 Dunlop, A. J., và cộng sự, (2017), “Hiệu quả và hiệu quả về chi phí của buprenorphine-naloxone không giám sát trong điều trị phụ thuộc heroin trong một thử nghiệm kiểm soát danh sách chờ ngẫu nhiên”, *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 181–191.
- 18 Demaret, I., và cộng sự, (2015), “Hiệu quả của điều trị hỗ trợ heroin tại Bỉ: một thử nghiệm kiểm soát ngẫu nhiên”, *European Addiction Research*, 21 (4), 179–187.
- 19 Bansback, N., và cộng sự, (2018), “Hiệu quả về chi phí của hydromorphone đối với rối loạn sử dụng opioid nghiêm trọng: kết quả từ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên SALOME”, *Addiction*, 113 (7), 1264–1273.
- 20 Zarkin, G. A., (2020), “Chi phí và hiệu quả về chi phí của điều trị methadone tạm thời và điều hướng bệnh nhân được khởi xướng trong tù”, *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108292.
- 21 Chatterjee, A., và cộng sự, (2023), “Ước tính chi phí và kết quả liên quan đến việc sử dụng và không sử dụng thuốc cho rối loạn sử dụng opioid trong thời gian giam giữ và sau khi được trả tự do tại Massachusetts”, *JAMA Network Open*, 6 (4), e237036–e237036.
- 22 Ling, R., và cộng sự, (2022), “Depot buprenorphine như một liệu pháp opioid agonist tại các trung tâm cai tạo của New South Wales: một mô hình tính chi phí”, *BMC Health Services Research*, 22 (1), 1326.
- 23 Gisev, N., và cộng sự, (2015), “Phân tích hiệu quả về chi phí của liệu pháp thay thế opioid sau khi được trả tự do nhằm giảm tỷ lệ tử vong ở những người có tiền sử phụ thuộc opioid”, *Addiction*, 110 (12), 1975–1984.
- 24 Busch, S. H., và cộng sự, (2017), “Hiệu quả về chi phí của điều trị bắt đầu từ khoa cấp cứu cho phụ thuộc opioid”, *Addiction*, 112 (11), 2002–2010.
- 25 Barocas, J. A., và cộng sự, (2022), “Tác động lâm sàng, chi phí và hiệu quả về chi phí của các chiến lược dựa trên bệnh viện nhằm đối phó với đại dịch opioid ở Hoa Kỳ: một nghiên cứu mô hình”, *The Lancet Public Health*, 7 (1), e56–e64.
- 26 Jawa, R., và cộng sự, (2023), “Ước tính kết quả lâm sàng và hiệu quả về chi phí liên quan đến việc cung cấp điều trị nghiện tại các phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Hoa Kỳ”, *JAMA Network Open*, 6 (4), e237888–e237888.
- 27 Choi, S. A., và cộng sự, (2024), “Hiệu quả về chi phí của các chất kích thích opioid đầy đủ và một phần đối với rối loạn sử dụng opioid trong môi trường ngoại trú: góc nhìn từ ngành chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ”, *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.
- 28 Premkumar, A., và cộng sự, (2019), “Methadone, buprenorphine, hay giải độc cho việc quản lý rối loạn sử dụng opioid quanh sinh: một phân tích hiệu quả về chi phí”, *Obstetrics & Gynecology*, 134 (5), 921–931.

- 29 Robin, A. M., và cộng sự, (2022), “Hiệu quả về chi phí của buprenorphine so với methadone cho phụ nữ mang thai mắc rối loạn sử dụng opioid”, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35 (25), 4918–4926.
- 30 Qian, G., (2023), “Hiệu quả về chi phí của điều trị buprenorphine tại văn phòng cho rối loạn sử dụng opioid”, *Drug and Alcohol Dependence*, 243, 109762.
- 31 Choi, S. A., và cộng sự, (2024), “Hiệu quả về chi phí của các chất kích thích opioid đầy đủ và một phần đối với rối loạn sử dụng opioid trong môi trường ngoại trú: góc nhìn từ ngành chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ”, *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.
- 32 Để biết thêm chi tiết về sự sẵn có của NSP trên toàn cầu, xem Tình trạng Giảm tác hại Toàn cầu của HRI.
- 33 Fernandes, R. M., và cộng sự, (2017), “Hiệu quả của các chương trình kim tiêm đối với những người tiêm chích ma túy – Tổng quan các đánh giá hệ thống”, *BMC Public Health*, 17, 1–15.
- 34 Sweeney, S., và cộng sự, (2019), “Đánh giá hiệu quả về chi phí của các chương trình kim tiêm hiện có trong việc ngăn chặn sự lây truyền viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy”, *Addiction*, 114 (3), 560–570.
- 35 Tổ chức Y tế Thế giới, (2022), Hướng dẫn hợp nhất về phòng ngừa, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV, viêm gan virus và các bệnh lây qua đường tình dục cho các nhóm đối tượng then chốt, WHO, Geneva.
- 36 Morrison E., (2012), “Giảm tác hại trên ngã ba đường: Các ví dụ thực tiễn về quy mô và tính bền vững”, trong Stoicescu, C., *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*, Harm Reduction International, London.
- 37 Wilson, D. P., và cộng sự, (2009), *Return on investment 2: Đánh giá hiệu quả về chi phí của các chương trình kim tiêm tại Úc*, Sydney: Trung tâm Quốc gia về Dịch tễ học HIV và Nghiên cứu Lâm sàng, Đại học New South Wales.
- 38 Killion, J. A., và cộng sự, (2023), “Chi phí đơn vị của việc cung cấp chương trình kim tiêm: một tổng quan hệ thống toàn cầu và ngoại suy chi phí”, *AIDS*, 37 (15), 2389–2397
- 39 Nguyen, T. Q., và cộng sự, (2014), “Trao đổi ống tiêm tại Hoa Kỳ: một đánh giá kinh tế cấp quốc gia về việc tăng đầu tư giả định”, *AIDS and Behavior*, 18, 2144–2155.
- 40 Kwon, J. A., và cộng sự, (2012), “Ước tính hiệu quả về chi phí của các chương trình kim tiêm tại Úc”, *AIDS*, 26 (17), 2201–2210.
- 41 Sweeney, S., và cộng sự, (2019), “Đánh giá hiệu quả về chi phí của các chương trình kim tiêm hiện có trong việc ngăn chặn sự lây truyền viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy”, *Addiction*, 114 (3), 560–570.
- 42 Csák, R., (2023), “Kim tiêm có không gian chết thấp: Phân tích và lợi ích cho người tiêm chích ma túy”, Harm Reduction International, London.
- 43 Hancock, E., và cộng sự, (2020), “Kim tiêm có thể tháo rời có không gian chết thấp để phòng ngừa viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy tại Bristol, Vương quốc Anh: một đánh giá kinh tế”, *Addiction*, 115 (4), 702–713.

- 44 Sweeney, S., và cộng sự, (2019), “Đánh giá hiệu quả về chi phí của các chương trình kim tiêm hiện có trong việc ngăn chặn sự lây truyền viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy”, *Addiction*, 114 (3), 560–570.
- 45 LDSS giảm nguy cơ lây truyền HIV và HCV nhờ không gian bên trong ống tiêm giảm, nơi chất lỏng có thể tồn tại khi cần được bít kín. Không gian giảm này quyết định lượng máu có thể chuyển từ người này sang người khác khi kim được chia sẻ. Để biết thêm thông tin về LDSS, xem Csák, R., (2023), “Kim tiêm có không gian chết thấp: Phân tích và lợi ích cho người tiêm chích ma túy”, *Harm Reduction International*, London.
- 46 Hancock, E., và cộng sự, (2020), “Kim tiêm có thể tháo rời có không gian chết thấp để phòng ngừa viêm gan C ở những người tiêm chích ma túy tại Bristol, Vương quốc Anh: một đánh giá kinh tế”, *Addiction*, 115 (4), 702–713.
- 47 Nguyen, T. Q., và cộng sự, (2014), “Trao đổi ống tiêm tại Hoa Kỳ: một đánh giá kinh tế cấp quốc gia về việc tăng đầu tư giả định”, *AIDS and Behavior*, 18, 2144–2155.
- 48 Wilson, D. P., (2018), “Các chương trình kim tiêm có hiệu quả về chi phí ở Đông Âu và Trung Á: tổng hợp dữ liệu, mô hình hóa và kinh tế cho chín quốc gia nghiên cứu tình huống”, *Optima Consortium for Decision Science*.
- 49 Naning, H., và cộng sự, (2014), “Lợi tức đầu tư và hiệu quả về chi phí của chương trình giảm tác hại ở Malaysia”, *Đại học Malaya, Kirby Institute và Ngân hàng Thế giới*.
- 50 Zhang, L., (2011), “Các chương trình kim tiêm tại Vân Nam, Trung Quốc mang lại lợi ích về sức khỏe và tài chính”, *BMC Public Health*, 11, 1–11.
- 51 Để biết thêm chi tiết về sự sẵn có của naloxone trên toàn cầu, xem *Tình trạng Giảm tác hại Toàn cầu của HRI*.
- 52 Townsend, T., và cộng sự, (2020), “Phân tích hiệu quả về chi phí của các chiến lược phân phối naloxone thay thế: phân phối cho nhân viên tuyến đầu và dân thường tại Hoa Kỳ”, *International Journal of Drug Policy*, 75, 102536.
- 53 Acharya, M., và cộng sự, (2020), “Hiệu quả về chi phí của việc phân phối naloxone dạng xịt mũi cho người sử dụng opioid theo toa có nguy cơ cao”, *Value in Health*, 23 (4), 451–460.
- 54 Nielsen, S., (2022), “Chi phí và tác động của việc phân phối naloxone cho những người được kê đơn opioid nhằm ngăn chặn các ca tử vong liên quan đến opioid: kết quả từ một nghiên cứu mô hình”, *Addiction*, 117 (4), 1009–1019.
- 55 Để biết thêm chi tiết về sự sẵn có của các phòng tiêu thụ ma túy trên toàn cầu, xem *Tình trạng Giảm tác hại Toàn cầu của HRI*.
- 56 Jozaghi, E. và Mạng lưới Người sử dụng ma túy khu vực Vancouver, (2014), “Phân tích lợi ích/chi phí và hiệu quả về chi phí của một cơ sở hút thuốc giám sát không được chính thức công nhận ở Downtown Eastside, Vancouver, Canada”, *Harm Reduction Journal*, 11, 1–8.
- 57 Hood, J. E., và cộng sự, (2019), “Chi phí và lợi ích dự kiến của một cơ sở tiêm chích được giám sát tại Seattle, WA, Hoa Kỳ”, *International Journal of Drug Policy*, 67, 9–18.

- 58 Armbrecht, E., và cộng sự, (2021), Các Cơ sở Tiêm chích được Giám sát và Các Địa điểm Tiêu thụ dưới Sự Giám sát Khác: Hiệu quả và Giá trị; Báo cáo bằng chứng cuối cùng, Viện Đánh giá Lâm sàng và Kinh tế, Boston.
- 59 Sự hỗ trợ rộng lớn này bao gồm việc phân phối bao cao su, giáo dục giảm tác hại và giới thiệu chăm sóc sức khỏe.
- 60 Saraswati, L. R., và cộng sự, (2023), “Số ca nhiễm tránh được nhờ can thiệp phòng ngừa HIV toàn diện và hiệu quả về chi phí của nó: một nghiên cứu theo dõi đoàn người tiêm chích ma túy tại Delhi, Ấn Độ”, *Journal of Development Effectiveness*, 15 (1), 77–90.
- 61 Naning, H., và cộng sự, (2014), “Lợi tức đầu tư và hiệu quả về chi phí của chương trình giảm tác hại ở Malaysia”, Đại học Malaya, Kirby Institute và Ngân hàng Thế giới.
- 62 Ni, M. J., và cộng sự, (2012), “Lợi ích tài chính ròng của việc tránh nhiễm HIV ở những người tiêm chích ma túy tại Urumqi, Tân Cương, Cộng hòa Nhân dân Trung Hoa (2005–2010)”, *B
- 63 Valenzuela-Lara, M., (2019), “Tác động của việc tài trợ các chương trình giảm tác hại cho những người sử dụng ma túy bằng đường tiêm ở Mexico”, *Salud Mental*, 42 (4), 157–163.
- 64 Mabileau, G. và cộng sự, (2018), “Các gói can thiệp nhằm giảm tác động của nhiễm HIV và HCV trong nhóm người sử dụng ma túy bằng đường tiêm ở Đông Âu và Trung Á: Nghiên cứu mô hình hóa và hiệu quả chi phí”, *Open Forum Infectious Diseases*, 5 (3), 40.
- 65 Platt, L. và cộng sự, (2017), “Đánh giá tác động và hiệu quả chi phí của việc cung cấp kim tiêm và điều trị thay thế opioid đối với lây truyền viêm gan C trong nhóm người sử dụng ma túy bằng đường tiêm ở Anh: Phân tích tập dữ liệu tổng hợp và mô hình kinh tế”, *Public Health Research*, 5 (5), 1–118.
- 66 Cook, C., (2017), Đầu tư vào giảm tác hại ở Liên minh Châu Âu: Tình hình chi tiêu hiện tại, thách thức và thành công, Harm Reduction International, London.
- 67 Open Society Foundations Public Health Program, (2017), Lạc lối trong giai đoạn chuyển đổi: Ba nghiên cứu điển hình về việc rút vốn của Quỹ Toàn cầu ở Đông Nam Á, OSF, New York
- 68 Kumaranayake, L. và cộng sự, (2004), “Hiệu quả chi phí của các biện pháp phòng chống HIV trong nhóm người sử dụng ma túy bằng đường tiêm ở Svetlogorsk, Belarus”, *Addiction*, 99 (12), 1565–1576.
- 69 Marzel, A. và cộng sự, (2018), “Tác động tích lũy của giảm tác hại đối với dịch HIV ở Thụy Sĩ: Nghiên cứu đoàn hệ, mô hình toán học và phân tích phát sinh loài”, *Open Forum Infectious Diseases*, 5 (5), 78.
- 70 Xem thêm tại www.investinjustice.net.
- 71 Mariner, J. và Schleifer, R., (2013), “Quyền được chăm sóc sức khỏe trong nhà tù” trong *Advancing the Human Right to Health* (Zuniga, J., Marks, P. và Gostin, L. biên tập), 291–304.
- 72 Rumah Cemara và Harm Reduction International, (2023), Lợi ích của các phương pháp tiếp cận y tế trong kiểm soát ma túy, HRI, London (chưa công bố).
- 73 Ritter, A. và cộng sự, (2024), Chuyên khảo số 36: “Ngân sách ma túy” của Úc: Chi tiêu chính sách ma túy của chính phủ 2021/22, Trung tâm Nghiên cứu Chính sách Xã hội Đại học New South Wales, Sydney.

- 74 Tran, A. D., Weatherburn, D. và Poynton, S., (2023), “Khoản tiết kiệm liên quan đến việc phi hình sự hóa sử dụng ma túy ở New South Wales, Úc: So sánh bốn chính sách ma túy”, *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 149, 208983.
- 75 Ward, Z. và cộng sự, (2022), “Chi phí và tác động đối với lây truyền HIV khi chuyển từ hình sự hóa sang tiếp cận y tế công cộng đối với sử dụng ma túy bằng đường tiêm ở Đông Âu và Trung Á: Phân tích mô hình hóa”, *The Lancet HIV*, 9 (1), e42–e53.
- 76 Csete, J. và cộng sự, (2016), “Y tế công cộng và chính sách ma túy quốc tế”, *The Lancet*, 387 (10026), 1427–1480.
- 77 Murkin, G., (13 tháng 5 năm 2021), “Phi hình sự hóa ma túy ở Bồ Đào Nha: Làm rõ sự thật” [blog trực tuyến, truy cập tháng 8 năm 2024], Transform Drug Policy Foundation, Bristol, Anh.
- 78 Ibid
- 79 Cook, C. và cộng sự, (2016), *Lập luận cho một thập kỷ giảm tác hại: Tiến trình, tiềm năng và những thay đổi mô hình*, Harm Reduction International, London.
- 80 Cook, C., Lines, R. và Wilson, D. P., (2016), “Giải pháp hiển nhiên để chấm dứt AIDS: Lập luận cho một thập kỷ giảm tác hại”, *Journal of International AIDS Society*, Tập 19, Số 1.

XÂY DỰNG LUẬN CỨ ĐẦU TƯ: BẰNG CHỨNG KINH TẾ CHO GIẢM TÁC HẠI (CẬP NHẬT 2024)



**HARM REDUCTION
INTERNATIONAL**