

SO SÁNH HIỆU QUẢ VÀ CHI PHÍ **của mô hình cai nghiện tập trung và mô hình điều trị** **thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện** **bằng thuốc methadone tại cộng đồng** **tại Hải Phòng, Việt Nam**

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

THÁNG 7 NĂM 2015

Tác giả:

Thu T.H. Vuong¹, Nhu Nguyen², Giang Le³, Alison Ritter¹, Marian Shanahan¹,
Robert Ali⁴, Khue Pham⁵, Thu A. Vuong², Thuy Dinh³

¹Đại học UNSW Australia; ²FHI360 Việt Nam; ³Đại học Y khoa Hà Nội;

⁴Đại học Adelaide; ⁵Đại học Y dược Hải Phòng

Các tổ chức tài trợ

Atlantic Philanthropies

Học bổng nghiên cứu sinh Endeavour của Chính phủ Úc

Học bổng nghiên cứu sinh NDARC

SO SÁNH HIỆU QUẢ VÀ CHI PHÍ

của mô hình cai nghiện tập trung và mô hình điều trị
thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện
bằng thuốc methadone tại cộng đồng
tại Hải Phòng, Việt Nam

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mục lục

1. Tóm tắt tầm quan trọng và ý nghĩa của nghiên cứu	3
2. Cơ sở nghiên cứu	8
3. Mục tiêu nghiên cứu và câu hỏi nghiên cứu	9
3.1. Mục tiêu nghiên cứu	9
3.2. Câu hỏi nghiên cứu	9
4. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu	9
4.1. Bệnh nhân MMT: Kết hợp số liệu chính thức và số liệu thứ cấp	10
4.2. Học viên trung tâm CCT: số liệu chính thức	10
4.3. Cỡ mẫu và tỷ lệ theo dấu	11
4.4. Khung thời gian so sánh 3 năm	11
5. Đối tượng nghiên cứu	11
5.1. Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân MMT	11
5.2. Tiêu chí lựa chọn học viên CCT	12
6. Phương pháp định lượng các chỉ số hiệu quả	12
7. Phương pháp định lượng chi phí:	14
7.1. Chi phí mô hình MMT	15
7.1.1. Chi phí hoạt động - mô hình MMT	15
7.1.2. Chi phí cơ hội đối với bệnh nhân MMT	15
7.2. Chi phí mô hình CCT	15
7.2.1. Chi phí hoạt động – mô hình CCT	16
7.2.2. Chi phí cơ hội – học viên CCT	16
8. Công cụ thu thập số liệu	16
9. Phương pháp phân tích thống kê	17
9.1. So sánh hiệu quả của hai mô hình điều trị nghiện	17
9.2. So sánh chi phí – hiệu quả của hai mô hình điều trị nghiện	18

10. Những vấn đề y đức, tính bảo mật và tính riêng tư	19
11. Sự tham gia của các tổ chức và hợp tác nghiên cứu	19
12. Kết quả nghiên cứu	20
12.1. Phần 1: So sánh đặc điểm hai nhóm	20
12.2. Phần 2: Phân tích hiệu quả	24
12.3. Phần 3: Phân tích chi phí	30
12.3.1. Chi phí điều trị MMT	30
12.3.2. Chi phí mô hình CCT	35
12.3.3. So sánh tổng chi phí của hai mô hình điều trị (khung thời gian 3 năm)	40
12.3.4. Tóm tắt kết quả nghiên cứu Phần 3	41
12.4. Phần 4: Phân tích chi phí – hiệu quả	42
12.5. Tóm tắt kết quả nghiên cứu	42
13. Kết luận	44
14. Ý nghĩa thực tiễn của nghiên cứu	44
15. Điểm mạnh của nghiên cứu	47
16. Hạn chế của nghiên cứu	47
17. Thảo luận	48
18. Tài liệu tham khảo	49

Tóm tắt tầm quan trọng và ý nghĩa của nghiên cứu

1. Đây là nghiên cứu dựa trên cơ sở khoa học và công tác thực tiễn tại địa bàn thành phố Hải Phòng trong thời gian 3 năm (2012-2015). Đề tài nghiên cứu tập trung vào so sánh **hiệu quả đầu tư** giữa mô hình cai nghiện tập trung trong các trung tâm Chữa bệnh – Giáo dục – Lao động xã hội (gọi tắt là mô hình trung tâm 06) và mô hình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone (gọi tắt là mô hình điều trị methadone). Nghiên cứu về đề tài này lần đầu tiên được triển khai tại Việt Nam cũng như khu vực Đông Nam Á.
2. Được sự đồng ý của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội đã cung cấp số liệu chính thức về chi phí của mô hình điều trị trung tâm nghiện tại các trung tâm cai nghiện tập trung 06 và Sở Y tế đã cung cấp số liệu chính thức về chi phí của mô hình điều trị nghiện bằng methadone.

Nhóm nghiên cứu độc lập của trường Đại học New South Wales - Úc, Đại học Y Hà Nội, và Đại học Y Dược Hải Phòng đã tổng hợp các số liệu về chi phí và hiệu quả, đồng thời phân tích các số liệu này.

Trong khuôn khổ kế hoạch hợp tác giữa tổ chức FHI 360 và Tổ chuyên gia năm 2014, ngày 24 tháng 6 năm 2014, Tổ chuyên gia giúp việc cho Chủ tịch Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm đã chủ trì một cuộc họp để nhóm nghiên cứu trình bày kết quả phân tích ban đầu. Tổ chuyên gia đã tổng hợp các ý kiến đóng góp. Dựa trên các ý kiến góp ý của các đại biểu tham dự, nhóm nghiên cứu đã hoàn chỉnh phần phân tích của nghiên cứu và viết báo cáo kết quả nghiên cứu chính thức.

Ngày 17 tháng 4 năm 2015, Tổ Chuyên gia tiếp tục tổ chức một cuộc họp cho nhóm nghiên cứu trình bày kết quả nghiên cứu chính thức với sự tham gia của các bộ ngành, cơ quan liên quan và các tổ chức nghiên cứu trong và ngoài nước. Báo cáo chính thức này đã được hoàn thiện dựa trên các ý kiến đóng góp của các đại biểu tại cuộc họp ngày 17 tháng 04 năm 2015.

3. Kết quả của nghiên cứu này nhằm cung cấp bằng chứng khoa học để các cơ quan quản lý nhà nước nghiên cứu trong quá trình xây dựng, hoạch định các chính sách liên quan đến vấn đề điều trị nghiện ma túy và phân bổ nguồn lực hợp lý, hiệu quả hơn khi nguồn tài trợ nước ngoài giảm và ngân sách Nhà nước hạn hẹp.

Kết quả chính của nghiên cứu

I. Kết quả về HIỆU QUẢ:

Dựa trên quá trình theo dõi **208** học viên từ trung tâm 06 trở về hòa nhập cộng đồng và **384** bệnh nhân tham gia chương trình điều trị nghiện bằng methadone trong thời gian 3 năm; kết quả nghiên cứu khẳng định rõ mô hình điều trị nghiện bằng methadone mang lại hiệu quả tốt hơn về mọi mặt so với mô hình trung tâm 06, cụ thể:

1. Tỷ lệ tái sử dụng hê-rô-in (khẳng định bằng kết quả xét nghiệm nước tiểu) của học viên từ trung tâm 06 **cao gấp 3 lần** so với bệnh nhân methadone
2. Tỷ lệ sử dụng tất cả các loại ma túy (gồm cả hê-rô-in và các chất ma túy tổng hợp) của học viên từ trung tâm 06 **cao gấp 3,3 lần** so với bệnh nhân methadone;
3. Trung bình, 1 học viên từ trung tâm 06 có số ngày sử dụng ma túy **nhều hơn 324 ngày** so với 1 bệnh nhân methadone (trong thời gian 3 năm theo dõi).
4. Tỷ lệ học viên từ trung tâm 06 có hành vi vi phạm luật pháp **cao gấp 5,6 lần** so với bệnh nhân methadone.
5. Tỷ lệ học viên từ trung tâm 06 có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV **cao gấp 7 lần** so với bệnh nhân methadone.

II. Kết quả về CHI PHÍ:

1. Để điều trị cho 1 học viên trong trung tâm 06 trong 1 năm, Nhà nước phải chi **19.670.000 đồng** (chưa kể chi phí của gia đình đóng góp), cao gấp **2,5 lần** so với số tiền Nhà nước chi cho 1 bệnh nhân điều trị methadone (**7.880.000 đồng** – bao gồm cả tiền thuốc methadone).
2. Chi phí cơ hội (chi phí do mất đi cơ hội làm việc để có thu nhập và chi phí trả tiền sinh hoạt phí khi người nghiện đang ở trung tâm trong thời gian 2 năm) đối với 1 học viên trung tâm 06 tính cho thời gian 1 năm là **37.750.000 đồng**. Trong khi đó chi phí cơ hội (chi phí thời gian và chi phí xăng xe do người nghiện phải đến phòng khám methadone hàng ngày) đối với 1 bệnh nhân methadone tính cho thời gian 1 năm điều trị chỉ mất **5.470.000 đồng**. Như vậy, chi phí cơ hội của học viên trung tâm 06 **cao gấp 7 lần**.

III. Kết luận:

Đối với Nhà nước:

- ✓ Nếu Nhà nước đầu tư vào điều trị cho 1 người nghiện bằng mô hình điều trị methadone sẽ rẻ hơn so với mô hình trung tâm 06 là **15.690.000 đồng**

(trong thời gian 3 năm). Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí hỗ trợ sau cai không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;

Lý giải cách tính: $(19.670.000 \text{ đồng/học viên trung tâm/năm} \times 2 \text{ năm}) - (7.880.000 \text{ đồng/bệnh nhân methadone/năm} \times 3 \text{ năm}) = 15.690.000 \text{ đồng}$

Đối với người nghiện:

- ✓ Mỗi bệnh nhân methadone có số ngày sử dụng ma túy ít hơn là 324 ngày (trong thời gian 3 năm); Trung bình mỗi người nghiện chi 150,000 đồng để mua ma túy một ngày. Vậy số tiền tiết kiệm được tương đương với 324 ngày (cho một người nghiện) là: 48.600.000 đồng.
- ✓ Đồng thời, mỗi người nghiện hê-rô-in không phải trả chi phí cơ hội là 59.090.000 đồng cho thời gian 3 năm; Chủ yếu đây là chi phí do người nghiện phải ở trong trung tâm trong thời gian 2 năm, mất cơ hội làm việc tạo thu nhập.

Lý giải cách tính: $(37.750.000 \text{ đồng/học viên trung tâm/năm} \times 2 \text{ năm}) - (5.470.000 \text{ đồng/bệnh nhân methadone/năm} \times 3 \text{ năm}) = 59.090.000 \text{ đồng};$

IV. Ý nghĩa thực tiễn của nghiên cứu

1. Đối với thành phố Hải Phòng:

Trong nghiên cứu đã đưa ra tính toán với 3 kịch bản và ước tính chi phí cụ thể cho mỗi kịch bản. Hai kịch bản đầu là những tình huống thực tế, có mục đích ước tính ngân sách thực tế UBND thành phố Hải Phòng phải trả nếu chọn lựa từng kịch bản. Kịch bản thứ 3 là tình huống giả thuyết, có mục đích ước tính tổng ngân sách UBND Thành phố Hải Phòng có thể tiết kiệm được nếu mô hình điều trị methadone được chọn lựa thay thế hoàn toàn cho mô hình trung tâm cai nghiện tập trung để điều trị cho toàn bộ số người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng.

Kịch bản 1: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone theo mô hình xã hội hóa** cho 60% tổng số người nghiện hê-rô-in (4.800 người) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 20% số người nghiện hê-rô-in (1.600 người). Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 1.600 người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng, Nhà nước sẽ phải chi **63 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 4.800 người nghiện, Nhà nước cần chi **61 tỷ đồng** cho 3 năm;
- ✓ Số tiền Nhà nước phải trả để thực hiện kịch bản này sẽ là:
 $63 \text{ tỷ đồng} + 61 \text{ tỷ đồng} = 124 \text{ tỷ đồng}$ cho thời gian 3 năm;

Kịch bản 2: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone mô hình xã hội hóa** cho 75% tổng số người nghiện hê-rô-in (6.000 người) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 5% số người nghiện hê-rô-in (400 người). Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm cho 400 người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng, Nhà nước sẽ phải chi **16 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;
- ✓ Nếu **điều trị methadone mô hình xã hội hóa** cho 6.000 người nghiện, Nhà nước cần chi **77 tỷ đồng** cho 3 năm;
- ✓ Số tiền Nhà nước phải trả để thực hiện kịch bản này sẽ là:
 $16 \text{ tỷ đồng} + 77 \text{ tỷ đồng} = \mathbf{93 \text{ tỷ đồng}}$ cho thời gian 3 năm;

Kịch bản 3: Một tình huống giả thuyết so sánh giữa điều trị bằng mô hình trung tâm 06 so với mô hình điều trị methadone xã hội hóa cho toàn bộ 8.000 người nghiện hê-rô-in ở Hải Phòng. Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 8.000 người nghiện, Nhà nước sẽ phải chi **315 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;

Lý giải cách tính: $19.670.000 \text{ đồng/học viên/năm} \times 2 \text{ (năm)} \times 8.000 \text{ (người nghiện)} = 315 \text{ tỷ đồng}$.
- Nếu áp dụng xã hội hóa điều trị methadone như hiện nay (bệnh nhân trả 10.000 đồng/ngày), trong 3 năm, Nhà nước cần chi **102 tỷ đồng**;

Lý giải cách tính: $[7.880.000 \text{ đồng/bệnh nhân/năm} - 3.650.000 \text{ đồng/bệnh nhân/năm (xã hội hóa)}] \times 3 \text{ (năm)} \times 8.000 \text{ (người nghiện)} = 102 \text{ tỷ đồng}$.
- Số tiền Nhà nước tiết kiệm được (từ phương án điều trị methadone), trong 3 năm, là **213 tỷ đồng** ($315 \text{ tỷ đồng} - 102 \text{ tỷ đồng} = 213 \text{ tỷ đồng}$);

Trong năm 2014, Thành phố Hải Phòng đã cấp tổng ngân sách là 72,47 tỷ đồng (1 năm) cho 3 trung tâm cai nghiện tập trung 06 (theo công văn số 2804/QĐ-UBND). Điều này cho thấy Ủy ban nhân dân Thành phố Hải Phòng đã có đủ ngân sách để đáp ứng với bất kỳ kịch bản nào trong những kịch bản xây dựng ở phần trên.

2. Ý nghĩa trên quy mô toàn quốc:

Tương tự như với phần trên, ba kịch bản dưới đây được xây dựng và chi phí Nhà nước phải trả được ước tính cho mỗi kịch bản. Hai kịch bản đầu là những tình huống thực tế, có mục đích ước tính ngân sách thực tế Nhà nước phải trả nếu chọn lựa từng kịch bản. Kịch bản thứ 3 là tình huống giả thuyết, có mục đích ước tính tổng ngân sách Nhà nước có thể tiết kiệm được nếu mô hình điều trị methadone được chọn lựa thay thế hoàn toàn cho mô hình trung tâm cai nghiện tập trung 06 để điều trị cho toàn bộ số người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc.

Kịch bản đầu tiên dựa vào thực tế mục tiêu điều trị 80.000 người nghiện hê-rô-in đến cuối năm 2015. Kịch bản thứ 2 được xây dựng dựa trên nội dung của Quyết

định số 2596/QĐ-TTg, của Thủ tướng Chính phủ ký ngày 27 tháng 12 năm 2013, về việc phê duyệt kế hoạch đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020. Trong khuôn khổ nội dung của Quyết định số 2596/QĐ-TTg, mục tiêu ngắn hạn đến năm 2015 là giảm số người nghiện (tất cả các loại ma túy) đưa vào cai nghiện trong các trung tâm cai nghiện tập trung xuống còn 20% và đến năm 2020 giảm còn 5%. Kịch bản thứ 3 là tình huống giả thuyết so sánh nếu chỉ có điều trị methadone hoặc nếu chỉ có điều trị bằng trung tâm cai nghiện tập trung 06.

Kịch bản 1: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone bằng mô hình xã hội hóa** cho 80.000 người nghiện hê-rô-in (khoảng 50% của tổng số 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 40.800 người nghiện hê-rô-in (20% của tổng số người nghiện 204.000). Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 40.800 người nghiện, Nhà nước cần chi **1.606 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán);
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 80.000 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **1.020 tỷ đồng** trong 3 năm;
- ✓ Tổng số tiền Nhà nước phải trả cho kịch bản này là $1.606 \text{ tỷ đồng} + 1.020 \text{ tỷ đồng} = \mathbf{2.326 \text{ tỷ đồng}}$ trong 3 năm;

Kịch bản 2: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone bằng mô hình xã hội hóa** cho 100.000 người nghiện hê-rô-in (khoảng 50% của tổng số 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 10.200 người nghiện hê-rô-in (5% của tổng số người nghiện 204.000). Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 10.200 người nghiện, Nhà nước cần chi **402 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán);
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 100.000 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **1.275 tỷ đồng** trong 3 năm;
- ✓ Tổng số tiền Nhà nước phải trả cho kịch bản này là $402 \text{ tỷ đồng} + 1.275 \text{ tỷ đồng} = \mathbf{1.677 \text{ tỷ đồng}}$ trong 3 năm;

Kịch bản 3: Một tình huống giả thuyết so sánh giữa điều trị bằng mô hình trung tâm so với mô hình điều trị methadone xã hội hóa cho toàn bộ 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc. Kết quả của kịch bản này được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 163.200 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **6.426 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán);
Lý giải cách tính: $19.670.000 \text{ đồng/học viên/năm} \times 2 \text{ (năm)} \times 163.200 \text{ (người nghiện)} = 6.426 \text{ tỷ đồng}.$
- ✓ Nếu áp dụng xã hội hóa điều trị methadone như hiện nay (bệnh nhân trả 10.000 đồng/ngày), trong 3 năm, Nhà nước cần chi **2.081 tỷ đồng**;
Lý giải cách tính: $[7.880.000 \text{ đồng/bệnh nhân/năm} - 3.650.000 \text{ đồng/bệnh nhân/năm (xã hội hóa)}] \times 3 \text{ (năm)} \times 163.200 \text{ (người nghiện)} = 2.081 \text{ tỷ đồng}.$

- ✓ Số tiền Nhà nước tiết kiệm được (từ phương án điều trị methadone), trong 3 năm, là **4.345 tỷ đồng** (6.426 tỷ đồng – 2.081 tỷ đồng = 4.345 tỷ đồng);

Trong năm 2012, tổng ngân sách Nhà nước chi cho 123 trung tâm cai nghiện trên toàn quốc ước tính khoảng 1.025 tỷ đồng, theo báo cáo của Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm tại Hội nghị tổng kết công tác hoạt động của Ủy ban Quốc gia vào tháng 12 năm 2012 tại Hà Nội. Điều này cho thấy Nhà nước đã có đủ ngân sách để đáp ứng với bất kỳ kịch bản nào trong những kịch bản kể trên.

Những tính toán trên đây mới chỉ tính giá trị thực về tài chính mà chưa tính đến lợi ích về giảm tỷ lệ sử dụng ma túy, giảm tỷ lệ vi phạm pháp luật, và giảm tỷ lệ có hành vi nguy cơ lây nhiễm các loại bệnh lây truyền qua đường máu. Giảm tỷ lệ sử dụng ma túy cũng sẽ giảm bớt gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội. Giảm các hành vi phạm pháp cũng sẽ làm giảm các chi phí cho ngành công án, tòa án, giảm các bức xúc, lo lắng của nhân dân trong cộng đồng về tình hình an ninh trật tự. Giảm tỷ lệ có hành vi nguy cơ nhiễm các loại vi-rút lây truyền qua đường máu góp phần giảm dịch HIV, khống chế các ca nhiễm mới trong nhóm người nghiện và lây nhiễm HIV từ nhóm này ra cộng đồng.

Về mặt tài chính, số tiền Nhà nước tiết kiệm được có thể dành cho các hoạt động khác trong chương trình phòng, chống HIV nhằm đảm bảo tính bền vững của chương trình khi tài trợ quốc tế đang giảm nhanh. Hiện tại gần như 100% kinh phí chi cho chương trình methadone là từ kinh phí tài trợ, vậy với số tiền tiết kiệm này, Nhà nước có đủ khả năng đầu tư cho chương trình methadone và không bị phụ thuộc vào tài trợ của nước ngoài.

Tình trạng tiêm chích ma túy gây ra gánh nặng đối với hệ thống y tế ở Việt Nam. Theo số liệu do Bộ Công an cung cấp, ước tính năm 2014 có khoảng 204.000 người nghiện ma túy trên toàn quốc, sử dụng các loại ma túy khác nhau như hê-rô-in, thuốc phiện, các chất ma túy tổng hợp và cần sa trong đó tỷ lệ nghiện hê-rô-in là 80% [1]. Trong năm 2006, trong tổng số ca nhiễm HIV ở Việt Nam có tới 65% nhiễm HIV qua đường máu do tiêm chích ma túy [2]. Báo cáo IBBS (Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI) năm 2008-2009 cho thấy ở một số địa phương ở Việt Nam hơn một nửa số người sử dụng ma túy nhiễm HIV [3]. Người sử dụng ma túy ở Việt Nam có tỷ lệ mắc viêm gan B là 80,9%, viêm gan C là 74,1%, cao hơn nhiều tỷ lệ mắc viêm gan B trong dân số nói chung [4, 5] cũng như tỷ lệ chết trẻ do sốc thuốc quá liều là 27% [6, 7].

Trong thập kỷ qua, Việt Nam đã đạt được những thay đổi tích cực trong việc triển khai các chương trình can thiệp nhằm giảm các tác hại liên quan đến sử dụng ma túy. Luật phòng chống HIV năm 2006 đã tạo hành lang pháp lý cho chương trình điều trị thay thế bằng methadone [8] và mở rộng nhanh chóng chương trình bơm kim tiêm từ 21 tỉnh/thành phố trong năm 2005 lên tới 42 tỉnh/thành phố cuối tháng 6/2007 và tổng cộng 60 tỉnh/thành phố trong năm 2009. Năm 2009 [9], Bộ luật Hình sự đã được sửa đổi và không còn coi việc sử dụng ma túy là hành vi phạm tội (loại bỏ Điều 199), đánh dấu một sự chuyển đổi từ coi hành vi sử dụng ma túy là một hoạt động vi phạm pháp luật sang nhìn nhận nghiện ma túy như một bệnh cần phải được điều trị lâm sàng [10].

Trong hơn 20 năm qua, mô hình cai nghiện chủ đạo ở Việt Nam là mô hình cai nghiện trong các trung tâm cai nghiện tập trung 06. Theo báo cáo của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội, năm 2010 có khoảng 45.000 người nghiện điều trị tập trung trong các trung tâm cai nghiện trên toàn quốc [1]. Đến thời điểm hiện tại chưa có nghiên cứu khoa học bài bản nào được thực hiện để đánh giá hiệu quả và chi phí-hiệu quả của mô hình cai nghiện này ở Việt Nam.

Năm 2008, chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone được bắt đầu triển khai tại Việt Nam. Nghiên cứu thuần tập do Bộ Y tế triển khai từ năm 2009 với sự hỗ trợ kỹ thuật của tổ chức FHI 360 cho thấy hiệu quả tích cực của chương trình này: hành vi sử dụng ma túy giảm đáng kể, hành vi tội phạm liên quan đến ma túy giảm và mối quan hệ trong gia đình và xã hội được cải thiện [11]. Với bằng chứng hiệu quả của mô hình điều trị methadone tại Việt Nam, ngày 18 tháng 6 năm 2011, cơ sở điều trị methadone đầu tiên do ngành Lao động-Thương Binh và Xã hội được khai trương tại Hải Phòng (tất cả các phòng khám methadone khác ở Việt Nam là do ngành y tế thực hiện). Đây là cơ sở thực hiện theo mô hình xã hội hóa và bệnh nhân đóng góp một phần chi phí điều trị. Đồng thời đây cũng là cơ sở điều trị methadone đầu tiên do cấp địa

phương (thông qua Sở LĐTBXH Hải Phòng) sử dụng ngân sách của Nhà nước chi cho phần lớn các mục như nhân sự, cơ sở vật chất, và chi phí vận hành. Chi phí thuốc Methadone, trang thiết bị và đào tạo do Chính phủ Hoa Kỳ hỗ trợ thông qua Cơ quan Phát triển Quốc tế của Hoa Kỳ (USAID) tài trợ.

Tính đến cuối năm 2014, phần lớn ngân sách của Nhà nước cho dịch vụ điều trị nghiện vẫn tập trung vào mô hình cai nghiện tập trung ở các trung tâm. Tỷ lệ ngân sách Nhà nước đầu tư cho chương trình điều trị methadone rất nhỏ vì ngân sách cho chương trình methadone vẫn lệ thuộc vào tài trợ quốc tế. Việt Nam đã trở thành quốc gia có mức thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình vào năm 2010 [12]. Điều này có nghĩa là tài trợ từ các tổ chức quốc tế cho các chương trình điều trị methadone nói riêng các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nói chung ở cộng đồng sẽ giảm dần. Bắt đầu từ năm 2015, ngân sách tài trợ quốc tế đã bắt đầu giảm nhanh chóng. Việc cung cấp được bằng chứng khoa học về hiệu quả và chi phí – hiệu quả của hai mô hình điều trị chủ đạo ở Việt Nam: mô hình trung tâm cai nghiện tập trung (*gọi tắt là CCT – rút gọn từ tiếng Anh là center-based compulsory treatment centers*) và mô hình điều trị thay thế bằng methadone (*gọi tắt là MMT – rút gọn từ tiếng Anh là methadone maintenance treatment*) là vô cùng quan trọng. Trong bối cảnh đó, tổ chức Atlantic Philanthropies tài trợ một dự án trong thời gian 4 năm (2011-2015) cho tổ chức FHI 360 tại Việt Nam. Mục tiêu của dự án này nhằm triển khai một số hoạt động nghiên cứu, xây dựng các bằng chứng khoa học, cung cấp các bằng chứng này cho các cơ quan Trung ương và các địa phương như thành phố Hải Phòng để tham khảo và nghiên cứu, nhằm hoạch định chính sách và đưa ra các cơ chế, giải pháp tiết kiệm nhưng hiệu quả trong lĩnh vực điều trị nghiện hê-rô-in, vì lợi ích của đất nước và cộng đồng.

Mục tiêu nghiên cứu và câu hỏi nghiên cứu

3.1. Mục tiêu nghiên cứu

Nhằm so sánh hiệu quả và chi phí – hiệu quả của mô hình trung tâm cai nghiện bắt buộc tập trung (gọi tắt là CCT) và mô hình điều trị thay thế bằng methadone tại cộng đồng (gọi tắt là MMT) ở thành phố Hải Phòng, Việt Nam.

3.2. Câu hỏi nghiên cứu

Tại thành phố Hải Phòng:

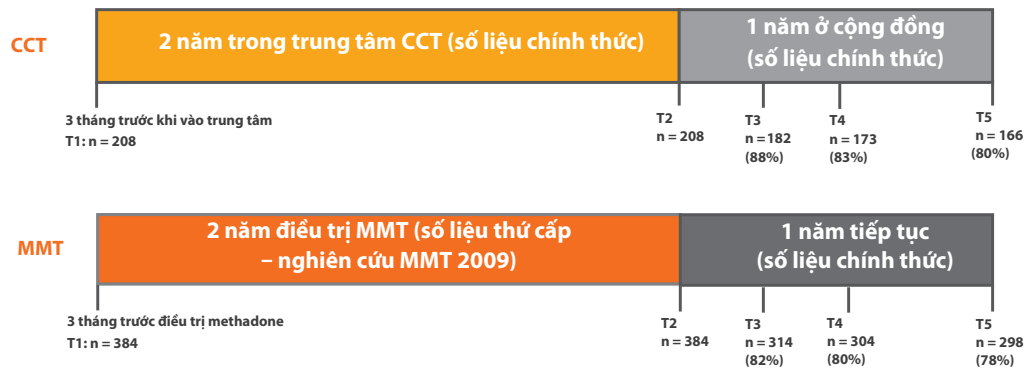
- A. Mô hình trung tâm cai nghiện tập trung có hiệu quả như thế nào so với mô hình điều trị methadone đối với những thay đổi về sức khỏe và xã hội đối với người sử dụng ma túy ở Hải Phòng? Hiệu quả về sức khỏe và xã hội sẽ được đo lường tập trung vào: 1) sử dụng hê-ro-in; 2) sử dụng bất kỳ loại ma túy nào; 3) số ngày sử dụng ma túy; 4) hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến sử dụng ma túy; 5) hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV; 6) sốc thuốc quá liều; và 7) số tiền mua ma túy hàng tháng?
- B. Mô hình trung tâm cai nghiện tập trung liệu có hệ số chi phí - hiệu quả tốt hơn so với điều trị thay thế bằng methadone khi so sánh về: 1) giảm sử dụng hê-ro-in; 2) giảm sử dụng bất kỳ loại ma túy nào; 3) tăng số ngày sử dụng ma túy; 4) giảm hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến sử dụng ma túy; 5) giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV; 6) giảm sốc thuốc quá liều; và 7) giảm số tiền mua ma túy hàng tháng?

Thiết kế và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này là một nghiên cứu thuần tập kết hợp thu thập thông tin trong quá khứ và hiện tại của các đối tượng nghiên cứu. Tổng cộng có 5 mốc thời gian số liệu được thu thập, khớp vào khung thời gian 3 năm so sánh giữa nhóm CCT và MMT. Nghiên cứu kết hợp cả số liệu sơ cấp (số liệu chính thức thu thập trực tiếp) và số liệu thứ cấp (số liệu của một nghiên cứu trước đây) nhằm đánh giá hiệu quả của từng mô hình điều trị. Ngoài ra, hợp phần kinh tế cũng được gắn vào nghiên cứu nhằm đo lường chi phí của hai mô hình điều trị nhằm so sánh hệ quả hiệu quả-chi phí đối với từng chỉ số đo lường.

Thiết kế của nghiên cứu được trình bày ở Hình 1 dưới đây.

Hình 1: Khung thời gian 3 năm so sánh giữa mô hình điều trị CCT và MMT:



Thiết kế nghiên cứu thể hiện 5 mốc thời gian so sánh cho cả hai nhóm, mô tả cụ thể của từng mốc thời gian như sau:

1. T1 = Trước điều trị (hành vi 3 tháng trước khi điều trị)
2. T2 = Hai năm sau tính từ khi bắt đầu điều trị
3. T3 = 3 tháng sau T2
4. T4 = 3 tháng sau T3
5. T5 = 6 tháng sau T4

4.1. Bệnh nhân MMT: Kết hợp số liệu chính thức và số liệu thứ cấp

Thời gian từ 2009 đến 2011, Bộ Y tế và tổ chức FHI 360 Việt Nam tiến hành một nghiên cứu thuần tập đánh giá hiệu quả của chương trình điều trị methadone tại thành phố Hải Phòng. Tổng cộng 462 bệnh nhân methadone (98,7% tổng số bệnh nhân trong thời gian này) tự nguyện đăng ký tham gia nghiên cứu. Họ tham gia phỏng vấn đợt 1 trước khi tham gia điều trị và tiếp tục tham gia phỏng vấn sau 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng. Việc tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Tất cả các bệnh nhân tham gia điều trị methadone đều được mời tham

gia nghiên cứu: chỉ 10 người từ chối [13]. Tại thời điểm phỏng vấn sau 2 năm, tổng số có 384 bệnh nhân tiếp tục tham gia nghiên cứu (83% trong tổng số 462).

Tất cả số 384 bệnh nhân methadone này được mời tiếp tục tham gia vào nghiên cứu mới này và 314 bệnh nhân đồng ý tham gia. Phỏng vấn lần đầu với 314 bệnh nhân được thực hiện trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 03 năm 2013. Họ tiếp tục được phỏng vấn trong thời gian 12 tháng tiếp theo (chia thành 3 đợt: 3, 6 và 12 tháng).

4.2. Học viên trung tâm CCT: số liệu chính thức

Tất cả các học viên chuẩn bị hồi gia của 3 trung tâm CCT tại Hải Phòng được gửi thư mời tham gia nghiên cứu. Tổng cộng 550 thư mời được gửi tới địa chỉ của những học viên mới hồi gia (tiêu chí lựa chọn là các học viên hồi gia trong năm 2013). Có 30% số thư mời bị trả lại vì địa chỉ không có người nhận. Điều này có thể khẳng định là 385 học viên nhận được thư mời. Tổng số 208 học viên đến tiếp cận với nghiên cứu và tham gia phỏng vấn. Phỏng vấn đợt 1 đối với học viên CCT được thực hiện từ tháng 7 đến tháng 11 năm 2013. Tại cuộc phỏng vấn đầu tiên, các học viên được hỏi về các hành vi sử dụng ma túy và các hành vi khác của họ cho thời gian 3 tháng trước khi họ vào điều trị trong trung tâm. Những thông tin tương tự được hỏi cho thời gian từ ngày họ hoàn thành 2 năm cai nghiện trong trung tâm tính đến ngày phỏng vấn. Thay đổi về hành vi sử dụng ma túy tiếp tục được hỏi trong các cuộc phỏng vấn tiếp theo trong 12 tháng (chia thành 3 đợt: 3, 6 và 12 tháng).

4.3. Cỡ mẫu và tỷ lệ theo dấu

Bảng 1 cung cấp thông tin cụ thể về cỡ mẫu của hai nhóm (và tỷ lệ theo dấu theo từng mốc thời gian):

Bảng 1: Cỡ mẫu và tỷ lệ theo dấu

Nhóm MMT	Nhóm CCT
T1: n = 384 (100%)	T1: n = 208 (100%)
T2: n = 384 (100%)	T2: n = 208 (100%)
T3: n = 314 (82%)	T3: n = 182 (88%)
T4: n = 304 (80%)	T4: n = 173 (83%)
T5: n = 298 (78%)	T5: n = 166 (80%)

4.4. Khung thời gian so sánh 3 năm

So sánh mô hình 2 năm trung tâm cai nghiện tập trung (mô hình có giới hạn về mặt thời gian) với mô hình điều trị duy trì methadone (mô hình không giới hạn về mặt thời gian) là một so sánh không cân xứng. Để làm giảm đi mức độ “thiếu cân xứng về khung thời gian”, chúng tôi chọn lựa khung thời gian 3 năm là khung thời gian so sánh. Khung thời gian 3 năm bao gồm 2 năm cai nghiện tập trung trong trung tâm và một năm theo dấu ngoài cộng đồng đối với các học viên CCT. Khung thời gian tương tự cho nhóm MMT gồm 2 năm nghiên cứu thuần tập methadone 2009-2011 và một năm bổ sung thực hiện trong khuôn khổ của nghiên cứu mới này (Biểu đồ 1). Phân tích chi phí-hiệu quả so sánh hai mô hình điều trị nghiện được thực hiện cho khung thời gian 3 năm này.

5.1. Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân MMT

Nghiên cứu này sử dụng tiêu chí lựa chọn tương tự như áp dụng trong nghiên cứu thuần tập methadone năm 2009.

Tiêu chí lựa chọn:

1. 18 tuổi trở lên;
2. Lệ thuộc hê-rô-in, đo lường dựa trên thông tin tự báo cáo có sử dụng hê-rô-in hàng ngày trong vòng 3 tháng trước điều trị. Sử dụng hê-rô-in hàng ngày là chỉ số thay thế để đo lường tình trạng lệ thuộc hê-rô-in;
3. Tham gia điều trị methadone từ năm 2008-2009;
4. Đồng thuận tham gia nghiên cứu, theo đánh giá của cán bộ nghiên cứu thực hiện phỏng vấn;

Tiêu chuẩn loại trừ: dưới 18 tuổi; suy thiếu khả năng nhận thức và chậm phát triển trí não; không có khả năng ra quyết định ký thỏa thuận tham gia vào nghiên cứu; không lệ thuộc vào hê-rô-in.

5.2. Tiêu chí lựa chọn học viên CCT

Các học viên CCT là những học viên mới hoàn thành thời gian điều trị cai nghiện bắt buộc trong trung và về cộng đồng trong năm 2013 với những tiêu chí lựa chọn cụ thể như sau:

Tiêu chí lựa chọn:

1. 18 tuổi trở lên;
2. Lệ thuộc hê-rô-in, đo lường dựa trên thông tin tự báo cáo có sử dụng hê-rô-in hàng ngày trong vòng 3 tháng trước điều trị. Sử dụng hê-rô-in hàng ngày là chỉ số thay thế để đo lường tình trạng lệ thuộc hê-rô-in;
3. Học viên CCT tham gia điều trị cai nghiện ở trung tâm CCT dưới dạng bắt buộc;
4. Học viên CCT có nhận được thư mời tham gia của nghiên cứu và khi đến văn phòng nghiên cứu có thể cung cấp thư mời chính thức đã nhận được, hoặc chứng chỉ hoàn thành điều trị cai nghiện của trung tâm làm bằng chứng chứng minh họ thực sự đã cai nghiện dạng bắt buộc ở trung tâm và hoàn thành cai nghiện trong năm 2013. Hình thức thực hiện như vậy là để phòng tránh tình huống một người sử dụng ma túy không đủ tiêu chí lựa chọn nhưng vẫn muốn tìm cách tham gia vào nghiên cứu. Tất cả các thư mời đều được in màu, có lô-gô của các tổ chức nghiên cứu để đảm bảo thư mời không thể copy thành nhiều bản;

5. Học viên CCT nhận được thông tin thông qua mạng lưới đồng đẳng viên, là cộng tác viên của nghiên cứu, và có thể cung cấp chứng chỉ tham gia điều trị cai nghiện của trung tâm khi đến văn phòng nghiên cứu để chứng minh họ thực sự mới ở trung tâm cai nghiện về cộng đồng trong năm 2013;
6. Đồng thuận tham gia nghiên cứu, theo đánh giá của cán bộ nghiên cứu thực hiện phỏng vấn;

Tiêu chuẩn loại trừ: dưới 18 tuổi; suy thiếu khả năng nhận thức và chậm phát triển trí não; không có khả năng ra quyết định ký thỏa thuận tham gia vào nghiên cứu; không lệ thuộc vào hê-rô-in.

Phương pháp định lượng các chỉ số hiệu quả

Như đã trình bày ở phần “câu hỏi nghiên cứu”, nghiên cứu sẽ tập trung vào những chỉ số hiệu quả sau đây:

- 1) Tỷ lệ sử dụng hê-rô-in
- 2) Tỷ lệ sử dụng bất kỳ loại ma túy nào
- 3) Số ngày sử dụng ma túy (trong 30 ngày qua)
- 4) Tỷ lệ có hành vi vi phạm pháp luật
- 5) Tỷ lệ sốc thuốc quá liều
- 6) Tỷ lệ có số hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV
- 7) Số tiền mua ma túy hàng tháng

Bảng 2 giải thích và định nghĩa chi tiết 7 chỉ số đo lường trên.

Bảng 2: Xác định các chỉ số hiệu quả

Chỉ số hiệu quả	Xác định các chỉ số hiệu quả
1. Tỷ lệ sử dụng hê-rô-in	Dựa vào kết quả xét nghiệm nước tiểu (tét nước tiểu xét nghiệm dương tính với hê-rô-in, thuốc phiện và móc-phin)
2. Tỷ lệ sử dụng bất kỳ loại ma túy nào	Dựa vào thông tin tự báo cáo. Một danh sách các loại ma túy được sử dụng ở Việt Nam được tổng hợp trong bảng hỏi và mỗi câu hỏi hỏi cụ thể về từng loại ma túy (trong 3 tháng qua)
3. Số ngày sử dụng ma túy	Dựa vào thông tin tự báo cáo cho một câu hỏi trong bảng hỏi cấu trúc
4. Tỷ lệ có hành vi vi phạm pháp luật	Dựa vào thông tin tự báo cáo. Một danh mục các câu hỏi liên quan đến hành vi vi phạm pháp luật liên quan đến ma túy (trong 3 tháng qua)
5. Tỷ lệ sốc thuốc quá liều	Dựa vào thông tin tự báo cáo. Các câu hỏi liên quan đến sốc thuốc quá liều (trong 3 tháng qua)

Chỉ số hiệu quả	Xác định các chỉ số hiệu quả
6. Tỷ lệ có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV liên quan đến sử dụng ma túy	Bảng hỏi BBV-TRAQ-SV ¹ được sử dụng để thu thập số liệu và tính toán số điểm nguy cơ nhiễm HIV liên quan đến tiêm chích ma túy
7. Số tiền mua ma túy hàng tháng	Ước tính sử dụng một công thức đơn giản dựa trên một nhóm các câu trả lời cho các câu hỏi khác nhau. Cụ thể là: số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày qua, tần suất sử dụng hàng ngày, tần suất sử dụng hàng tuần, tần suất sử dụng hàng tháng (cho từng loại ma túy), và số tiền mua loại ma túy được dùng thường xuyên nhất

6.1. Phương pháp định lượng chỉ số hiệu quả - nhóm MMT

Phỏng vấn đầu tiên của nhóm MMT được thực hiện trong thời gian từ ngày 15 tháng 01 đến ngày 30 tháng 03 năm 2013. Một bảng hỏi cấu trúc được sử dụng để thu thập thông tin về hành vi của các đối tượng nghiên cứu. Bảng hỏi này tập trung vào thông tin nhân khẩu học, hành vi sử dụng ma túy, hành vi vi phạm pháp luật, hành vi nguy cơ lây nhiễm vi-rút lây truyền qua đường máu (BBV), lịch sử sốc thuốc quá liều, số tiền mua ma túy hàng tháng từ khi bắt đầu sử dụng ma túy cho đến ngày bắt đầu tham gia điều trị methadone. Các câu hỏi tương tự được lặp lại cho thời gian trong 3 tháng trước ngày điều trị methadone. Bảng hỏi tương tự được sử dụng trong các cuộc phỏng vấn tiếp theo 3, 6 và 12 tháng sau phỏng vấn lần đầu. Kết quả xét nghiệm nước tiểu của bệnh nhân methadone được trích từ hồ sơ bệnh án của phòng khám. Theo như quy trình điều trị, xét nghiệm nước tiểu được thực hiện ngẫu nhiên mỗi tháng một lần đối với tất cả các bệnh nhân methadone.

6.2. Phương pháp định lượng chỉ số hiệu quả - nhóm CCT

Sau khi học viên CCT ký đồng thuận tham gia nghiên cứu, phỏng vấn đầu tiên được thực hiện và đợt phỏng vấn đầu tiên cho nhóm CCT tiến hành từ ngày 15 tháng 7 đến ngày 30 tháng 10 năm 2013. Tương tự như với nhóm MMT, một bảng hỏi cấu trúc được sử dụng để thu thập thông tin. Bảng hỏi tập trung vào các thông tin nhân khẩu học, hành vi sử dụng ma túy, hành vi vi phạm pháp luật, hành vi nguy cơ lây nhiễm vi-rút lây truyền qua đường máu (BBV), lịch sử sốc thuốc quá liều, số tiền mua ma túy hàng tháng từ khi bắt đầu sử dụng ma túy cho đến ngày bắt đầu tham gia cai nghiện trong trung tâm CCT. Các câu hỏi tương tự được lặp lại cho thời gian trong 3 tháng trước ngày vào cai nghiện trong trung tâm CCT. Bảng hỏi tương tự được sử dụng trong các cuộc phỏng vấn tiếp theo 3, 6 và 12 tháng sau phỏng vấn lần đầu. Cuối mỗi lần phỏng vấn, các học viên CCT cung cấp mẫu nước tiểu và các điều tra viên thực hiện xét nghiệm nước tiểu ngay tại văn phòng nghiên cứu.

Phương pháp định lượng chi phí

Bảng 3 tóm tắt các cấu phần chi phí của hai mô hình điều trị nghiện.

Bảng 3: Cấu phần chi phí của mô hình CCT và MMT

Chi phí hoạt động (chi phí Nhà nước phải trả)	Chi phí học viên/bệnh nhân phải trả
CCT: Chi phí tài sản: 10% giá trị khấu hao nhà và thiết bị/xe cộ Chi phí định kỳ: chi phí dao động (lương cán bộ, thuốc, xét nghiệm và vật tư tiêu hao) và chi phí cố định (chi phí vận hành, chi phí duy trì bảo dưỡng) Công cụ thu thập số liệu: bảng hỏi DATCAP – thu thập số liệu về chi phí Nhà nước phải trả (đã chỉnh sửa cho phù hợp với bối cảnh của Việt Nam)	CCT: Chi phí cai nghiện trong 2 năm ở trung tâm: - Chi phí cai nghiện do gia đình/học viên chi trả cho trung tâm 50% chi phí tiền ăn, giải khát và vật dụng cá nhân hàng tháng Chi phí cơ hội: - Mất cơ hội làm việc do phải ở trong trung tâm 2 năm (tính toán dựa trên mức thu nhập hàng tháng và tình trạng việc làm tự báo cáo cho thời gian 3 tháng trước khi vào trung tâm) Công cụ thu thập số liệu: 5 câu hỏi thu thập thông tin về chi phí nói trên được gộp vào trong bảng hỏi cấu trúc về hành vi. Các câu hỏi về chi phí chỉ hỏi 1 lần tại phỏng vấn lần đầu.
MMT: Chi phí tài sản: 10% giá trị khấu hao nhà và thiết bị/xe cộ Chi phí định kỳ: chi phí dao động (lương cán bộ, thuốc methadone, xét nghiệm nước tiểu và vật tư tiêu hao) và chi phí cố định (chi phí vận hành, chi phí duy trì bảo dưỡng, chi phí nhập khẩu và phân phối thuốc methadone) Công cụ thu thập số liệu: số liệu thứ cấp của nghiên cứu chi phí chương trình methadone thực hiện năm 2009; số liệu giải ngân năm 2013 của chương trình methadone do Sở Y tế Hải Phòng cung cấp	MMT: Chi phí điều trị: là 0 vì điều trị methadone trong thời gian từ năm 2008-2013 cho những bệnh nhân này Nhà nước chi trả hoàn toàn Chi phí cơ hội: - Chi phí thời gian đi đến phòng khám MMT để uống thuốc hàng ngày, kể cả thời gian chờ - Chi phí xăng xe và chi phí đi lại hàng ngày - Ảnh hưởng của việc phải đến phòng khám hàng ngày tới tình trạng việc làm Công cụ thu thập số liệu: Bảng hỏi DATCAP chỉnh sửa – bảng dành cho bệnh nhân ngoại trú, chỉ hỏi 1 lần trong phỏng vấn lần đầu

7.1. Chi phí mô hình MMT

Chi phí cho một bệnh nhân của mô hình điều trị MMT được tính là tổng của hai cấu phần chi phí: 1) chi phí chương trình (chi phí Nhà nước phải trả); và 2) chi phí cơ hội đối với bệnh nhân. Trong thời gian từ năm 2008 đến 2013, dịch vụ điều trị methadone được Nhà nước cung cấp miễn phí cho người bệnh thông qua kinh phí tài trợ quốc tế. Từ năm 2014, Nhà nước Việt Nam bắt đầu triển khai mô hình xã hội hóa và người bệnh phải đóng góp một phần chi phí điều trị với mức 10.000 VND/ngày nhằm đáp ứng mục tiêu tăng chỉ tiêu điều trị methadone cho số bệnh nhân từ 17.500 năm 2013 lên đến 80.000 cuối năm 2015. Vì khung thời gian của nghiên cứu này là 3 năm tính từ 2009, chi phí bệnh nhân phải đóng góp chi trả cho dịch vụ điều trị được tính = 0.

7.1.1. Chi phí hoạt động - mô hình MMT

Chi phí hoạt động của mô hình điều trị methadone được ước tính từ hai nguồn số liệu:

1. Số liệu thứ cấp của nghiên cứu chi phí năm 2009 do Dự án Chính sách Y tế thực hiện, với tài trợ của USAID;
2. Số liệu giải ngân chính thức của chương trình methadone cho năm 2013, do Sở Y tế Hải Phòng cung cấp;

Số liệu về chi phí của chương trình methadone (chi phí Nhà nước phải trả) cho cả ba phòng khám methadone ở thành phố Hải Phòng năm 2009 đã được phân tích bởi Dự án Chính sách Y tế. Tuy nhiên, do chương trình methadone được triển khai năm 2008, chi phí Nhà nước phải trả cho một bệnh nhân/năm trong thời kỳ mới triển khai rất khác nhau giữa các phòng khám, mặc dù định mức cho các mục chi là giống nhau. Lý do là vì mỗi phòng khám có tốc độ tiếp nhận bệnh nhân khác nhau. Tính đến cuối năm 2009, công suất bệnh nhân của cả ba phòng khám đạt 57% và tính đến cuối năm 2012 đạt 100%. Vậy nên, chi phí Nhà nước phải trả cho một bệnh nhân/năm giảm dần theo thời gian khi số bệnh nhân tăng. Nhằm đảm bảo ước tính được mức chi phí chính xác và phản ánh đúng thực tế nhất, số liệu giải ngân chính thức của cả ba phòng khám methadone cho năm 2013 cũng được sử dụng bổ sung cho phân tích số liệu chi phí, cùng với số liệu đã phân tích của nghiên cứu chi phí năm 2009.

7.1.2. Chi phí cơ hội đối với bệnh nhân MMT

Một bảng hỏi riêng biệt được sử dụng cho việc thu thập số liệu về chi phí cơ hội đối với bệnh nhân methadone. Bảng hỏi gồm 7 câu hỏi tập trung vào thu thập số liệu về: 1) khoảng cách đi lại từ nhà đến phòng khám; 2) thời gian đi lại trung bình hàng ngày để đến phòng khám; 3) thời gian chờ trung bình hàng ngày tại phòng khám; 4) chi phí xăng xe hoặc phương tiện đi lại hàng tháng; 5) tình trạng việc làm có được là trước khi điều trị hay sau khi điều trị; 6) thu nhập bình quân hàng tháng; và 7) ảnh hưởng/tác động của việc phải đến phòng khám uống thuốc hàng ngày đối với cơ hội có việc làm/tiếp tục việc làm (xác định xem việc điều trị methadone giúp thuận lợi hay cản trở khả năng có việc làm). Bảng hỏi này được sử dụng cùng với các bảng hỏi khác để phỏng vấn đối tượng nghiên cứu. Bảng hỏi về chi phí đối với bệnh nhân chỉ sử dụng 1 lần cho phỏng vấn lần đầu tiên. Bảng cách sử dụng một công thức tính toán đơn giản, số liệu có được từ câu trả

lời của 7 câu hỏi này sẽ cho một số tiền tổng cộng là chi phí cơ hội của mỗi bệnh nhân methadone.

7.2. Chi phí mô hình CCT

Các cấu phần chi phí của mô hình CCT cũng được phân loại tương tự như đối với mô hình MMT nhằm đảm bảo tính so sánh. Tổng chi phí đối với một học viên CCT được ước tính là tổng của 3 cấu phần chi phí sau: 1) chi phí Nhà nước phải trả cho mỗi học viên cho thời gian cai nghiện tại trung tâm; 2) chi phí cai nghiện do học viên/gia đình phải trả cho trung tâm; và 3) chi phí cơ hội đối với học viên CCT. Tất cả các số liệu chi phí liên quan đến mô hình CCT là số liệu sơ cấp, thu thập trực tiếp từ 3 trung tâm CCT và 208 học viên.

7.2.1. Chi phí hoạt động – mô hình CCT

Trong tháng 7 năm 2013, nhóm nghiên cứu gửi bộ câu hỏi về chi phí của mô hình CCT cho ban quản lý của 3 trung tâm CCT. Giám đốc các trung tâm giao trách nhiệm cho các cán bộ tài chính điền thông tin vào bảng hỏi. Hai tuần sau đó, nhóm nghiên cứu tới làm việc trực tiếp với các cán bộ tài chính của từng trung tâm để giải thích làm rõ thông tin nếu cần thiết nhằm đảm bảo tính chính xác và đầy đủ của số liệu. Bảng hỏi đầy đủ được gửi cho nhóm nghiên cứu vào tháng 8 năm 2013.

Chi phí đất đai của mô hình CCT. Trung tâm cai nghiện sử dụng đất nông nghiệp và lâm nghiệp có diện tích lớn. Tuy nhiên, việc tính toán chi phí đất cho nghiên cứu đòi hỏi các thủ tục đánh giá giá trị đất đai rất phức tạp (cần tuân theo những quy định rất cụ thể của Bộ Tài chính). Việc thực hiện không khả thi trong khuôn khổ thời gian và nguồn lực của nghiên cứu. Hơn nữa, hệ thống tài chính kế toán của nhà nước hiện nay không tính giá trị đất khi tính chi phí dịch vụ công cộng. Vậy nên nghiên cứu này không tính toán giá đất cho cả hai mô hình điều trị.

Sáu câu hỏi được xây dựng để thu thập chi phí học viên CCT phải trả. Mục đích của 6 câu hỏi này nhằm thu thập số liệu về: 1) tổng số tháng học viên cai nghiện bắt buộc trong trung tâm; 2) Tổng chi phí điều trị phải trả cho 2 năm cai nghiện trong trung tâm; 3) chi phí hàng tháng học viên phải trả cho tiền ăn, giải khát; 4) chi phí tiền thuốc hàng tháng (nếu có); 5) chi phí hàng tháng cho quần áo và vật dụng cá nhân; và 6) các chi phí khác nếu có. Sáu câu hỏi này được lồng vào trong bộ câu hỏi cấu trúc để hỏi về hành vi của các học viên. Sáu câu hỏi này chỉ được hỏi một lần trong đợt phỏng vấn lần đầu.

7.2.3. Chi phí cơ hội – học viên CCT

Trong bối cảnh mô hình CCT, chi phí cơ hội đối với các học viên được xác định là chi phí do họ mất cơ hội làm việc để tạo thu nhập do họ phải ở trong trung tâm trong 2 năm. Những chi phí cơ hội khác gồm: 1) mất cơ hội học hành; 2) mất tự do; và 3) khó khăn trong việc tái hòa nhập với cộng đồng và xã hội do 2 năm sống cách biệt trong trung tâm. Tuy nhiên, việc định lượng 3 mục chi phí cơ hội nói trên và chuyển hóa thành tiền là một việc rất khó thực hiện về chuyên môn. Vậy nên, nghiên cứu này chỉ tập trung vào ước tính chi phí cơ hội do mất cơ hội việc làm.

Công cụ thu thập số liệu

Quyết định chọn lựa và xây dựng các công cụ thu thập số liệu được dựa trên các yếu tố sau đây:

1. Câu hỏi nghiên cứu;
2. Các bảng hỏi đã được sử dụng cho nghiên cứu thuần tập đánh giá hiệu quả chương trình methadone năm 2009 nhằm đảm bảo tính so sánh với số liệu 24 tháng;
3. Đặc điểm cụ thể về mô hình hoạt động của các trung tâm CCT và các phòng khám MMT;

Trong giai đoạn thiết kế nghiên cứu và thiết kế bảng hỏi (tháng 3 – tháng 6 năm 2012), những bảng hỏi được tìm hiểu và xây dựng gồm có:

Đối với số liệu về chi phí (có điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh Việt Nam):

1. Bảng hỏi chi phí DATCAP– dành cho thu thập chi phí Nhà nước phải trả
2. Bảng hỏi DATCAP– thu thập chi phí đối với bệnh nhân *nội trú* (sử dụng cho học viên CCT)
3. Bảng hỏi DATCAP– thu thập chi phí đối với bệnh nhân *ngoại trú* (sử dụng cho bệnh nhân MMT)¹

Đối với số liệu về hiệu quả, những công cụ sau được sử dụng cho cả hai nhóm:

1. Bảng chỉnh sửa của bảng hỏi sử dụng trong nghiên cứu thuần tập đánh giá hiệu quả chương trình methadone năm 2009. Bảng hỏi chỉnh sửa gồm có 18 trang nhằm thu thập những thông tin sau:
 - Nhân khẩu học
 - Học vấn
 - Việc làm
 - Thu nhập
 - Mối quan hệ với gia đình
 - Quá trình sử dụng ma túy
 - Hành vi sử dụng ma túy (loại ma túy, hình thức sử dụng, tần suất)
 - Số tiền mua ma túy
 - Hành vi vi phạm luật pháp liên quan đến ma túy
 - Sốc thuốc quá liều
 - Sử dụng các dịch vụ y tế tại cộng đồng
2. Bảng hỏi BBV-TRAQ-SV được sử dụng để đo lường hành vi nguy cơ lây nhiễm vi-rút lây truyền qua đường máu (BBV: blood-borne virus)

¹ DATCAP questionnaires were developed by French and colleagues to measure costs of drug dependence treatment programs in the United States.

9.1. So sánh hiệu quả của hai mô hình điều trị nghiện

Các kiểm định thống kê dưới đây được sử dụng để phân tích số liệu nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu số 1:

1. Các kiểm định thông kê cơ bản như 'khi bình phương' (*chi-squares*) và *t*-test được sử dụng để xác định liệu có sự khác biệt giữa hai nhóm về đặc điểm hành vi ban đầu trước khi tham gia điều trị;
2. Kiểm định thống kê chủ đạo cho phân tích của nghiên cứu này là mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp (mixed effects regression modelling), nhằm xác định sự liệu sự thay đổi giữa hai nhóm có khác nhau đối với 7 chỉ số đo lường hiệu quả trong suốt 5 mốc thời gian (khung thời gian 3 năm);

Mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp được sử dụng để phân tích và so sánh sự thay đổi về 7 chỉ số hiệu quả qua 5 mốc thời gian, sau khi hiệu chỉnh sự khác biệt ban đầu của hai nhóm sử dụng các biến hiệu chỉnh quan trọng. Danh mục 11 biến hiệu chỉnh được trình bày ở dưới đây.

1. Tuổi	7. Đã từng tiêm chích hê-rô-in
2. Học vấn	8. Đã từng cai nghiện trong trung tâm
3. Tình trạng hôn nhân	9. Số lần cai nghiện
4. Số năm sử dụng ma túy	10. Đã từng sốc thuốc quá liều
5. Sử dụng đa chất ma túy	11. Đã từng ở tù giam
6. Tình trạng việc làm	

Mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp là một trong những mô hình thống kê hiện đại nhất hiện nay, được dùng cho phân tích số liệu của các nghiên cứu thuần tập. Một số điểm mạnh chính của mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp gồm có:

1. Phân tích số liệu của nghiên cứu giữa các nhóm có đặc điểm ban đầu không giống nhau
2. Cho phép phân tích số liệu thu thập trong quãng thời gian nhiều hơn 2 mốc thời gian
3. Xử lý hiệu quả các bộ số liệu đo lường lặp lại trên cùng một đối tượng NC nhưng khoảng cách thời gian không đều giữa các thời điểm
4. Xử lý hiệu quả các bộ số liệu có những đối tượng nghiên cứu không có đầy đủ thông tin (missing data)

Xử lý số liệu bị thiếu (missing data) do mất dấu đối tượng nghiên cứu

Tại mốc thời gian cuối cùng (T5), tỷ lệ mất dấu đối tượng nghiên cứu là 20% và 22% đối với nhóm CCT và MMT. Để xử lý tình huống số liệu bị thiếu này, các số liệu về hành vi của các đối tượng nghiên cứu bị mất dấu được bổ sung với **giả định**: họ có hành vi giống như trước khi tham gia điều trị, đối với tất cả 7 kết quả đo lường. Phương pháp này được áp dụng cho tất cả các số liệu bị thiếu do mất dấu đối tượng nghiên cứu ở các mốc thời gian T2, T3, T4 và T5.

9.2. So sánh chi phí – hiệu quả của hai mô hình điều trị nghiện

Đơn vị đo lường chủ đạo trong phân tích chi phí-hiệu quả là tỉ lệ chênh chi phí-hiệu quả (incremental cost-effectiveness ratio-ICER). Tỉ lệ ICER ước tính chi phí trên mỗi đơn vị hiệu quả gia tăng đạt được và hiệu quả đó được đo lường bằng một đơn vị “tự nhiên” [14] (ví dụ: số ngày KHÔNG sử dụng ma túy trong 30 ngày qua). Cách phân tích này cho phép so sánh hiệu quả của các mô hình điều trị khác nhau nhưng cùng có mục tiêu đạt được một hiệu quả giống nhau [15]. Tỷ lệ ICER có thể được tính bằng công thức sau:

$$ICER = \frac{C1 - C2}{E1 - E2}$$

C1 là chi phí bình quân và E1 là hiệu quả bình quân của mô hình điều trị đang được đánh giá (CCT) và C2 là chi phí bình quân và E2 là hiệu quả bình quân của mô hình điều trị đối chứng (MMT). Mô hình điều trị nào có tỷ lệ ICER thấp có thể được coi là có lợi về kinh tế tốt hơn và được cân nhắc ưu tiên phân bổ nguồn lực.

Những vấn đề y đức, tính bảo mật và tính riêng tư

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được đọc và sau đó giữ một “Bản Cung cấp Thông tin và Đồng thuận Tham gia Nghiên cứu”. Tất cả các số liệu nghiên cứu được bảo mật và tất cả các hồ sơ nghiên cứu được cất giữ một cách an toàn tại văn phòng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của đối tượng nghiên cứu được cất giữ trong các tủ hồ sơ được khóa và chỉ các thành viên trong nhóm nghiên cứu mới có thể tiếp cận được những hồ sơ này. Việc thu thập và quản lý số liệu, biểu mẫu hành chính, mẫu nước tiểu và các tài liệu khác liên quan đến các đối tượng nghiên cứu được mã hóa và tất cả các hệ thống số liệu cũng được mã hóa. Biểu mẫu, danh sách tên, sổ theo dõi đối tượng nghiên cứu, và những danh sách khác liên quan đến mã của đối tượng nghiên cứu được cất giữ ở một địa điểm riêng biệt, không cùng với địa điểm cất giữ các bảng hỏi và cơ sở dữ liệu, luôn được khóa ở một địa điểm chỉ có các cán bộ có thẩm quyền mới có thể tiếp cận được.

Hồ sơ xin duyệt y đức được nộp cho 3 tổ chức/trường đại học trước khi nghiên cứu được phép chính thức thực hiện. Ba tổ chức/trường đại học đó là: Tổ chức FHI 360, trường Đại học New South Wales, Úc và trường Đại học Y Hà Nội. Ngoài ra, để cương nghiên cứu, Bản Cung cấp Thông tin và Đồng thuận Tham gia Nghiên cứu, các bảng hỏi cũng được nộp cho Hội đồng hợp tác nghiên cứu địa phương gồm có các các quan hữu quan của thành phố Hải Phòng và lãnh đạo của Cục phòng, chống tệ nạn xã hội/Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

Các đối tượng nghiên cứu thuộc trung tâm cai nghiện tập trung và thuộc chương trình methadone được tuyển chọn tuân theo nguyên tắc tự nguyện hoàn toàn nhằm đảm bảo các đối tượng tham gia nghiên cứu không cảm thấy bất cứ một sự gượng ép nào khi ra quyết định tham gia nghiên cứu. Họ được giải thích rằng việc tham gia của họ là hoàn toàn tự nguyện, rằng họ không có nghĩa vụ bắt buộc phải tham gia vào nghiên cứu và nếu đã đồng ý tham gia vẫn có thể rút ra khỏi nghiên cứu và thu hồi thông tin và số liệu của họ ở bất cứ thời điểm nào. Họ được khẳng định thông tin do họ cung cấp trong quá trình tham gia nghiên cứu không được đưa vào nội dung báo cáo theo cách có thể nhận diện được cá nhân và nếu họ từ chối không tham gia thì không ảnh hưởng tiêu cực gì đến mối quan hệ của họ với các cơ sở họ đang nhận dịch vụ điều trị, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội/Chi cục Phòng, chống tệ nạn xã hội, tổ chức FHI 360, trường Đại học New South Wales hay trường Đại học Y Hà Nội.

Xét nghiệm nước tiểu được thực hiện đối với các học viên CCT. Không có nguy cơ truyền nhiễm bệnh tật khi cho mẫu nước tiểu. Tuy nhiên, do có khả năng gia đình hoặc lãnh đạo địa phương có thể biết được kết quả xét nghiệm nước tiểu. Chính vì vậy những biện pháp bảo mật tiêu chuẩn đã được thực hiện nhằm đảm bảo chỉ có các các bộ nghiên cứu tham gia vào nghiên cứu này mới có thể biết được kết quả xét nghiệm nước tiểu. Thủ tục lấy mẫu nước tiểu được các nghiên cứu viên giải thích rõ trước khi yêu cầu các đối tượng nghiên cứu cung cấp mẫu nước tiểu. Các mẫu nước tiểu được hủy bỏ sau khi kết quả đã được các các bộ nghiên cứu điền vào bảng hỏi.

Sự tham gia của các tổ chức và hợp tác nghiên cứu

Nghiên cứu này có thể triển khai thành công là do sự đóng góp của nhiều tổ chức:

1. Vai trò lãnh đạo và hợp tác của Chính quyền địa phương: Các cơ quan, ban ngành thành phố Hải Phòng có vai trò chủ đạo từ những bước đầu tiên trong giai đoạn thiết kế và trong suốt quá trình triển khai các hoạt động của nghiên cứu. Ủy ban Nhân dân thành phố Hải Phòng phê duyệt nghiên cứu vào tháng 2/2012, là cơ sở để các tổ chức nghiên cứu có thể làm việc trực tiếp với các lãnh đạo của Sở Lao động – Thương binh và Xã hội và Chi cục Phòng, chống tệ nạn xã hội. Các lãnh đạo, nhân viên của 3 trung tâm cai nghiện tập trung và 3 cơ sở điều trị methadone cũng đóng góp rất nhiều thời gian cho nghiên cứu. Vai trò lãnh đạo của cơ quan, ban ngành địa phương đã tạo điều kiện thuận lợi cho các tác giả có cơ hội trình bày và thảo luận kết quả nghiên cứu với các cơ quan hữu quan cấp trung ương và địa phương. Những cuộc trình bày/thảo luận này được thực hiện trong thời gian tháng 6 năm 2014 và tháng 4 năm 2015.
2. Hỗ trợ về kỹ thuật: Bốn cơ quan chuyên ngành nghiên cứu tham gia đóng góp kỹ thuật: tổ chức FHI360 tại Việt Nam, Trung tâm Nghiên cứu về Ma túy và Rượu (NDARC) thuộc Đại học New South Wales - Úc, Đại học Y Hà Nội, và Đại học Y Dược Hải Phòng. Tổ chức FHI 360 có vai trò quan trọng trong điều phối, đàm phán với các cơ quan Trung ương và địa phương và giám sát chất lượng triển khai nghiên cứu. Trung tâm NDARC thuộc Đại học New South Wales - Úc hướng dẫn và giám sát nghiên cứu sinh Vương Thị Hương Thu, nguyên cán bộ quản lý của tổ chức FHI 360. Việc hướng dẫn và giám sát thường xuyên đảm bảo chất lượng kỹ thuật nghiên cứu đánh giá kinh tế. Đại học Y Hà Nội bảo đảm các chuẩn mực đạo đức nghiên cứu được tuân thủ trong suốt quá trình triển khai nghiên cứu, và chịu trách nhiệm về chất lượng của hoạt động thu thập số liệu và nhập số liệu. Đại học Y dược Hải Phòng có vai trò quan trọng vì trực tiếp đảm nhiệm các hoạt động thực địa với sự tham gia thường nhật của 10 nghiên cứu viên có kinh nghiệm.
3. Nguồn tài trợ: Hoạt động của nghiên cứu được tài trợ bởi tổ chức Atlantic Philanthropies, trong khuôn khổ một dự án hợp tác lớn hơn với thành phố Hải Phòng thông qua tổ chức FHI 360. Tài trợ cũng được đóng góp dưới hình thức học bổng nghiên cứu sinh của Chương trình Endeavour của Chính phủ Úc và trung tâm NDARC, qua đó nghiên cứu sinh Vương Thị Hương Thu tiếp cận được hỗ trợ kỹ thuật từ trung tâm NDARC.

Báo cáo trình bày kết quả thành 4 phần:

- Phần 1:** So sánh đặc điểm của hai nhóm đối tượng nghiên cứu thuộc hai mô hình điều trị cai nghiện
- Phần 2:** So sánh hiệu quả của hai mô hình điều trị thông qua đánh giá 7 chỉ số đo lường qua 5 mốc thời gian (khung thời gian 3 năm)
- Phần 3:** Phân tích chi phí
- Phần 4:** Phân tích chi phí-hiệu quả

12.1. Phần 1: So sánh đặc điểm hai nhóm

Phần 1 nhằm mục đích: 1) Đưa ra một bức tranh so sánh tổng thể đặc điểm ban đầu của hai nhóm; và 2) nếu hai nhóm khác nhau về các đặc điểm ban đầu nào thì những đặc điểm đó được đưa vào trong mô hình phân tích thống kê nhằm đảm bảo tính công bằng khi so sánh;

Bảng 4 (Đặc điểm kinh tế xã hội của các đối tượng nghiên cứu) cho thấy:

- 1. Nhóm CCT trẻ hơn (tuổi trung bình=33,26 so với 37,32), tỷ lệ còn độc thân cao hơn (51,7% so với 43,4%), tỷ lệ có việc làm cao hơn (76,40% so với 66,70%) và có thu nhập bình quân hợp pháp cao hơn (3 triệu đồng so với 1,5 triệu đồng);
- 2. Trình độ học vấn ít nhất là cấp 2 của hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể (CCT=40,10%; MMT=46.20%);

Bảng 4: Đặc điểm kinh tế - xã hội

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
Tuổi (số trung bình & độ lệch chuẩn)	33,26 (7,60)	37,32(8,23)	t(590)=-5,624; p<0.001
Trình độ học vấn (%)			
Cấp 3 trở lên	40,10	46,20	$X^2(1)=1,95$; p=0,16
Dưới cấp 3	59,90	53,80	
Tình trạng hôn nhân (%)			
Độc thân	51,70	43,40	$X^2(1)=4,16$; P=0,04
Đã kết hôn, ly hôn	48,30	56,60	

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
Việc làm (%)			
Thất nghiệp	23,60	33,30	$X^2(2)=11,46$; $P=0,003$
Toàn thời gian	17,10	21,30	
Thời vụ	59,30	45,40	
Mức lương hợp pháp hàng tháng (số trung vị & khoảng biến thiên)	3 tr (0,8-15 tr)	1,5 tr (0-35 tr)	$U=28.617$; $p<0,001$

Bảng 5 (đặc điểm hành vi sử dụng ma túy (1) cho thấy:

- 3. Cả hai nhóm đều bắt đầu sử dụng ma túy ở độ tuổi còn trẻ: những năm đầu tuổi 20;
- 4. Nhóm CCT có tỷ lệ sử dụng hê-rô-in là loại ma túy sử dụng lần đầu cao hơn (85,70% so với 80,70%); NHƯNG tần suất sử dụng hê-rô-in hàng ngày thấp hơn (3 lần/ngày so với 4 lần/ngày) VÀ tổng số năm sử dụng trung bình thấp hơn (11,01 năm so với 13,17 năm);
- 5. Hai nhóm có tỷ lệ sử dụng hê-rô-in không khác biệt đáng kể (CCT=97,50%; MMT=99,96%);

Bảng 5: Đặc điểm hành vi sử dụng ma túy (1)

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
Tuổi sử dụng MT lần đầu (số trung bình & độ lệch chuẩn)	22,35 (5,79)	23,22 (6,40)	$t(590)=-1,68$; $p=0,09$
Loại MT sử dụng lần đầu (%)			
Hê-rô-in	85,70	80,70	$X^2(2)=7,26$; $p=0,03$
Thuốc phiện	10,40	16,50	
Khác	4,80	2,20	
Số năm sử dụng MT (số trung bình & độ lệch chuẩn)	11,01 (6,20)	13,17 (4,63)	$t(590)=-5,08$; $p<0,001$
Sử dụng HÊ-RÔ-IN hàng ngày (%)	97,50	99,96	$X^2(1)=3,57$; $p=0,06$
Tần suất sử dụng hê-rô-in hàng ngày (số trung vị & khoảng biến thiên) <i>*đối với những người sử dụng hàng ngày</i>	3 (0-20)	4 (0-18)	$U=64.077$; $p<0,001$

Bảng 6 (đặc điểm hành vi sử dụng ma túy (2) cho thấy:

- 6. Trong 30 ngày trước điều trị, nhóm CCT có tỷ lệ sử dụng ma túy hàng ngày thấp hơn (80,60% so với 96,40%)
- 7. Từ khi bắt đầu sử dụng ma túy cho đến khi vào điều trị, nhóm CCT chi trả ít tiền hơn để mua ma túy (4,55 triệu đồng so với 6,05 triệu đồng), phù hợp với thực tế là nhóm này sử dụng ma túy với tần suất hàng ngày thấp hơn;
- 8. Tỷ lệ % nhóm CCT đã từng tiêm chích hê-rô-in ít hơn so với tỷ lệ % nhóm MMT (66,40% so với 82,70%);
- 9. Tuy nhiên, nhóm CCT lại có tỷ lệ sử dụng đa chất cao hơn (50,50% so với 28,90%) VÀ 28,3% nhóm CCT vừa dùng hê-rô-in vừa dùng methamphetamine. Trong số những người sử dụng đa chất ma túy, nhóm CCT dùng số loại ma túy nhiều hơn (3 loại ma túy so với 2 loại ma túy);

Bảng 6: Đặc điểm hành vi sử dụng ma túy (2)

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
% sử dụng ma túy hàng ngày (trong 30 ngày trước điều trị)	80,60	96,40	$\chi^2(1)=46,74$; $p<0,001$
Số tiền mua ma túy hàng tháng (số trung vị & khoảng biến thiên)	4,55 tr VND (0–84 tr)	6,20 tr VND (0–225 tr)	$U=60.171$; $p<0,001$
Đã từng tiêm chích HÊ-RÔ-IN (%)	66,40	82,70	$\chi^2(1)=30,79$; $p<0,001$
Đã từng sử dụng đa chất (%) <i>*Hàng đá (methamphetamine) đứng thứ 2 sau hê-rô-in với tỷ lệ 28.30% đối với nhóm CCT và 11.60% đối với nhóm MMT</i>	50,50	28,90	$\chi^2(1)=29,99$; $p<0,001$
Trung bình số loại MT sử dụng <i>*đối với những người sử dụng đa chất</i>	3 (1,25)	2 (0,82)	$t(214)=4,69$; $p<0,001$

Bảng 7 (đặc điểm quá trình cai nghiện) cho thấy:

- 10. CCT có tỷ lệ đã từng cai nghiện thấp hơn (78,77% so với 96,6%). Trong số những người đã từng cai nghiện, số lần cai nghiện cũng thấp hơn (2 lần so với 5 lần);
- 11. CCT có tỷ lệ đã từng cai nghiện ở trung tâm trước đây thấp hơn (38,00% so với 49,90%) và có tỷ lệ đã từng cai nghiện tại nhà thấp hơn (66,70% so với 84,4%);

Bảng 7: Đặc điểm quá trình cai nghiện

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
Đã từng cai nghiện (%)	80,77	96,70	$\chi^2(1)=55,14$; $p<0,001$
Số lần cai nghiện (số trung vị & khoảng biến thiên) <i>*đối với những người đã từng cai nghiện</i>	2 (1-50)	5 (1-40)	$U=49.581$; $p<0,001$
Đã từng cai nghiện trong trung tâm (%)	38,00	49,90	$\chi^2(1)=8,46$; $p=0,004$
Đã từng cai nghiện tại nhà (%)	66,70	84,40	$\chi^2(1)=27,67$; $p<0,001$

Bảng 8 (hậu quả về luật pháp và sức khỏe liên quan đến sử dụng ma túy) cho thấy:

12. Tỷ lệ những người đã từng: 1) có hành vi bất hợp pháp (CCT=35,20% và MMT=29,30%); 2) phải vào tù (CCT=15,70% và MMT=18,30%); và 3) sốc thuốc quá liều (CCT=18,50% và MMT=12,1%) của hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các kết quả này cho thấy cả hai nhóm đều “trải nghiệm mức độ hậu quả về luật pháp (vào tù) và sức khỏe (sốc thuốc quá liều) liên quan đến ma túy” không khác nhau đáng kể;

Bảng 8: Hậu quả về luật pháp và sức khỏe liên quan đến sử dụng ma túy

	CCT (n=208)	MMT (n=384)	Kết quả kiểm định & trị số P
Đã từng có hành vi lừa dối gia đình liên quan đến tiền bạc (%)	91,7	86,2	$\chi^2(1)=5,51$; $p=0,02$
Số lần lừa dối gia đình (số trung bình & độ lệch chuẩn)	3,49 (1,94)	3,18 (2,09)	$t(590) = 1,81$; $p=0,07$
Đã từng có hành vi vi phạm pháp luật (%)	35,20	30,30	$\chi^2(1)=2,35$; $p=0,13$
Đã từng chịu án tù giam (%)	15,70	18,30	$\chi^2(1)=1,24$; $p=0,27$
Đã từng sốc thuốc quá liều (%)	18,50	12,10	$\chi^2(1)=3,49$; $p=0,06$

Tóm tắt kết quả nghiên cứu Phần 1

Kết quả Phần 1 cho thấy:

1. Nhóm CCT có mức độ lệ thuộc vào ma túy không nghiêm trọng bằng nhóm MMT. Nhóm CCT:
 - Có tỷ lệ sử dụng ma túy hàng ngày thấp hơn (~20%)
 - Có tỷ lệ đã từng tiêm chích hê-rô-in thấp hơn (33,6%)
 - Có tỷ lệ đã từng nỗ lực chủ động điều trị nghiện ma túy thấp hơn
2. Tuy nhiên, cả hai nhóm đều trải nghiệm các mức độ tác hại về sức khỏe (sốc thuốc quá liều) và tác hại về luật pháp (vào tù)
3. Hê-rô-in vẫn tiếp tục là loại chất ma túy sử dụng chính à các dịch vụ điều trị nghiện vẫn cần tiếp tục tập trung vào hê-rô-in
4. 10 năm trước, thuốc phiện là chất gây nghiện được sử dụng đứng thứ hai. Vị trí này đã được thay thế bởi hàng đá (methamphetamine). Các dịch vụ dự phòng vào điều trị cần bổ sung về methamphetamine
5. Sử dụng đa chất ma túy phổ biến hơn trong nhóm CCT:
 - Sử dụng đa chất ma túy tăng nguy cơ sốc thuốc quá liều
 - Các dịch vụ cần chú trọng vào dự phòng sốc thuốc quá liều đối với những người từ trung tâm cai nghiện trở về cộng đồng
6. 35,6% nhóm CCT chưa từng tiêm chích hê-rô-in:
 - Tiêm chích ma túy dễ dẫn đến lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường máu và các tác hại khác liên quan đến sức khỏe

→ là nhóm lý tưởng để tập trung vào dịch vụ can thiệp sớm để họ không chuyển sang tiêm chích

12.2. Phần 2: Phân tích hiệu quả

Phần 2 nhằm mục đích: 1) So sánh hiệu quả của hai mô hình điều trị dựa trên sự thay đổi của 7 chỉ số đo lường qua 5 mốc thời gian (khung thời gian 3 năm); và 2) Xác định xem mô hình điều trị nào hiệu quả hơn đối với từng chỉ số đo lường;

7 chỉ số đo lường hiệu quả gồm có:

1. Sử dụng hê-rô-in (kết quả xét nghiệm nước tiểu)

Tự báo cáo:

2. Sử dụng bất kỳ chất gây nghiện nào (tự báo cáo)
3. Số ngày KHÔNG sử dụng ma túy (trong 30 ngày qua)
4. Hành vi vi phạm pháp luật
5. Sốc thuốc quá liều
6. Hành vi nguy cơ lây nhiễm vi-rút qua đường máu
7. Số tiền mua ma túy hàng tháng

Tiếp theo, số liệu mô tả (bao gồm số liệu bổ sung của các đối tượng nghiên cứu bị mất dấu với giả định các đối tượng nghiên cứu mất dấu có hành vi giống như trước điều trị) được thể hiện dưới dạng biểu đồ và kết quả phân tích sử dụng mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp được trình bày bên dưới biểu đồ.

Trình bày kết quả:

Trong phần này, những biểu đồ dưới đây sẽ thể hiện **số liệu mô tả** (bao gồm số liệu bổ sung của các đối tượng nghiên cứu bị mất dấu với giả định các đối tượng nghiên cứu mất dấu có hành vi giống như trước điều trị) và **kết quả phân tích sử dụng mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp** được trình bày bên dưới biểu đồ.

Biểu đồ sẽ giúp 2 mục đích sau:

1. Để đánh giá bằng hình ảnh sự khác biệt về hành vi của hai nhóm cho từng mốc thời gian;
2. Để đánh giá bằng hình ảnh sự thay đổi về hành vi của từng nhóm trong quá trình 3 năm (theo 5 mốc thời gian);

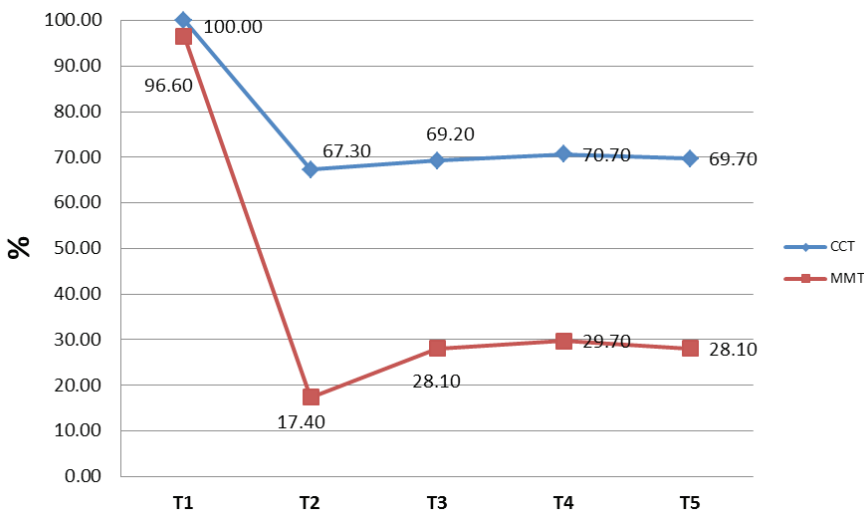
Để đánh giá một cách chính thức liệu sự thay đổi theo thời gian có ý nghĩa thống kê hay không, và liệu mức độ thay đổi giữa hai nhóm có khác nhau hay không, lại cần phải dựa vào các phương pháp thống kê, chứ không dựa vào đánh giá bằng hình ảnh. Như đã thảo luận ở Phần 9 (phương pháp phân tích), phương pháp thống kê sử dụng để phân tích hiệu quả của nghiên cứu này là mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp.

Đối với một số chỉ số đo lường hiệu quả, kết quả từ mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp cho kết quả khớp với sự đánh giá bằng hình ảnh dựa vào biểu đồ. Tuy nhiên, đối với một số chỉ số đo lường hiệu quả khác thì đánh giá bằng hình ảnh thấy không khác nhau hoặc chênh ít nhưng kết quả của mô hình thống kê lại cho kết quả là sự khác biệt khá lớn. Lý do như sau:

1. Mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp đánh giá mức độ thay đổi theo thời gian và sự khác biệt về mức độ thay đổi giữa hai nhóm theo thời gian, chứ không đánh giá sự khác biệt giữa hai nhóm ở từng thời điểm;
2. Mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp có bao gồm 11 biến điều chỉnh (controlling variables) trong quá trình phân tích (như đã đề cập trong phần 9). Như vậy, kết quả có được từ chạy mô hình thống kê là phản ánh cả ảnh hưởng của các biến điều chỉnh này, tuy không phải ảnh hưởng của tất cả 11 biến này đều có ý nghĩa thống kê trong tất cả các mô hình.

1) Sử dụng hệ-rô-in (khẳng định bằng kết quả xét nghiệm nước tiểu)

Hình 2: Tỷ lệ sử dụng hệ-rô-in (dựa trên kết quả xét nghiệm nước tiểu)

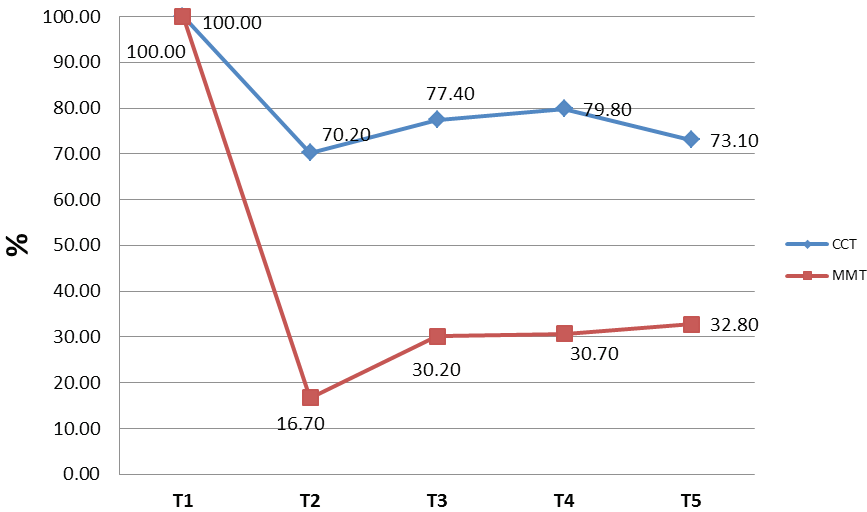


Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, tỷ lệ kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính giảm đối với cả hai nhóm. Tuy nhiên, mô hình phân tích cho thấy nhóm CCT có **xác suất** kết quả dương tính **cao hơn gấp 3 lần** so với nhóm MMT (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm).

Ghi chú: tại thời điểm T2 (sau khi hoàn thành thời gian cai nghiện 2 năm trong trung tâm), 67.30% học viên từ trung tâm có kết quả xét nghiệm nước tiểu dương tính. Điều này có nghĩa là tại thời điểm các học viên đến văn phòng nghiên cứu để đăng ký tham gia thì họ đã về cộng đồng được nhiều tuần và thậm chí là nhiều tháng (lên đến 3 tháng) chứ không phải khi họ ở trung tâm về cộng đồng là đến tham gia nghiên cứu ngay, vì việc tham gia là tự nguyện.

2) Sử dụng tất cả các loại ma túy (tự báo cáo)

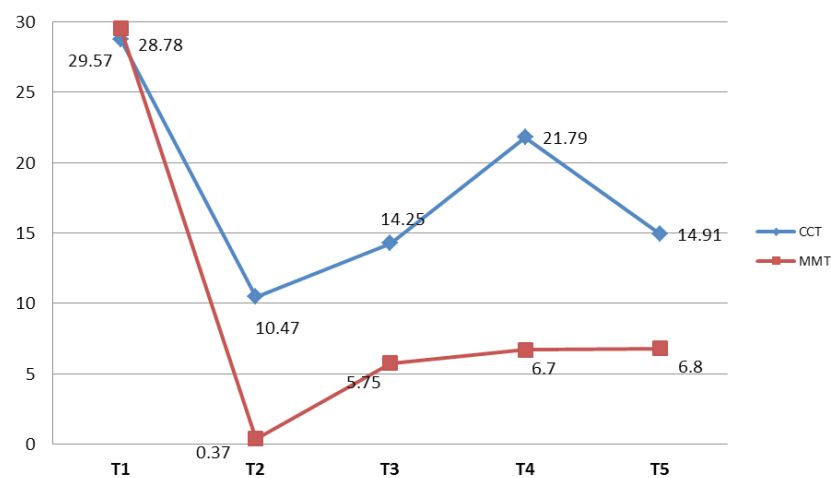
Hình 3: Tỷ lệ sử dụng tất cả các loại ma túy (tự báo cáo)



Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, tỷ lệ tự báo cáo có sử dụng ma túy giảm đối với cả hai nhóm. Tuy nhiên, mô hình phân tích cho thấy nhóm CCT có **xác suất** sử dụng ma túy **cao hơn gấp 5 lần** so với nhóm MMT (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm).

3) Số ngày sử dụng ma túy (trong 30 ngày qua)

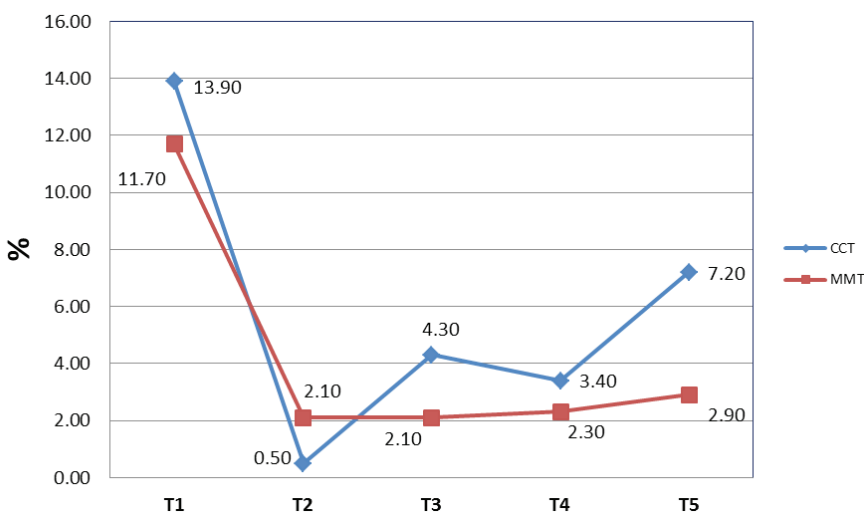
Hình 4: Số ngày sử dụng ma túy (trong 30 ngày qua)



Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, trung bình số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày trước ngày phỏng vấn của hai nhóm đều giảm đáng kể theo thời gian. Tuy nhiên, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 9 ngày mỗi tháng** so với mỗi bệnh nhân MMT (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm). Như vậy, trung bình mỗi năm trong thời gian 3 năm thời gian nghiên cứu, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 108 ngày** so với mỗi bệnh nhân MMT. Tính tổng 3 năm, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 324 ngày** so với mỗi bệnh nhân MMT.

4) Hành vi vi phạm luật pháp liên quan đến sử dụng ma túy

Hình 5: Tỷ lệ báo cáo có hành vi vi phạm luật pháp

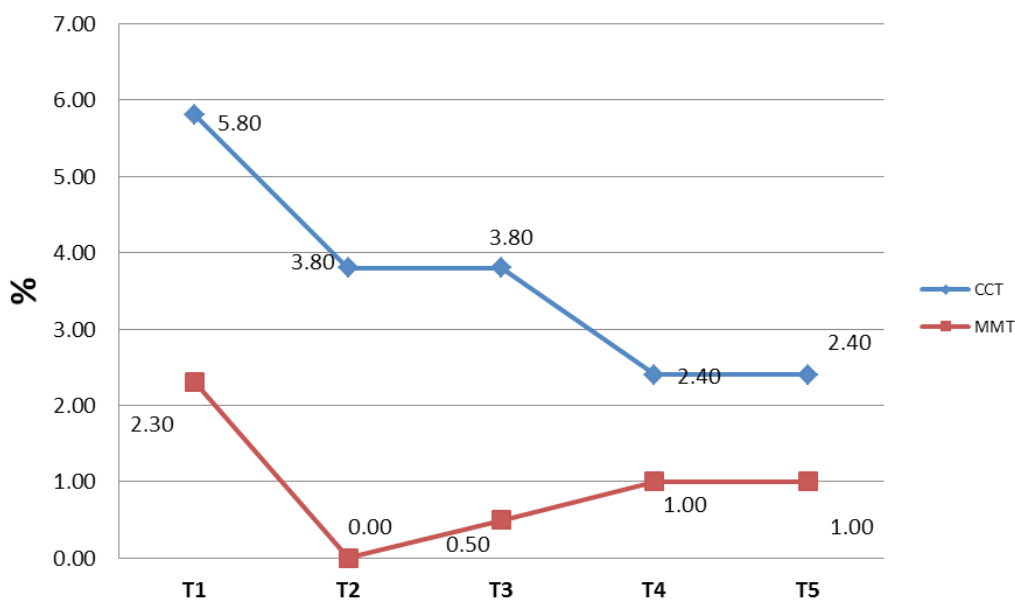


Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, tỷ lệ hành vi vi phạm pháp luật ở cả hai nhóm đều giảm đáng kể. Tuy nhiên, mô hình phân tích cho thấy nhóm CCT có **xác suất** có hành vi vi phạm pháp luật **cao hơn gấp 5,6 lần** so với nhóm MMT (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm).

Đối với chỉ số đo lường hiệu quả về hành vi vi phạm pháp luật, kết quả từ mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm là 5,6 lần, trong khi nhìn vào biểu đồ thì không thấy rõ sự khác biệt này. Lý do là vì trong tổng số 11 biến điều chỉnh thì có 2 biến có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến kết quả cuối cùng: “tuổi” và “đã từng có lịch sử đi trại giam”. Cụ thể là những đối tượng nghiên cứu lớn tuổi hơn có xác suất có hành vi vi phạm pháp luật thấp hơn. Đồng thời, những đối tượng nghiên cứu đã từng có lịch sử vào trại giam (tính đến thời điểm bắt đầu tham gia điều trị) thì có xác suất có hành vi vi phạm pháp luật pháp thấp hơn. Cả hai đặc điểm này nhóm bệnh nhân methadone đều cao hơn, vậy nên tổng thể nhóm methadone có xác suất có hành vi vi phạm pháp luật pháp thấp hơn và điều này không có cách nào thể hiện trên biểu đồ.

5) **Sốc thuốc quá liều**

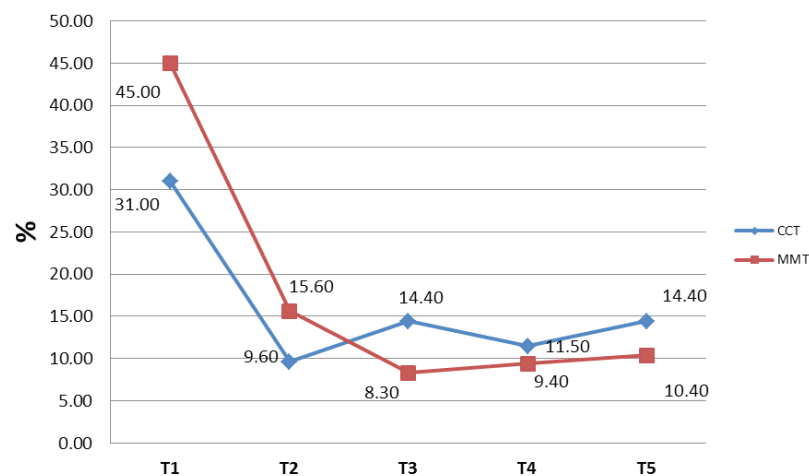
Hình 6: Tỷ lệ báo cáo sốc thuốc quá liều



Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, tỷ lệ sốc thuốc quá liều ở hai nhóm đều giảm. Mô hình phân tích cho thấy xác suất sốc thuốc quá liều ở nhóm MMT và CCT giảm **24%** và **30%**. Tuy nhiên, **sự khác biệt về mức độ thay đổi** giữa hai nhóm (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm) **không có ý nghĩa thống kê**.

6) Tỷ lệ có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

Hình 7: Tỷ lệ có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

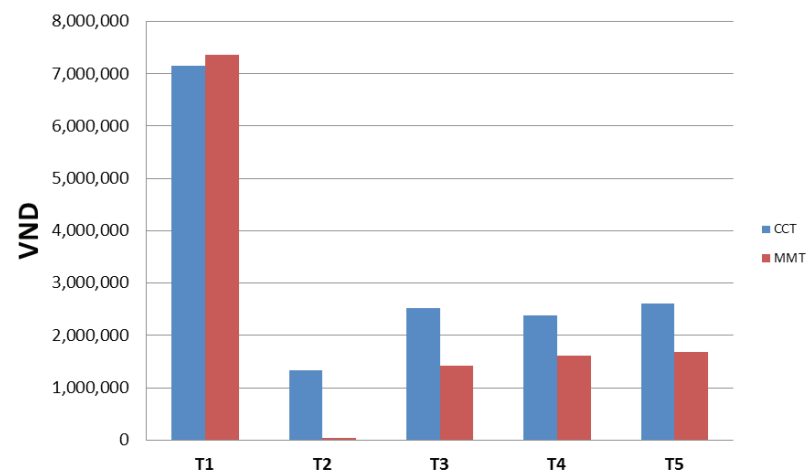


Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, tỷ lệ có hành vi nguy cơ HIV liên quan đến tiêm chích ma túy ở hai nhóm đều giảm. Tuy nhiên, mô hình phân tích cho thấy **xác suất** nhóm học viên từ trung tâm có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV liên quan đến tiêm chích ma túy **cao gấp 7 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm).

Đối với chỉ số đo lường hiệu quả về hành vi nguy cơ HIV liên quan đến tiêm chích ma túy, kết quả từ mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm là 7 lần, trong khi nhìn vào biểu đồ thì không thấy rõ sự khác biệt này. Lý do là vì trong tổng số 11 biến điều chỉnh thì có 3 biến có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến kết quả cuối cùng: “trình độ học vấn”, “đã từng tiêm chích” và “số lần cai nghiện”. Cụ thể là những đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao hơn thì có xác suất hành vi nguy cơ HIV thấp hơn. Những đối tượng nghiên cứu “đã từng tiêm chích” tính đến thời điểm bắt đầu tham gia điều trị thì có xác suất hành vi nguy cơ HIV thấp hơn. Và cuối cùng, những đối tượng nghiên cứu có “số lần cai nghiện” nhiều hơn có xác suất hành vi nguy cơ HIV thấp hơn. Những mối liên quan này không có cách nào thể hiện trên biểu đồ.

7) Số tiền mua ma túy hàng tháng

Hình 8: Số tiền mua ma túy hàng tháng



Kết quả mô hình phân tích ảnh hưởng hỗn hợp: Xuyên suốt 5 mốc thời gian, số tiền mua ma túy hàng tháng của hai nhóm đều giảm. Số tiền của nhóm MMT giảm **4,4 triệu VND** và nhóm CCT giảm **3,6 triệu VND**. Tuy nhiên, mô hình phân tích cho thấy **sự khác biệt về số tiền giảm** giữa hai nhóm (sau khi điều chỉnh những khác biệt về đặc điểm ban đầu giữa hai nhóm) **không có ý nghĩa thống kê**. Tuy nhiên, số tiền mua ma túy trong thời gian từ 24 tháng đến 36 tháng ở nhóm bệnh nhân methadone là luôn thấp hơn.

Tóm tắt kết quả nghiên cứu Phần 2

Kết quả nghiên cứu Phần 2 cho thấy:

- **Mô hình điều trị MMT hiệu quả hơn so với mô hình CCT, đối với:**
 1. Giảm sử dụng hê-rô-in (xét nghiệm nước tiểu): trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất kết quả nước tiểu dương tính **cao gấp 3 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 2. Giảm sử dụng tất cả các loại ma túy (bao gồm cả hê-rô-in và các chất ma túy tổng hợp): trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất sử dụng ma túy **cao gấp 3,3 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 3. Giảm số ngày sử dụng ma túy: trong thời gian 3 năm, số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày trước ngày phỏng vấn của hai nhóm đều giảm đáng kể theo thời gian. Tuy nhiên, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 9 ngày** so với mỗi bệnh nhân methadone. Như vậy, trung bình mỗi năm trong thời gian 3 năm nghiên cứu, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 108 ngày** so với mỗi bệnh nhân methadone.
 4. Giảm hành vi vi phạm luật pháp: trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất có hành vi vi phạm luật pháp **cao gấp 5,6 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 5. Giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV: trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất có hành vi nguy cơ HIV **cao gấp 7 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
- **Không có sự khác biệt về hiệu quả của mô hình MMT và CCT đối với:**
 6. Giảm nguy cơ sốc thuốc quá liều: trong thời gian 3 năm, xác suất nguy cơ sốc thuốc quá liều ở nhóm học viên từ trung tâm **giảm 24%** và nhóm bệnh nhân methadone giảm **30%**. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê;
 7. Giảm số tiền mua ma túy hàng tháng: trong thời gian 3 năm, số tiền mua ma túy hàng tháng của nhóm bệnh nhân methadone giảm **4,4 triệu VND** và nhóm học viên từ trung tâm giảm **3,6 triệu VND**, so với thời điểm 3 tháng trước khi bắt đầu điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê; Tuy nhiên, số tiền mua ma túy trong thời gian từ 24 tháng đến 36 tháng ở nhóm bệnh nhân methadone luôn thấp hơn.

12.3. Phần 3: Phân tích chi phí

Phân tích phần 3 nhằm mục đích: 1) so sánh chi phí chương trình (chi phí Nhà nước phải trả), chi phí đối với bệnh nhân/học viên (chi phí cơ hội) và tổng chi phí của hai mô hình điều trị nghiện;

12.3.1. Chi phí điều trị MMT

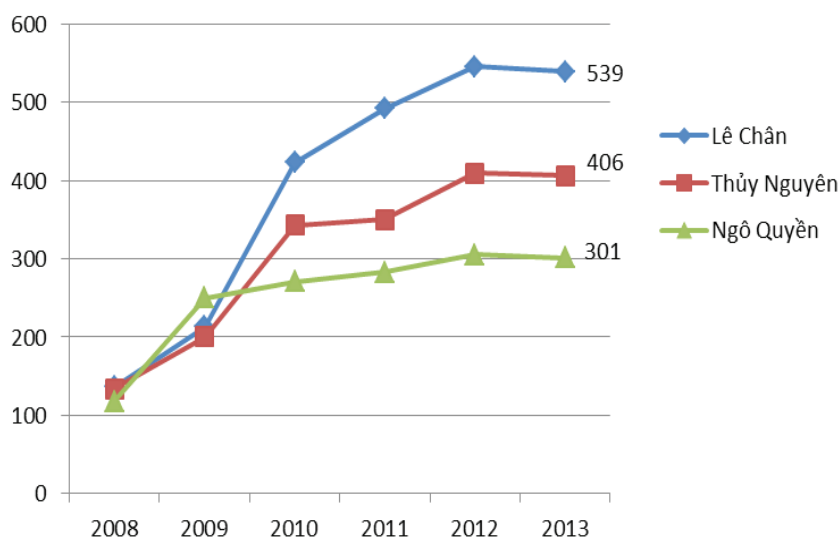
12.3.1.1. Ba phòng khám methadone

Trong số 3 phòng khám methadone, phòng khám Lê Chân là cơ sở lớn nhất và luôn được coi là “trung tâm đào tạo” cho Hải Phòng (cũng như cho Việt Nam) đối với chương trình methadone. Phòng khám Lê Chân được thiết kế tiêu chuẩn với kế hoạch sử dụng phòng khám là phòng khám mẫu cho thành phố do địa điểm thuận tiện, gần Sở Y tế và Trung tâm PC HIV/AIDS TP Hải Phòng, thuận lợi cho việc giám sát của lãnh đạo Sở và lãnh đạo Trung tâm HIV/AIDS cũng như thuận lợi trong việc tiếp đón các đoàn tham quan học tập từ các thành phố/tỉnh thành khác. Vậy nên, một cơ sở hạ tầng mới hoàn toàn được xây dựng năm 2008 trên diện tích đất 400m², diện tích văn phòng 200m², xây dựng với thiết kế nhằm đáp ứng mục đích cụ thể của một phòng khám methadone. Phòng khám Ngô Quyền là một phần của một cơ sở dịch vụ HIV nhỏ có diện tích 80m². Do diện tích nhỏ nên phòng khám Ngô Quyền có nhiều trở ngại trong việc tăng bệnh nhân. Phòng khám Thủy Nguyên chủ yếu dành cho các bệnh nhân có hộ khẩu tại huyện Thủy Nguyên do huyện có địa bàn rộng tới bán kính khoảng 20 km. Phòng khám Thủy Nguyên có diện tích rộng (250m²) vậy nên có thể tiếp nhận số lượng bệnh nhân nhiều hơn 250.

12.3.1.2. Số bệnh nhân MMT

Hình 9 mô tả tốc độ gia tăng bệnh nhân của ba phòng khám methadone từ thời điểm khởi đầu của chương trình đầu năm 2008 đến tháng 6/2013. Tính đến cuối năm 2008, 9 tháng sau khi triển khai, trung bình mỗi phòng khám cung cấp dịch vụ cho khoảng 110 bệnh nhân. Đến cuối năm 2010 số bệnh nhân đạt chỉ tiêu tối đa cho mỗi phòng khám. Theo định nghĩa của Bộ Y tế, chỉ tiêu tối đa là 250 bệnh nhân mỗi phòng khám [16]. Tuy nhiên, do nhu cầu điều trị methadone rất cao, tất cả các phòng khám đều tiếp tục tiếp nhận bệnh nhân cho đến cuối năm 2012, mặc dù tốc độ gia tăng của mỗi phòng khám là khác nhau. Phòng khám Lê Chân có số bệnh nhân cao nhất (539), tiếp đến là phòng khám Thủy Nguyên (406) và phòng khám Ngô Quyền (301). Do tải lượng công việc của cán bộ ở cả 3 phòng khám đã ở mức tối đa vì vậy nghiên cứu tiên lượng số lượng bệnh nhân sẽ không tăng hơn nữa cho mỗi phòng khám.

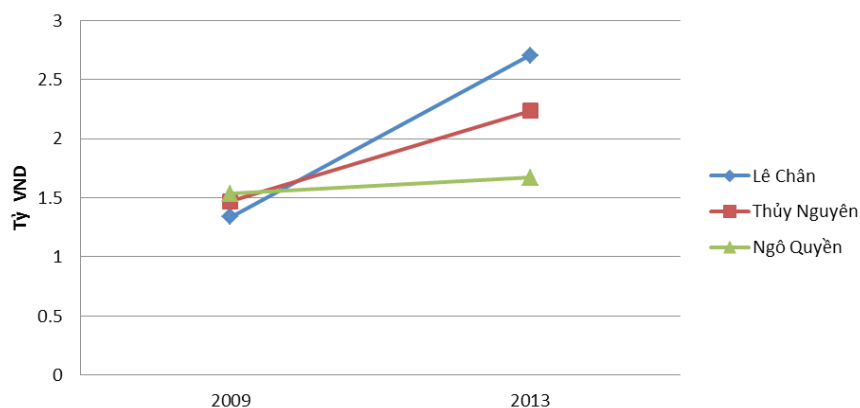
Hình 9: Số bệnh nhân methadone của từng phòng khám 2008 – 2013



12.3.1.3. Chi phí chương trình MMT (chi phí Nhà nước phải trả)

Chi phí chương trình (chi phí Nhà nước phải trả) của 3 phòng khám methadone được ước tính dựa trên báo cáo tài chính cho từng phòng khám và giá trị khấu hao nhà và thiết bị. Chi phí chương trình sau đó được chia cho số bệnh nhân của từng phòng khám để tính chi phí trung bình cho mỗi bệnh nhân một năm.

Hình 10: Chi phí chương trình của từng phòng khám methadone: 2009 so với 2013

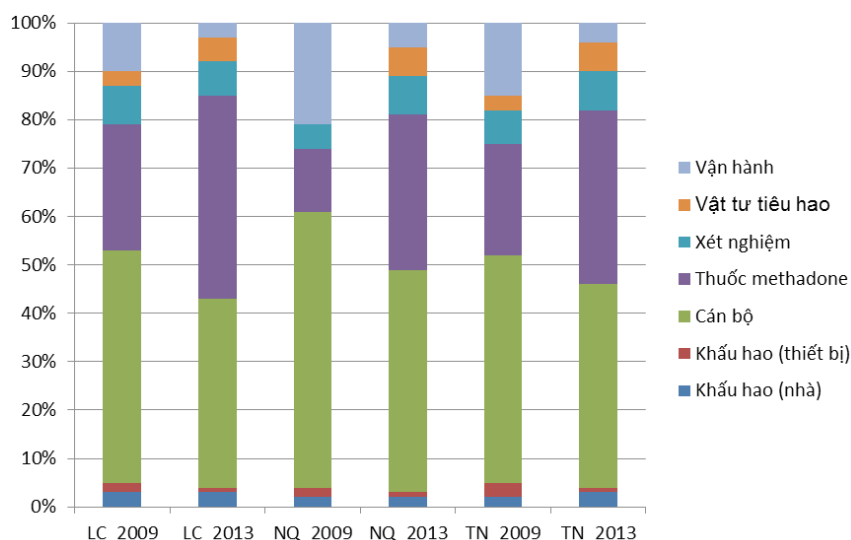


Hình 10 thể hiện chi phí chương trình của từng phòng khám cho năm 2009 và 2013. Một điều hiển nhiên là khi số bệnh nhân tăng lên thì tổng chi phí chương trình cũng tăng lên. Đối với phòng khám Lê Chân, chi phí chương trình năm 2013 gấp đôi chi phí chương trình của năm 2009 (2,7 tỷ VND so với 1,34 tỷ đồng), tỷ lệ thuận với tốc độ gia tăng bệnh nhân (539 so với 213). Đối với phòng khám Ngô Quyền, mức độ gia tăng chi phí chương trình không đáng kể (1,67 tỷ VND so với 1,53 tỷ VND) vì số bệnh nhân chỉ tăng từ 200 đến 301. Phòng khám Thủy Nguyên tăng đáng kể từ 1,47 tỷ VND lên đến 2,24 tỷ VND, do số bệnh nhân tăng từ 250 đến 406. Mức tăng chi phí chương trình chủ yếu là do tăng chi phí thuốc methadone do số bệnh nhân tăng. Xu hướng này được khẳng định bởi tỷ trọng chi phí thuốc methadone ở phần “Cấu trúc chi phí” được trình bày ở phần tiếp theo.

Cấu trúc chi phí

Cấu trúc chi phí chương trình của 3 phòng khám methadone cho năm 2009 và năm 2013 được trình bày ở Hình 11; thể hiện rất rõ cấu phần chi phí cao nhất là chi phí lương cán bộ và thuốc methadone. Tỷ trọng chi phí lương cán bộ giảm một chút từ bình quân 48% năm 2009 xuống bình quân 45% năm 2013, trong khi tỷ trọng thuốc methadone tăng từ 27% năm 2009 lên đến 30% năm 2013. Chi phí thuốc methadone là kết hợp chi phí của thuốc và chi phí hành chính liên quan đến nhập khẩu và chi phí kho. Trung bình 1mg thuốc methadone giá là 61 VND, nghĩa là với một liều methadone trung bình 95mg, chi phí sẽ là 5.795 VND (US\$ 0,28). Cấu phần có tỷ trọng đứng thứ ba là chi phí vận hành, chiếm 11% tổng chi phí chương trình năm 2009 và 8% năm 2013. Chi phí vận hành gồm có chi phí điện, nước, điện thoại, internet, photo-copy hồ sơ bệnh án, văn phòng phẩm, chi phí đi lại, và tổ chức ban lựa chọn bệnh nhân. Năm 2013, chi phí vận hành giảm một phần là do ban lựa chọn bệnh nhân không cần tiếp tục sau năm 2012 khi tổng số bệnh nhân đã đủ cho cả ba phòng khám.

Hình 11: Cấu trúc chi phí theo từng phòng khám methadone – 2009 so với 2013



Cấu trúc chi phí của 3 phòng khám methadone tương đối giống nhau. Lý do là vì các phòng khám methadone được thiết lập theo hướng dẫn của Bộ Y tế, theo chuẩn về cụ thể số cán bộ và chuẩn mức chi cho từng mục ngân sách. Theo hướng dẫn hiện hành, một phòng khám methadone có 2 cán bộ tiếp đón, 2 dược sỹ, 2 y tá, 2 tư vấn viên, 1 bác sỹ toàn thời gian, và một số phòng khám có thêm 1 bác sỹ làm trưởng phòng khám và dành 50% điều trị cho bệnh nhân. Những phòng khám có tỷ trọng chi phí thuốc methadone cao như phòng khám Lê Chân và Thủy Nguyên có số bệnh nhân cao hơn, vậy nên có cấu trúc chi phí hơi khác so với các phòng khám trung bình. Cụ thể, trong năm 2013, chi phí thuốc methadone chiếm 42%, 32% và 36% tổng chi phí chương trình đối với phòng khám Lê Chân, Ngô Quyền và Thủy Nguyên.

Giá trị khấu hao thiết bị và giá trị khấu hao nâng cấp cơ sở của 3 phòng khám methadone tương đối nhỏ, chiếm 3% và 2% tổng chi phí chương trình. Trong báo cáo của nghiên cứu chi phí chương trình methadone năm 2009, 10% giá trị khấu

hao được áp dụng để ước tính chi phí nâng cấp cơ sở và chi phí thiết bị. Nhằm đảm bảo tính so sánh, phương pháp ước tính tương tự được áp dụng cho ước tính chi phí của mô hình trung tâm cai nghiện tập trung.

Trong nghiên cứu chi phí chương trình methadone năm 2009, chi phí trung bình mỗi bệnh nhân được tính dựa trên số bệnh nhân và ngân sách chi tiêu của quý 1 năm 2009. Kết quả dựa trên cách tính này cho thấy chi phí trung bình mỗi bệnh nhân/năm là 6,28 triệu VND cho một bệnh nhân của phòng khám Lê Chân; 7,67 triệu VND cho một bệnh nhân/năm ở phòng khám Ngô Quyền và 5,88 triệu VND cho một bệnh nhân/năm ở phòng khám Thủy Nguyên. Như vậy, trung bình chi phí cho mỗi bệnh nhân của cả ba phòng khám kết hợp là 6,72 triệu VND cho một bệnh nhân/năm. Bảng 9 cho thấy chi phí trung bình mỗi bệnh nhân/năm của năm 2013 cho cả ba phòng khám là 5,30 triệu VND, ít hơn so với năm 2009.

Bảng 9: Chi phí chương trình MMT (chi phí Nhà nước phải trả)

Đơn vị: VND

	2009	2013
Tổng ngân sách Nhà nước phân bổ	4,34 tỷ	6,61 tỷ
Số bệnh nhân	646	1.246
Chi phí Nhà nước phải trả cho 1 bệnh nhân 1 năm	6,72 triệu	5,30 triệu

12.3.1.4. Chi phí đối với bệnh nhân

Việc ước tính chi phí đối với bệnh nhân cho cả hai nhóm đối tượng nghiên cứu và những giả định liên quan đến phương pháp ước tính được thực hiện giống như phương pháp của French và đồng nghiệp thực hiện khi ước tính chi phí của chương trình điều trị nghiện ở Hoa Kỳ [17]. Theo đó, chi phí đối với bệnh nhân/học viên được chia ra thành 4 nhóm chi phí: 1) chi phí cơ hội vì phải dành thời gian để tham gia điều trị, được ước tính chủ yếu dựa trên chi phí do mất đi cơ hội lao động tạo thu nhập cá nhân; 2) những chi phí khác bệnh nhân/học viên phải trả để đến được nơi nhận dịch vụ điều trị như chi phí đi lại, chi phí gửi xe; và 3) chi phí liên quan đến việc phải đi lại từ nhà đến nơi nhận dịch vụ điều trị (ví dụ: thời gian đi lại).

Để có thể ước tính được tổng chi phí đối với bệnh nhân methadone, công thức tính sau được xây dựng:

Tổng chi phí hàng năm (bệnh nhân methadone) = Tổng chi phí cơ hội + tổng chi phí đi lại

trong đó:

mức lương hàng tháng

160 (số giờ làm việc trung bình 1 tháng)

Tổng chi phí cơ hội = Tổng thời gian mỗi năm (bằng giờ) x Thu nhập theo giờ (tại thời điểm trước điều trị)

thời gian đi lại để đến phòng khám + thời gian chờ (phút)

60 (phút cho 1 giờ)

x 340 (ngày cho 1 năm)

Tổng chi phí đi lại = Chi phí đi lại hàng tuần (xăng, tiền xe ôm, xe buýt...) x 52 (tuần)

Chi phí đi lại là chi phí của việc đi lại từ nhà đến phòng khám hàng ngày để uống thuốc methadone. Mức chi phí đi lại (hàng ngày) được thu thập trực tiếp từ bệnh nhân thông qua bảng hỏi DATCAP. Tổng chi phí đi lại được ước tính bằng cách nhân chi phí hàng ngày với số ngày tham gia điều trị trung bình một năm.

Thời gian bỏ ra để tham gia điều trị là một chi phí cơ hội (*opportunity costs*) và về mặt lý thuyết có thể bao gồm chi phí mất cơ hội lao động tạo thu nhập (*employment costs*). Chi phí mất cơ hội lao động là giá trị của thời gian bị mất vì thời gian đó bệnh nhân có thể tham gia lao động làm việc tạo thu nhập cho bản thân. Phần chi phí này được tính như sau: a) đối với những bệnh nhân báo cáo có việc làm tại thời điểm 3 tháng trước điều trị, chi phí mất cơ hội lao động được tính dựa trên mức thu nhập bình quân hàng tháng; b) đối với những bệnh nhân không có việc làm tại thời điểm 3 tháng trước điều trị, chi phí mất cơ hội sẽ được tính là 0. Tổng chi phí cơ hội mỗi tháng cho mỗi bệnh nhân được ước tính bằng nhân mức thu nhập mỗi giờ với tổng số giờ phải tham gia điều trị tại phòng khám methadone mỗi tháng và số giờ đi lại để đến phòng khám methadone.

Bảng 10 trình bày chi phí đối với bệnh nhân methadone, trình bày với giá trị VND tính vào năm 2013, sau khi điều chỉnh lạm phát dựa trên chỉ số tiêu dùng CPI (Consumer Price Index). Số liệu chi phí được thu thập cho các năm khác nhau, nên việc điều chỉnh lạm phát là cần thiết nhằm bảo đảm tính chính xác khi so sánh. Chi phí cơ hội đối với một bệnh nhân methadone/một năm là 1,22 triệu VND và chi phí đi lại là 4,25 triệu VND.

Bảng 10: Chi phí bệnh nhân phải trả (bằng VND tính vào năm 2013, sau khi điều chỉnh lạm phát bằng chỉ số tiêu dùng CPI)

Đơn vị: VND

Chi phí cơ hội (mất cơ hội lao động tạo thu nhập cá nhân)	1,22 triệu
Chi phí điều trị do bệnh nhân trả	Không
Chi phí đi lại	4,25 triệu
TỔNG	5,47 triệu

12.3.1.5. Tổng chi phí (chi phí Nhà nước phải trả + chi phí đối với bệnh nhân) của chương trình methadone

Tổng chi phí đối với một bệnh nhân methadone/một năm được ước tính dựa trên công thức sau:

Tổng chi phí cho 1 bệnh nhân/năm = Tổng chi phí chương trình (chi phí Nhà nước phải trả) + chi phí đối với bệnh nhân

Bảng 11 cho thấy tổng chi phí bình quân cho 1 bệnh nhân/năm là 13,35 triệu VND. Đây là mức chi phí đã điều chỉnh lạm phát. Tỷ trọng chi phí Nhà nước phải trả chiếm 59% trên tổng chi phí.

Bảng 11: Tổng chi phí cho 1 bệnh nhân MMT: tính bằng VND giá trị năm 2013 sau khi điều chỉnh lạm phát bằng CPI

Đơn vị: VND

	MỘT NĂM (1 người)
Chi phí Nhà nước phải trả	7,88 triệu
Chi phí đối với bệnh nhân	5,47 triệu
Tổng chi phí (Nhà nước + bệnh nhân)	13,35 triệu
% chi phí Nhà nước phải trả trên tổng chi phí	59%

12.3.2. Chi phí mô hình CCT

12.3.2.1. Ba trung tâm CCT

Thành phố Hải Phòng có 3 trung tâm CCT và nghiên cứu này thu thập số liệu của cả 3 trung tâm. Trung tâm 06 là trung tâm lâu đời nhất và cũng có công suất nhỏ nhất, có vị trí thuộc Quận nội thành Hải An. Trung tâm 06 được xây dựng năm 1991 sử dụng cơ sở hạ tầng sẵn có trên diện tích đất 6,000m². Cơ sở được nâng cấp cho công suất điều trị cho 250-300 học viên. Diện tích 2,150m² được dành cho văn phòng, nhà ở và diện tích 720m² được dành cho các hoạt động chăn nuôi cây trồng để các học viên có thể tự canh tác cải thiện bữa ăn của họ.

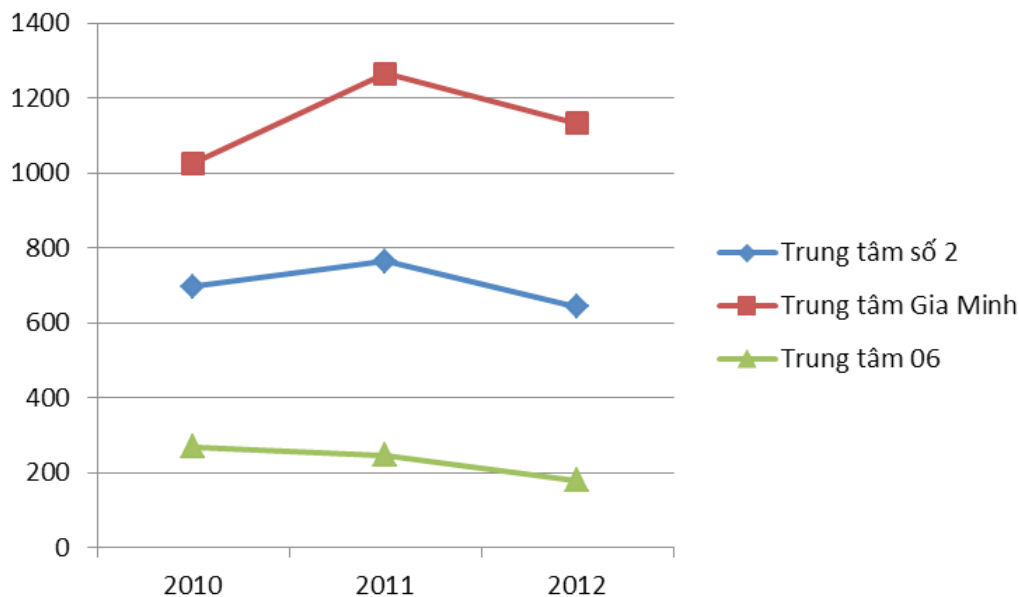
Trung tâm lâu đời thứ hai và cũng là lớn nhất là trung tâm Gia Minh, được xây dựng năm 2004. Trung tâm Gia Minh đặt tại Huyện ngoại thành Thủy Nguyên, cách trung tâm thành phố khoảng 30 km về phía tây bắc. Trung tâm Gia Minh được xây dựng trên tổng diện tích đất và núi 68 héc-ta (1 héc-ta = 10.000m²). Diện tích 12 héc-ta dành cho xây dựng nhà ở, văn phòng và khu đào tạo dạy nghề và diện tích 35 héc-ta dành cho hoạt động canh tác nông nghiệp và chăn nuôi. Công suất thiết kế ban đầu của trung tâm là cho 500 học viên. Một vài năm sau khi hoàn thiện, một số nhà và cơ sở được xây dựng bổ sung. Thời gian từ 2010-2012, trung tâm có đủ công suất cho 1.200 học viên (xem Hình 12).

Trung tâm thứ ba là Trung tâm 02, được đưa vào hoạt động năm 2009. Trung tâm 02 có vị trí thuộc Quận ngoại thành Tiên Lãng, cách trung tâm thành phố khoảng 22 km về phía tây nam. Trung tâm 02 có 40,27 héc-ta đất, trong đó 13,47 héc-ta dành cho xây dựng cơ sở hạ tầng. Phần đất đai còn lại dành cho chăn nuôi và trồng rau. Trung tâm 02 có công suất thiết kế cho 1.500-1.800 học viên.

12.3.2.2. Số học viên trung tâm CCT

Ba trung tâm CCT có công suất khác nhau, như thể hiện ở Hình 12. Số học viên của Trung tâm số 2 và Trung tâm Gia Minh tăng trong 2010 và 2011. Tuy nhiên, trong năm 2012, số lượng học viên có xu hướng giảm đồng nhất. Trung tâm lớn nhất Gia Minh có 1.133 học viên trong năm 2012, giảm từ 1.265 học viên. Trung tâm 02 và Trung tâm Gia Minh có số học viên tự nguyện khoảng 10% tổng số học viên. Tuy nhiên, số học viên tự nguyện của Trung tâm 06 chiếm tới 40%. Số học viên tự nguyện được đưa vào trong biểu đồ chỉ nhằm mục đích ước tính chi phí cho mỗi học viên mỗi năm. Tất cả các phân tích khác trong báo cáo này chỉ liên quan đến các học viên cai nghiện bắt buộc của 3 trung tâm CCT.

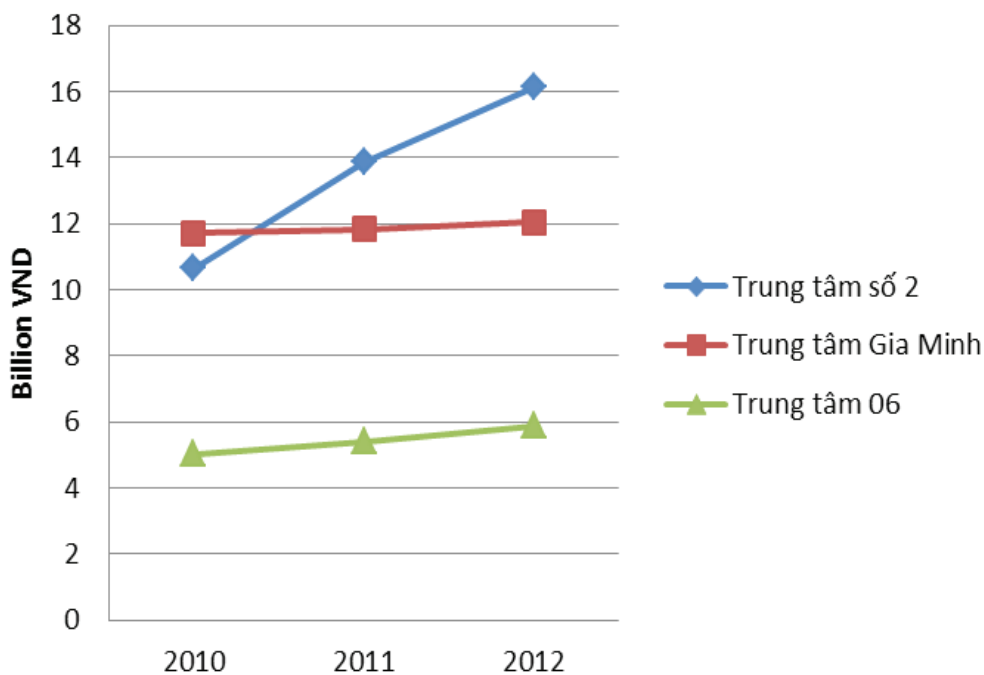
Hình 12: Số học viên của các trung tâm CCT (cả bắt buộc và tự nguyện): 2010-2012



12.3.2.3. Chi phí hoạt động của trung tâm CCT

Hình 13 cho thấy ngân sách hàng năm của từng trung tâm cho thời gian từ 2010 đến 2012. Ngân sách hàng năm của Trung tâm Gia Minh và Trung tâm 06 không thay đổi trong thời gian này. Tuy nhiên, ngân sách hàng năm của Trung tâm 02 có xu hướng tăng mỗi năm. Ngược lại, số lượng học viên của cả 3 trung tâm lại có xu hướng giảm đi.

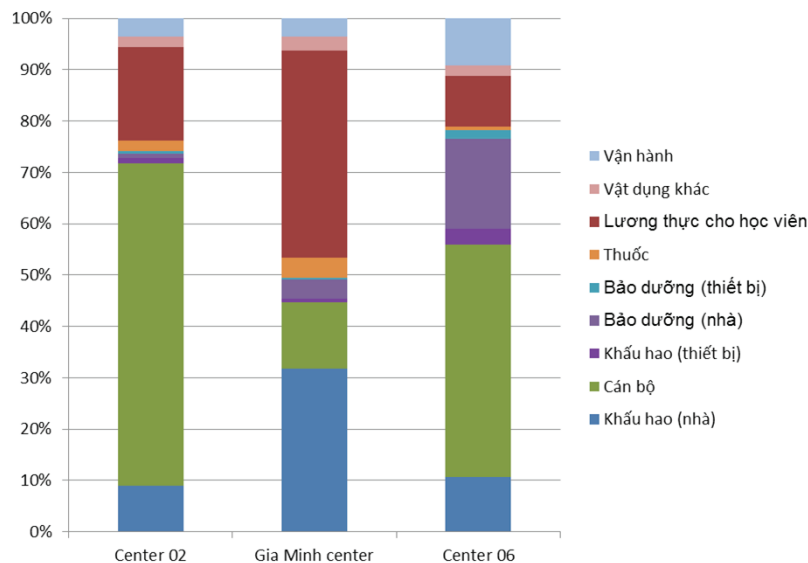
Hình 13: Tổng ngân sách hàng năm của trung tâm CCT: 2010-2012



Cấu trúc chi phí

Hình 14 thể hiện cấu trúc chi phí hoạt động của các trung tâm, cho thấy mỗi trung tâm có một cấu trúc chi phí khác nhau. Trung tâm 02 và Trung tâm 06 có tỷ trọng ngân sách cao nhất dành cho lương cán bộ với tỉ trọng 63% và 45%. Trung tâm Gia Minh lại có tỷ trọng cao ở khấu hao nhà (32%) và lương thực cho học viên (40%). Điều này có thể là do Trung tâm Gia Minh cần nhiều nhà ở và cơ sở hạ tầng để đáp ứng nhu cầu công suất cho số lượng học viên lớn hơn các trung tâm khác, nhất là khi số lượng học viên thực tế cao hơn gấp 2,5 lần so với công suất thiết kế ban đầu.

Hình 14: Cấu trúc chi phí của các trung tâm CCT – 2012



Chi phí bình quân cho mỗi học viên/năm (chi phí Nhà nước phải trả)

Bảng 12 cho thấy năm 2010 Nhà nước phải trả 13,74 triệu VND (US\$658) để điều trị cho một học viên CCT một năm. Mức phí này tăng lên 17,42 triệu VND (US\$835) năm 2012.

Bảng 12: Chi phí hoạt động của trung tâm CCT (Chi phí Nhà nước phải trả)

Đơn vị: VND

	2010	2011	2012
Tổng ngân sách Nhà nước phân bổ	27,38 tỷ	31,11 tỷ	34,05 tỷ
Số học viên	1.993	2.271	1.955
Chi phí Nhà nước phải trả cho 1 bệnh nhân 1 năm	13,74 triệu	13,66 triệu	17,42 triệu

Một nội dung quan trọng cần đề cập tại phần này là trong năm 2014, Thành phố Hải Phòng cấp tổng ngân sách là 72,47 tỷ đồng (1 năm) cho 3 trung tâm cai nghiện tập trung (theo công văn số 2804/QĐ-UBND). Con số này cao gấp 2 lần so với tổng số tiền

mỗi năm các trung tâm cung cấp cho nghiên cứu thông qua bảng hỏi (như thể hiện ở bảng 12). Tuy nhiên, phần phân tích của nghiên cứu vẫn sử dụng số liệu thấp hơn này để trung thành với số liệu chính thức thu thập qua bảng hỏi.

12.3.2.4. Chi phí học viên CCT phải trả

Theo quy định của nhà nước thì người nghiện ma túy khi vào điều trị cai nghiện bắt buộc trong trung tâm cai nghiện tập trung không phải trả tiền cho dịch vụ điều trị cai nghiện. Tuy nhiên, theo kết quả thông tin thu thập được trong bảng hỏi chính thức, đa số các học viên/hoặc gia đình họ phải đóng tiền cai nghiện cho các trung tâm. Theo số liệu của 208 học viên cung cấp (qua bảng hỏi, tại phỏng vấn lần đầu), mức phí điều trị bình quân là 1,54 triệu đồng và giao động trong khoảng từ 0 đến 9 triệu đồng. Trong số 208 học viên có 89 học viên (43%) báo cáo không đóng phí cai nghiện. Cụ thể, người nghiện cai nghiện bắt buộc tại trung tâm 06 tại Phường Cát Bi không phải nộp phí cai nghiện. Đối với hai trung tâm còn lại là trung tâm số 02 Huyện Tiên Lãng và trung tâm Gia Minh huyện Thủy Nguyên, những học viên phải đóng tiền phí điều trị cai nghiện trung bình là 2.900.000 đồng.

Ngoài phí cai nghiện phải nộp khi làm thủ tục vào cai nghiện bắt buộc trong trung tâm, các học viên CCT cũng có các loại chi phí khác trong thời gian hai năm họ cai nghiện. Những chi phí khác, trong nghiên cứu này được định nghĩa là chi phí cơ hội (opportunity costs), được tính bằng công thức sau:

Tổng chi phí cơ hội hàng năm (cho mỗi học viên CCT) = (Chi phí thời gian + Tiền thuốc + Tiền mua vật dụng cá nhân) x 12 (tháng)

Trong đó:

Chi phí thời gian được định nghĩa là chi phí cơ hội bị mất vì nếu ở ngoài cộng đồng các học viên có thể đi làm và có thu nhập cá nhân.

Tổng chi phí thời gian mỗi tháng = mức thu nhập học viên tự báo cáo (3 tháng trước điều trị)

Bảng 13 cho thấy số liệu thống kê tóm tắt từng cấu phần chi phí các học viên phải trả.

Bảng 13: Tóm tắt thống kê chi phí học viên CCT phải trả (n=208)

Đơn vị: VND

Tên trung tâm	Chi phí thời gian hàng tháng Số trung bình (độ lệch chuẩn)	Tiền thuốc hàng tháng Số trung bình (độ lệch chuẩn)	Tiền mua vật dụng cá nhân hàng tháng Số trung bình (độ lệch chuẩn)
Trung tâm số 2	2,91 tr (1,82 tr)	97% số học viên (202) điền số tiền = 0	149.700 (205.000)
Trung tâm Gia Minh	2,96 tr (2,13 tr)		248.000 (190.000)
Trung tâm 06	2,93 tr (3,10 tr)		107.000 (113.000)

Phương pháp ước tính chi phí cơ hội của nghiên cứu này áp dụng tương tự phương pháp của French và đồng nghiệp khi ước tính chi phí đối với bệnh nhân của chương trình cai nghiện ở Hoa Kỳ. Ước tính chi phí cơ hội dựa trên những nguồn số liệu sau: a) đối với các học viên báo cáo có việc làm trong thời gian 3 tháng trước khi vào trung tâm, chi phí cơ hội của họ được tính là mức thu nhập hàng tháng của họ; b) đối với những học viên báo cáo là không có việc làm 3 tháng trước khi vào trung tâm (23%), chi phí cơ hội của họ là 0. Tổng chi phí cơ hội trong 2 năm là chi phí cơ hội một tháng nhân với 24 tháng.

Tổng chi phí đối với học viên CCT gồm có 3 mục sau: 1) 100% phí cai nghiện nộp cho trung tâm; và 2) 100% chi phí cơ hội. Tiền thuốc không được tính vì chỉ có 6 học viên báo cáo có trả tiền thuốc.

Tổng chi phí đối với học viên CCT được trình bày ở Bảng 14 (thể hiện bằng VND giá trị năm 2013 sau khi điều chỉnh lạm phát bằng chỉ số tiêu dùng CPI). Chi phí cơ hội đối với học viên CCT cao hơn rất nhiều so với chi phí cơ hội đối với bệnh nhân MMT, chủ yếu là do các học viên CCT phải ở hẳn trong trung tâm trong thời gian 2 năm. Chi phí cơ hội bình quân đối với mỗi học viên CCT là 36,98 tr VND (US\$1,772) một năm. Tổng chi phí mỗi năm đối với học viên CCT là 37,75 tr VND, cao hơn gấp 7 lần so với tổng chi phí mỗi năm đối với bệnh nhân MMT (5,47 tr VND)

Bảng 14: Chi phí học viên phải trả (bằng VND tính vào năm 2013, sau khi hiệu chỉnh lạm phát bằng chỉ số tiêu dùng CPI)

Đơn vị: VND

Chi phí cơ hội (mất cơ hội lao động tạo thu nhập cá nhân)	36,98 tr
Chi phí điều trị do bệnh nhân trả	0,77 tr
TỔNG	37,75 tr

12.3.2.5. Tổng chi phí mô hình CCT (chi phí Nhà nước phải trả + chi phí đối với học viên)

Tổng chi phí cho một học viên CCT/năm được tính dựa vào công thức sau:

Tổng chi phí (một học viên/năm) = Chi phí hoạt động (chi phí Nhà nước phải trả) + Phí cai nghiện cho 1 năm + Các chi phí khác đối với học viên CCT cho 1 năm

Chi tiết tổng chi phí của mô hình CCT được trình bày ở Bảng 15 (thể hiện bằng VND giá trị năm 2013 sau khi điều chỉnh lạm phát bằng chỉ số tiêu dùng CPI). Trung bình, tổng chi phí là 61,52 tr VND (US\$2,948) cho mỗi học viên/năm. Mức tổng chi phí cho mỗi học viên/năm của các trung tâm dao động rất khác nhau. Trung tâm Gia Minh có mức thấp nhất 53,08 tr VND, Trung tâm 06 có mức cao nhất 70,31 tr VND và Trung tâm số 2 mức 66,68 tr VND. Sự khác biệt này là do tác động chủ yếu của chi phí hoạt động, chứ không phải do tác động bởi chi phí đối với học viên. Tổng chi phí cho một học viên CCT cao hơn gấp gần 5 lần so với tổng chi phí cho một bệnh nhân MMT (61,52 tr VND so với 13,35 tr VND).

Bảng 15: Tổng chi phí cho 1 học viên CCT: tính bằng VND giá trị năm 2013 sau khi hiệu chỉnh lạm phát bằng CPI

Đơn vị: VND

	MỘT NĂM (1 người)
Chi phí Nhà nước phải trả	19,67 triệu
Chi phí đối với học viên	37,75 triệu
Tổng chi phí (Nhà nước + học viên)	57,42 triệu
% chi phí Nhà nước phải trả trên tổng chi phí	34%

12.3.3. So sánh tổng chi phí của hai mô hình điều trị (khung thời gian 3 năm)

Như đã định nghĩa trong phần 4.4, khung thời gian của nghiên cứu ngày là 3 năm (cho cả phần hiệu quả và chi phí). Vậy nên, tổng chi phí của 3 năm được ước tính và hiệu số của chi phí bình quân của hai mô hình điều trị sẽ được kiểm định sử dụng kiểm định *t*-test và phương pháp bootstrap.

Vì mô hình MMT là mô hình điều trị kéo dài thời gian nên tổng chi phí của 3 năm sẽ được tính như sau:

Tổng chi phí 3 năm của mô hình MMT = Tổng chi phí cho 1 bệnh nhân MMT/năm x 3 (năm)

Mô hình CCT là mô hình 2 năm và ở năm thứ 3 các học viên về cộng đồng nên năm thứ 3 sẽ không có chi phí. Vậy nên tổng 3 năm chi phí của mô hình CCT sẽ được tính như sau:

Tổng chi phí 3 năm của mô hình CCT = Tổng chi phí cho 1 học viên CCT/năm x 2 (năm)

Bảng 16 cho thấy trong 3 năm, tổng chi phí đã điều chỉnh lạm phát cho một học viên CCT là 114,84 tr VND (US\$5.502), cao gấp gần 3 lần so với tổng chi phí đã điều chỉnh lạm phát cho một bệnh nhân MMT là 40,05 tr VND (US\$1.919).

Bảng 16: Tổng chi phí cho một học viên/bệnh nhân trong 1 năm so với 3 năm

Đơn vị: VND

	1 NĂM (1 người)		KHUNG THỜI GIAN 3 NĂM (1 người)	
	MMT	CCT	MMT	CCT
Chi phí Nhà nước phải trả	7,88 tr	19,67 tr	23,65 tr	39,34 tr *
Chi phí đối với bệnh nhân/ học viên	5,47 tr	37,75 tr	16,41 tr	75,50 tr *
Tổng chi phí (Nhà nước + bệnh nhân/học viên)	13,35 tr	57,42 tr	40,05 tr	114,84 tr *
% chi phí Nhà nước phải trả trên tổng chi phí	59%	32%		

*Đối với mô hình điều trị CCT, khung thời gian 3 năm chỉ tính 2 năm chi phí vì năm thứ 3 học viên đã trở về cộng đồng và chi phí của năm thứ 3 là = KHÔNG.

Bất cứ nghiên cứu đánh giá hiệu quả kinh tế nào cũng có những giới hạn về độ chắc chắn, về tính chính xác và tính chặt chẽ của phương pháp. Nghiên cứu đánh giá chi phí – hiệu quả này phân tích số liệu của một quần thể đối tượng nghiên cứu. Tùy thuộc vào phương pháp chọn mẫu quần thể nghiên cứu, có thể có sự khác biệt lớn khi so sánh giữa từng cá nhân thuộc quần thể nghiên cứu. Sự khác biệt lớn này là một hạn chế về độ chắc chắn khi đưa ra kết luận về kết quả nghiên cứu. Hạn chế này đã được xử lý bằng một phương pháp thông kê là kiểm định *t*-test (*t-test method*) khi phân tích số liệu chi phí của nghiên cứu này. Ngoài ra, một thách thức nữa là số liệu chi phí thường không tuân theo phân bố chuẩn (*normal distribution*) mà thường lệch (*highly skewed*) (nghĩa là đa số quần thể nghiên cứu có giá trị chi phí dồn về phía bên trái của biểu đồ và một tỷ lệ nhỏ quần thể nghiên cứu có số liệu chi phí cao). Kiểm định *t*-test chỉ có tính chính xác nếu số liệu tuân theo một phân bố chuẩn. Để giải quyết hạn chế này, phương pháp bootstrap (*non-parametric bootstrap method*) cũng song song được thực hiện (sau khi thực hiện kiểm định *t*-test) và sau đó so sánh kết quả của hai phương pháp. Nếu kết quả của hai phương pháp giống nhau thì tác giả có thể khẳng định và kết luận tự tin là chi phí trung bình của hai mô hình điều trị nghiện CCT và MMT là khác nhau và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Bảng 17 trình bày kết quả kiểm định *t*-test và kết quả chạy bootstrap sử dụng số liệu chi phí đã điều chỉnh lạm phát. Kết quả khẳng định rằng giá trị chênh về chi phí bình quân giữa hai mô hình điều trị trong tổng thời gian 3 năm có sự khác biệt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0.001$. Vậy nên, tác giả có đủ căn cứ khoa học để kết luận rằng giá trị chênh về chi phí bình quân giữa hai mô hình điều trị trong tổng thời gian 3 năm là 82,99 tr VND (US\$3,977).

Bảng 17: Chênh chi phí bình quân: cho tổng thời gian 3 năm

Đơn vị: VND

Số trung bình (độ lệch chuẩn)		Kết quả kiểm định <i>t</i> -test (chênh chi phí bình quân-mean difference & quãng tự tin -CI)	Kết quả chạy Bootstrap (chênh chi phí bình quân-mean difference & quãng tự tin -CI)
MMT	CCT		
40,05 tr (10,89 tr)	114,84 tr (62,40 tr)	$t = 20,03$; $p<0,001$; Mean dif.= 74,79 tr (CI: 62,79 tr – 86,79 tr)	Mean dif.= 74,76 tr (CI: 62,67 tr – 86,27 tr)

12.3.4. Tóm tắt kết quả nghiên cứu Phần 3

Số liệu chi phí ở phần 12.3.4 này được thể hiện bằng VND giá trị năm 2013 sau khi điều chỉnh lạm phát bằng chỉ số tiêu dùng CPI.

Kết quả nghiên cứu Phần 3 (phân tích chi phí) cho thấy:

- 1) Trong 1 năm:
 - ✓ Nhà nước phải trả 19,67 tr VND (US\$943) để điều trị cho 1 học viên CCT, **cao hơn 2,5 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT là 7,88 tr VND (US\$378);

- ✓ Chi phí đối với 1 học viên CCT là 37,75 tr VND (US\$1,808), cao hơn 7 lần so với chi phí đối với 1 bệnh nhân MMT là 5,47 tr VND (US\$263). Chi phí đối với một học viên CCT gồm có chi phí thời gian bị bỏ lỡ là 36,98 tr VND và chi phí khác là 0,77 tr VND. Chi phí đối với một bệnh nhân MMT gồm có chi phí thời gian bị bỏ lỡ là 1,22 tr VND và chi phí khác là 4,25 tr VND. Sự chênh lệch này cho thấy chi phí cơ hội của học viên CCT là rất lớn, do thực tế phải ở trong trung tâm CCT trong thời gian dài 2 năm, mất đi cơ hội làm việc tạo thu nhập so với khi ở cộng đồng. Kết quả này khẳng định kết quả nghiên cứu của Hoa Kỳ, cho thấy chi phí đối với người bệnh là một khoản chi phí rất đáng kể trong tổng chi phí của dịch vụ điều trị nghiện nhưng thường không được tính đến khi tính toán chi phí chung của xã hội;

2) Trong 3 năm:

- ✓ Nhà nước phải trả 39,34 tr VND để điều trị cho 1 học viên CCT, **cao hơn 1,67 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT (23,65 tr VND);
- ✓ Tổng chi phí (chi phí Nhà nước phải trả + chi phí đối với người bệnh) cho 1 học viên CCT (114,84 tr VND) **cao hơn 3 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT (40,05 tr VND);
- ✓ Giá trị chênh về chi phí bình quân giữa hai mô hình điều trị trong tổng thời gian 3 năm có sự khác biệt là 74,79 tr VND (US\$3,583) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, như kết quả của kiểm định *t*-test và kết quả bootstrap đã khẳng định;

12.4. Phần 4: Phân tích chi phí – hiệu quả

Phần 4 nhằm mục đích: 1) xác định mô hình điều trị nào mang lại hiệu quả đầu tư tốt hơn

Như đã đề cập ở phần 9.1, đơn vị đo lường chủ đạo trong phân tích chi phí-hiệu quả là tỉ lệ chênh chi phí-hiệu quả (incremental cost-effectiveness ratio-ICER). ICER có thể ước tính sử dụng công thức sau:

$$ICER = \frac{C1 - C2}{E1 - E2}$$

C1 là chi phí bình quân và E1 là hiệu quả bình quân của mô hình điều trị đang được đánh giá (CCT) và C2 là chi phí bình quân và E2 là hiệu quả bình quân của mô hình điều trị đối chứng (MMT).

Cho báo cáo này, chỉ số đo lường hiệu quả “số ngày KHÔNG sử dụng ma túy” (một biến liên tục – *continuous outcome variable*) được dùng để ước tính tỉ lệ ICER vì sử dụng ma túy là chỉ số đo lường chính của nghiên cứu này. “Số ngày KHÔNG sử dụng ma túy” là mục tiêu cần đạt được, và số này có giá trị ngược lại so với “số ngày sử dụng ma túy”. Do thời gian hạn hẹp, tỉ lệ ICER cho các chỉ số đo lường hiệu quả còn lại không được trình bày trong báo cáo này. Lý do là việc ước tính tỉ lệ ICER cho các biến phân loại (*dichotomous outcome variables*) về mặt kỹ thuật khó thực hiện hơn rất nhiều so với việc ước tính tỉ lệ ICER cho các biến liên tục. Biến phân loại là biến có giá trị có hoặc không. Biến liên tục là biến có giá trị là một chuỗi các số nguyên. Ví dụ số ngày KHÔNG sử dụng ma túy có giá trị từ 0 đến 30.

Tỉ lệ ICER cho chỉ số đo lường “số ngày KHÔNG sử dụng ma túy” được tính như sau (cho khung thời gian 3 năm):

$$ICER = \frac{\text{Chi phí bình quân CCT} - \text{Chi phí bình quân MMT}}{\text{Số ngày không sử dụng ma túy CCT} - \text{Số ngày không sử dụng ma túy MMT}}$$
$$ICER = \frac{39,34 \text{ tr đồng} - 23,65 \text{ tr đồng}}{- 324} = \frac{15,69 \text{ tr đồng}}{- 324}$$

Kết quả tỉ lệ ICER trên có ý nghĩa là: nếu đầu tư vào điều trị methadone, **trong thời gian 3 năm**, không những Nhà nước sẽ tiết kiệm được **15,69 triệu đồng (US\$730)** để điều trị cho mỗi người nghiện hê-rô-in, mà mỗi người nghiện hê-rô-in còn **GIẢM ĐƯỢC 324 ngày** sử dụng ma túy.

12.5. Tóm tắt kết quả nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu Phần 2 (phân tích hiệu quả) cho thấy:

- **Mô hình điều trị MMT hiệu quả hơn so với mô hình CCT, đối với:**
 1. Giảm sử dụng hê-rô-in (xét nghiệm nước tiểu): trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất kết quả nước tiểu dương tính **cao gấp 3 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 2. Giảm sử dụng tất cả các loại ma túy (bao gồm cả hê-rô-in và các chất ma túy tổng hợp): trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất sử dụng ma túy **cao gấp 3,3 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 3. Giảm số ngày sử dụng ma túy: trong thời gian 3 năm, số ngày sử dụng ma túy trong 30 ngày trước ngày phỏng vấn của hai nhóm đều giảm đáng kể theo thời gian. Tuy nhiên, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 9 ngày** so với mỗi bệnh nhân methadone. Như vậy, trung bình mỗi năm trong thời gian 3 năm nghiên cứu, mỗi học viên từ trung tâm sử dụng ma túy **NHIỀU HƠN 108 ngày** so với mỗi bệnh nhân methadone.
 4. Giảm hành vi vi phạm luật pháp: trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất có hành vi vi phạm luật pháp **cao gấp 5,6 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
 5. Giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV: trong thời gian 3 năm, nhóm học viên từ trung tâm có xác suất có hành vi nguy cơ HIV **cao gấp 7 lần** so với nhóm bệnh nhân methadone;
- **Không có sự khác biệt về hiệu quả của mô hình MMT và CCT đối với:**
 6. Giảm nguy cơ sốc thuốc quá liều: trong thời gian 3 năm, xác suất nguy cơ sốc thuốc quá liều ở nhóm học viên từ trung tâm **giảm 24%** và nhóm bệnh nhân methadone giảm **30%**. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê;

7. Giảm số tiền mua ma túy hàng tháng: trong thời gian 3 năm, số tiền mua ma túy hàng tháng của nhóm bệnh nhân methadone giảm **4,4 triệu VND** và nhóm học viên từ trung tâm giảm **3,6 triệu VND**, so với thời điểm 3 tháng trước khi bắt đầu điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê; Tuy nhiên, số tiền mua ma túy trong thời gian từ 24 tháng đến 36 tháng ở nhóm bệnh nhân methadone luôn thấp hơn.

Kết quả nghiên cứu Phần 3 (phân tích chi phí) cho thấy:

- 1) Trong 1 năm:
 - ✓ Nhà nước phải trả 19,67 tr VND (US\$943) để điều trị cho 1 học viên CCT, **cao hơn 2,5 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT là 7,88 tr VND (US\$378).
 - ✓ Chi phí đối với 1 học viên CCT là 37.75 tr VND (US\$1,808), cao hơn 7 lần so với chi phí đối với 1 bệnh nhân MMT là 5,47 tr VND (US\$263).
- 2) Trong 3 năm:
 - ✓ Nhà nước phải trả 39,34 tr VND để điều trị cho 1 học viên CCT, **cao hơn 1,67 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT (23,65 tr VND)
 - ✓ Tổng chi phí (chi phí Nhà nước phải trả + chi phí đối với người bệnh) cho 1 học viên CCT (114,84 tr VND) **cao hơn 3 lần** chi phí điều trị cho 1 bệnh nhân MMT (40,05 tr VND)

Kết quả nghiên cứu Phần 4 (phân tích chi phí – hiệu quả) cho thấy:

- Nếu đầu tư vào mô hình MMT, trong thời gian 3 năm, không những Nhà nước có thể **tiết kiệm được 15,69 tr VND** (US\$730) mà vẫn có thể giúp **mỗi người nghiện hê-rô-in** ở thành phố Hải Phòng **GIẢM được 324 ngày sử dụng ma túy**.

Nghiên cứu phân tích kinh tế chi phí – hiệu quả này cho thấy **bằng chứng khoa học rõ ràng** là mô hình điều trị MMT mang lại **hiệu quả đầu tư** tốt hơn đối với nhiều chỉ số đo lường hiệu quả khác nhau cho người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng. Dựa trên các bằng chứng này, các tác giả khuyến nghị các nhà hoạch định chính sách của thành phố Hải Phòng nói riêng và các lãnh đạo của Nhà nước Việt Nam nói chung ưu tiên hơn nữa nguồn lực tài chính để mở rộng chương trình điều trị methadone và thu hẹp mô hình trung tâm cai nghiện tập trung.

Tỉ lệ ICER (tỉ lệ hiệu quả đầu tư) trình bày ở phần 13.4 chỉ thể hiện các con số liên quan đến **một người nghiện hê-rô-in**. Để có thể ứng dụng kết quả này vào thực tiễn thì cần phải tiến hành thêm một bước là sử dụng con số này cho bối cảnh của thành phố Hải Phòng và cho toàn quốc. Các tiểu mục tiếp theo dưới đây sẽ sử dụng kết quả cụ thể của nghiên cứu để xây dựng 3 kịch bản (cho thành phố Hải Phòng và cho toàn quốc). Các nhà hoạch định chính sách có thể nghiên cứu chọn lựa những kịch bản nào là phù hợp giúp cho việc định hướng kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.

Một vấn đề cần thận trọng: Một vấn đề quan trọng cần được nhấn mạnh lại là kết quả của nghiên cứu này có được là dựa vào số liệu về chi phí và số liệu về hiệu quả của hai mô hình điều trị nghiện được thực hiện ở thành phố Hải Phòng. Định mức chi ở các tỉnh/thành phố khác có thể không giống như định mức chi ở thành phố Hải Phòng. Vậy nên, nếu sử dụng các số liệu và kết quả của nghiên cứu này để ứng dụng cho các địa phương khác hoặc cho quy mô toàn quốc thì cần xem xét hoàn cảnh thực tế ở địa phương đó cho phù hợp và cần ghi nhận sự khác biệt này.

14.1. Ba kịch bản cho bối cảnh Thành phố Hải Phòng:

Trong nghiên cứu đã đưa ra tính toán với 3 kịch bản và ước tính chi phí cụ thể cho mỗi kịch bản. Hai kịch bản đầu là những tình huống thực tế, có mục đích ước tính ngân sách thực tế UBND Thành phố Hải Phòng phải trả nếu chọn lựa từng kịch bản. Kịch bản thứ 3 là tình huống giả thuyết, có mục đích ước tính tổng ngân sách UBND Thành phố Hải Phòng có thể tiết kiệm được nếu mô hình điều trị methadone được chọn lựa thay thế hoàn toàn cho mô hình trung tâm cai nghiện tập trung để điều trị cho toàn bộ số người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng.

Kịch bản 1: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone theo mô hình xã hội hóa** cho 60% tổng số người nghiện hê-rô-in (4.800 người) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 20% số người nghiện hê-rô-in (1.600 người). Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-a và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 1.600 người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng, Nhà nước sẽ phải chi **63 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 4.800 người nghiện, Nhà nước cần chi **61 tỷ đồng** cho 3 năm;
- ✓ Số tiền Nhà nước phải trả để thực hiện kịch bản này sẽ là: 63 tỷ đồng + 61 tỷ đồng = **124 tỷ đồng** cho thời gian 3 năm;

Kịch bản 2: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone mô hình xã hội hóa** cho 75% tổng số người nghiện hê-rô-in (6.000 người) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 5% số người nghiện hê-rô-in (400 người). Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-a và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm cho 400 người nghiện hê-rô-in ở thành phố Hải Phòng, Nhà nước sẽ phải chi **16 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;
- ✓ Nếu **điều trị methadone mô hình xã hội hóa** cho 6.000 người nghiện, Nhà nước cần chi **77 tỷ đồng** cho 3 năm;
- ✓ Số tiền Nhà nước phải trả để thực hiện kịch bản này sẽ là: 16 tỷ đồng + 77 tỷ đồng = **93 tỷ đồng** cho thời gian 3 năm;

Kịch bản 3: Một tình huống giả thuyết so sánh giữa điều trị bằng mô hình trung tâm 06 so với mô hình điều trị methadone xã hội hóa cho toàn bộ 8.000 người nghiện hê-rô-in ở Hải Phòng. Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-a và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 8.000 người nghiện, Nhà nước sẽ phải chi **315 tỷ đồng** trong thời gian 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán), trong khi điều trị methadone tính cho thời gian 3 năm;

Lý giải cách tính: 19.670.000 đồng/học viên/năm x 2 (năm) x 8.000 (người nghiện) = 315 tỷ đồng.
- ✓ Nếu áp dụng xã hội hóa điều trị methadone như hiện nay (bệnh nhân trả 10.000 đồng/ngày), trong 3 năm, Nhà nước cần chi **102 tỷ đồng**;

Lý giải cách tính: [7.880.000 đồng/bệnh nhân/năm – 3.650.000 đồng/bệnh nhân/năm (xã hội hóa)] x 3 (năm) x 8.000 (người nghiện) = 102 tỷ đồng.
- ✓ Số tiền Nhà nước tiết kiệm được (từ phương án điều trị methadone), trong 3 năm, là **213 tỷ đồng** (315 tỷ đồng – 102 tỷ đồng = 213 tỷ đồng);

Trong năm 2014, thành phố Hải Phòng cấp tổng ngân sách là 72,47 tỷ đồng (1 năm) cho 3 trung tâm cai nghiện tập trung 06 (theo công văn số 2804/QĐ-UBND). Điều này cho thấy Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng đã có đủ ngân sách để đáp ứng với bất kỳ kịch bản nào trong những kịch bản xây dựng ở phần trên.

Bảng 18-a: Kịch bản cho bối cảnh ở thành phố Hải Phòng (3 năm)

	Nhà nước phải chi		Tổng số tiền Nhà nước phải chi (cho cả hai mô hình điều trị) (c = a + b)
	Cho mô hình CCT (a)	Cho điều trị MMT (b)	
Kịch bản 1	63 tỷ VND	61 tỷ VND	124 tỷ VND
Kịch bản 2	16 tỷ VND	77 tỷ VND	93 tỷ VND
Kịch bản 3	315 tỷ VND	102 tỷ VND	213 tỷ VND

14.2. Ba kịch bản cho bối cảnh toàn quốc

Tương tự như với phần trên, ba kịch bản dưới đây được xây dựng và chi phí Nhà nước phải trả được ước tính cho mỗi kịch bản. Hai kịch bản đầu là những tình huống thực tế, có mục đích ước tính ngân sách thực tế Nhà nước phải trả nếu chọn lựa từng kịch bản. Kịch bản thứ ba là tình huống giả thuyết, có mục đích ước tính tổng ngân sách Nhà nước có thể tiết kiệm được nếu mô hình điều trị methadone được chọn lựa thay thế hoàn toàn cho mô hình trung tâm cai nghiện tập trung 06 để điều trị cho toàn bộ số người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc.

Kịch bản đầu tiên dựa vào thực tế mục tiêu điều trị 80.000 người nghiện hê-rô-in đến cuối năm 2015. Kịch bản thứ hai được xây dựng dựa trên nội dung của Quyết định số 2596/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ký ngày 27 tháng 12 năm 2013, về việc phê duyệt kế hoạch đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020. Trong khuôn khổ nội dung của Quyết định số 2596/QĐ-TTg, mục tiêu ngắn hạn đến năm 2015 là giảm số người nghiện (tất cả các loại ma túy) đưa vào cai nghiện trong các trung tâm cai nghiện tập trung xuống còn 20% và đến năm 2020 giảm còn 5%. Kịch bản thứ ba là tình huống giả thuyết so sánh nếu chỉ có điều trị methadone hoặc nếu chỉ có điều trị bằng trung tâm cai nghiện tập trung 06.

Kịch bản 1: Một tình huống thực tiễn **điều trị methadone bằng mô hình xã hội hóa** cho 80.000 người nghiện hê-rô-in (khoảng 50% của tổng số 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 40.800 người nghiện hê-rô-in (20% của tổng số người nghiện 204.000). Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-b và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 40.800 người nghiện, Nhà nước cần chi **1.606 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai, nếu có, không đưa vào tính toán);
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 80.000 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **1.020 tỷ đồng** trong 3 năm;
- ✓ Tổng số tiền Nhà nước phải trả cho kịch bản này là 1.606 tỷ đồng + 1.020 tỷ đồng = **2.326 tỷ đồng** trong 3 năm;

Kịch bản 2: Một tình huống thực tế **điều trị methadone bằng mô hình xã hội hóa** cho 100.000 người nghiện hê-rô-in (khoảng 50% của tổng số 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc) và điều trị mô hình trung tâm 06 cho 10.200 người nghiện hê-rô-in (5% của tổng số người nghiện 204.000). Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-b và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 10.200 người nghiện, Nhà nước cần chi **402 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán);
- ✓ Nếu **điều trị methadone xã hội hóa** cho 100.000 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **1.275 tỷ đồng** trong 3 năm;
- ✓ Tổng số tiền Nhà nước phải trả cho kịch bản này là 402 tỷ đồng + 1.275 tỷ đồng = **1.677 tỷ đồng** trong 3 năm;

Kịch bản 3: Một tình huống giả thuyết so sánh giữa điều trị bằng mô hình trung tâm so với mô hình điều trị methadone xã hội hóa cho toàn bộ 163.200 người nghiện hê-rô-in trên toàn quốc. Kết quả của kịch bản này được trình bày ở Bảng 18-b và được diễn giải như sau:

- ✓ Nếu điều trị bằng mô hình trung tâm 06 cho 163.200 người nghiện hê-rô-in, Nhà nước cần chi **6.426 tỷ đồng** trong 3 năm. Chi phí cho học viên trung tâm 06 chỉ tính là 2 năm (chi phí sau cai không đưa vào tính toán);
Lý giải cách tính: 19.670.000 đồng/học viên/năm x 2 (năm) x 163.200 (người nghiện) = 6.426 tỷ đồng.
- ✓ Nếu áp dụng xã hội hóa điều trị methadone như hiện nay (bệnh nhân trả 10.000 đồng/ngày), trong 3 năm, Nhà nước cần chi **2.081 tỷ đồng**;
Lý giải cách tính: [7.880.000 đồng/bệnh nhân/năm – 3.650.000 đồng/bệnh nhân/năm (xã hội hóa)] x 3 (năm) x 163.200 (người nghiện) = 2.081 tỷ đồng.
- ✓ Số tiền Nhà nước tiết kiệm được (từ phương án điều trị methadone), trong 3 năm, là **4.345 tỷ đồng** (6.426 tỷ đồng – 2.081 tỷ đồng = 4.345 tỷ đồng);

Trong năm 2012, tổng ngân sách Nhà nước chi cho 123 trung tâm cai nghiện trên toàn quốc ước tính khoảng 1.025 tỷ đồng, theo báo cáo của Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm tại Hội nghị tổng kết công tác hoạt động của Ủy ban Quốc gia vào tháng 12 năm 2012 tại Hà Nội. Điều này cho thấy Nhà nước đã có đủ ngân sách để đáp ứng với bất kỳ kịch bản nào trong những kịch bản kể trên.

Bảng 18-b: Kịch bản cho bối cảnh toàn quốc (3 năm)

	Nhà nước phải chi		Tổng số tiền Nhà nước phải chi (cho cả hai mô hình điều trị) (c = a + b)
	Cho mô hình CCT (a)	Cho điều trị MMT (b)	
Kịch bản 1	1.606 tỷ VND	1.020 tỷ VND	2.326 tỷ VND
Kịch bản 2	402 tỷ VND	1.275 tỷ VND	1.677 tỷ VND
Kịch bản 3	6.426 tỷ VND	2.081 tỷ VND	4.345 tỷ VND

Nghiên cứu này có những điểm mạnh sau:

1. Tỷ lệ theo dõi đối tượng nghiên cứu đạt cao 80% cho 2 nhóm
2. Gần như toàn bộ các số liệu (cả chi phí và hiệu quả) đều là số liệu thu thập chính thức (primary data)
3. Nghiên cứu chất lượng cao nhờ thế mạnh tổng hợp của 4 cơ quan nghiên cứu:
 - FHI360: có quan hệ gắn kết với các cơ quan Chính phủ; điều phối và đảm bảo chất lượng
 - Đại học UNSW Australia: chuyên sâu trong lĩnh vực nghiên cứu về chính sách ma túy & đánh giá kinh tế
 - Đại học Y khoa Hà Nội: chuyên sâu trong lĩnh vực nghiên cứu trong các nhóm đối tượng n/cứu đặc biệt & quản lý số liệu nghiên cứu
 - Đại học Y Dược Hải Phòng: có một đội ngũ 10 nghiên cứu viên kinh nghiệm, đảm bảo thường trực hoạt động nghiên cứu

Các nghiên cứu quan sát đều có hạn chế nhất định. Nghiên cứu này có những hạn chế sau:

1. Ngoại trừ chỉ số “sử dụng hê-rô-in” được khẳng định khách quan bằng xét nghiệm nước tiểu, tất cả các chỉ số đo lường khác đều dựa vào thông tin tự báo cáo:
 - Thông tin tự báo cáo có khả năng thiếu chính xác vì cả hai nhóm đều có cùng động cơ báo cáo thấp đi hành vi sử dụng ma túy hay các hành vi không được xã hội chấp nhận;
 - Tuy nhiên, nếu điều này xảy ra không ảnh hưởng nhiều tới kết quả vì nghiên cứu so sánh 2 nhóm. Khi cả 2 nhóm đều báo cáo thấp đi thì tỷ lệ chênh cũng không thay đổi;
 - Thực tế, kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính và tỷ lệ sử dụng ma túy tự báo cáo gần bằng nhau, cho thấy hai nhóm báo cáo trung thực;
2. Do phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không phải là phương pháp đảm bảo mang tính đại diện 100%, cần thận trọng khi sử dụng kết quả nghiên cứu này để áp dụng thảo luận về toàn bộ quần thể CCT và MMT ở Hải Phòng và ở Việt Nam;
3. Do hoàn cảnh thực tế nghiên cứu cần phải chọn các đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đã được điều trị từ giai đoạn 2009-2011 và tiếp tục điều trị cho đến năm 2013. Như vậy nhóm MMT thực chất đã được điều trị 4 năm tại thời điểm T2, trong khi đó nhóm CCT được điều trị 2 năm tại thời điểm T2. Thực tế này dẫn đến vênh về tổng thời gian điều trị. Tuy nhiên, điều này ảnh hưởng không đáng kể đến tính chính xác của kết quả so sánh vì theo kết quả của nghiên cứu thuần tập do Bộ Y tế thực hiện trong nhóm bệnh nhân MMT thì kết quả điều trị MMT thể hiện rõ rệt sau 3-6 tháng điều trị, không cần phải chờ 2 năm hay 4 năm thì mới đạt được kết quả điều trị tốt.
4. Trong phần phân tích chi phí, 3 cấu phần chi phí không có số liệu: a) chi phí gia đình học viên trung tâm CCT chi trả cho việc mua lương thực và thuốc, thời gian và chi phí đi lại khi họ đến thăm con em họ ở trung tâm; b) giá trị đất đai cho cả hai mô hình điều trị; và 2) giá phải trả khi mất quyền tự do đối với học viên trung tâm CCT. Trong khuôn khổ thời gian thực hiện nghiên cứu này, việc thu thập số liệu về chi phí đối với gia đình học viên trung tâm không thực hiện được. Đánh giá giá trị của đất đai, nhất là đất canh tác nông nghiệp và đất đồi núi có diện tích lớn về kỹ thuật rất khó thực hiện và thực hiện cũng rất tốn kém. Và điểm cuối cùng, định giá cho việc mất quyền tự do trong 2 năm của một con người về kỹ thuật không thể thực hiện được.

Đây là nghiên cứu đầu tiên được triển khai tại Việt Nam cũng như ở Đông nam Châu Á về chủ đề này. Đồng thời chủ đề nghiên cứu này cũng mang tính nhạy cảm do đặc điểm của điều trị bắt buộc trong trung tâm. Do đặc điểm nhạy cảm nên việc thu thập số liệu không dễ dàng, một số loại số liệu không thu thập được và trong những số liệu thu thập được, có một tỷ lệ số liệu về chi phí của mô hình trung tâm cần phải đánh giá về tính chính xác. Những số liệu ở hạng mục này gồm: 1) số liệu về hành vi sử dụng ma túy của các học viên trung tâm khi họ còn đang ở trong trung tâm; 2) lợi nhuận mang lại cho các lãnh đạo trung tâm có được từ việc sử dụng sức lao động của các học viên; và 3) vênh số liệu về chi phí khi so sánh giữa số liệu các trung tâm cai nghiện tập trung cung cấp cho nghiên cứu thông qua bảng hỏi và đối chiếu với tổng ngân sách Chính quyền thành phố Hải Phòng phân bổ cho các trung tâm cai nghiện tập trung.

Về mặt nguyên tắc thì các học viên cai nghiện trong trung tâm tập trung không được phép sử dụng ma túy khi họ ở trong trung tâm vì đây là môi trường khép kín nghiêm ngặt. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy điều này không phải luôn luôn thực hiện được. Theo báo cáo của Ông Lê Quý Vương, Thứ trưởng Bộ Công an, tình trạng sử dụng ma túy trong môi trường trại giam và trung tâm cai nghiện tập trung là có và đáng lo ngại [1]. Ngoài ra, một nghiên cứu do tổ chức FHI 360 thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 cho thấy khoảng 20% học viên có hành vi tiêm chích hê-rô-in khi họ đang cai nghiện trong trung tâm. Tuy nhiên, do tính nhạy cảm của vấn đề này, bảng hỏi của nghiên cứu này không đưa vào câu hỏi liên quan đến hành vi sử dụng ma túy khi các học viên đang cai nghiện trong trung tâm. Vậy nên, kết quả của nghiên cứu này là dựa trên phân tích số liệu về hành vi của các đối tượng nghiên cứu ở 5 mốc thời gian, trong đó không có mốc thời gian nào thuộc thời gian họ đang ở trong trung tâm.

Các hoạt động lao động và đào tạo dạy nghề đều được tổ chức ở cả 3 trung tâm cai nghiện tập trung ở Hải Phòng với quy mô và đặc điểm khác nhau. Có nhiều quan điểm cho rằng lợi nhuận thu được từ các hoạt động này thông qua ký hợp đồng với các công ty. Tuy nhiên, trong phạm vi thực hiện của nghiên cứu này, việc thu thập thông tin về nội dung này là không thực hiện được và không hỏi được thông tin liệu một phần lợi nhuận này có được dùng để trả lương cho các học viên hay không và nếu có thì mức lương có tương ứng với mức lương ở thị trường lao động đối với đúng công việc như vậy hay không.

Như đã đề cập ở Phần 12.3.2.3, có sự chênh lệch rất lớn giữa số liệu về chi phí hoạt động của các trung tâm cai nghiện tập trung do các trung tâm cung cấp so với ngân sách thành phố Hải Phòng phân bổ cho các trung tâm cho năm 2014, dựa trên công văn phân bổ ngân sách của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng. Tuy nhiên, việc làm rõ thông tin này nằm ngoài thẩm quyền của nhóm nghiên cứu nên nhóm nghiên cứu phải sử dụng số liệu của các trung tâm cung cấp.

Ngoài vấn đề tính chính xác và đầy đủ của số liệu còn có một vấn đề khác liên quan đến khả năng thiên lệch về chọn mẫu liên quan đến nhóm học viên từ trung tâm. Cụ thể là tổng số có 550 học viên đáp ứng đúng tiêu chí lựa chọn tham gia nghiên cứu. Vậy nên 550 thư mời đã được gửi tới địa chỉ của các học viên này sau khi họ trở về cộng đồng. Tuy nhiên, có 162 thư (30% của 550) bị bưu điện trả lại vì địa chỉ không đúng hoặc không có người nhận. Điều này có nghĩa là khoảng 388 học viên nhận được thư mời. Trong số này, 208 người đến văn phòng nghiên cứu để tham gia phỏng vấn và như vậy tỷ lệ tham gia là 54%. Số còn lại là 46% không có cách nào để biết liệu họ là những người dễ rơi vào nhóm nghiên lại hay không. Vậy nên có thể có khả năng có thiên lệch về chọn mẫu của nhóm học viên từ trung tâm nhưng không rõ thiên lệch theo hướng nào.

Một vấn đề cuối cùng cần đề cập là khoảng 10% số đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm học viên từ trung tâm có tham gia điều trị methadone sau khi họ từ trung tâm trở về, ở những thời điểm khác nhau. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp phân tích tên tiếng Anh gọi là “intention-to-treat”, nghĩa là bắt đầu thuộc nhóm nào thì vẫn luôn thuộc nhóm đó khi phân tích. Vậy nên, 10% này vẫn thuộc nhóm học viên từ trung tâm khi đưa số liệu của họ vào mô hình phân tích. Nếu không để họ trong nhóm học viên từ trung tâm thì có thể sự khác biệt khi so sánh hiệu quả của hai mô hình điều trị có thể lớn hơn, vì điều trị methadone hiệu quả tốt hơn so với mô hình trung tâm tập trung.

1. MOLISA, *Overview of the impact of policies on drug rehabilitation treatment on its implementation in Vietnam*. 2010, Ministry of Labor Invalid and Social Affairs of Vietnam. p. 3.
2. WHO, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Vietnam: An application of selected human rights principles*. 2009: WHO Western Pacific Region. p. 21.
3. MOH, *Preliminary results from the second round of the HIV/STI Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) in Viet Nam 2009 (upon request)*. 2009.
4. Nakata, S., et al., *Hepatitis C and B virus infections in populations at low or high risk in Ho Chi Minh and Hanoi, Vietnam*. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 1994. **9**(4): p. 416-419.
5. Quan, V.M., et al., *Risks for HIV, HBV, and HCV infections among male injection drug users in northern Vietnam: a case-control study*. AIDS Care, 2009. **21**(1): p. 7-16.
6. Bergenstrom, A., et al., *A Cross-Sectional Study on Prevalence of Non-Fatal Drug Overdose and Associated Risk Characteristics Among Out-of-Treatment Injecting Drug Users in North Vietnam*. Substance Use & Misuse, 2008. **43**(1): p. 73-84.
7. Quan, V.M., et al., *Mortality and HIV transmission among male Vietnamese injection drug users*. Addiction, 2011. **106**(3): p. 583-589.
8. Vuong, T., et al., *Drug policy in Vietnam: A decade of change?* The International journal on drug policy, 2011.
9. Government of Vietnam, *The Socialist Republic of Vietnam, Declaration of Commitment on HIV and AIDS adopted at the 26th United Nations General Assembly Special Session in June 2001 (UNGASS) Report*. 2010.
10. National Assembly of Vietnam, *The Amended Penal Code of Vietnam*. 2009.
11. MOH, *Report on progress of Methadone Maintenance Treatment pilot program 2009*. 2010.
12. Palmieri, S. and I.-p. Union, *Representation from the top: Ethnic minorities in the National Assembly of Viet Nam*. 2010: Inter-parliamentary Union.
13. MOH, *Effectiveness evaluation of the pilot program for treatment of opioid dependence with methadone in Hai Phong and Ho Chi Minh City (after 12 months treatment)*. 2011, Ministry of Health.
14. Shanahan, M., et al., *A cost-effectiveness analysis of hê-rô-in detoxification methods in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD)*. Addictive Behaviors, 2006. **31**(3): p. 371-387.

15. Drummond, M., et al., *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2005: Oxford university press.
16. Văn phòng Chính phủ, *Nghị định số 96/NĐ-CP ngày 15/11/2012 của Chính phủ về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế*, O.o.t. Government, Editor. 2012.
17. Salomé, H.J., et al., *Estimating the client costs of addiction treatment: first findings from the client drug abuse treatment cost analysis program (Client DATCAP)*. Drug and Alcohol Dependence, 2003. **71**(2): p. 195-206.

