|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Số: 675/TTr-BYT | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Hà Nội, ngày 29 tháng 4 năm 2020* |

**TỜ TRÌNH**

**Đề nghị xây dựng Dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều**

**của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)**

Kính gửi: Thủ tướng Chính phủ

Thực hiện Nghị quyết số 78/2019/QH14 ngày 11/6/2019 của Quốc Hội về việc ban hành Chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh năm 2020 và thực hiện quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, Bộ Y tế xin trình Chính phủ đề nghị xây dựng dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) như sau:

**I. SỰ CẦN THIẾT PHẢI BAN HÀNH LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**1. Một số kết quả đạt được trong 13 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS**

**1.1. Tình hình nhiễm HIV**

Kể từ ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện từ năm 1990 tại TP. Hồ Chí Minh, cho đến nay lũy tích số người nhiễm HIV đã xét nghiệm phát hiện 315.000 người, trong đó đã có 103.000 người nhiễm HIV tử vong. Hiện nay đã có ở 86% số xã, phường, thị trấn, 98% số quận huyện, thị xã, thành phố và 100% tỉnh, thành phố báo cáo phát hiện có người nhiễm HIV/AIDS. Dịch HIV/AIDS chủ yếu tập trung trong nhóm nguy cơ cao, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy 12%, trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) 11%, nhóm phụ nữ bán dâm 3,5% năm 2019. Trong số người nhiễm HIV hiện mắc có 75% là nam giới, 25% là nữ giới, nhóm tuổi từ 20-49 tuổi chiếm 83%, trẻ em dưới 15 tuổi chiếm 2%, đường lây truyền trước những năm 2010 chủ yếu qua đường tiêm chích ma túy chiếm trên 60% số phát hiện hằng năm, từ năm 2010 đến nay số người nhiễm HIV lây truyền qua đường tình dục dần chiếm tỷ lệ cao hơn trong số phát hiện nhiễm HIV hằng năm, đến nay tỷ lệ này chiếm hơn 75-80%, tỷ lệ người nhiễm HIV do tiêm chích ma túy còn khoảng 15%-20%. Số ca nhiễm HIV phát hiện mới, số tử vong hằng năm giảm liên tiếp từ năm 2008 cho đến nay, số ca báo cáo phát hiện mới cao nhất năm 2007 là 30.000 trường hợp, cho đến nay còn 10.000 trường hợp, số ca tử vong cao nhất năm 2008 là 13.000 trường hợp, đến nay còn khoảng 2.000 trường hợp. Như vậy, trong 13 năm thực thi chính sách pháp Luật Phòng, chống HIV/AIDS, số người nhiễm HIV phát hiện mới, số tử vong do AIDS giảm liên tục trong 13 năm qua. Tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy đã giảm mạnh. Tuy nhiên tình hình nhiễm HIV do lây truyền qua đường tình dục vẫn còn diễn biến phức tạp và khó kiểm soát, đặc biệt tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm MSM đang có xu hướng tăng nhanh.

**1.2. Tình hình triển khai các giải pháp**

Được sự quan tâm chỉ đạo của Đảng, Quốc hội, Chính phủ, các cơ quan tư pháp, sự vào cuộc của chính quyền địa phương, sự tham gia tích cực của các tổ chức cộng đồng, mạng lưới người có hành vi nguy cơ cao, người nhiễm HIV và sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật của cộng đồng quốc tế, các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS được triển khai đồng bộ, phù hợp với các hướng dẫn quốc tế và hệ thống pháp luật hiện nay, Bộ Y tế phối hợp các bộ, ban ngành liên quan cùng với ủy ban nhân dân các tỉnh tổ chức các giải pháp sau:

1.2.1. Xây dựng các văn bản pháp quy và hướng dẫn chuyên môn:

Hệ thống văn bản pháp quy, hướng dẫn chuyên môn thực hiện các quy định của Luật hiện nay được cụ thể hóa tại 3 Nghị định của Chính phủ, 8 Quyết định của Thủ tướng, 2 chỉ thị Thủ tướng, và gần 200 Thông tư, Quyết định về hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về phòng, chống HIV/AIDS.

1.2.2. Thông tin - giáo dục - truyền thông: Đa dạng các phương thức thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS từ truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng, hệ thống truyền thanh địa phương, phường xã, tổ dân phố, tổ chức các sự kiện về truyền thông, truyền thông trực tiếp qua mạng lưới người nguy cơ cao lây nhiễm HIV, mạng lưới người nhiễm HIV. Hằng năm tổ chức Tháng dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; Tháng hành động Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS; Ngày phòng chống HIV/AIDS 01/12 hằng năm; giao ban Tổng biên tập; gặp mặt phóng viên; đưa phóng viên đi thực tế... Ước tính khoảng 600.000 lượt truyền thông đại chúng được triển khai trên toàn quốc qua báo, đài, TV, mạng Internet...

1.2.3. Triển khai các hoạt động can thiệp giảm tác hại:Phân phát bơm kim tiêm tại 56 tỉnh/thành phố trọng điểm về HIV cho nhóm người nghiện chích ma túy, triển khai hoạt động phân phát bao cao su tại 59 tỉnh/thành phố trọng điểm cho các nhóm nguy cơ cao. Điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế, bao gồm điều trị bằng Methadone tại 100% các tỉnh thành phố, hiện đang điều trị cho khoảng 53.000 bệnh nhân, điều trị bằng thuốc Buprenorphine bắt đầu triển khai năm 2019 tại 7 tỉnh cho 351 bệnh nhân. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP) cho nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV, hiện đã có gần 6.000 khách hàng đang được điều trị PrEP.

1.2.4. Tư vấn xét nghiệm HIV: xét nghiệm sàng lọc qua nhiều hình thức khác nhau: xét nghiệm HIV trong cơ sở y tế, xét nghiệm HIV tại cộng đồng, tự xét nghiệm HIV. Hiện có hơn 1.300 cơ sở xét nghiệm sàng lọc HIV. Xét nghiệm khẳng định HIV dương tính, triển khai 162 phòng xét nghiệm được phép khẳng định HIV dương tính tại 63 tỉnh, thành phố; trong đó có cả các phòng xét nghiệm khẳng định tại tuyến huyện hơn 40 huyện. Hiện nay trung bình mỗi năm xét nghiệm HIV cho khoảng 3 triệu lượt người, phát hiện mới khoảng 10.000 người nhiễm HIV.

1.2.5. Điều trị HIV/AIDS: Hiện đang có 142.000 bệnh nhân HIV/AIDS đang được điều trị, chiếm khoảng 75% số người nhiễm HIV đã được phát hiện. Điều trị ARV được triển khai tất cả 63 tỉnh/thành phố tại 432 cơ sở điều trị và cấp phát thuốc tại 652 trạm y tế xã. Chất lượng điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam được đánh giá rất tốt với 96% bệnh nhân điều trị đạt tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế và 93% đạt tải lượng dưới ngưỡng phát hiện. Điều này có nghĩa 93% số bệnh nhân điều trị ARV không còn khả năng lây nhiễm HIV cho người khác qua đường tình dục, một tỷ lệ cao hàng đầu thế giới. Việt Nam đã triển khai hiệu quả dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, gồm: xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai; điều trị dự phòng bằng thuốc ARV, xét nghiệm chẩn đoán sớm và quản lý các cặp mẹ-con. Hiện nay tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt khoảng 7%, nếu không triển khai hoạt động này, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con khoảng 35%.

1.2.6. Công tác giám sát, theo dõi, đánh giá: Triển khai định kỳ báo cáo, rà soát các trường hợp mới xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV; triển khai hằng năm giám sát trọng điểm HIV trong các nhóm nguy cơ cao tại 20 tỉnh, thành phố; định kỳ hằng quý thu thập số liệu hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên phạm vi toàn quốc theo quy định. Công tác thu thập, quản lý dữ liệu về HIV/AIDS đều được quản lý bằng phần mềm chuyên dụng, 100% các tỉnh đều sử dụng phần mềm online để quản lý và báo cáo số liệu định kỳ theo quy định. Hệ thống giám sát dịch HIV/AIDS Việt Nam được đánh giá đảm bảo cung cấp các thông tin về kiểm soát dịch HIV/AIDS.

**1.3. Kết quả chính**

- Xây dựng được hệ thống văn bản pháp luật và hướng dẫn chuyên môn đồng bộ, tạo điều kiện thuận lợi cho công tác chỉ đạo, triển khai hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên toàn quốc.

- Thiết lập được hệ thống phòng, chống HIV/AIDS từ trung ương đến địa phương đủ năng lực triển khai các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

- Tình hình dịch HIV/AIDS giảm liên tục trong hơn 13 năm qua cả về số nhiễm mới và số tử vong.

- Theo số liệu ước tính các chuyên gia của UNAIDS, từ năm 2000 cho đến nay, công tác phòng, chống HIV/AIDS đã dự phòng cho 400.000 người không bị lây nhiễm HIV và 150.000 người không bị tử vong do AIDS.

**2. Tồn tại, hạn chế**

**2.1. Tình hình dịch HIV**

Dịch HIV/AIDS vẫn còn diễn biến phức tạp, số người nhiễm HIV phát hiện mới hằng năm vẫn ở mức cao với 10.000 trường hợp, số tử vong khoảng 2.000 trường hợp/năm, hình thái lây truyền HIV thay đổi, các nhóm đối tượng lây nhiễm HIV đa dạng hơn, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSMđang có xu hướng gia tăng nhanh, nhóm này hiện đang có quần thể lớn nhất trong các quần thể nguy cơ cao lây nhiễm HIV với hơn 200.000 người và đang có xu hướng gia tăng qua thời gian. Lây truyền HIV từ những người nhiễm HIV sang vợ, chồng, bạn tình, bạn chích chung của họ do chưa được điều trị sớm, đặc biệt các khu vực vùng sâu, vùng xa, khu vực biên giới các tỉnh phía Bắc. Sự gia tăng số người sử dụng ma túy tổng hợp trong giới trẻ, đang là mối quan ngại trong lây truyền HIV từ nhóm nguy cơ cao sang các nhóm người trẻ khi tham gia sử dụng ma túy tổng hợp, dẫn đến quan hệ tình dục bầy đàn, làm tăng xác suất lây truyền HIV trong các nhóm này.

**2.2. Quy định pháp luật**

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

Thứ nhất là chưa có các quy định trách nhiệm cung cấp thông tin cá nhân của người nhiễm HIV, quy định đối tượng được tiếp cận thông tin người nhiễm HIV và việc quy định các nhóm đối tượng được thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính chưa đảm bảo được điều kiện thực hiện kiểm soát bệnh truyền nhiễm nhóm B như quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và điều kiện thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các luật liên quan khác của người nhiễm HIV.

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

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

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

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

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

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

Và đan xen trong quá trình quản lý một người nghiện ma túy như đã nêu trên thì pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS quy định về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế tại Nghị định số 90/2016/NĐ-CP quy định như sau:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"**Điều 34a**

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

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

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

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

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

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

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

- Quy định tại khoản 7, Điều 12 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS quy định thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được ưu tiên về thời điểm, thời lượng phát sóng trên đài phát thanh, đài truyền hình; dung lượng và vị trí đăng trên báo in, báo điện tử đối với thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS quy định các thông điệp truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được thực hiện miễn phí. Tuy nhiên, hiện nay hầu hết các cơ quan truyền thông đều hoạt động theo cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm về mọi hoạt động của mình nên nếu thực hiện truyền thông miễn phí thì sẽ tốn một khoản kinh phí không nhỏ và điều này ảnh hưởng rất lớn đến khả năng cân đối tài chính của các cơ sở truyền thông.

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

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

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

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

**3. Nguyên nhân**

**3.1. Quy định của pháp luật**

- Bối cảnh ban hành các chính sách năm 2006 khác nhiều so với giai đoạn hiện nay: do diễn biến tình hình dịch HIV/AIDS thay đổi từ nguyên nhân chính lây truyền HIV là do tiêm chích chung ma túy, nhưng hiện nay nguyên nhân chính lây truyền HIV là do quan hệ tình dục không an toàn, đặc biệt tình trạng lây truyền qua quan hệ tình dục đồng giới; do sự phát triển của khoa học kỹ thuật về phòng, chống HIV/AIDS, từ việc xét nghiệm HIV đòi hỏi có kỹ thuật và đào tạo cao, trang thiết bị đắt tiền, kỹ thuật khó thực hiện, đến nay các kỹ thuật xét nghiệm đơn giản, cho kết quả nhanh. Thuốc điều trị ARV đắt tiền, khó mua, cho đến nay thuốc sẵn có trên thị trường, chi phí điều trị thấp, hiệu quả điều trị cao, độc tính thấp, ít tác dụng phụ, điều trị làm giảm nồng độ vi rút nhanh và làm cho người nhiễm HIV gần như không làm lây truyền HIV cho vợ, chồng, bạn tình của họ nếu họ tuân thủ điều trị tốt.

- Sự kỳ thị phân biệt, đối xử với người nhiễm HIV tại thời điểm ban hành Luật còn rất nặng nề, nhiễm HIV gắn liền với các tệ nạn xã hội, nhiễm HIV gần như là bệnh nan y và dẫn đến tử vong, kỹ thuật phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu dựa vào thông tin, giáo dục, truyền thông. Nên các quy định pháp luật thời điểm đó chưa tính đến các tình huống triển khai các biện pháp kỹ thuật phát triển hiện nay, như xét nghiệm HIV sớm, điều trị ngay, hoặc xét nghiệm HIV cho bạn tình, bạn chích chung của người nhiễm HIV, khi thực hiện các biện pháp này cần được tiếp cận với người nhiễm HIV và biết các khu vực, đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV cao.

- Quan điểm về nghiện ma túy của các bộ ngành vẫn còn khác nhau, vấn đề nghiện ma túy là bệnh mạn tính cần điều trị suốt đời, hay cai nghiện có thể làm cho người nghiện từ bỏ ma túy vẫn còn nhiều ý kiến trái chiều. Do đó, phương pháp quy định xử lý đối với người nghiện ma túy quy định vẫn còn khác nhau ở các văn bản pháp luật, quan điểm triển khai thực hiện vẫn còn khác nhau giữa các địa phương. Về phương diện phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu tập trung về việc giảm hại cho người nghiện chích ma túy, đó là không sử dụng chung bơm kim tiêm với người khác, hoặc là không còn tiêm chích ma túy, thì không có nguy cơ lây nhiễm HIV hoặc nếu bị nhiễm HIV không làm lây nhiễm HIV cho người khác.

**3.2. Nguồn lực bảo đảm đủ điều kiện thực hiện các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS**

- Giai đoạn 2005-2013, Việt Nam được nhiều các tổ chức quốc tế, các nước phát triển hỗ trợ nguồn lực và kỹ thuật cho phòng, chống HIV/AIDS như Ngân hàng Thế giới, Ngân hàng phát triển châu Á, Bộ phát triển kinh tế Anh, Kế hoạch cứu trợ cấp của Tổng Mỹ cho phòng, chống HIV/AIDS (PEPFAR), Quỹ Bill Clinton về phòng, chống HIV/AIDS, Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS, lao và sốt rét, do đó Việt Nam có nguồn lực triển khai miễn phí các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS tại 63 tỉnh thành.

- Giai đoạn 2013 đến nay, Việt Nam chỉ còn 2 nhà tài trợ chính phòng chống HIV/AIDS đó là PEPFAR và Quỹ Toàn cầu, quy mô hỗ trợ của 2 Nhà tài trợ này cũng giảm nhiều so với trước đây ví dụ như PEPFAR chỉ hỗ trợ 11 tỉnh. Phương thức hỗ trợ cũng khác trước đây từ hỗ trợ kinh phí chuyển dần sang hỗ trợ kỹ thuật. Trong khi nguồn lực trong nước vẫn gặp nhiều khó khăn, nên kinh phí phân bổ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS không đảm bảo triển khai toàn diện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt các các quy định nhà nước đảm bảo nguồn lực để triển khai miễn phí như xét nghiệm cho phụ nữ mang thai với kinh phí cho xét nghiệm mang thai đòi hỏi kinh phí khoảng 85tỷ mỗi năm.

- Ngoài ra khi nguồn lực quốc tế giảm, trong khi quy định của Luật chưa có chính sách quy định hỗ trợ cho một số đối tượng khó tiếp cận với dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS nếu triển khai như hiện nay. Người nhiễm HIV trong các trại giam, nhà tạm giam, họ là đối tượng không được tham gia bảo hiểm y tế, nhưng điều trị HIV/AIDS dựa vào nguồn bảo hiểm y tế, do đó cần có chính sách hỗ trợ điều trị miễn phí cho nhóm đối tượng này để đảm bảo điều kiện thực hiện các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS. Ngoài ra, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cần phải có thuốc sẵn có để điều trị, tuy nhiên do số lượng nhu cầu điều trị lây truyền HIV từ mẹ sang con ở Việt Nam ít, chỉ khoảng 2.300 phụ nữ mang thai mỗi năm trong đó có khoảng 60% đã được điều trị ARV, do đó nhu cầu điều trị mới chỉ có khoảng 600-700 người mỗi năm, nên các doanh nghiệp không tổ chức kinh doanh thuốc này trên thị trường, các bệnh viện cũng không biết được số lượng phụ nữ mang thai nhiễm HIV cần điều trị tại cơ sở mình, nên không mua thuốc về để sẵn có để cung cấp cho người bệnh khi cần, hơn nữa các bệnh viện tự chủ, nên họ cần hoạch toán để đảm bảo lợi nhuận duy trì nhân lực, vì vậy nếu thuốc không sẵn có sẽ không triển khai điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, vì vậy cần có cơ chế cấp thuốc miễn phí để hằng năm Bộ Y tế chủ động được nguồn thuốc và cấp cho bệnh nhân khi cần thiết. Tình huống này cũng tương tự thuốc điều trị ARV cho trẻ em, hiện nay số trẻ em đang điều trị ARV là 4.100 cháu, con số này sẽ giảm dần do các cháu sẽ chuyển dần sang phác đồ người lớn khi trưởng thành, số trẻ em nhiễm mới hằng năm giảm dần, do vậy các đơn vị cung cấp thuốc Việt Nam cũng không kinh doanh mặt hàng này do số lượng ít, ngoài ra trước đây thuốc này đều do các nhà tài trợ cung cấp thông qua mua thuốc từ quốc tế.

**4. Các yêu cầu, thách thức trong giai đoạn tới**

4.1. Nghị quyết 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó đặt ra mục tiêu vào năm 2030 Việt Nam về cơ bản chấm dứt dịch bệnh AIDS.

4.2. Tổ chức bộ máy: Thực hiện Nghị quyết 19-NQ/TW của Ban Chấp hành Trung ương về việc tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nângcao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị công lập,các cơ quan sự nghiệp về thực hiện các nhiệm vụ liên quan đến công tác dự phòng được sát nhập thành trung tâm phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh tỉnh, thành phố trong đó có trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố. Sau sát nhập, nhân sự chuyên môn làm công tác phòng, chống HIV/AIDS giảm một nửa so với trước đây, nhiều cán bộ có kinh nghiệm chuyển công tác khác và nhiều cán bộ mới tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS. Do đó ít nhiều ảnh hưởng đến nguồn nhân lực phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới.

4.3. Xu thế quốc tế: Tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới có xu hướng giảm từ đỉnh dịch năm 1997 với số ca nhiễm mới 2,9 triệu người cho đến cuối năm 2018, số ca nhiễm mới HIV giảm còn 1,7 triệu người. Số người tử vong do AIDS cũng đã giảm mạnh, số ca tử vong cao nhất vào năm 2004 với số tử vong 1,7 triệu người, cho đến cuối năm 2018 số tử vong do AIDS còn 770.000 người. Hiện nay số ước tính nhiễm HIV trên toàn cầu khoảng 37,9 triệu người, trong đó người lớn 36,2 triệu người, phụ nữ 18,8 triệu người và trẻ em 1,7 triệu người. Thế giới đang đặt ra mục tiêu 95-95-95 vào năm 2030 (95% số người nhiễm HIV biết tình trạng HIV của mình, 95% người biết tình trạng nhiễm HIV được điều trị ARV, 95% người được điều trị ARV có tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế), hướng đến mục tiêu chấm dứt AIDS vào năm 2030. Xu thế quốc tế hiện nay tập trung vào dự phòng đặc hiệu bao gồm xét nghiệm sớm và điều trị ngay, dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng vi rút HIV cho những người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao như nhóm MSM, người có vợ, chồng bị nhiễm HIV nhưng chưa bị nhiễm HIV… Các quốc gia phát triển và các tổ chức quốc tế đang giảm dần kinh phí cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên toàn cầu, các ưu tiên của họ là tập trung cho các nước có dịch HIV/AIDS cao và kinh tế kém phát triển. Còn các quốc gia thuộc thu nhập trung bình, chỉ tập trung hỗ trợ kỹ thuật.

4.4. Việt Nam ngày càng hội nhập quốc tế sâu rộng trên nhiều lĩnh vực, trong đó có cả các vấn đề sức khỏe, các cam kết các quốc gia thành viên với cộng đồng quốc tế về vấn đề sức khỏe như các mục tiêu phát triển bền vững trong đó có HIV/AIDS, cam kết thực hiện mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 và hướng tới chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Tuy nhiên, hội nhập quốc tế có nhiều cơ hội, cũng đặt ra cho chúng ta nhiều thách thức.

4.5. Sự gia tăng nhóm người MSM và người chuyển đổi giới tính sẽ phần nào ảnh hưởng đến việc kiểm soát dịch HIV/AIDS trong các nhóm này, hiện nay theo ước tính số người MSM tại Việt Nam có khoảng 200.000 người, tuy nhiên số này có thể tăng qua thời gian do ngày càng có nhiều người nam có xu hướng tình cảm với nam giới khác bộc lộ và tìm kiếm bạn tình là nam giới.

# II. MỤC ĐÍCH, QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO XÂY DỰNG LUẬT

**1. Mục đích**

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

**1. Quan điểm chỉ đạo:**

a) Thể chế hóa đường lối, chính sách của Đảng về phòng, chống HIV/AIDS đã được định hướng tại Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương XIII.

b) Khắc phục đ­ược các tồn tại, bất hợp lý sau 13 năm thực hiện Luật đồng thời cụ thể hóa một số chính sách phòng, chống HIV/AIDS trên cơ sở có kế thừa chọn lọc những quy định hiện hành đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước tađể tạo hàng lang pháp lý thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

c) Thực hiện các cam kết với cộng đồng quốc tế về thực hiện mục tiêu 90-90-90, thanh toán lây truyền HIV từ mẹ sang con vào năm 2020. Hướng đến kết thúc bệnh dịch AIDS vào năm 2030.

d) Khuyến khích và huy động sự tham gia tích cực của toàn xã hội từ hệ thống chính trị, bộ máy nhà nước đến mọi người dân và các tổ chức xã hội dân sự vào công tác phòng, chống HIV/AIDS.

đ) Bảo đảm tính dự báo trong tương lai, dự liệu những quan hệ xã hội nảy sinh liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS, bên cạnh đó phải phù hợp, hài hòa với xu hướng pháp luật quốc tế trong xu thế hội nhập sâu rộng với nền kinh tế toàn cầu.

**2. Mục tiêu chính sách**

### **a) Mục tiêu tổng quát:**

Giảm dần số người nhiễm mới HIV và phấn đấu giảm dưới 1.000 trường hợp nhiễm mới vào năm 2030, giảm số người tử vong do AIDS qua các năm và đạt mức dưới 1,0/100.000 dân vào năm 2030, giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội, phấn đấu kết thúc bệnh dịch AIDS vào năm 2030 theo tinh thần Tuyên bố chính trị năm 2016 về HIV/AIDS của các nhà lãnh đạo cấp cao đưa ra tại Đại hội đồng Liên hợp quốc tháng 6 năm 2016.

### **b) Mục tiêu cụ thể:**

- Đảm bảo đủ điều kiện thực hiện công tác giám sát diễn biến dịch HIV/AIDS và triển khai dịch vụ dự phòng, chăm sóc điều trị HIV/AIDS

- Tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV và triển khai các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng.

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

# III. QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG LUẬT

Quý I năm 2017, Bộ Y tế đã tổ chức đánh giá 10 năm thực hiện các chính sách, pháp luật quy định tại Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Tháng 5/2017 Bộ Y tế đã tổ chức Hội nghị tổng kết 10 năm thi hành Luật Phòng, chống HIV/AIDS. Trên cơ sở tổng kết thực tiễn, các tham luận tại Hội nghị, và ý kiến của các bên liên quan, Bộ Y tế đã hoàn thiện Báo cáo tổng kết 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Từ tháng 7-12/2017, Bộ Y tế đã tiến hành xây dựng Dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS theo đúng các quy định tại Luật ban hành văn bản năm 2015, bao gồm xây dựng báo cáo tác động các chính sách đối với dự án Luật Phòng, chống HIV/AIDS, xây dựng đề cương Luật. Ngày 01/02/2018, Bộ Y tế đã trình Thủ tướng Chính phủ tại Tờ trình số 117/TTr-BYT về việc đề nghị xây dựng Dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Ngày 08/02/2018, Chính phủ có Nghị quyết số 13/NQ-CP về việc ban hành Nghị quyết phiên họp Chính phủ thường kỳ tháng 01 năm 2018, trong đó Chính phủ đã thông qua đề nghị xây dựng Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, giao Bộ Tư pháp tổng hợp đưa vào Đề nghị của Chính phủ về Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh của Quốc hội năm 2019, trình Ủy ban Thường vụ Quốc hội để trình Quốc hội khóa XIV xem xét, quyết định. Tuy nhiên, Ủy ban Thường vụ Quốc hội chưa đưa Dự án Luật này vào kế hoạch xây dựng Luật của Quốc hội năm 2019 do Hồ sơ dự án Luật chưa đủ điều kiện.

Ngày 17 tháng 4 năm 2018, Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội đã có ý kiến thẩm định đối với Hồ sơ xây dựng dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS tại công văn số 1244/UBVĐXH14. Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội nhất trí về sự cần thiết xây dựng và ban hành dự án Luật đã được Chính phủ nêu trong Tờ trình và Hồ sơ của Chính phủ. Trên cơ sở các ý kiến thẩm định của Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội, Bộ Y tế đã tiếp thu chỉnh sửa hồ sơ Dự án Luật và báo cáo Chính phủ đề xuất tiếp tục đưa Dự án Luật này vào kế hoạch xây dựng Luật, pháp lệnh năm 2020.

Ngày 03/02/2019, Chính phủ có Nghị quyết số 09/NQ-CP về Phiên họp Chính phủ thường kỳ tháng 01 năm 2019, trong đó Chính phủ đã thông qua đề nghị xây dựng Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, giao Bộ Tư pháp tổng hợp đưa vào Đề nghị của Chính phủ về Chương trình xây dựng Luật, pháp lệnh của Quốc hội năm 2020, trình Ủy ban Thường vụ Quốc hội để trình Quốc hội khóa XIV xem xét, quyết định.

Ngày 11/6/2019 Quốc hội đã thông qua Nghị quyết số 78/2019/QH14 ban hành Chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh năm 2020, điều chỉnh chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh năm 2019.

Từ tháng 5/2019 đến nay Bộ Y tế đã tiến hành các bước xây dựng Hồ sơ dự án Luật như sau:

- Ban hành Quyết định số 576/KH-BYT ngày 31/5/2019 về việc Xây dựng kế hoạch xây dựng Hồ sự dự án Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

- Ban hành Quyết định số 3729/QĐ-BYT ngày 23/8/2019 về việc Thành lập Ban soạn thảo xây dựng dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

- Hoàn thiện Hồ sơ Dự án Luật: Báo cáo 13 năm thực thi các chính sách pháp luật của Luật Phòng, chống HIV/AIDS; Xây dựng và đánh giá tác động các chính sách đề xuất sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS; Dự thảo Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

- Tổ chức các buổi họp Ban soạn thảo và Tổ biên tập xây dựng Hồ sơ dự án Luật vào các ngày 18/10/2019, 25/10/2019, 01/11/2019, 15/11/2019, 26/11/2019; 03/12/2019, 12/12/2019, 18/12/2019 và nhiều cuộc họp nội bộ khác tại Hà Nội.

- Tham gia trình bày các nội dung đề xuất sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS tại các Hội nghị do Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội tổ chức ngày 10/7/2019 tại Tp. Hồ Chí Minh và ngày 10/9/2019 tại Quảng Ninh.

- Tổ chức các hội thảo với các tỉnh, thành phố, các đối tác quốc tế, các tổ chức phi chính phủ trong nước, quốc tế, các tổ chức cộng đồng và những người bị tác động của Luật gồm mạng lưới người nhiễm HIV tại Việt Nam, mạng lưới người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, người quan hệ tình dục đồng giới nam, người chuyển đổi giới tính vào các ngày 05/6/2019, 16/7/2019 tại Hà Nội, 04-05/9/2019 tại Vĩnh Phúc, 21/11/2019 tại Cần Thơ.

# IV. BỐ CỤC VÀ CÁC NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA DỰ THẢO LUẬT

1. Bố cục:

Dự thảo Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS được bố cục 3 Điều:

Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)

Điều 2. Bãi bỏ Điều 42 của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)

Điều 3. Hiệu lực thi hành

2. Tên, phạm vi điều chỉnh:

a) Tên gọi dự kiến của Luật: Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)

b) Phạm vi điều chỉnh: Giữ nguyên phạm vi điều chỉnh của Luật Phòng, chống HIV/AIDS ban hành năm 2006.

3. Các nội dung cơ bản

a) Sửa đổi một số thuật ngữ đảm tính thống nhất, chính xác phù hợp với nội dung sửa đổi, bổ sung và sự thay đổi một số cơ quan, tổ chức của nhà nước trong thời gian qua.

b) Bổ sung thêm nghĩa vụ của người tham gia dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS; bổ sung đối tượng thông báo và tiếp cận thông tin của người nhiễm HIV để đảm bảothực hiện công tác giám sát dịch HIV/AIDS, đồng bộ hệ thống pháp luật khác để thực hiện công tác giám sát, kiểm soát dịch HIV/AIDS và triển khai cung cấp dịch vụ chăm sóc điều trị ARV.

c) Chỉnh sửa, bổ sung một số nhóm đối tượng được ưu tiên trong tiếp cận thông tin giáo dục truyền thông, can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV phù hợp với giai đoạn mới.

d) Bổ sung các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS triển khai tại cộng đồng để người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV, người nhiễm HIV có quyền tham gia cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS.

e) Đề xuất giải pháp những người nghiện ma túy khi tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế không vi phạm các quy định pháp luật về Xử phạt hành chính và Bộ luật Hình sự sẽ không bị áp dụng biện phápcai nghiện bắt buộc tại các cơ sở cai nghiệm bắt buộc để tạo điều kiện cho những người nghiện ma túy không thể từ bỏ được ma túy muốn hòa nhập cộng đồng có cơ hội sử dụng thuốc thay thể không ảnh hưởng sức khỏe, không có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV và không gây mất an ninh trật tự cho xã hội.

f) Đề xuất Nhà nước đảm bảo thuốc điều trị miễn phí cho người nhiễm HIV trong trại giam, tại tạm giam, những người không có quyền tham gia bảo hiểm y tế. Ngoài ra, đề xuất nhà nước hỗ trợ thuốc miễn phí để đảm bảo tính sẵn có thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, giúp sớm thanh toán trẻ nhiễm mới HIV do mẹ truyền. Do nhu cầu số lượng điều trị hằng năm khoảng 2.300 phụ nữ mang thai nhiễm HIV, với số lượng ít nên thuốc không có sẵn trên thị trường, vì vậy nhà nước có chính sách hỗ trợ miễn phí sẽ tạo điều kiện cho Bộ Y tế mua tập trung và điều phối thuốc cho các tỉnh, khi có nhu cầu có thể cung cấp thuốc được sớm điều trị cho trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

g) Sửa đổi bổ sung các nguồn lực chi trả xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai đảm bảo thực hiện chính sách phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí.

h) Sửa đổi bổ sung một số quy định liên quan đến xét nghiệm HIV và bổ sung kỹ thuật mới trong dự phòng trước phơi nhiễm HIV.

l) Sửa đổi bổ sung các nguồn lực đảm bảo điều kiện thực hiện các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

m) Bãi bỏ điều khoản quy định liên quan đến AIDS giai đoạn cuối do sự tiến bộ về điều trị, nên khi người nhiễm HIV chuyển sang giai đoạn AIDS, nếu được điều trị ARV sẽ khỏe mạnh bình thường.

4. Đánh giá tác động chính sách đối với Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS

Cơ quan chủ trì soạn thảo đã đánh giá tác động chính sách của Luật Sửa đổi bổ sung một số điều Luật Phòng, chống HIV/AIDS đối với Nhà nước, người dân, các tổ chức cộng động, những người nhiễm HIV, người có hành vi nguy cơ cao. Cơ quan soạn thảo đã tiến hành đánh giá tác động của các chính sách liên quan đến vấn đề tác động kinh tế, tác động xã hội, tác động về thủ tục hành chính, tác động về giới. Báo cáo tác động chính sách được lấy ý kiến rộng rãi trên cổng thông tin điện tử của Chính phủ, Bộ Y tế, tổ chức nhiều cuộc họp mời các bên liên quan như các cơ quan y tế, lao động thương binh và xã hội, công an các tỉnh thành phố. Lấy ý kiến các tổ chức cộng đồng, mạng lưới người nhiễm HIV, mạng lưới người sử dụng ma túy, người phụ nữ bán dâm, người quan hệ tình dục đồng giới, người chuyển đổi giới tính. Lấy ý kiến các tổ chức quốc tế, các tổ chức phi Chính phủ. Lấy ý kiến của 22 bộ, ban ngành và 63 tỉnh, thành phố. Ngoài ra Cơ quan soạn thảo tiến hành khảo sát lấy ý kiến 2 chính sách tại 7 tỉnh

Việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS có 2 chính sách được đánh giá tác động:

a) Chính sách 1: Bổ sung một số người được quyền tiếp cận thông tin người nhiễm HIV.

Chính sách này tạo điều kiện thuận lợi cho triển khai công tác giám sát, kiểm soát dịch HIV/AIDS và công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS. Việc có thông tin chính xác của người nhiễm HIV, cơ quan phòng, chống HIV/AIDS phân tích, xác định được địa bàn, nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV để có các biện pháp và đầu tư phù hợp trong kiểm soát dịch HIV/AIDS theo địa bàn và nhóm đối tượng, đồng thời việc triển khai điều trị cho người nhiễm HIV đảm bảo thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế.

Trong quá trình triển khai xây dựng Hồ sơ Luật, cơ quan soạn thảo đã lấy ý kiến những người nhiễm HIV, những người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Các ý kiến đều nhất trí về chính sách này. Tuy nhiên một số người băn khoăn về việc tổ chức thực hiện chính sách này trong thực tế là nhân viên y tế có thể làm lộ thông tin của người nhiễm HIV, băn khoăn này hoàn toàn có cơ sở do có thể một số nhân viên y tế chưa hiểu đầy đủ quy định của Luật Phòng, chống HIV/AIDS về đảm bảo tính bí mật cho người nhiễm HIV. Do đó trong quá trình triển khai Luật cần có các hoạt động nâng cao năng lực cho nhân viên y tế các cấp nói chung và nhân viên làm công tác giám sát dịch HIV/AIDS nói riêng về quy định, trách nhiệm đảm bảo bí mật thông tin cho người nhiễm HIV. Chính sách này về cơ bản không phải là quy định mới trong sửa Luật này, chính sách này chỉ làm rõ thêm các quy định tại Điều 24 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, và các quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế, các chính sách này cũng hoàn toàn phù hợp này với Luật Tiếp cận thông tin. Trong thực tế đảm bảo thực hiện công tác giám sát dịch HIV/AIDS, công tác chăm sóc điều trị HIV/AIDS, thanh quyết toán bảo hiểm y tế đều có quá trình thu thập, tiếp cận thông tin người nhiễm HIV và đã phổ biến các quy định của Luật cho người nhiễm HIV biết và đồng thuận trong xét nghiệm HIV. Việc quy định này không làm phát sinh các thủ tục hành chính và các chi phí so với trước đây. Nhưng có tác động xã hội và tác động gián tiếp đến vấn đề giới, như thực thi chính sách này giúp kiểm soát dịch HIV/AIDS tốt hơn, dự phòng cho nhóm nguy cơ cao tốt hơn, có tác dụng ngăn ngừa từ người nhiễm HIV sang bạn tình của họ, chủ yếu dự phòng cho phụ nữ tránh bị nhiễm HIV từ chồng vì 75% người nhiễm HIV là nam giới.

b) Chính sách 2: Đảm bảo quyền được tiếp cập dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của mọi đối tượng khác nhau

Chính sách này tập trung vào các cách tiếp cận khác nhau, như nhà nước đảm bảo nguồn lực để đảm bảo chủ động cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai, chăm sóc, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cho nhóm yếu thế như phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, người nhiễm HIV trong các trại giam, trại tạm giam không tham gia bảo hiểm y tế, biện pháp này không quá tốn nguồn lực của nhà nước như mỗi năm điều trị cho khoảng 5.000-7.000 người nhiễm HIV trong các trại giam, chi phí điều trị cho mỗi người khoảng 3 triệu đồng/năm/người, tổng chi phí điều trị cho người nhiễm HIV trong trại giam khoảng 15 đến 21 tỷ đồng/năm, nếu không triển khai hoạt động điều trị cho người nhiễm HIV trong trại giam, trại tạm giam thì người nhiễm HIV sẽ bị mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt đồng nhiễm lao, làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm lao cho phạm nhân khác và các cán bộ công an, nhân viên trại giam, ngoài ra khi các phạm nhân mắc bệnh khác cũng cần phải đưa họ đến bệnh viện, lúc này các chi phí bệnh viện, chi phí bảo vệ sẽ tăng lên nhiều lần, đặc biệt các hệ lụy khác liên quan đến phạm nhân tử vong. Việc triển khai chính sách này không phát sinh các thủ tục hành chính, vì việc mua thuốc điều trị miễn phí cũng được lồng ghép với mua thuốc quốc gia và phân bổ theo các địa bàn tỉnh để cấp phát điều trị cho người nhiễm HIV trong các trại giam. Giải pháp này đảm bảo thực hiện các công ước về quyền con người của Việt Nam cam kết với cộng đồng quốc tế quyền con người. Liên quan đến giới chủ yếu tác động đến nam giới là người yếu thế.

Việc xác định và đảm bảo nguồn lực cho dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong đó chính sách hiện hành là phụ nữ mang thai được xét nghiệm miễn phí được chi trả theo nguồn bảo hiểm y tế khi họ tham gia bảo hiểm y tế, điều này đúng quy định của pháp luật về tham gia bảo hiểm y tế, các xét nghiệm gắn chi trả theo bảo hiểm y tế cũng sẽ giảm ảnh hưởng các thủ tục hành chính khi xây dựng chuỗi cung ứng xét nghiệm miễn phí, về kinh phí sẽ chi cho mỗi phụ nữ 53.000 đồng tiền xét nghiệm tương đương với kinh phí 85 tỷ tiền xét nghiệm cho phụ nữ mang thai, tuy nhiên nó có tác dụng giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con, nếu không triển khai chương trình lây truyền HIV mỗi năm sẽ có thêm 35% trong số 2.300 phụ nữ mang thai sinh ra trẻ nhiễm HIV, tương đương 805 trẻ nhiễm HIV, chi phí để điều trị cho mỗi trẻ nhiễm HIV hằng năm khoảng 3 triệu đồng và phải điều trị suốt đời. Như vậy chi phí cho điều trị ARV cho các trẻ bị nhiễm HIV sẽ lớn hơn rất nhiều chi phí triển khai xét nghiệm và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Đề xuất biện pháp cho phép những người nghiện ma túy tham gia điều trị nghiện bằng thuốc thay thế nếu không vi phạm các quy định của Luật Xử lý vi phạm hành chính và Bộ luật Hình sự sẽ không bị đi cai nghiện bắt buộc. Giải pháp tạo điều cho người nghiện ma túy không thể cai nghiện ma túy, nhưng không muốn lệ thuộc vào ma túy cần điều trị nghiện bằng thuốc thay thế để duy trì sức khỏe, làm việc bình thường như công dân khác trong xã hội, đây là giải pháp nhân văn tạo điều kiện cho những người sử dụng ma túy tái hòa nhập cộng đồng, đồng thời khuyến khích những người nghiện ma túy chưa bị cơ quan có thẩm quyền lập hồ sơ quản lý có thể bộc lộ để tham gia điều trị nghiện.

**V. DỰ KIẾN NGUỒN LỰC VÀ ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CHO VIỆC THI HÀNH LUẬT**

Dự kiến khi Luật ban hành, thì các cơ quan, tổ chức phải chịu sự điều chỉnh của Luật phải triển khai thi hành, trong đó Bộ Y tế sẽ là cơ quan có chịu trách nhiệm trước Chính phủ về việc tổ chức triển khai Luật. Hiện nay, hệ thống y tế đã và đang được hoàn thiện cả về nguồn nhân lực và cơ sở vật chất và trang thiết bị.

Nguồn kinh phí để triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS đã được phân tích cụ thể trong các phương án, trong đó Nhà nước sẽ phải bỏ ra một khoản kinh phí cho đầu tư ban đầu và thu lại thông qua cơ chế giá dịch vụ. Vì vậy, việc triển khai Luật sẽ không làm phát sinh các khoản chi lớn từ ngân sách nhà nước.

Các chính sách trong dự thảo Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS không làm tăng biên chế.

Nguồn kinh phí trong triển khai chính sách mới, sử dụng nguồn kinh phí nhà nước ưu tiên 30% cho ngân sách công tác y tế dự phòng theo chủ trương quy định tại Nghị quyết 20-NQ/TW ngày 25 tháng 10 năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương về Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Sử dụng kinh phí từ Quỹ Bảo hiểm Y tế để chi trả các dịch vụ khám, điều trị HIV/AIDS theo luật định. Ngoài ra tiếp tục huy động nguồn lực các tổ chức song phương, đa phương. Huy động nguồn kinh phí từ xã hội hóa một số dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS.

**VI. CÁC VẤN ĐỀ XIN Ý KIẾN CHÍNH PHỦ.**

1. Vấn đề triển khai xét nghiệm phát hiện phụ nữ mang thai nhiễm HIV, hiện nay có 2 quan điểm ***“Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí hoặc được quỹ bảo hiểm y tế chi trả đối với người có thẻ bảo hiểm y tế”*** hoặc giữ nguyên như cũ ***“Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí.”***

Phương án 1:Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí hoặc được quỹ bảo hiểm y tế chi trả đối với người có thẻ bảo hiểm y tế

Phương án 2: giữ nguyên như cũ “Phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí.”

Bộ Y tế đề nghị chọn phương án 1 vì lý do sau:

- Thứ nhất, hiện nay nguồn kinh phí xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai đều do các chương trình, dự án quốc tế và chương trình quốc gia chi trả và các nhà tài trợ đang cắt giảm dần và chấm dứt trong năm tới và chương trình mục tiêu không đủ kinh phí để làm xét nghiệm miễn phí cho gần 2 triệu phụ nữ mang thai mỗi năm.

- Thứ hai, theo quy định tại khoản 14 Điều 1 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi bổ chi phí xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai không thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

- Thứ ba, việc chi trả xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai theo nguồn bảo hiểm y tế khi họ tham gia bảo hiểm y tế, điều này đúng quy định của pháp luật về tham gia bảo hiểm y tế, các xét nghiệm gắn chi trả theo bảo hiểm y tế cũng sẽ giảm ảnh hưởng các thủ tục hành chính khi xây dựng chuỗi cung ứng xét nghiệm miễn phí.

- Thứ tư, về kinh phí sẽ chi cho mỗi phụ nữ 53.000 đồng tiền xét nghiệm tương đương với kinh phí 85 tỷ tiền xét nghiệm cho phụ nữ mang thai, tuy nhiên nó có tác dụng giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con, nếu không triển khai chương trình lây truyền HIV mỗi năm sẽ có thêm 35% trong số 2.300 phụ nữ mang thai sinh ra cháu nhiễm HIV, tương đương 805 cháu nhiễm HIV, chi phí để điều trị cho mỗi cháu nhiễm HIV hằng năm khoảng 3 triệu đồng và phải điều trị suốt đời. Như vậy chi phí cho điều trị ARV cho các cháu bị nhiễm HIV sẽ lớn hơn rất nhiều chi phí triển khai xét nghiệm và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2. Vấn đề điều trị nghiện các chất dạng thuộc phiện bằng thuốc thay thế hiện nay có 2 quan điểm: “Đối tượng đang tham gia điều trị nghiện quy định tại điểm d khoản 1 Điều này không bị lập hồ sơ đề nghị áp dụng các biện pháp xử lý hành chính, trừ trường hợp vi phạm các quy định tại Luật Xử lý vi phạm hành chínhvà Bộ luật Hình sự” hoặc bỏ nội dung này ra khỏi dự thảo Luật *(theo đề xuất của Bộ Công an)*

Phương án 1: Đối tượng đang tham gia điều trị nghiện quy định tại điểm d khoản 1 Điều này không bị lập hồ sơ đề nghị áp dụng các biện pháp xử lý hành chính, trừ trường hợp vi phạm các quy định tại Luật Xử lý vi phạm hành chínhvà Bộ luật Hình sự

Phương án 2: Bỏ khoản 3 Điều 21

Bộ Y tế chọn phương án 1, vì lý do:

Thứ nhất, để đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của tất cả đối tượng khác nhau trong dự phòng lây nhiễm HIV và trong bối cảnh phát triển không ngừng của khoa học kỹ thuật như hiện nay, nội dung của các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV đã có thay đổi nhưng cơ chế pháp lý chưa đồng bộ, thống nhất để tổ chức triển khai.

Thứ hai, việc điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế được Chính phủ cho phép triển khai từ năm 2008 đến nay đã chứng minh được hiệu quả không chỉ đối với người nghiện mà còn có hiệu quả tốt với cả gia đình, cộng đồng cho hơn 52 ngàn người nghiện đang được điều trị tại 63 tỉnh, thành phố.

Thứ ba, để đảm bảo sự đồng bộ, thống nhất giữa hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS với hệ thống pháp luật về xử lý vi phạm hành chính và phòng, chống ma túy, Bộ Y tế dự kiến bổ sung thêm đối tượng và biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV là hết sức cần thiết và phù hợp với các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành.

**VII. THỜI GIAN DỰ KIẾN TRÌNH QUỐC HỘI XEM XÉT, THÔNG QUA DỰ ÁN LUẬT**

Thời gian dự kiến trình Chính phủ cho ý kiến vào tháng 6/2020 và trình Quốc hội cho ý kiến đối với dự án Luật vào kỳ họp thứ 10 (tháng 10/2020) của Quốc hội khóa XIV và thông qua dự án Luật vào kỳ họp thứ 11 năm 2021 của Quốc hội khóa XIV.

Xin gửi kèm theo các tài liệu: Báo cáo đánh giá tác động chính sách đối với dự án Luật Phòng, chống HIV/AIDS; Báo cáo tiếp thu, giải trình ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp; Bản tổng hợp, giải trình, tiếp thu ý kiến các bộ ngành; đề cương dự án Luật; Đề cương Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).

Trên đây là những nội dung cơ bản của hồ sơ đề nghị xây dựng Dự án Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), Bộ Y tế kính trình Chính phủ xem xét, quyết định./.

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

1. Nghị định số 94/2010 ngày 09/9/2010 của Chính phủ quy định về  tổ chức cai nghiện ma tuý tại gia đình, cai nghiện ma tuý tại cộng đồng. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nghị định số 56/2016/NĐ-CP ngày 29/6/2016 của Chính phủ  sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [111/2013/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/phap-luat/tim-van-ban.aspx?keyword=111/2013/N%C4%90-CP&area=2&type=0&match=False&vc=True&lan=1) ngày 30 tháng 9 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính giáo dục tại xã, phường, thị trấn [↑](#footnote-ref-2)
3. Nghị định số 136/2016/NĐ-CP ngày 09/9/2016 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 221/2013/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc [↑](#footnote-ref-3)