|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
|  | **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: 1479/BC - BYT | *Hà Nội, ngày 23 tháng 12 năm 2019* |

**BÁO CÁO**

**Tổng kết 09 năm thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh**

# **Phần thứ nhất TÌNH HÌNH, KẾT QUẢ TRIỂN KHAI THI HÀNH LUẬT**

# **Mục 1CÔNG TÁC TUYÊN TRUYỀN, PHỔ BIẾN PHÁP LUẬT**

## **I. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:**

Ngay sau Luật khám bệnh, chữa bệnh được ban hành, các cơ quan quản lý nhà nước về y tế các cấp đã tổ chức tuyên truyền, phổ biến và hướng dẫn việc triển khai Luật khám bệnh, chữa bệnhvà các văn bản hướng dẫn.

Tại Trung ương, Bộ Y tế đã tổ chức hội nghị toàn ngành phổ biến, hướng dẫn nội dung và kế hoạch tổ chức thực hiện Luật và các văn bản có hướng dẫn Luật đến các đối tượng bao gồm: cơ quan quản lý nhà nước liên quan đến y tế ở Trung ương và địa phương, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế.

Tại địa phương, sau khi được Bộ Y tế phổ biến hướng dẫn cũng như trên cơ sở các hướng dẫn về phổ biến, giáo dục pháp luật, hầu hết Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là tỉnh) đã tham mưu cho Ủy ban nhân dân tỉnh để ban hành hoặc đề xuất với cấp có thẩm quyền ban hành các kế hoạch, chỉ thị triển khai Luật khám bệnh, chữa bệnh[[1]](#footnote-1)và các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh[[2]](#footnote-2), đồng thời đã tổ chức nhiều hội nghị phổ biến cho đối tượng là các cán bộ, nhân viên của ngành y tế cũng như các bộ, ngành có liên quan khác như công an, lao động - thương binh và xã hội, ... Bên cạnh đó, trên cơ sở kế hoạch triển khai Luật khám bệnh, chữa bệnhcủa địa phương, các sở, ban, ngành cũng đã thực hiện việc phổ biến, hướng dẫn thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhcho các tổ chức, cá nhân thuộc thẩm quyền quản lý. Đặc biệt, một số Sở có hoạt động tuyên truyền, phổ biến Luật thường xuyên như Sở Y tế Gia lai đã tổ chức tổng số lớp tập huấn là 53 lớp với số lượt người tham gia tập huấn là 5.800 lượt người tham dự, Sở Y tế Hà Giang tổ chức được Số hội nghị, tập huấn, phổ biến là 360 buổi với số lượt người tới dự ước tính: 20.000 lượt người, Sở Y tế Hà Nội thực hiện tập huấn đối với toàn bộ 30 phòng Y tế, Trung tâm y tế quận, huyện, thị xã trên địa bàn thành phố và giao các Bệnh viện công lập và ngoài công lập thực hiện phổ biến pháp luật về khám chữa bệnh tới toàn thể người lao động trong đơn vị, Sở Y tế Khánh Hòa đã tổ chức 35 lớp tập huấn các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, cấp chứng chỉ hành nghề cho 4.565 đối tượng hành nghề khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa[[3]](#footnote-3).

Bên cạnh việc tổ chức các hội nghị phổ biến hoặc tập huấn văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhcho các cán bộ, công chức, viên chức, hoạt động phổ biến, giáo dục các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhmới ban hành còn được thực hiện thông qua hình thức sao gửi văn bản.

Ngoài ra việc phổ biến pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhcòn được thực hiện trên các kênh truyền thông đại chúng của tỉnh như Đài phát thanh, truyền hình và báo in của tỉnh.

Qua khảo sát, cho thấy các đối tượng tham gia khảo sát đã được tiếp cận Luật và các văn bản hướng dẫn qua rất nhiều hình thức khác nhau, trong đó hình thức hội nghị phổ biến pháp luật và qua đường hành chính do cấp trên gửi vẫn là hai hình thức phổ biến nhất.

**Bảng 1. Các hình thức phổ biến pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh**

| **TT** | **Hình thức** | **Tỷ lệ%** |
| --- | --- | --- |
|  | Phổ biến qua phương tiện truyền thanh:  | 2 |
|  | Phổ biến qua phương tiện truyền hình: | 2 |
|  | Phố biến qua báo địa phương: | 40 |
|  | Tổ chức Hội nghị phổ biến pháp luật: | 100 |
|  | Gửi văn bản cho đơn vị tự nghiên cứu: | 100 |
|  | Truyền thông lưu động:  | 2 |
|  | Truyền thông trực tiếp: | 0 |
|  | Băng roll, khẩu hiệu | 2 |
|  | Tờ rơi, tờ gấp | 2 |
|  | Tài liệu khác cấp phát | 1 |

Đồng thời, qua thống kê cho thấy hình thức “hội nghị phổ biến pháp luật” được đánh giá là hình thức hiệu quả nhất vì thông qua hội nghị các vướng mắc hay các nội dung chưa rõ sẽ được giải thích và hướng dẫn cụ thể nên việc triển khai thực hiện văn bản trong thực tế được diễn ra thuận tiện hơn.

## **II. TỒN TẠI, BẤT CẬP:**

Bên cạnh các kết quả đã đạt được, công tác phổ biến giáo dục pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh còn tồn tại một số vấn đề như sau:

1. Hiện nay, văn bản pháp luật được ban hành ngày càng nhiều, với nội dung đa dạng, phức tạp, điều chỉnh nhiều loại quan hệ của đời sống xã hội. Công tác phổ biến, giáo dục pháp luật khám bệnh, chữa bệnh ở nhiều nơi vẫn còn mang tính phong trào, chưa đi sâu vào những nội dung pháp luật mà người dân cần. Việc lựa chọn nội dung còn nặng về ý kiến chủ quan của cơ quan, tổ chức làm công tác phổ biến giáo dục pháp luật mà chưa thực sự xuất phát từ nguyện vọng của người dân.

2. Hình thức triển khai pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh mặc dù đã được áp dụng khá đa dạng, phong phú song nhìn chung hiệu quả còn chưa cao, có một số hình thức chưa phù hợp với đối tượng tuyên truyền, phổ biến và tình hình thực tiễn. Ngoài ra, hình thức triển khai văn bản liên quan đến truyền thông chủ yếu áp dụng đối với các văn bản có hình thức ban hành là luật, nghị định và quyết định của Thủ tướng Chính phủ còn các văn bản khác thì chỉ được sao gửi đến các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các đơn vị trực thuộc Bộ chứ ít khi có hướng dẫn triển khai cụ thể nên về đến các cơ quan, đơn vị trên, lãnh đạo lại gửi cho các bộ phận liên quan, còn các bộ phận khác lại không biết hoặc lãnh đạo cơ quan, đơn vị chỉ thông báo trong các buổi giao ban hàng tuần và hội nghị sơ kết, tổng kết 06 tháng, cuối năm nên hiệu quả không cao.

3. Hầu hết các tỉnh chỉ tổ chức triển khai phổ biến Luật khám bệnh, chữa bệnh ngay sau khi ban hành mà không tổ chức phổ biến nhắc lại ở các năm tiếp theo. Bên cạnh đó, đối tượng được phổ biến cũng không rộng, chủ yếu tập trung vào đối tượng là cán bộ làm công tác quản lý như lãnh đạo và nhân viên Sở Y tế, lãnh đạo các đơn vị sự nghiệp y tế và lãnh đạo khoa, phòng thuộc đơn vị sự nghiệp y tế mà chưa chú trọng đến các đối tượng khác.

Ở các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, việc tuyên truyền, phổ biến chủ yếu thực hiện lồng ghép tại buổi họp giao ban chuyên môn. Việc tuyên truyền cho người bệnh, người nhà người bệnh chủ yếu tại bảng thông báo, họp hội đồng người bệnh. Việc tuyên truyền tại cơ sở khám bệnh chữa bệnh chưa chú trọng vào những quy định của Luật về quyền và nghĩa vụ của người hành nghề, người bệnh là những vấn đề dễ gây vi phạm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.Bên cạnh đó, người hành nghề và người bệnh còn chưa chủ động, tích cực tự nghiên cứu để thực hiện tốt nhiệm vụ chuyên môn và bảo vệ quyền hợp pháp của chính mình, Người hành nghề chưa thực sự quan tâm đến việc tìm hiểu Luật để thực hiện, ỷ lại vào cơ quan đầu mối và cán bộ hướng dẫn. Sự phối hợp của các Sở ngành liên quan chưa thật sự hiệu quả. Một số Sở Y tế chưa có Phòng quản lý hành nghề, chưa có bộ phận pháp chế.

Đối với Bộ Quốc phòng là đơn vị có tính đặc thù, về nhiệm vụ, tổ chức, biên chế và hoạt động nên việc triển khai tuyên truyền, phổ biến Luật khám bệnh, chữa bệnh trong quân đội gặp những khó khăn nhất định, nhất là việc ban hành, triển khai các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật; như: Một số loại hình cơ sở y tế mang tính đặc thù trong Quân đội như Đội Điều trị; Trung tâm an điều dưỡng tàu ngầm… hoặc một số cơ sở khác như Trung tâm đào tạo, nghiên cứu công nghệ phôi/Học viện Quân y; Viện vật lý y sinh/Viện Khoa học công nghệ quân sự… là các cơ sở có chức năng khám chữa bệnh nhưng không nằm trong các loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Nghị định số 87/2011/NĐ-CP (Điểm k Khoản 1 Điều 41 Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định: “Các hình thức tổ chức khám bệnh, chữa bệnh khác” nhưng Nghị định số 87/2011/NĐ-CP không quy định điều này), vì vậy gây khó khăn trong quá trình triển khai thực hiện ...

4. Một số địa phương khó khăn về bố trí kinh phí, nhân lực cho việc tuyên truyền, phổ biến, kinh phí dành cho công tác tuyên truyền hầu như không có nên việc tuyên truyền phải phối hợp lồng ghép với nhiều nội dung khác. Một số tỉnh có địa bàn tỉnh rộng, dân cư không tập trung dẫn đến việc tuyên truyền gặp nhiều khó khăn do lực lượng mỏng, kiêm nhiệm nhiều việc.

# **Mục 2CÔNG TÁC BAN HÀNH VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **I.** **HỆ THỐNG HÓA CÁC VĂN BẢN QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Luật khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009 và có hiệu lực ngày 01 tháng 01 năm 2011 gồm 9 chương và 91 điều quy định về quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Qua tập hợp hóa các văn bản do các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2011 đến nay cho thấy để quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh, các cơ quan quản lý Nhà nước đã ban hành 77 văn bản quy phạm pháp luật, trong đó có 46 văn bản quy phạm pháp luật còn hiệu lực gồm: 04 nghị định, 50 thông tư và 03 thông tư liên tịch. Bên cạnh đó, còn 22 văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh được ban hành trước khi Luật khám bệnh, chữa bệnh có hiệu lực vẫn đang còn hiệu lực thi hành.

***Bảng 2. Thống kê số lượng văn bản hướng dẫn ban hành qua các năm***

| **STT** | **Năm ban hành** | **Tổng cộng** | **Tỷ lệ %** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2011 | 7 | 9.1 |
|  | 2012 | 6 | 7.79 |
|  | 2013 | 12 | 15.59 |
|  | 2014 | 14 | 18.18 |
|  | 2015 | 12 | 15.59 |
|  | 2016 | 11 | 14.28 |
|  | 2017 | 6 | 7.79 |
|  | 2018 | 9 | 11.68 |
|  | **Cộng** | **77** | **100** |

Ở cấp địa phương, hầu hết các tỉnh không ban hành văn bản quy phạm pháp luật về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh mà chủ yếu thực hiện việc chỉ đạo, điều hành công tác khám bệnh, chữa bệnhdựa trên hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhcủa Trung ương.

## **II. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN HÀNH CÁC VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH LUẬT:**

## **1. Kết quả đạt được:**

### ***1.1. Về tính kịp thời, đầy đủ:***

Qua thống kê cho thấy, toàn bộ các nội dung được giao đều đã có văn bản hướng dẫn thực hiện và các văn bản này chủ yếu được ban hành trong năm 2011.

Trong giai đoạn 2012 đến nay, tỷ lệ ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn Luật khám bệnh, chữa bệnh lại tăng lên là do sau quá trình triển khai các văn bản đã ban hành trước đó, nhiều văn bản được sửa đổi bổ sung thay thế để bảo đảm phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và thực tiễn công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Ngoài ra, tính kịp thời trong ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện còn thể hiện ở việc ban hành văn bản kịp thời khi có sự thay đổi về chính sách pháp luậtmà cụ thể là theo quy định Khoản 2 Điều 7 Luật đầu tư thì điều kiện đầu tư kinh doanh đối với ngành, nghề phải được quy định tại các luật, pháp lệnh, nghị định hoặc điều ước quốc tế mà Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên. Điều này đồng nghĩa với việc Bộ, cơ quan ngang bộ, Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp, cơ quan, tổ chức, cá nhân khác không được ban hành quy định về điều kiện đầu tư kinh doanh. Tuy nhiên, theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh và các nghị định hướng dẫn thi hành Luật này thì lại giao Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể về điều kiện để thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nên Bộ Y tế đã ban hành các thông tư như Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/20111hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 41/2015/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Để bảo đảm tính thống nhất của hệ thống pháp luật, Bộ Y tế đã kịp thời xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó, mặc dù Luật không có quy định giao cho các Bộ, ngành hướng dẫn nhưng để đáp ứng yêu cầu của hoạt động quản lý nhà nước, đặc biệt là trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh như vấn đề dinh dưỡng tiết chế, quản lý chất lượng xét nghiệm, gây mê - hồi sức, quản lý bệnh lao…., Bộ Y tế đã ban hành nhiều thông tư để điều chỉnh các hoạt động này.

### ***1.2. Về tính thống nhất, đồng bộ:***

Văn bản hướng dẫn thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh được ban hành với nhiều hình thức và cấp có thẩm quyền ban hành khác nhau. Tuy nhiên, tính nhất quán, đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật là khá cao. Các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh được xây dựng bảo đảm tính thống nhất pháp lý theo trình tự hiệu lực pháp lý trên cơ sở của đạo luật gốc là Hiến pháp để quy định, điều chỉnh các quan hệ xã hội về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh không có văn bản nào mâu thuẫn với Hiến pháp tức là không xuất hiện các xung đột pháp luật. Luật khám bệnh, chữa bệnh được ban hành là cơ sở pháp lý quan trọng để Uỷ ban thường vụ Quốc hội, Chính phủ, Bộ Y tế, Liên tịch ban hành các văn bản quy phạm pháp luật nhằm cụ thể hoá những quy định mang tích nguyên tắc của Luật. Có thể nói, về cơ bản hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhvề cơ bản đã bảo đảm tính thống nhất pháp lý, hoàn chỉnh và đồng bộ.

### ***1.3. Về tính phù hợp, khả thi:***

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh gồm Luật khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản dưới luật về cơ bản đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Trong đó nổi lên hai nội dung chính là hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhđã tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh được triển khai đồng bộ, hiệu quả và quyền của người bệnh đã được bảo đảm tương đối tốt.

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh cơ bản đã phù hợp, tiếp cận gần hơn với pháp luật quốc tế, phù hợp với các cam kết, hiệp định quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Trong đó, nhiều quy định đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh như cấp chứng chỉ hành nghề, cấp giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã dần hướng đến hội nhập quốc tế, bảo đảm đối xử bình đẳng giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước và tư nhân, giữa người hành nghề trong cơ sở nhà nước và tư nhân. Hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh cũng đã bảo đảm đối xử công bằng trên một mặt bằng pháp luật giữa các cơ sở, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh trong nước với các cơ sở, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnhcó yếu tố nước ngoài. Điều này đã tạo điều kiện cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề được thực hiện quyền, nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Đặc biệt, việc bảo đảm tính công bằng trong khám bệnh, chữa bệnh đã tạo điều kiện để di chuyển thể nhân, các cá nhân hành nghề của các nước đến Việt Nam để tham gia vào hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và ngược lại, người hành nghề của Việt Nam có thể ra nước ngoài để hành nghề, nhân lực khám bệnh, chữa bệnh của Việt Nam có thể tham gia hội nhập ngày càng nhiều hơn với các nước trong khu vực cũng như trên thế giới.

Hệ thống văn bản này đã thực sự đi vào cuộc sống và trở thành công cụ hữu hiệu trong việc thúc đẩy dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngày càng phát triển và chất lượng hơn, phát huy hiệu quả vai trò quản lý nhà nước về y tế.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

### ***2.1. Về tính kịp thời, đầy đủ:***

Mặc dù đến nay, gần như toàn bộ các văn bản hướng dẫn đều đã được ban hành đầy đủ nhưng hầu hết văn bản hướng dẫn đều ban hành chậm, mà cụ thể là có 05 nội dung giao Chính phủ quy định và 14 nội dung giao Bộ Y tế ban hành. Tuy nhiên, đến cuối năm 2011, Bộ Y tế mới hoàn thành việc tham mưu để Chính phủ ban hành các nghị định hướng dẫn và cũng chỉ có 05 trên tổng số 14 nội dung thuộc thẩm quyền ban hành của Bộ Y tế được ban hành vào cuối năm 2011. Bên cạnh đó, đến nay Bộ Y tế vẫn chưa ban hành được quy chuẩn kỹ thuật quốc gia nào về khám bệnh, chữa bệnh.

Việc xây dựng văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế các văn bản quy phạm pháp luật được ban hành trước khi có Luật để bảo đảm tính phù hợp với văn bản cấp trên mới ban hành và yêu cầu thực tiễn chưa thực sự kịp thời, mà cụ thể là vẫn còn 22 văn bản quy phạm pháp luật còn hiệu lực được ban hành trước ngày Luật khám bệnh, chữa bệnh có hiệu lực thi hành, trong đó có những văn bản có ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động khám bệnh, chữa bệnh như Quy chế bệnh viện năm 1997, Danh mục trang thiết bị của bệnh viện đa khoa tỉnh - huyện, phòng khám đa khoa khu vực và trạm y tế năm 2002…

Một số quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn những nội dung chưa bảo đảm theo kịp xu hướng pháp luật quốc tế, đặc biệt là các quy định về tiêu chuẩn, quy trình chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh, đào tạo người hành nghề, cấp chứng chỉ hành nghề một lần, áp dụng các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn mới trong khám bệnh, chữa bệnh....

### ***2.2. Về tính thống nhất, đồng bộ:***

Mặc dù hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh không có văn bản nào mâu thuẫn với Hiến pháp cũng như Luật khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, hệ thống văn bản này vẫn còn một số tồn, tại, bất cập sau:

a) Một số văn bản trong hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh chưa bảo đảm tính thống nhất đồng bộ với nhau:

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh phải qua giai đoạn thực hành nhưng lại không quy định rõ việc thực hành trong các trường hợp điều chỉnh phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trên chứng chỉ hành nghề nên khó khăn trong quá trình tổ chức triển khai thực hiện. Bên cạnh đó, do không có chuẩn đào tạo thực hành cũng như chuẩn năng lực đầu ra đối với người thực hành nên việc chứng nhận thực hành hầu hết là chung chung, không đánh giá được thực chất năng lực của người thực hành.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định việc thừa nhận chứng chỉ hành nghề của nước ngoài nhưng lại không quy định về trình tự, thủ tục, thẩm quyền thừa nhận cũng như không giao cơ quan nào hướng dẫn về vấn đề này.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú đều phải lập hồ sơ bệnh án (Điều 59). Tuy nhiên, hiện nay Bộ Y tế mới chỉ quy định mẫu hồ sơ bệnh án áp dụng cho bệnh viện tại Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT và mẫu hồ sơ bệnh án y học cổ truyền tại Quyết định số 4604/QĐ-BYT ngày 29/11/2010 mà chưa có hướng dẫn mẫu hồ sơ bệnh án áp dụng cho phòng khám đa khoa và trạm y tế. Bên cạnh mẫu hồ sơ bệnh án khám bệnh, chữa bệnh, Bộ Y tế còn quy định mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe, trong đó có nhiều nội dung liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh. Việc thực hiện nhiều loại biểu mẫu hồ sơ với nội dung trùng lặp đã gây khó khăn, tốn kém cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó, theo quy định tại Điều 5 Thông tư số 52/2017/TT-BYT thì việc kê đơn được thực hiện như sau:

*"1. Kê đơn thuốc đối với người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

*Người kê đơn thuốc thực hiện kê đơn vào Đơn thuốc hoặc sổ khám bệnh (sổ y bạ) của người bệnh theo mẫu quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này và số theo dõi khám bệnh hoặc phần mềm quản lý người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*2. Kê đơn thuốc đối với người bệnh điều trị ngoại trú:*

*Người kê đơn thuốc ra chỉ định điều trị vào sổ khám bệnh (sổ y bạ) của người bệnh và bệnh án điều trị ngoại trú hoặc phần mềm quản lý người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*3. Kê đơn thuốc đối với người bệnh ngay sau khi kết thúc việc điều trị nội trú:*

*a) Trường hợp tiên lượng người bệnh cần tiếp tục sử dụng thuốc từ 01 (một) đến đủ 07 (bảy) ngày thì kê đơn thuốc (chỉ định điều trị) tiếp vào Đơn thuốc hoặc Sổ khám bệnh của người bệnh và Bệnh án điều trị nội trú hoặc phần mềm quản lý người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*b) Trường hợp tiên lượng người bệnh cần tiếp tục điều trị trên 07 (bảy) ngày thì kê đơn thuốc theo quy định tại Khoản 2 Điều này hoặc chuyển tuyến về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp để tiếp tục điều trị."*

Đây là nội dung mâu thuẫn với quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh dó Luật khám bệnh, chữa bệnh không quy định các hình thứcđơn thuốc hoặc sổ khám bệnh (sổ y bạ) mà chỉ quy định về hồ sơ bệnh án.

- Tại Điều 15 Thông tư số 41/2015/TT-BYT ngày 16/10/2015 quy định phạm vi hành nghề của bác sỹ đa khoa tuyến huyện là "Đối với bác sĩ tại tuyến huyện và tuyến xã nếu tốt nghiệp bác sĩ đa khoa sẽ ghi là khám bệnh, chữa bệnh đa khoa". Tuy nhiên, đến nay, vẫn chưa có văn bản quy định về phạm vi hoạt động chuyên môn của bác sĩ đa khoa là được khám bệnh, chữa bệnh những chuyên khoa nào và được thực hiện nhưng kỹ thuật nào?

- Việc phân tách phân tuyến kỹ thuật kỹ thuật và phân loại phẫu thuật, thủ thuật thành 02 văn bản riêng biệt (Thông tư số 43/2013/TT-BYT và Thông tư số 50/2014/TT-BYT) đã gây khó khăn cho cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan được giao nhiệm vụ thẩm định, cho phép áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh vì sẽ phải tra cứu nhiều văn bản cùng lúc để xác định tuyến chuyên môn, xếp loại phẫu thuật/ thủ thuật đối với kỹ thuật đó rồi mới có thể hoàn thiện các thành phần sơ khác để đề nghị cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại Thông tư số 07/2015/TT-BYT ngày 03/4/2015 quy định chi tiết điều kiện, thủ tục cho phép áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh.

- Số lượng kỹ thuật theo quy định tại Thông tư số 43/2013/TT-BYT gồm 17.216 kỹ thuật cho cả 04 tuyến là quá lớn. Trong đó, có nhiều kỹ thuật xuất hiện ở nhiều chuyên khoa khác nhau nhưng lại có các mã khác nhau mặc dù về bản chất là một kỹ thuật hoặc danh mục chuyên Nhi hầu hết là lặp lại tên danh mục kỹ thuật của các chương khác; danh mục kỹ thuật của chương gây mê hồi sức trong lặp với khoa ngoại. Từ các lý do này, dẫn đến danh mục kỹ thuật của các đơn vị sẽ được duyệt lớn hơn danh mục thực tế thực hiện.

- Văn bản quy định về giá dịch vụ y tế không đáp ứng đủ theo tên các danh mục kỹ thuật đã được Bộ Y tế phê duyệt: Khi Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc được ban hành thì đã không đủ các danh mục kỹ thuật so với Thông tư số 43/2013/TT-BYT, , kể cả 06 lần Bộ Y tế ban hành các quyết định phiên tương đương để áp dụng giá của Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC thì cũng mới đáp ứng được 8.984/17.216 danh mục kỹ thuật. Tiếp tục đến Thông tư số 39/2018/TT-BYT quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp thì cũng chỉ có mã cho 1.900 danh mục cộng với quyết định phiên tương tương của 9.190 danh mục kỹ thuật. Số danh mục không hoặc chưa được phiên tương đương đã gây ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt là trong việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

*b) Một số văn bản quy phạm pháp luật thuộc lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh chưa bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống văn bản quy phạm pháp luật khác:*

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định thời gian thực hành là 18 tháng đối với bác sỹ, 09 tháng đối với điều dưỡng, trong khi đó Luật lao động chỉ quy định chung về thời gian tập sự là 12 tháng. Điều này dẫn đến việc nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ ký hợp đồng đối với người có chứng chỉ hành nghề và sau đó người này lại vẫn phải tập sự 12 tháng hoặc có nhiều trường hợp đã ký hợp đồng và hoàn thiện thời gian tập sự nhưng sau đó người đó không được cấp hoặc bị chậm cấp chứng chỉ hành nghề nên không thể sử dụng nhân sự.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định việc phân tuyến kỹ thuật nhưng Luật bảo hiểm y tế lại quy định việc áp dụng giá theo hạng bệnh viện nên đã ảnh hưởng rất lớn đến việc tổ chức hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt trong các trường hợp cơ sở tuyến dưới nhưng đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép thực hiện kỹ thuật của tuyến trên.

- Việc phân tuyến chuyên môn kỹ thuật theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tại Điều 10 Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế còn mâu thuẫn, không thống nhất, còn chồng chéo.Bên cạnh đó, đến nay vẫn chưa có văn bản quy định việc phân tuyến kỹ thuật đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.

### ***2.3. Về tính phù hợp, khả thi:***

Mặc dù, hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh gồm Luật khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản dưới luật về cơ bản đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn nhưng vẫn còn một số tồn tại, bất cập sau:

*a) Về quyền và nghĩa vụ của người bệnh:*

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định người bệnh được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án, theo đó thông tin này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định. Bên cạnh đó, Luật cũng quy định người bệnh được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

Tuân thủ quy định nêu trên, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện việc cung cấp tóm tắt hồ sơ bệnh án khi người bệnh có yêu cầu. Tuy nhiên, trên thực tế thì các thông tin này không thể là chứng cứ pháp lý để chứng minh sai sót từ người hành nghề, hay là chứng cứ trước cơ quan tố tụng. Bên cạnh đó, ngoài pháp luật về tố tụng hình sự có quy định liên quan đến vấn đề này còn lại không có văn bản nào quy định đối tượng nào thì sẽ được tiếp cận đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án. Điều này đã dẫn đến một số tranh chấp giữa người bệnh, luật sư của người bệnh với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định trường hợp người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện hợp pháp của người bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện hợp pháp của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh.

Tuy nhiên, trên thực tế đã xảy ra trường hợp người bệnh trong tình trạng hôn mê hoặc không thể tự quyết định được có hay không thực hiện việc tiếp tục điều trị đồng thời người nhà của người bệnh lại có ý kiến khác nhau thì ai sẽ lại người quyết định việc điều trị cho người bệnh? nếu người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định thì ai sẽ người chịu trách nhiệm chi trả chi phí và trong trường hợp rủi ro ảnh hưởng đến tính mạng, sức khỏe của người bệnh thì ai sẽ là người chịu trách nhiệm?

- Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 không đề cập đến quyền của người bệnh được khiếu nại đối với những sai sót, về chất lượng dịch vụ hay về thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Đây là một trong những quyền của công dân được Hiến pháp ghi nhận, vì vậy cần thừa nhận khiếu nại là quyền của người sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Quyền khiếu nại của người bệnh cần phải được tiếp cận theo hướng là căn cứ phát sinh tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh chứ không phải là khiếu nại hành chính và được giải quyết theo thủ tục khiếu nại, tố cáo.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định người bệnh có nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh nhưng lại không có chế tài hoặc cơ chế giải quyết trong trường hợp người bệnh cố tình không chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

*b) Về cấp chứng chỉ hành nghề:*

- Về đối tượng được cấp chứng chỉ hành nghề: Luật khám bệnh, chữa bệnh 2009 chỉ cấp chứng chỉ hành nghề cho 6 nhóm đối tượng, quy định này chưa bao phủ hết các đối tượng tham gia hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong thực tế như cán bộ khối y tế dự phòng, cử nhân sinh học tham gia xét nghiệm, người đang làm việc trong lĩnh vực y tế dự phòng nhưng có tham gia vào hoạt động cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh,…gây khó khăn cho người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong quá trình tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh và thanh quyết toán bảo hiểm y tế.

- Về phạm vi hoạt động chuyên môn của người hành nghề: Luật chưa quy định cụ thể về phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề đối với bác sĩ đa khoa; phạm vi chuyên môn của đối tượng hành nghề về y học cổ truyền, điều dưỡng, kỹ thuật viên ở các trình độ khác nhau cũng chưa rõ ràng và sử dụng chung một phạm vi hoạt động chuyên môn.

Hiện tại, việc thực hiện quyết định bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn cho một số người hành nghề sau khi cá nhân đi học về còn gặp không ít khó khăn như: Nữ hộ sinh học lớp định hướng siêu âm, Điều dưỡng trung cấp hoặc Cử nhân Điều dưỡng học định hướng chẩn đoán hình ảnh, do một số trường Đại học tổ chức đào tạo các lớp này không quy định rõ đối tượng tham gia học.

Đối với trường hợp Y sĩ học định hướng chuyên khoa nội, ngoại, sản, nhi, mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt, nhi, sản phụ khoa ...vẫn được quy định chung là “Tham gia sơ cứu ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh thông thường theo quy định tại Thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT- BNV ngày 27/5/2015 của Bộ Y tế, Bộ Nội vụ”; hiện tại Bộ Y tế vẫn chưa có hướng dẫn về các đối tượng trên.

Đối với việc xác nhận quá trình thực hành tại Điều 24, Luật quy định 18 tháng thực hành tại bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh đối với bác sỹ; 12 tháng đối với y sỹ điều này gây khó khăn trong quá trình áp dụng thực tiễn đối với các bác sỹ, y sỹ công tác tại trạm y tế phải lên trung tâm y tế huyện thực hành tạo nhiều bất cập trong quá trình làm việc tại đơn vị. Ngoài ra, Luật cũng chưa có quy định cụ thể về người hướng dẫn thực hành, nội dung hướng dẫn thực hành cụ thể cho từng đối tượng hành nghề nên bác sỹ y học dự phòng không biết đăng ký thực hành ở đâu, ai hướng dẫn, nội dung thực hành thế nào.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định người hành nghề phải cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong 2 năm, nhưng Thông tư số 22/2013/TT-BYT chưa đồng bộ với Thông tư số 35/TT-BYT ngày 30/10/2013 quy định về thu hồi chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động và đình chỉ hoạt động chuyên môn của người hành nghề, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nên dẫn đến việc thu hồi chứng chỉ hành nghề đối với trường hợp không cập nhật y khoa liên tục đang gặp khó khăn.

- Về thời hạn giá trị của chứng chỉ hành nghề: Luật khám bệnh, chữa bệnh không quy định thời hạn giá trị của chứng chỉ hành nghề. Tuy nhiên, việc không xác định thời hạn không tạo ra cơ chế để giúp cơ quan quản lý nhà nước theo dõi, giám sát việc quản lý chất lượng người hành nghề khi chuẩn hóa các điều kiện chuyên môn, cập nhật kiến thức y khoa liên tục và quá trình hành nghề của người hành nghề. Bên cạnh đó, quy định này cũng không phù hợp với pháp luật cũng như thông lệ quốc tế gây khó khăn cho việc hội nhập của y tế Việt Nam với các nước trong khu vực và trên thế giới về khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt trong bối cảnh đa phương hóa, đa dạng hóa các mối quan hệ quốc tế và hội nhập quốc tế của Việt Nam hiện nay như việc tham gia vào cộng đồng chung ASEAN, Diễn đàn Hợp tác Châu Á Thái Bình Dương (APEC), Hiệp định Đối tác toàn diện và tiến bộ xuyên Thái Bình Dương (CPTPP), … Đến nay, có lẽ chỉ còn Việt Nam là nước duy nhất trên thế giới cấp chứng chỉ hành nghề một lần và có giá trị vĩnh viễn.

- Về hình thức tổ chức cấp chứng chỉ hành nghề: Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định việc cấp chứng chỉ hành nghề theo hình thức xét hồ sơ dựa vào các bằng cấp, chứng chỉ, chứng nhận chuyên môn nên không xác định được phạm vi hành nghề cụ thể của người hành nghề (không xác định được người hành nghề được cung cấp dịch vụ kỹ thuật nào hay không được phép cung cấp dịch vụ kỹ thuật nào)? Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng như trong việc sắp xếp, bố trí nhân lực trực, đặc biệt là đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến huyện khi mà số lượng bác sỹ tại tuyến huyện còn rất hạn chế và trong mỗi ca trực, các bác sỹ phải thực hiện trực cả 04 chuyên khoa nội, ngoại, sản, nhi… và dẫn đến tình trạng quá tải của các bác sỹ và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó, việc cấp chứng chỉ hành nghề theo hình thức xét hồ sơ không đánh giá được thực chất năng lực chuyên môn của người hành nghề cũng như chất lượng đào tạo của cơ sở đào tạo.

- Luật quy định người hành nghề chỉ được hành nghề trong phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề. Tuy nhiên, trên thực tế việc ghi đầy đủ tất cả các chuyên khoa và các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện trong từng chuyên khoa trên chứng chỉ hành nghề là rất khónên đã dẫn đến các khó khăn khi thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Luật khám bệnh, chữa bệnh cho phép người hành nghề thuộc đối tượng quản lý của Sở Y tế có thể đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh ở bất cứ Sở Y tế nào trong toàn quốc nhưng lại không có quy định về đăng ký hành nghề. Để bù đắp khoảng trống này, các văn bản hướng dẫn thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh đã bổ sung quy định về đăng ký hành nghề nhưng lại không thiết lập được hệ thống liên thông cơ sở dữ liệu về quản lý hành nghề nên dẫn đến tình trạng không kiểm soát được quá trình hành nghề của người hành nghề, đặc biệt đối với các đối tượng hành nghề tại nhiều cơ sở trên cùng địa bàn một tỉnh, thành phố hoặc trên địa bàn của nhiều tỉnh khác nhau.

*c) Về hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

Luật khám bệnh, chữa bệnh đã quy định cụ thể một số hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, quy định này chưa bao quát hết các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tồn tại trong thực tế hoặc mới phát sinh. Ví dụ: Trung tâm y tế huyện, Trung tâm nội tiết, Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản, trung tâm phòng, chống bệnh xã hội, trung tâm y tế tuyến huyện, bệnh xá, phòng khám quân dân y…Vì vậy, trong quá trình tổ chức thực hiện còn gặp nhiều khó khăn khi cấp giấy phép hoạt động cho các hình thức này.

*d) Về cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh:*

- Theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh thì một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải đáp ứng các điều kiện về bảo vệ môi trường khi đi vào hoạt động. Chính vì vậy, nội dung liên quan đến kết quả đánh giá tác động môi trường hoặc thực hiện đăng ký kế hoạch bảo vệ môi trường là một trong các thành phần hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong đó:

+ Báo cáo đánh giá tác động môi trường áp dụng đối với các dự án xây dựng cơ sở khám bệnh chữa bệnh và cơ sở y tế khác có quy mô từ 50 giường bệnh;

+ Đăng ký kế hoạch bảo vệ môi trường áp dụng đối với các cơ sở y tế còn lại.

Qua thực tiễn triển khai cho thấy, trên 50% bệnh viện tuyến huyện và hầu hết các trạm y tế đều không đáp ứng yêu cầu về xử lý chất thải nên nếu cấp giấy phép hoạt động thì không đủ điều kiện nhưng nếu không cấp vướng vào việc triển khai công tác khám, chữa bệnh và thanh quyết toán bảo hiểm y tế.

Bên cạnh đó, quy định này cũng gây khó khăn cho việc cấp phép đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới thành lập do khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa hoạt động thì sẽ không phát sinh nước thải. Do vậy, không thể có chứng nhận nước thải đạt yêu cầu của pháp luật về bảo vệ môi trường.

- Phần kê khai nhân sự và danh sách đăng ký hành nghề trong hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động còn trùng lặp và thiếu quy định cụ thể là hồ sơ nhân sự bao gồm các giấy tờ gì? Bên cạnh đó, trong hồ sơ chưa đề cập đến văn bản xác nhận thời gian kinh nghiệm đối với người phụ trách chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như người phụ trách chuyên môn của các khoa, phòng chuyên môn thuộc bệnh viện.

- Việc quy định phòng khám đa khoa phải có số lượng bác sỹ khám bệnh, chữa bệnh hành nghề cơ hữu phải đạt tỷ lệ ít nhất là 50% trên tổng số bác sỹ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh của phòng khám đa khoa là không phù hợp thực tiễn của hầu hết các địa phương, kể cả các thành phố lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

- Khoản 5 Điều 12 Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 quy định: "Người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước không được đăng ký làm người đứng đầu của bệnh viện tư nhân hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo Luật doanh nghiệp, Luật hợp tác xã, trừ trường hợp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử tham gia quản lý, điều hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phần vốn của Nhà nước.". Quy định này đã hạn chế việc người đứng đầu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước được mở các phòng khám ngoài giờ làm việc của họ.

Bên cạnh đó, việc Nghị định số 109/2016/NĐ-CP quy định: "Người hành nghề được đăng ký hành nghề tại một hoặc nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng không được đăng ký hành nghề cùng một thời gian tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau và tổng thời gian làm ngoài giờ không quá 200 giờ theo quy định của Bộ luật lao động." là không phù hợp với thực tiễn do để tránh quá tải, đáp ứng yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã phải tổ chức khám ngoài giờ (kể cả thứ bẩy và chủ nhật) do vậy nếu không cần tính thời gian làm tại phòng khám ngoài giờ thì chỉ thời gian làm việc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước cũng đã vượt quá số giờ theo quy định của Bộ luật Lao động.

- Chưa có hướng dẫn cụ thể đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do thay đổi loại hình kinh doanh (từ hộ kinh doanh cá thể sang doanh nghiệp hoặc ngược lại), thay đổi tên nhưng không có tài liệu chứng minh tên cũ.

- Chưa có quy định chi tiết về danh mục thuốc, trang thiết bị tối thiểu cho các loại hình phòng khám chuyên khoa và đa khoa, danh mục thuốc cấp cứu riêng cho từng hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*đ) Quy định về khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo:*

Quy định người nước ngoài vào khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo theo đợt, chuyển giao kỹ thuật, mổ biểu diễn phải có giấy phép hành nghề nặng về thủ tục hành chính và không phù hợp với thực tiễn dẫn đến tình trạng không bảo đảm được tính kịp thời của hoạt động khám, chữa bệnh nhân đạo và chuyển giao kỹ thuật.

*e) Về áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới:*

Tài liệu chứng minh tính hợp pháp, bằng chứng lâm sàng, tính hiệu quả trong khám bệnh, chữa bệnh của kỹ thuật mới, phương pháp mới theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 8 Thông tư số 07/2015/TT-BYT (Kỹ thuật, phương pháp đã được Bộ Y tế phân loại phẫu thuật, thủ thuật là loại đặc biệt, loại I, lần đầu tiên áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) gây khó khăn cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc chuẩn bị hồ sơ đề nghị áp dụng thí điểm.

*g) Về hệ thống tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định hệ thống tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước có 4 tuyến gắn với hạng bệnh viện. Tuy nhiên, Luật Bảo hiểm y tế lại quy định dựa vào phân tuyến hành chính để xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế,…Vì vậy, trong quá trình hướng dẫn, tổ chức thực hiện phát sinh những mâu thuẫn và bất cập.

*h) Về chuyên môn kỹ thuật:*

Một số nội dung liên quan đến chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh như: bệnh án điện tử, khám bệnh, chữa bệnh từ xa, điều trị nội trú ban ngày, …. chưa được quy định cụ thể trong Luật nên chưa có cơ chế pháp lý để tổ chức triển khai thực hiện.

Bên cạnh đó, mặc dù trong thời gian qua Bộ Y tế đã ban hành nhiều hướng dẫn chuyên môn tuy nhiên vẫn còn một số

*k) Về an ninh bệnh viện:*

Vấn đề an ninh bệnh viện mới được tiếp cận dưới góc độ quy định các quyền và nghĩa vụ của người bệnh, quyền và nghĩa vụ của người hành nghề, quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh nhưng chưa có quy định cụ thểvề các biện pháp bảo đảm an ninh bệnh viện khác như các biện pháp tổ chức bảo đảm an ninh chung, sự tham gia của lực lượng công an trong bảo đảm an ninh bệnh hay vấn đề kinh phí bảo đảm cho hoạt động này… nên mặc dù trong những năm qua ngành y tế đã có nhiều cố gắng trong việc triển khai các biện pháp bảo đảm an ninh bệnh viện, bảo đảm an toàn cho người hành nghề như việc ký kết Quy chế phối hợp số 03/QC-BCA-BYT ngày 26/9/2013 giữa Bộ Công an và Bộ Y tế về công tác bảo đảm an ninh, trật tự trong lĩnh vực y tế, Quy chế phối hợp giữa Cục Quản lý khám, chữa bệnh với Cục Cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội - Bộ Công an ngày 23/01/2019 hay việc tổ chức các diễn đàn, chương trình truyền thông về bảo đảm an ninh bệnh viện vẫn chưa đạt hiệu quả cao.

# **Mục 3ĐÁNH GIÁ VIỆC CHẤP HÀNH CÁC QUY ĐỊNH CỦA LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

# **I. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ**

## **1. Kết quả đạt được:**

Về cơ bản, việc bảo đảm các quyền của người bệnh được các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện khá tốt, cụ thể là:

Thứ nhất, người bệnh khi đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bị phân biệt đối xử, không có sự phân biệt giàu nghèo hay vị trí xã hội.

Thứ hai, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã bảo đảm thực hiện quyền được lựa chọn trong khám bệnh, chữa bệnh mà cụ thể là tất cả người bệnh đều được cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị. Trường hợp tham gia nghiên cứu y sinh học về khám bệnh, chữa bệnh thì đều được tư vấn, giải thích cụ thể về lợi ích cũng như các rủi ro khi tham gia để quyết định việc có hay không tham gia các nghiên cứu này.

Thứ ba, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện tốt việc cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giải thích chi tiết về các khoản chi trong hoá đơn thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cũng như việc cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản.

Thứ tư, tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều hướng tới việc cung cấp các dịch vụ kỹ thuật an toàn với chất lượng cao và chi phí hợp lý.

Thứ năm, quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi cũng được bảo đảm, cụ thể là mọi chỉ định điều trị, can thiệp ngoại khoa đối với đối tượng này đều được người nhà hoặc người đại diện hợp pháp của người đó quyết định, trừ trường hợp cấp cứu.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

a) Cơ sở vật chất, trang thiết bị ngành Y tế còn thiếu và chưa hoàn thiện, nguồn nhân lực y tế, nhất là các bác sĩ có trình độ cao trên địa bàn các tỉnh, thành phố còn hạn chế nên việc thực hiện một số quyền còn bị hạn chế:

Thứ nhất, do tình trạng quá tải nên nhiều người hành nghề không đủ thời gian để giải thích một cách cặn kẽ cho người bệnh về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị.

Thứ hai, do số lượng người hành nghề còn thiếu nên việc thực hiện chăm sóc toàn diện cho người bệnh gần như không thực hiện được.

b) Hầu hết số người dân được hỏi đều chỉ trả lời là khi đến bệnh viện thì phải tuân thủ nội quy, tuân thủ hướng dẫn của bác sỹ và nhân viên y tế và có trách nhiệm chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà không biết một cách đầy đủ về quyền và nghĩa vụ của mình khi đi khám bệnh, chữa bệnh.

c) Trên 90% số người hành nghề được hỏi về quyền và nghĩa vụ của mình khi hành nghề chỉ trả lời là có nghĩa vụ tuân thủ các quy định chuyên môn, tuân thủ quy chế hoạt động của đơn vị cũng như chỉ đạo của lãnh đạo khoa, phòng và thủ trưởng đơn vị mà không biết một cách đầy đủ về quyền và nghĩa vụ của mình khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

# **II. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ, GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG VÀ QUẢN LÝ NGƯỜI HÀNH NGHỀ**

## **1. Kết quảđã đạt được:**

Về cơ bản, Luật khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật đã tạo hành lang pháp lý khá thuận lợi cho hoạt động cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và giấy phép hoạt động.

Tính đến tháng 12/2018, toàn quốc đã cấp chứng chỉ hành nghề cho 363,407 người hành nghềvà đã cấp giấy phép hoạt động cho 49.984 cơ sở khám, chữa bệnh.

***Bảng 3. Thống kê số liệu chung về cấp chứng chỉ hành nghề***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Số hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề** | **Số hồ sơ đã cấp chứng chỉ hành nghề mà không phải yêu cầu bổ sung hồ sơ** | **Số hồ sơ đã cấp chứng chỉ hành nghề mà phải yêu cầu bổ sung hồ sơ** | **Số hồ sơ từ chối cấp chứng chỉ hành nghề**  | **Số hồ sơ chưa cấp chứng chỉ hành nghề** |
| ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** |
| **433,801** | **363,407** | **361,865** | **1,542** | **36,684** | **36178** | **506** | **8,984** | **8,607** | **377** | **24,726** | **24,720** | **6** |

***Bảng 4. Thống kê số liệu chung về cấp giấy phép hoạt động***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Số hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động** | **Số hồ sơ đã cấp giấy phép hoạt động mà không phải yêu cầu bổ sung hồ sơ** | **Số hồ sơ đã cấp giấy phép hoạt động mà phải yêu cầu bổ sung hồ sơ** | **Số hồ sơ từ chối cấp giấy phép hoạt động** | **Số hồ sơ chưa cấp giấy phép hoạt động** |
| ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** | ***Tổng số hồ sơ*** | ***Đúng hạn*** | ***Không đúng hạn*** |
| **51,249** | **43,204** | **42,778** | **426** | **6,779** | **5,838** | **941** | **1,111** | **1,044** | **67** | **155** | **152** | **2** |

Sau 09 năm thực hiện Luật khám bệnh, chữa bệnh, đã hình thành được đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên khá vững chắc về cấp chứng chỉ hành nghề. Bên cạnh đó, việc Bộ Y tế thực hiện in và quản lý toàn bộ phôi của chứng chỉ hành nghề cũng đã tạo ra sự thống nhất về biểu mẫu, quản lý chặt việc cấp chứng chỉ hành nghề cũng như nâng cao được trách nhiệm của cán bộ, công chức trong quá trình thực hiện hoạt động cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động.

Việc tuân thủ pháp luật về cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động của các cơ quan cấp phép được thực hiện khá tốt: Trong tổng số 433,801 hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề thì chỉ có 2,431 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 0,56%) và trong tổng số 51,249 hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động thì chỉ có 1,456 hồ sơ (chiếm tỷ lệ2,84%) giải quyết không đúng thời hạn quy định.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

a) 51% Sở Y tế báo cáo thiếu nhân lực cho việc cấp chứng chỉ hành nghề. Nhiều Sở Y tế cán bộ kiêm nhiệm rất khó khăn trong công tác quản lý đặc biệt là công tác giám sát, thanh kiểm tra. Hệ thống quản lý hành nghề từ cấp Sở Y tế tới xã, phường còn có nhiều hạn chế; việc thay đổi phân cấp quản lý còn chậm. Một số phòng y tế quận, huyện chưa có đủ nhân lực chuyên môn. Vai trò tư vấn, phản biện, phối hợp của các Hội nghề nghiệp liên quan đến y dược còn hạn chế. Hệ thống phần mềm phục vụ việc quản lý cấp phép hành nghề ra đời muộn hơn so với việc thực thi Luật khám bệnh, chữa bệnh nên còn nhiều khó khăn trong quản lý.Trình độ tin học của cán bộ đầu mối cấp chứng chỉ hành nghề còn hạn chế, chưa nhiệt tình với công việc hướng dẫn thủ tục hồ sơ và cập nhật vào phần mềm cấp chứng chỉ hành nghề. Một số Sở Y tế còn chưa chủ động bố trí nhân sự, kinh phí để cập nhập dữ liệu cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép haojt động vào hệ thống.Lãnh đạo một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa hiểu rõ các quy định của pháp luật về lĩnh vực chấp hành thực hiện các thủ tục hành chính trong việc xin chứng chỉ hành nghề à giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

b)Người tham gia hành nghề chưa tìm hiểu văn bản pháp luật liên quan đến lĩnh vực khám chữa bệnh mặc dù đã được tập huấn hướng dẫn do đó khi nộp thủ tục hồ sơ phải bổ sung nhiều lần dẫn đến việc chậm hoàn thành tiến độ cấp chứng chỉ hành nghề (trong tổng số 433,801 hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề có 36,684 hồ sơ phải bổ sung chiếm tỷ lệ 11,72 %) và giấy phép hoạt động (trong tổng số 51,249hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động có 6,779 hồ sơ phải bổ sung chiếm tỷ lệ 13,23%).

c) Một số người hành nghề thuộc Bộ Quốc phòng chưa được cấp chứng chỉ hành nghề, dẫn đến tình trạng hành nghề khám chữa bệnh ngoài giờ không phép, gây khó khăn cho công tác quản lý.

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện đúng các quy định về đăng ký nhân sự, bảng hiệu, quảng cáo, thời gian làm việc, niêm yết giá,…Chưa có quy định cụ thể về biển hiệu phù hợp với loại hình của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, vì vậy có nhiều cơ sở đăng ký tên không phù hợp.

đ) Trang thiết bị y tế, quy định về xử lý chất thải y tế đối với tuyến xã và tương đương khó đáp ứng do kinh phí, nhất là đối với hệ thống xử lý nước thải.Y tế công an huyện, y tế trường học, trung tâm cai nghiện ma túy... hầu hết chỉ có 01 cán bộ là y sỹ hoặc điều dưỡng làm công tác y tế và cơ sở vật chất trang thiết bị hầu như không có hoặc rất nghèo nàn. Việc cấp giấy phép hoạt động cho Y tế cơ quan, trường học, xí nghiệp chưa thực hiện do các cơ sở chưa đáp ứng đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực; người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của Trạm y tế chưa đáp ứng. Ngoài ra, hiện nay, theo Nghịđịnh số 40/2019/NĐ-CP ngày 13/5/2019 đã sửa đổi quy định về báo cáođánh giá tác động môi trường đối với các dựán xây dựng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở y tế khác lên quy mô 100 giường bệnh, tuy nhiên vẫn tồn tại khó khăn trong việc cấp phép đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do thủ tục xác nhận hoàn thành công trình bảo vệ môi trường vẫn theo quy định cũ.

e) Các cơ sở thẩm mỹ viện có thực hiện một số kỹ thuật xăm trổ gây chảy máu hoặc các kỹ thuật thẩm mỹ khác, nhưng các cơ sở này do chính quyền địa phương cấp phép, ngành y tế không quản lý;

g) Nhân lực y tế tuyến xã chưa đảm bảo nên người phụ trách hoạt động chuyên môn tại một số trạm y tế xã vẫn là điều dưỡng viên. Đối với các địa phương nghèo, địa bàn rộng, dân cư thưa, tỷ lệ bác sỹ thấp nên việc hoạt động theo loại hình phòng khám đa khoa gặp rất nhiều khó khăn.

h) Hệ thống các biểu mẫu báo cáo, công tác thông tin y tế chưa được hoàn chỉnh với cơ sở tư nhân.

i) Việc đăng ký hành nghề chưa được thực hiện một cách nghiêm túc: chỉ có 38.778 trong tổng số 49.625 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang hoạt động[[4]](#footnote-4) thực hiện việc đăng ký hành nghề với 125.341 người hành nghề.

k) Các quy định về kiểm tra, thanh tra và xử lý vi phạm sau cấp giấy phép hoạt động cũng chưa rõ ràng, cụ thể nên dẫn đến tình trạng khi xảy ra các sự cố y khoa, Bộ Y tế đều phải chỉ đạo điều tra, xác minh và xử lý.

# **III. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **1. Kết quả đạt được:**

Các quy định về chuyên môn kỹ thuật, áp dụng các kỹ thuật, phương pháp mới, xác định sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh, bồi thường thiệt hại, bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh đã tạo hành lang pháp lý quan trọng cho việc phát triển hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian qua:

a)Số lần khám bệnh đạt gần 230 triệu lượt, trong đó khoảng 178 triệu lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, số lần khám bệnh bình quân đạt 2,4 lần/người dân.

b) Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, trên cơ sở quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh, Bộ Y tế đã ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện và phát động việc đổi mới phong cách phục vụ, nâng cao y đức; xây dựng cơ sở y tế “Xanh - Sạch - Đẹp” hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Đến nay hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện được hình thành với 55,4% bệnh viện trên toàn quốc thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Các hoạt động này đã góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh chất lượng lâm sàng đang dần được nâng lên. Bộ mặt chung của nhiều bệnh viện đã thay đổi, chỉ dẫn, đón tiếp tốt hơn, môi trường bệnh viện đang xanh hơn, nhà vệ sinh, cảnh quan sạch hơn, đẹp hơn. Mức chất lượng trung bình toàn quốc năm 2017 đạt 2.81/5, trong đó nhóm các tiêu chí phần Hướng đến người bệnh cao nhất đạt mức 3,18/5. Trung bình các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế đã đạt mức 3,49/5 và kết quả đánh giá năm 2018 đã có một số bệnh viện đã có bước tiến vượt bậc đạt mức 4/5. Kết quả khảo sát cho thấy có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ hài lòng của người bệnh, đạt khoảng 80% ở các loại khảo sát khác nhau[[5]](#footnote-5).

Bên cạnh đó, Hệ thống kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm được hình thành. Trong năm 2018, đã có hơn 4.309 phòng xét nghiệm và các trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm thực hiện ngoại kiểm tra, tăng hơn 10% so với cùng kỳ năm 2016 và tăng gần 19 lần so với năm 2009. Đồng thời đã triển khai liên thông kết quả xét nghiệm, chẩn đoán đối với các phòng xét nghiệm đã đạt ISO 15189 tại 28 bệnh viện trực thuộc Bộ.

c) Các giải pháp tổng thể về giảm quá tải bệnh viện đã được triển khai tích cực và đồng bộ như cải tiến quy trình khám bệnh để giảm thời gian chờ đợi của bệnh nhân; phát triển mạng lưới bệnh viện vệ tinh, tập trung đẩy nhanh tiến độ thực hiện các dự án trọng điểm để tăng thêm số cơ sở y tế, giường bệnh; đẩy mạnh việc đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, luân phiên cán bộ để nâng cao năng lực cho tuyến dưới.

Quy trình khám bệnh đã giảm từ 12-14 bước xuống còn 4-8 bước tùy theo loại hình khám bệnh, so với năm 2012 thời gian khám bệnh giảm trung bình 48,5 phút trên 1 lượt khám bệnh.

Đến nay đã hình thành 23 bệnh viện hạt nhân và 138 bệnh viện vệ tinh (tăng 1 bệnh viện hạt nhân và 21 bệnh viện vệ tinh so với năm 2017); các bệnh viện hạt nhân đã chuyển giao gần 2.000 kỹ thuật cao cho các bệnh viện vệ tinh. Hoạt động hiệu quả của mô hình bệnh viện vệ tinh giúp giảm tỷ lệ chuyển tuyến đạt từ 65-100% số ca chuyển tuyến ở những chuyên khoa thực hiện chuyển giao kỹ thuật tại các bệnh viện vệ tinh. Công suất sử dụng giường bệnh tại 25% số bệnh viện tuyến huyện tăng lên. Nhờ đó, tại trên 80% số bệnh viện trung ương và tuyến cuối, tình trạng quá tải và nằm ghép về cơ bản đã được giải quyết.

d) Việc phát triển hệ thống y học cổ truyền và kết hợp y học cổ truyền trong khám bệnh, chữa cũng được chú trọng. Hiện cả nước có 63 bệnh viện y học cổ truyền, trong đó có 58 bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh/56 tỉnh, thành phố (3 tỉnh có 2 bệnh viện), 88,23% trạm y tế xã có tổ chức khám chữa bệnh y học cổ truyền, trong đó tỷ lệ trạm y tế xã triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng y học cổ truyền là 70,18%. Tỷ lệ người bệnh được điều trị bằng y học cổ truyền ở các tuyến tăng dần, đạt 4,1% ở tuyến trung ương, 11,7% ở tuyến tỉnh, 13,4% ở tuyến huyện và 28,5% ở tuyến xã. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền, y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại đã từng bước được nâng cao. Công tác quản lý hành nghề, quản lý quảng cáo khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền chặt chẽ và có hiệu quả hơn. Chất lượng dược liệu cổ truyền được kiểm soát dần từng bước, nhất là trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền.

đ)Y tế tư nhân phát triển nhanh cả về quy mô và số lượng với 248 bệnh viện tư nhân, 21.048 phòng khám chuyên khoa. Năm 2018 tiếp tục thu hút sự tham gia của khu vực y tế tư nhân, một số cơ sở y tế tư nhân có quy mô được thành lập mới như Bệnh viện Nhi Đức Tâm, Đăk Lăk - 50 giường bệnh, Bệnh viện Mắt Cao Nguyên tại Gia Lai - 100 giường bệnh, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Hải Phòng – 180 giường bệnh, Bệnh viện Phương Châu Sa Đéc - 50 giường bệnh... Năm 2018 Bộ đã duyệt chủ trương thành lập mới 16 bệnh viện tư nhân. Tổ chức xét phân tuyến và phân hạng tương đương cho 219 bệnh viện tư nhân.

e) Các hướng dẫn chuyên môn được ban hành với số lượng lớn như gần 4.000 hướng dẫn quy trình kỹ thuật; hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; hướng dẫn chuyên môn cho tuyến xã; tiêu chuẩn chất lượng xử trí bệnh đột quỵ; quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh chuyên ngành ngoại khoa, nhi khoa và Hồi sức tích cực; chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam và cách tính nhân lực điều dưỡng trên người bệnh theo từng chuyên khoa.

Nhiều kỹ thuật công nghệ y học tiên tiến như ghép tạng, trị liệu tế bào gốc, phẫu thuật nội soi nói chung và nội soi bằng rô bốt nói riêng, sinh học phân tử, y học hạt nhân, đã được nghiên cứu ứng dụng thành công góp phần chẩn đoán chính xác và điều trị hiệu quả nhiều bệnh hiểm nghèo, bệnh khó. Đặc biệt, năm 2016 lần đầu tiên triển khai phẫu thuật nội soi rô bốt ở người lớn. Tính đến tháng 9/2016, cả nước đã thực hiện thành công 1281 ca ghép thận, 54 ca ghép gan và 16 ca ghép tim. Năm 2016, hệ thống robot phẫu thuật thứ hai đã được cấp phép và thực hiện thành công tại Bệnh viện Bình dân, cho phép tiến hành phẫu thuật nhiều bộ phận với mức xâm lấn tối thiểu, độ chính xác và an toàn vượt trội, giảm nguy cơ tai biến và giúp bệnh nhân mau hồi phục. Cũng trong năm qua, việc ứng dụng các công nghệ kỹ thuật tiên tiến trong khám chữa bệnh đã mang lại cho ngành y tế 3 giải thưởng Hồ Chí Minh, 1 giải thưởng Nhà nước về Khoa học và công nghệ cùng với 3 giải thưởng Nhân tài đất Việt.

Bên cạnh đó, Bộ Y tế cũng đã tích cực triển khai việc ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc ban hành Thông tư số 49/2017/TTT-BYT ngày 28/12/2017 quy định về hoạt động y tế từ xa. Hiện nay, việc triển khai tư vấn, hội chẩn từ xa thông qua ứng dụng công nghệ thông tin, Telemedicine đã được triển khai tại một số Sở Y tế (Sở Y tế Quảng Ninh, Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh,…) và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở các tuyến (Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Phổi Trung ương,…) thông qua một số Đề án của Bộ Y tế, hoạt động y tế xa đã chứng minh được hiệu quả triển khai, trong đó 85,5% bệnh viện trong Đề án bệnh viện vệ tinh của Bộ Y tế có xu hướng giảm tỷ lệ chuyển tuyển; góp phần nâng cao năng lực chuyên môn của các bác sỹ, nhân viên y tế tuyến dưới; trao đổi và học tập kinh nghiệm của các bệnh viện trong và ngoài nước về chuyên môn; góp phần giảm thời gian, chi phí và nhân lực thông qua hình thức họp giao ban, đào tạo trực tuyến,… Đồng thời, Bộ Y tế cũng đã ban hành Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 quy định về hồ sơ bệnh án điện tử.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

a) Tổ chức mạng lưới và cơ chế hoạt động của các cơ sở y tế vẫn chưa bảo đảm cung cấp dịch vụ toàn diện, liên tục, có chất lượng, lấy bệnh nhân làm trung tâm do thiếu sự kết nối hữu cơ giữa các tuyến, chưa đáp ứng được với nhu cầu CSSK trong bối cảnh thay đổi mô hình bệnh tật.

b) Tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên, nhất là ở các bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương, bệnh viện tuyến cuối như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Ung bướu, Bệnh viện Nhi đồng I và II,… và các chuyên khoa Tim mạch, Ung bướu, Chấn thương chỉnh hình, Sản, Nhi, Hô hấp, huyết học, nội tiết, … chưa được cải thiện một cách đột phá và triệt để. Nguyên nhân do chất lượng dịch vụ y tế ở các cơ sở y tế tuyến dưới chưa được cải thiện căn bản, chưa lấy lại được niềm tin của người dân trong khi hành vi tìm kiếm dịch vụ y tếcủa người dân chưa hợp lý, tâm lý vẫn muốn tập trung lên tuyến cao hơn. Bên cạnh đó các cơ chế quản lý, cơ chế tự chủ tài chính và mặt trái của thị trường cũng ảnh hưởng đến quyết tâm giảm quá tải của các bệnh viện.

c) Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ đã được xây dựng và hình thành nhưng vẫn chưa đồng bộ, chưa có đủ các cơ chế, quy định, hướng dẫn hỗ trợ và khuyến khích cung ứng dịch vụ có chất lượng một cách toàn diện (đánh giá độc lập, cấp chứng chỉ có thời hạn, các hướng dẫn chuẩn lâm sàng,...). Còn tình trạng không công nhận, không thừa nhận kết quả khám bệnh, chữa bệnh giữa các cơ sở y tế gây lãng phí nguồn lực của nhân dân và xã hội.

d) Chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn nhiều vấn đề cần phải cải thiện cả về cách thức tổ chức cung ứng dịch vụ, thủ tục hành chính, chất lượng chuyên môn,… Tổ chức mạng lưới và năng lực của cán bộ y tế, nhất là ở tuyến cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trong bối cảnh già hoá dân số nhanh chóng. Phục hồi chức năng chưa được triển khai áp dụng rộng rãi tương xứng với tiềm năng và thế mạnh.

đ) Sự phát triển của mạng lưới y tế tư nhân chưa tương xứng với tiềm năng, việc quản lý chất lượng của các cơ sở y tế tư nhân vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

e) Nhân lực hoạt động trong lĩnh vực y học cổ truyền trong các cơ sở y tế công lập vẫn còn hạn chế về số lượng và năng lực. Tỷ lệ khám bệnh, chữa bệnh y học cổ truyền trong các cơ sở y tế vẫn còn thấp, trong khi việc nghiên cứu triển khai áp dụng các bài thuốc y học cổ truyền vào trong điều trị vẫn còn chậm.

Việc quản lý hành nghề y học cổ truyền tư nhân còn nhiều bất cập, chưa có quy định về phạm vi hoạt động chuyên môn của người hành nghề dẫn đến vẫn còn tình trạng lợi dụng y học cổ truyền để khám chữa bệnh bất hợp pháp trong khi nhiều kinh nghiệm quý trong dân gian khó được triển khai áp dụng.

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật và các hướng dẫn chuyên môn trong lĩnh vực y học cổ truyền chưa đồng bộ chậm được ban hành và chưa thực sự khuyến khích, hỗ trợ cho phát triển y học cổ truyền.

g) Về khám chữa bệnh nhân đạo:

Việc khám, chữa bệnh nhân đạo theo Luật khám bệnh, chữa bệnh mới được thực hiện từ năm 2014 theo Thông tư số 30/2014/TT-BYT ngày 28/8/2014 của Bộ Y tế quy định về khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo. Tuy nhiên, quá trình thực hiện có một số khó khăn, vướng mắc như sau:

- Hồ sơ, thủ tục khám, chữa bệnh nhân đạo còn phức tạp, việc thực hiện khám, chữa bệnh nhân đạo hầu như phải tuân thủ quy trình, thủ tục như khám, chữa bệnh thông thường. Ví dụ như việc cấp chứng chỉ hành nghề cho người nước ngoài vào khám chữa bệnh nhân đạo tại Việt Nam, thời gian thực hiện khám, chữa bệnh rất ngắn nhưng vẫn phải cấp chứng chỉ hành nghề tại Việt Nam như thông thường nên chưa tạo điều kiện thuận lợi cho các tổ chức, cá nhân nước ngoài đến khám, chữa bệnh nhân đạo tại Việt Nam. Việc thực hiện các nội dung này gặp một số khó khăn khi có các tổ chức đề nghị khám chữa bệnh nhân đạo hay chuyển giao kỹ thuật có yếu tố nước ngoài vì theo qui định chứng chỉ hành nghề phải do Bộ Y tế cấp hoặc được công nhận tại Việt Nam nhưng hiện tại Việt Nam chưa công nhận chứng chỉ hành nghề của nước nào;

- Có một số trường hợp đã được phép thực hiện khám chữa bệnh nhân đạo, nhưng không thực hiện đúng Kế hoạch (ví dụ: thay đổi thời gian khám trong kế hoạch nhưng không báo cáo, triển khai một số hoạt động không có trong kế hoạch, không thực hiện đúng nội dung cam kết, ...). Tự ý di chuyển về địa bàn khác tiếp tục khám chữa bệnh khi chưa được sự cho phép.

- Có một số tổ chức đã tự ý tiến hành khám bệnh, chữa bệnh tại một số địa bàn trong tỉnh, thu tiền siêu âm, bán thuốc, các sản phẩm chữa bệnh, phục hồi chức năng, gây bức xúc trong nhân dân.

- Một số điểm tôn giáo có hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo nhưng không thường xuyên và chưa đăng ký. Xuất hiện vài hình thức khám chữa bệnh nhân đạo, hội thảo trị liệu liên quan sức khỏe về nhân điện, hỏa trị liệu, vi diệu pháp… chưa được công nhận.

h) Về một số quy chế chuyên môn:

- Khái niệm cấp cứu: Hiện nay Luật chỉ phân loại cấp cứu gồm cấp cứu nội viện và cấp cứu ngoại viện, nhưng chưa định nghĩa thế nào là cấp cứu dẫn đến vướng mắc trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Định nghĩa cụ thể sẽ giúp phân loại các trường hợp đến cơ sở y tế do cấp cứu và đến để KCB thông thường khác, tạo điều kiện thuận lợi trong thanh toán khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Xét nghiệm thường quy: Là một khái niệm đang sử dụng trong thực tế, tuy nhiên chưa được quy định cụ thể về số lượng chỉ tiêu xét nghiệm.

- Hội chẩn, khám chữa bệnh từ xa (Telemedicine): là những giải pháp mới của ngành y tế tuy nhiên Luật chưa có quy định cụ thể hoặc quy định giao Bộ Y tế quy định cụ thể về đối tượng được cung cấp dịch vụ, điều kiện cơ sở vật chất, đường truyền, trách nhiệm của người cung cấp thông tin, trách nhiệm của người nhận thông tin, bảo mật thông tin cho người bệnh cũng như chưa có quy định về hội chẩn từ xa liên quốc gia, vùng lãnh thổ nên chưa có căn cứ pháp lý để xây dựng văn bản hướng dẫn thi hành và tổ chức triển khai thực hiện.

- Một số hướng dẫn ban hành chưa kịp thời, chưa hoàn thiện hoặc được thay thế, sửa đổi trong thời gian ngắn sau khi ban hành dẫn đến khó khăn cho việc nghiên cứu, triển khai thực hiện (ví dụ: quy định liên quan đến cấp chứng chỉ hành nghề, quy định phạm vi hoạt động chuyên môn của người hành nghề; quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú,…).

i) Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám, chữa bệnh hiện nay vẫn còn nhiều thách thức. Trong đó, vai trò của người làm công tác y tế cũng chưa được quy định rõ về trách nhiệm trong thực hiện kiểm soát nhiễm khuẩn. Một số người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiện nay vẫn chưa thật sự hiểu hết vai trò, tầm quan trọng của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, do vậy việc đầu tư nguồn lực cho hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn chưa phù hợp và hiệu quả. Nhân lực giám sát chuyên trách kiểm soát nhiễm khuẩn thiếu ở hầu hết các bệnh viện. Đa số nhân viên phụ trách công tác giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được đào tạo do vậy chưa thực hiện được giám sát chủ động, liên tục các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và giám sát các vi khuẩn đa kháng kháng sinh.

k) Về kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại:

-Việc triển khai các phương pháp mới về y học cổ truyền như điện từ trường, máy xông hơi, sóng xung kích …cần trang bị khoa, phòng có hệ thống điện và nguồn điện ổn định (không ảnh hưởng đến tuổi thọ của máy) và bảo đảm an toàn cho người bệnh, tuy nhiên do khoa phòng được xây dựng từ trước, thiết kế không đồng bộ và không theo tiêu chuẩn kỹ thuật về hệ thống điện nên phần nào ảnh hưởng đến chất lượng trang thiết bị. Bên cạnh đó, nhà cung cấp thiết bị chỉ cung cấp cách thức vận hành máy là chủ yếu. Để mở rộng hơn kiến thức, đa số cán bộ y tế phải tự học hỏi và tích lũy kinh nghiệm để điều trị. Các đơn vị tuyến trên tổ chức những lớp tập huấn còn hạn chế.

-Một số đơn vị khi thực hiện danh mục kỹ thuật y học cổ truyềnở một chuyên khoa thì chuyên khoa khác làm không được thanh toán. Các hướng dẫn cụ thể bệnh mãn tính – bệnh cấp tính để Bảo hiểm xã hội thanh toán chưa cụ thể, một số nơi BHXH áp bệnh mãn tính là bệnh điều trị dài ngày của Bộ Y tế.

- Hệ số để tính trần thanh toán thấp. Khi thực hiện trần thanh toán, bệnh viện sẽ gặp nhiều khó khăn trong khi bệnh nhân ở các bệnh viện y học cổ truyền phần nhiều là đa bệnh lý, bệnh mãn tính và cần điều trị dài ngày. Bộ Y tế mới chỉ có quy định tương đương kỹ thuật của một số chuyên khoa. Đặc biệt, một số bệnh viện y học cổ truyền chưa có bác sĩ chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm nên chưa được thanh toán các dịch vụ này.

h) Về ứng dụng công nghệ thông tin:

- Đến thời điểm hiện tại việc thực hiện bệnh án điện tử mới chỉ có một số ít cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện, triển khai (khoảng 10 bệnh viện).

- Chưa có quy định về hồ sơ sức khỏe điện tử; quy định về số định danh (ID) y tế cho mỗi công dân Việt Nam.

- Chưa có quy định về định mức kinh tế - kỹ thuật công nghệ y tế và kết cấu giá về dịch vụ công nghệ thông tin trong giá dịch vụ khám, chữa bệnh nên nhiều cơ sở gặp khó khăn trong việc sử dụng nguồn kinh phí cho hoạt động này.

# **IV. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI, TỐ CÁO VÀ TRANH CHẤP TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **1. Kết quả đạt được:**

Bộ Y tế và Sở Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn để xác định sai sót chuyên môn theo yêu cầu của người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan có thẩm quyền. Qua đó, giúp cơ quan có thẩm quyền xử lý vi phạm và chấn chỉnh hoạt động của cơ sở, nâng cao y đức của người hành nghề, ý thức chấp hành pháp luật của người hành nghề và người bệnh.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

a) Việc thành lập và hoạt động của Hội đồng chuyên môn cũng gặp những khó khăn nhất định do các quy định này chưa được rõ ràng, cụ thể. Một số trường hợp có tranh chấp, khiếu nại kéo dài do chưa nhất trí với kết luận của Hội đồng chuyên môn.

b) Chương 7 Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định về sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh, nhưng chủ yếu quy trách nhiệm cho người hành nghề. Trên thực tế, khi sai sót chuyên môn cần phải xem xét cả trách nhiệm cơ sở khám chữa bệnh vì cơ sở khám chữa bệnh là người điều động, phân công và cung cấp cơ sở vật chất, dụng cụ… cho người hành nghề. Vì vậy, cần bổ sung thêm các quy định chi tiết về trách nhiệm của cơ sở khám chữa bệnh.bên cạnh đó, nội dung của Chương 7 còn thiếu những quy định chi tiết về ứng xử với truyền thông, với bệnh nhân, với người nhà bệnh nhân khi xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật. Ví dụ như: về trách nhiệm cung cấp thông tin nhân viên y tế với các cơ quan chức năng, với người nhà người bệnh, về quá trình xin lỗi, về mức và cách thức bồi thường thiệt hại, về vai trò trách nhiệm của các bên liên quan.

c) Để hỗ trợ người hành nghề khi có sai sót chuyên môn xảy ra, Luật đã quy định về bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh, Chính phủ cũng ban hành Nghị định 102/2011/NĐ-CP để hướng dẫn thi hành. Tuy nhiên, dochưa có chế tài bắt buộc thực hiện cũng như không quy định mức và gói quyền lợi cụ thể nên trên thực tế hiện nay tỷ lệ bao phủ bảo hiểm trách nhiệm rất thấp.

d) Nội dung Chương 7 mới quy định về xử lý liên quan đến chuyên môn y tế và bồi thường khi xảy ra sai sót chuyên môn mà chưa có các quy định về truyền thông khi xảy ra sự cố y khoa như truyền thông, cung cấp thông tin cho báo chí; truyền thông đối với người bệnh và người người nhà người bệnh và truyền thông cho nhân viên y tế.

# **V. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CHO HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **1. Vềhệ thống y tế và phân hạng, phân tuyến kỹ thuật:**

### ***1.1. Kết quả đạt được:***

Các cơ sở y tế công lập được củng cố và phát triển cả về số lượng, chất lượng và quy mô, bảo đảm tính đồng bộ của hệ thống: số cơ sở tăng nhanh, từ 11.397 cơ sở năm 1993 lên 13.541 cơ sở năm 2016, bao gồm cả phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh, trạm y tế xã, hiện đang được sắp xếp lại cho phù hợp.

Các cơ sở y tế tư nhân có bước phát triển lớn, đóng vai trò quan trọng trong cung ứng dịch vụ y tế cho người dân.Số bệnh viện và số giường bệnh ngoài công lập tăng nhanh: đến năm 2005 có 43 bệnh viện trên địa bàn của 9 tỉnh, thành phố với 3.324 giường bệnh, nay đã tăng lên 250 bệnh viện với 15.475 giường bệnh (đạt 1,7 giường/1 vạn dân, chiếm 15% số bệnh viện và 5,6% số giường bệnh trong toàn quốc), có khoảng gần 40.000 nhà thuốc, 35.000 phòng khám đa khoa, chuyên khoa, cung cấp 43% dịch vụ ngoại trú và 2,1% tổng số dịch vụ nội trú cho người dân (một số bệnh viện 100% vốn nước ngoài có trang thiết bị hiện đại đã được đưa vào hoạt động). Một số phòng khám bác sỹ gia đình tư nhân tham gia thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Y tế cơ sở ngày càng được củng cố và phát triển: Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Bí thư về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở đã xác định rõ mạng lưới y tế cơ sở bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, thị trấn, quận, huyện, thị xã; là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội.

Thành tựu lớn nhất trong thời gian vừa qua là đã từng bước khôi phục, củng cố và phát triển được mạng lưới y tế cơ sở. Từ sự tan rã của các trạm y tế xã ở nông thôn trong những năm 1986-1993 khi thực hiện cơ chế mới trong nông nghiệp, đến nay, 100% số xã có trạm y tế (99,4% xã có nhà trạm, 0,6% phải nhờ các cơ sở khác); khoảng 87,5% trạm y tế xã có bác sỹ làm việc (gồm bác sỹ tại trạm và bác sỹ từ trung tâm y tế huyện luân phiên về làm việc một số ngày nhất định trong tuần); 97% có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; 74,3% thôn, bản, tổ dân phố có nhân viên y tế hoạt động, trong đó ở nông thôn, miền núi là 96%; gần 80% trạm y tế xã thực hiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Nhiều trạm y tế xã được đầu tư nâng cấp, cơ sở vật chất khang trang, 66,1% xã năm 2015 và khoảng 70% xã năm 2016 đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã. Phương thức hoạt động của một số trạm đã được đổi mới, ngoài khám, chữa bệnh thông thường, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, thực hiện các nhiệm vụ về y tế dự phòng, một số trạm đã thực hiện quản lý, tư vấn sức khỏe người dân trên địa bàn, quản lý một số bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch… tham gia vận động nhân dân làm tốt công tác vệ sinh môi trường, tham gia bảo hiểm y tế, đã có trạm thí điểm kết hợp với các thầy thuốc, lương y trên địa bàn để cùng chăm sóc sức khỏe nhân dân, thí điểm xã hội hóa… Tại các đô thị đã thí điểm mô hình y học gia đình, giúp người dân tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản, có chất lượng ngay tại địa bàn sinh sống, thực hiện tốt phương châm "phòng bệnh hơn chữa bệnh"; "quản lý sức khỏe liên tục, lồng ghép, toàn diện" dựa vào cộng đồng. Việt Nam được các tổ chức quốc tế đánh giá là một trong các nước có mạng lưới y tế cơ sở hoàn chỉnh.

- Về y tế chuyên sâu: Đã hình thành được các trung tâm y tế chuyên sâu tại Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Huế - Đà Nẵng; xây dựng một số bệnh viện đa khoa tỉnh làm nhiệm vụ vùng, đã và đang đầu tư 05 bệnh viện trung ương tuyến cuối tại Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực để phát triển các chuyên khoa, kỹ thuật cao. Các bệnh viện đầu ngành cũng đã được trang bị nhiều loại thiết bị hiện đại trên thế giới để phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị cũng như nghiên cứu khoa học. Hầu hết các kỹ thuật cao, kỹ thuật chuyên sâu trên thế giới và khu vực thực hiện được thì các bệnh viện Việt Nam cũng có khả năng và đang thực hiện được. Một số kỹ thuật chuyên ngành đạt tốp đầu khu vực, nhiều nước đã đến học tập và nhận chuyển giao kỹ thuật.

Các bệnh viện tuyến tỉnh cũng đã chú trọng phát triển các kỹ thuật cao để đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh cho người dân trên địa bàn. Nhiều kỹ thuật trước đây chỉ các bệnh viện trung ương tuyến cuối mới thực hiện được, nhưng do đẩy mạnh đào tạo, chuyển giao kỹ thuật của tuyến trên và sự cố gắng, nỗ lực của các bệnh viện tuyến dưới, đến nay các bệnh viện tỉnh, huyện đã thực hiện được.

Quy định phân hạng, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đã tạo nên cơ sở cho việc xác định mức độ được phép cung cấp dịch vụ kỹ thuật, chuyển tuyến đối với người bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Việc phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và tổ chức hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã góp phần đưa dịch vụ kỹ thuật y tế đến gần người dân, bảo đảm sự công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế, giảm tính trạng quá tải cho bệnh viện tuyến trên.

### ***1.2. Tồn tại, bất cập:***

Còn nhiều bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, cơ quan trung ương. Phần lớn bệnh viện vùng, khu vực không thể hiện đúng vai trò nhưng chậm được đánh giá, đổi mới. Một số tỉnh thành lập nhiều bệnh viện chuyên khoa trong điều kiện cơ sở, nhân lực tuyến tỉnh còn hạn chế.

Mô hình trạm y tế cơ sở thiếu linh hoạt, chưa phù hợp với điều kiện các vùng, miền. Ở nhiều nơi trạm Y tế cấp xã chưa thực sự trở thành cánh tay nối dài của y tế huyện, chưa phát huy được vai trò “tuyến đầu” trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, theo dõi, quản lý, tư vấn sức khỏe cho người dân.

Y tế cơ sở và y tế chuyên sâu phát triển chưa cân đối, chưa phát huy hết vai trò của y tế cơ sở, chưa theo dõi, quản lý sức khỏe đến từng người dân; gắn kết giữa phòng bệnh với chữa bệnh còn hạn chế nên hiệu quả hoạt động của hệ thống chưa cao. Còn nhiều kỹ thuật chưa tiệm cận được với trình độ y học của các nước tiên tiến trên thế giới, chất lượng dịch vụ chưa cao nên còn nhiều người ra nước ngoài khám, chữa bệnh. Tình trạng vượt tuyến dẫn đến quá tải ở một số bệnh viện trung ương và thành phố lớn chưa được giải quyết triệt để.

Cơ sở khám chữa bệnh hiện đang được phân cấp, phân hạng, phân tuyến theo các quy định: phân chia theo đơn vị quản lý hành chính: tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã; phân cấp theo năng lực chuyên môn (phân tuyến kỹ thuật); phân hạng [bệnh viện](https://thanhnien.vn/suc-khoe/benh-vien-tu-doi-mat-nguy-co-khong-duoc-kham-bao-hiem-y-te-907643.html)  gồm các hạng: đặc biệt, hạng 1, 2, 3, 4.

Tuy nhiên, quy định phân hạng, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật hiện hành không đánh giá được năng lực thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnhmà cụ thể làhiện nay 90% điểm đánh giá dựa trên các yếu tố đầu vào, do đó chưa sát với năng lực của nhiều bệnh viện dẫn đến tình trạng vừa qua nhiều bệnh viện hạng 2 (chủ yếu tuyến huyện) đã thực hiện được một số dịch vụ kỹ thuật của tuyến tỉnh; hoặc một số bệnh viện tuyến tỉnh đã thực hiện được dịch vụ kỹ thuật của tuyến trung ương ... nhưng không được nâng hạng hay như bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt các bệnh viện chuyên khoa năng lực kỹ thuật có khi thấp hơn bệnh viện tuyến huyện nhưng vẫn là nơi bệnh viện tuyến huyện phải chuyển người bệnh lên...

Việc đưa yếu tố phân hạng bệnh viện là căn cứ để xác định mức giá khám bệnh, ngày giường điều trị không công bằng với bệnh viện tuyến cao hơn thực hiện kỹ thuật cao hơn nhưng ở hạng thấp hơn. Bên cạnh đó, việc xếp hạng bệnh viện như hiện nay cùng với chênh lệch về trần khám bệnh, chữa bệnh do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khác nhau (tuyến dưới thấp hơn tuyến trung ương) khiến bệnh viện tuyến dưới thường giữ, không cho bệnh nhân chuyển tuyến điều trị khiến nhiều bệnh nhân khi lên được đến tuyến trung ương đã trở nặng vì phải điều trị dài ngày ở các bệnh viện tuyến dưới không khỏi.

 Ngoài ra, hiện đang có sự mất cân đối trong sử dụng quỹ bảo hiểm y tế cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể, theo kiến nghị của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thì y tế tuyến xã phải sử dụng 20% quỹ bảo hiểm y tế nhưng hiện nay nước ta mới sử dụng chỉ 4%; bệnh viện huyệnsử dụng 30% (trong đó 10% cho chăm sóc sức khỏe ban đầu) thì hiện đang sử dụng 26%; bệnh viện tỉnh sử dụng 35% nhưng hiện nay đang sử dụng đến 47% quỹ bảo hiểm y tế và bệnh viện bệnh viện tuyến trung ương sử dụng15% thì hiện đang sử dụng 23%quỹ bảo hiểm y tế.

## **2. Về nguồn nhân lực:**

### ***2.1. Kết quả đạt được:***

Công tác đào tạo bước đầu được đổi mới, đạt được nhiều thành tựu trong nghiên cứu khoa học, phát triển được đội ngũ nhân lực y tế, một số bác sỹ, chuyên gia có uy tín và trình độ cao trong nước và quốc tế, bước đầu thực hiện được một số chế độ, chính sách đặc thù cho người lao động trong lĩnh vực y tế.

- Tổng số cán bộ y tế tăng từ khoảng 200 nghìn năm 1993 lên gần 260 nghìn năm 2005 và khoảng 465 nghìn người năm 2016. Tỷ lệ bác sỹ trên một vạn dân tăng từ 4,1 năm 1993 lên 6,0 năm 2005 và 8,2 năm 2016, cao hơn mức trung bình của ASEAN[[6]](#footnote-6).Tỷ lệ dược sỹ trên một vạn dân tăng từ 0,8 năm 1993 lên 1,3 năm 2005 và 2,4 năm 2016. Cơ cấu trình độ chuyển biến theo hướng tích cực; đến nay trình độ từ đại học trở lên đạt 30,7%; cao đẳng đạt gần 23%; trung cấp đạt 8,3% và sơ cấp đạt 38%.

- Mạng lưới các cơ sở đào tạo được nâng cấp và mở rộng; đa dạng về loại hình, nhiều ngành và chuyên ngành được mở mới; quy mô đào tạo ngày càng tăng[[7]](#footnote-7), cơ bản đáp ứng yêu cầu về nhân lực cho hệ thống y tế. Đặc biệt, đã triển khai đào tạo loại hình cô đỡ thôn bản người dân tộc thiểu số để chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở vùng sâu, vùng xa, vùng miền núi, khó khăn.

- Thực hiện một số chính sách về đào tạo cử tuyển, theo địa chỉ, một số chuyên ngành khó tuyển như lao, tâm thần, phong, pháp y, giải phẫu bệnh; tại các bệnh viện đầu ngành đã có trung tâm đào tạo - chỉ đạo tuyến để đào tạo chuyên sâu, đào tạo liên thông, bồi dưỡng kiến thức, chuyển giao kỹ thuật, đưa bác sỹ trẻ về vùng khó khăn, luân phiên nhân viên y tế cho tuyến dướinên đã từng bước nâng cao chất lượng nhân lực theo các chuyên ngành.

- Việc đào tạo nhân lực y tế đã được nghiên cứu đề xuất theo mô hình chung của quốc tế, phân định đào tạo theo các hướng năng lực khác nhau: hướng giảng dạy, nghiên cứu hoặc hướng năng lực hành nghề, bước đầu ban hành được một số chuẩn năng lực đào tạo nhân lực y tế[[8]](#footnote-8) để bảo đảm chất lượng đào tạo, đáp ứng yêu cầu sử dụng nguồn nhân lực.

Công tác đào tạo về y học cổ truyền từng bước được chú trọng. Các cơ sở đào tạo nhân lực y tế đều tổ chức đào tạo y học cổ truyền. Đã có một số chính sách, chương trình bồi dưỡng, tôn vinh các lương y; phổ biến kiến thức và các bài thuốc dân gian bước đầu nâng cao vị thế của y học cổ truyền trong công tác phòng, chữa bệnh.

### ***2.2. Tồn tại, bất cập:***

- Một số cơ chế, thể chế, chính sách, quy định về đào tạo và sử dụng nhân lực y tế còn nhiều bất cập, chưa phù hợp với chuẩn mực quốc tế[[9]](#footnote-9),chưa đáp ứng yêu cầu cho sự phát triển của ngành. Chương trình, nội dung đào tạo chậm đổi mới, nặng về kiến thức, chưa chú trọng đào tạo dựa trên năng lực nghề nghiệp, kỹ năng thực hành cũng như năng lực quản trị bệnh viện và nghiệp vụ quản lý y tế.

- Chưa có cơ chế chính sách phù hợp để các thí sinh có điểm thi rất cao nhưng chưa đủ điểm vào trường Đại học y, dược được đào tạo để đáp ứng nhu cầu nhân lực cho các vùng khó khăn hoặc một số ngành chuyên khoa khó thu hút như lao, phong, tâm thần, pháp y, giải phẫu bệnh (hiện nay các vẫn còn thiếu nhiều về số lượng nhưng không đủ sinh viên theo học, không tuyển được nhân lực làm việc).

- Đội ngũ bác sỹ, dược sỹ phân bổ, sử dụng chưa hợp lý. Số bác sỹ, dược sỹ giỏi tập trung ở các đô thị lớn, bệnh viện tuyến cuối trong khi nhiều cơ sở y tế tuyến dưới, kể cả bệnh viện tỉnh thiếu bác sỹ. Sinh viên y, dược mới tốt nghiệp chủ yếu tập trung đợi, xin việc ở các đô thị lớn...

- Tỷ lệ nhân lực y tế/dân số còn thấp so với các nước trên thế giới[[10]](#footnote-10). Cơ cấu mất cân đối cả về ngành, nghề, trình độ đào tạo và giữa các vùng, miền, các tuyến y tế: tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và dược trình độ trung cấp vẫn còn cao; tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh so với bác sỹ mới đạt khoảng 1,4 thấp hơn nhiều so với khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới là 3,0-3,5 nên khó đáp ứng được yêu cầu chăm sóc toàn diện. Số bác sỹ, dược sỹ giỏi tập trung ở các đô thị lớn, bệnh viện tuyến cuối trong khi nhiều cơ sở y tế tuyến dưới, kể cả bệnh viện tỉnh thiếu bác sỹ.Nhân lực dược lâm sàng chưa đáp ứng đủ nhu cầu về số lượng và chất lượng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Năng lực đào tạo đối với một số chuyên ngành mới như kỹ thuật y tế, quản trị bệnh viện; bồi dưỡng nghiệp vụ quản lý y tế chưa đáp ứng được yêu cầu.

- Hệ thống, khung trình độ, chương trình và phương pháp đào tạo nhân lực y tế chậm đổi mới, chưa tiếp cận theo chuẩn mực quốc tế[[11]](#footnote-11). Một mặt, yêu cầu đầu vào khó, thời gian học dài hơn nhưng không được xếp ngạch bậc lương cao hơn các ngành khác. Mặt khác, so với mặt bằng quốc tế thời gian học, thực hành, chất lượng đầu ra vẫn thấp, không được công nhận tương đương. Chất lượng đào tạo một số trường chưa đáp ứng yêu cầu. Chưa thực hiện việc kiểm định chất lượng, tổ chức thi quốc gia để cấp chứng chỉ hành nghề. Cấp phép hành nghề hiện nay còn lúng túng, chưa phù hợp với thông lệ quốc tế[[12]](#footnote-12).

- Chuẩn đầu ra của các chương trình đào tạo mới được ban hành, chưa được áp dụng để quản lý chất lượng đào tạo. Chưa gắn kết chặt chẽ đào tạo giữa y học cổ truyền và y học hiện đại, giữa dự phòng và điều trị. Còn ít chương trình đào tạo được tích hợp dự phòng với điều trị, y học hiện đại với y học cổ truyền.

## **3. Về nguồn ngân sách:**

### ***3.1. Kết quả đạt được:***

Tài chính y tế đã từng bước được đổi mới theo chủ trương của Đảng và đạt được một số kết quả quan trọng như: (1) tổng chi của toàn xã hội cho chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng, chuyển từ “ngân sách nhà nước bao cấp” sang “xã hội hóa” nhưng tỷ trọng nguồn tài chính công gồm ngân sách và bảo hiểm y tế vẫn tăng và giảm mạnh tỷ trọng chi tiền túi của người dân; (2) đã có bước đột phá đầu tư theo Nghị quyết 46-NQ/TW cho các bệnh viện từ trung ương đến tuyến huyện; (3) tỷ lệ người có thẻ bảo hiểm y tế tăng nhanh và có thể sớm đạt được lộ trình bảo hiểm y tế toàn dân, (4) chuyển từ cơ chế phí sang giá dịch vụ và đã thực hiện một bước cơ bản của lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ, chuyển dần ngân sách chi thường xuyên cấp trực tiếp cho các bệnh viện sang hỗ trợ người dân tham gia BHYT và đổi mới phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh, (5) xã hội hóa và hợp tác công tư được đẩy mạnh (6) đổi mới cơ chế hoạt động và giao quyền tự chủ cho các cơ sở y tế công lập được tăng cường.

- Tổng chi toàn xã hội cho chăm sóc sức khỏe (ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế, người dân) so với GDP ngày càng tăng, từ 5,1% năm 1993 lên khoảng 6,6% năm 2016. Từ 2008 (năm ban hành Nghị quyết số 18/2008/QH12 của Quốc hội) đến nay, tốc độ tăng chi từ ngân sách nhà nước cho y tế đã cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước và đạt khoảng 7- 8% tổng chi ngân sách, đồng thời đẩy mạnh xã hội hoá, hợp tác công tư, thu hút các nguồn lực cho đầu tư phát triển.

- Chính phủ đã ưu tiên ngân sách, ODA, trái phiếu Chính phủ để có bước đầu tư đột phá cho y tế[[13]](#footnote-13), đã đầu tư hơn 56.000 tỷ đồng từ trái phiếu Chính phủ và gần 400 triệu USD từ nguồn ODA để xây dựng mới, cải tạo, nâng cấp 766 bệnh viện, từ tuyến huyện đến trung ương, 114 phòng khám đa khoa khu vực, hơn 2.000 trạm y tế. Đang đầu tư 20.000 tỷ đồng từ nguồn thu sắp xếp doanh nghiệp nhà nước để đầu 5 bệnh viện trung ương, tuyến cuối tại TP Hồ Chí Minh. Đến nay, đã có một số bệnh viện hiện đại, ngang tầm với các nước tiên tiến trong khu vực. Đây là một chủ trương đầu tư hết sức đúng đắn của Đảng và Nhà nước, được nhân dân và quốc tế đánh giá cao, chưa bao giờ ngành y tế được đầu tư với quy mô lớn như 10 năm qua. Người bệnh đã được sử dụng các buồng bệnh khang trang, sạch sẽ hơn trước; các bệnh viện có trang thiết bị nên đã phát triển được chuyên môn, thực hiện được nhiều kỹ thuật mới, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh cho người dân ngay trên địa bàn cư trú.

- Thực hiện chủ trương đổi mới cơ chế quản lý và lộ trình điều chỉnh giá dịch vụ công, các dịch vụ y tế đã được chuyển từ “thu một phần viện phí” sang cơ chế “giá dịch vụ”, thực hiện theo quy định của pháp luật về giá: Giá dịch vụ y tế từng bước được tính đúng, tính đủ, chuyển dần theo cơ chế thị trường và thông lệ quốc tế trên cơ sở hệ thống các danh mục dịch vụ, vật tư, thiết bị y tế và hệ thống đơn giá. Ngân sách nhà nước chuyển dần từ cấp cho các bệnh viện sang hỗ trợ trực tiếp cho người bệnh thông qua BHYT.

Đây là bước đổi mới cơ bản nhất, quan trọng về tài chính y tế, khắc phục tình trạng “bao cấp qua giá”, là điều kiện cơ bản để các cơ sở y tế hoạt động trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, thực hiện cơ chế tự chủ về tài chính, tăng sự lựa chọn của người sử dụng dịch vụ. Đến nay đã thực hiện giá dịch vụ bao gồm chi phí trực tiếp và tiền lương (chưa tính chi phí quản lý và khấu hao) đối với cả người có thẻ BHYT và người không có thẻ BHYT để thúc đẩy đối tượng này tham gia BHYT. Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế theo lộ trình thận trọng, có phân chia tiến độ điều chỉnh giữa các đơn vị, địa phương phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội, tỷ lệ tham gia BHYT và thu nhập của người dân, đã góp phần thực hiện mục tiêu kiềm chế lạm phát, ổn định kinh tế vĩ mô; giảm và tiến tới xóa bỏ chênh lệch về giá dịch vụ giữa khu vực công và tư, tạo điều kiện cho y tế tư nhân phát triển bình đẳng với y tế công lập... là một cải cách lớn và thành công của ngành sau gần 20 năm đổi mới giá dịch vụ y tế.

- 100% đơn vị sự nghiệp y tế công lập đã được giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính, theo 3 mức: (1) đơn vị tự bảo đảm chi thường xuyên, (2) đơn vị tự bảo đảm một phần chi thường xuyên và (3) đơn vị do ngân sách nhà nước bảo đảm chi thường xuyên.

Cơ chế quản lý, hạch toán trong các cơ sở y tế công lập được đổi mới. Các cơ sở y tế công lập được giao quyền tự chủ gắn với trách nhiệm giải trình, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Số đơn vị tự bảo đảm được chi thường xuyên ngày càng tăng, đến nay cả nước có 18 bệnh viện tuyến cuối, 36 bệnh viện tuyến tỉnh và 24 bệnh viện tuyến huyện đã tự đảm bảo chi thường xuyên.Mức độ tự chủ tài chính của các đơn vị tự bảo đảm một phần chi thường xuyên cũng tăng cao (tỷ lệ đơn vị đã tự chủ được 80-95% chi thường xuyên cao, nếu có cơ chế giá hợp lý sẽ tự chủ được chi thường xuyên), số đơn vị do ngân sách phải bảo đảm toàn bộ chi thường xuyên đã giảm rõ rệt, làm giảm số lượng lớn người hưởng lương từ ngân sách nhà nước[[14]](#footnote-14).

Việc giao quyền tự chủ đã phát huy được tính năng động, sáng tạo của các đơn vị và đội ngũ viên chức y tế trong việc: (1) chủ động quyết định các biện pháp, giải pháp để thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn,áp dụng các kỹ thuật mới, kỹ thuật cao, tiên tiến vànâng cao chất lượng dịch vụ, thực hiện nhiều giải pháp để tạo thương hiệu, uy tín, bước đầu tạo sự cạnh tranh trong việc cung cấp dịch vụ, thúc đẩy đổi mới tư duy quản lý; (2) các đơn vị đã rà soát, xây dựng lại Điều lệ tổ chức, hoạt động; tiến hành tổ chức lại, sáp nhập, chia tách, giải thể một số khoa, phòng, đơn vị trực thuộc để phù hợp với yêu cầu phát triển và đáp ứng công tác chuyên môn; (3) sắp xếp lại nhân sự, vị trí việc làm trong đơn vị, bố trí công việc một cách khoa học, sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực; (4) triển khai các hoạt động dịch vụ đáp ứng nhu cầu xã hội, quản lý chặt chẽ nguồn thu để tăng nguồn thu; xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ phù hợp, sử dụng tiết kiệm, có hiệu quả các nguồn tài chính để có chênh lệch thu chi, chi trả thu nhập tăng thêm, trích lập các quỹ để đầu tư phát triển cơ sở, mua sắm trang thiết bị, tăng số lượng và nâng cao chất lượng dịch vụ.

### ***3.2. Tồn tại, bất cập:***

- Ngân sách Nhà nước cho y tế và hiểm y tế ngày càng tăng nhưng tổng chi chăm sóc sức khỏe bình quân theo đầu người vẫn rất thấp[[15]](#footnote-15), chưa đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Mệnh giá bảo hiểm y tế thấp trong khi 70% chi cho khám, chữa bệnh là chi cho thuốc, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh mà giá thuốc, vật tư, trang thiết bị y tế lại phải theo mặt bằng quốc tế[[16]](#footnote-16). Tỷ lệ chi tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc sức khỏe còn ở mức cao, dễ dẫn đến tình trạng nghèo hóa ở những hộ gia đình có mức thu nhập trung bình khi có người ốm đau (tỷ lệ bị nghèo hóa do chi phí y tế hiện nay là 1,7%).

- Nguồn tài chính cho y tế gồm ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế và người dân chi trả nhưng chưa xác định rõ nội dung, nhiệm vụ chi nào ngân sách phải bảo đảm, nội dung, nhiệm vụ chi nào thì bảo hiểm y tế và người dân chi mà. Chi cho y tế dự phòng đạt khoảng 20%, chưa đạt 30% như Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội; chi ngân sách và bảo hiểm y tế cho y tế cơ sở (huyện và xã) quá thấp so với nhu cầu, tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến y tế cơ sở là 68,3% song tỷ lệ chi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế chỉ là 28,7%; chi ngân sách cho y tế xã mới đạt trên 10% chi thường xuyên, chi BHYT tại xã chỉ đạt khoảng 3-5%, trong khi số lượt khám, chữa bệnhgần 30%. Ngân sách phân bổ cho các cơ sở y tế dự phòng, trạm y tế xã chủ yếu là chi tiền lương, kinh phí cho chi hoạt động rất thấp dẫn đến hiệu quả hoạt động và sử dụng nguồn nhân lực tại xã, huyện chưa cao.

- Do yêu cầu bức bách về khám chữa bệnh, ngân sách nhà nước trong những năm qua tập trung nhiều hơn cho xây dựng bệnh viện; chưa đầu tư thỏa đáng cho phát triển y tế dự phòng[[17]](#footnote-17), chăm sóc sức khỏe ban đầu và y tế ở vùng khó khăn. Quản lý đầu tư còn bất cập. Không ít dự án xây dựng bệnh viện, cơ sở y tế, mua sắm trang thiết bị y tế, thiết bị xử lý chất thải y tế không đảm bảo chất lượng, gây thất thoát, lãng phí.

- Việc thực hiện tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế còn chậm, đến nay mới tính một phần tiền lương và chi phí trực tiếp, chưa tính chi phí quản lý và khấu hao. Cơ cấu của giá dịch vụ y tế chưa hợp lý, bình quân chi tiền thuốc, hóa chất, vật tư chiếm tới 70-80% nên mặc dù đã có tiền lương nhưng chi phí tiền lương trong giá dịch vụ còn rất thấp, theo mức lương cơ sở, hệ số lương và nhân lực hiện có, chưa tính theo định mức nhân lực để thực hiện chăm sóc toàn diện người bệnh; mức độ cung ứng dịch vụ của các cơ sở y tế rất khác nhau nên nhiều đơn vị vẫn chưa bảo đảm cân đối được tiền lương từ nguồn thu, các bệnh viện không đủ nguồn thu để trả lương nên hạn chế tuyển dụng nhân lực, càng khó khăn thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

- Cơ chế chính sách hỗ trợ về đất đai, vốn, nhân lực đối với y tế tư nhân còn nhiều bất cập nên chưa thực sự khuyến khích được tư nhân đầu tư xây dựng các cơ sở y tế, cơ sở dưỡng lão hiện đại.

- Cơ chế quản lý vẫn còn mang tính bao cấp, chưa kiến tạo, cơ quan quản lý còn can thiệp trực tiếp vào nhiều hoạt động của đơn vị (do quy định của pháp luật hiện hành), các đơn vị chủ yếu mới được giao tự chủ tài chính ở mức độ khác nhau (một phần, toàn phần) mà chưa được tự chủ thực sự về nhân lực. Mô hình quản lý, quản trị hoạt động của các đơn vị, đặc biệt là các bệnh viện công đổi mới chậm, chưa theo kịp mức độ phát triển của xã hội. Năng lực quản lý tài chính, nhân lực, hành chính, các dịch vụ còn yếu, chưa phát huy được hết tiềm năng nhân lực có trình độ chuyên môn cao.

## **4. Về trang thiết bị y tế:**

### ***4.1. Kết quả đạt được:***

Bên cạnh việc quan tâm xây dựng, nâng cấp cơ sở hạ tầng, trong những năm qua, việc đầu tư máy móc, trang thiết bị y tế hiện đại cũng được nhiều bệnh viện, trung tâm y tế ưu tiên đầu tư. Hiện nay, hầu hết các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tuyến tỉnh đều được đầu tư trang thiết bị y tế theo quy định của Bộ Y tế.

Tại nhiều bệnh viện tỉnh, nhiều chuyên khoa được đầu tư đổi mới trang thiết bị như: chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm sinh hoá, phòng mổ và hồi sức cấp cứu. Nhiều thiết bị cơ bản và công nghệ cao được mua sắm như CT-scanner, máy X-quang cao tần - tăng sáng truyền hình, máy siêu âm, máy nội soi, máy xét nghiệm sinh hoá nhiều chỉ số, máy huyết học, máy gây mê, máy thở, máy sức tim, máy theo dõi bệnh nhân, sàng lọc HIV, sàng lọc máu... Các bệnh viện huyện đã được trang bị những thiết bị chẩn đoán thiết yếu, hầu hết đã có máy X-quang với công suất phù hợp, máy siêu âm chẩn đoán và xe ô tô cứu thương. Các trạm y tế xã đã được cung cấp các thiết bị, dụng cụ cần thiết để phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hiện các dịch vụ về dân số và kế hoạch hoá gia đình. Do được đầu tư trang thiết bị tốt, nhiều bệnh viện tuyến dưới đã có khả năng thực hiện nhiều kỹ thuật chuyên sâu mà trước đây chỉ trung ương mới thực hiện được. Từđó, người dân được hưởng các dịch vụ y tế có chất lượng ngay tại tuyến y tế cơ sở, giảm tỷ lệ chuyển viện, rút ngắn thời gian điều trị, giảm tỷ lệ tử vong, giảm tốn kém cho người dân.

### ***4.2. Tồn tại, bất cập:***

- Về cơ bản số lượng trang thiết về cơ bản đã đáp ứng được yêu cầu chuyên môn tại các cơ sở khám chữa bệnh.Tuy nhiên trang thiết bị tài sản của ngành y tế hằng năm điều thực hiện khấu hao và công cụ dụng cụ thì không thực hiện khấu hao; qua nhiều năm sử dụng trang thiết bị và công cụ dụng cụ sẽ hư hỏng và hao mòn theo thời gian nhưng việc đầu tư mua sắm mới trang thiết bị y tế gặp nhiều khó khăn do hạn chế về nguồn vốn cũng như thủ tục bị kéo dài do phải lập và phê duyệt định mức sử dụng trang thiết bị y tế chuyên dùng theo quy định tại Quyết định số 50/2017/QĐ-TTg ngày 31/12/2017.

- Hầu hết các trang thiết bị y tế đang sử dụng tại các cơ sở y tế chưa được định kỳ kiểm chuẩn, bảo dưỡng và sửa chữa kịp thời... Hệ thống thiết bị còn thiếu tính đồng bộ giữa các đơn vị do nguồn vốn còn hạn chế, nên mức đầu tư hàng năm còn thấp. Một số đơn vị y tế tuyến huyện, tuyến xã mặc dù có đội ngũ bác sĩ, kỹ thuật viên có tay nghề tốt, có kinh nghiệm làm việc lâu năm nhưng do thiếu máy móc hiện đại nên chưa thu hút được bệnh nhân đến khám, chữa bệnh, công tác triển khai kỹ thuật mới, kỹ thuật cao hàng năm chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh.

- Đáp ứng về trang thiết bị y tế cho nhu cầu phát triển kỹ thuật cao hầu như chỉ tập trung tại các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh và một số huyện có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển.

- Một số đơn vị không sử dụng được trang thiết bị đã được cấp do nhân lực chưa đủ trình độ hoặc tại thời điểm khảo sát để đầu tư thì có nhưng lực để thực hiện nhưng đến khi hoàn thành đầu tư thì nhân lực đó đã chuyển công tác khác mà chưa kịp tuyển dụng nhân lực mới.

- Hệ thống văn bản quản lý về đấu thầu vật tư y tế, hóa chất, sinh phẩm còn thiếu và chưa đồng bộ: chưa có các văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn cụ thể công tác đấu vật tư y tế, hóa chất xét nghiệm, sinh phẩm chẩn đoán invitro do đó việc tổ chức đấu thầu được thực hiện theo các quy định về mua sắm hàng hóa của Luật Đấu thầu, Nghị định 63/2014/NĐ-CP, Thông tư số 58/2016/TT-BTC và các Thông tư hướng dẫn về kế hoạch lựa chọn nhà thầu, hồ sơ mời thầu, đánh giá hồ sơ dự thầu do Bộ Kế hoạch và Đầu tư ban hành. Việc thiếu hệ thống văn bản quản lý hướng dẫn cụ thể công tác đấu thầu vật tư y tế đặc biệt các nội dung đến liên quan đến tiêu chuẩn đánh giá về kỹ thuật gây nhiều khó khăn cho công các xây dựng kế hoạch lựa chọn nhà thầu. Dẫn tới công tác đấu thầu thuốc, vật tư y tế của Sở Y tế còn chậm; đặc biệt khi gói thầu năm cũ hết hiệu lực thực hiện, bệnh viện thường phải dự trữsố lượng tăng lên vào dịp này để chờ phê duyệt kết quả đấu thầu mới, gây nhiều áp lực cho các bệnh viện trong công tác thanh toán công nợ với nhà thầu, thanh quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội.

## **5. Về cung ứng và sử dụng thuốc:**

### ***5.1. Kết quả đạt được:***

Công tác cung ứng, quản lý và sử dụng thuốc tại bệnh viện về cơ bảnbảo đảm cung ứng đầy đủ, kịp thời thuốc có chất lượng, giá cả hợp lý đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dânkể cả tại vùng sâu, vùng xa, vùng biên giới.

Khả năng tiếp cận thuốc tương đối tốt do mạng lưới phân phối rộng khắp trên toàn tỉnh, các cơ sở y tế từ bệnh viện đến trạm y tế xã có đủ thuốc phù hợp với phân tuyến kỹ thuật.

### ***5.2. Tồn tại, bất cập:***

- Công tác xây dựng kế hoạch, dự trù thuốc sử dụng trong năm của các bệnh viện chưa sát với thực tế dẫn đến việc phân bổ kết quả lựa chọn nhà thầu cung ứng thuốc, vật tư y tế, hóa chất sinh phẩm chưa hợp lý dẫn đến khó khăn trong việc mua sắm, làm hồ sơ thanh toán cho nhà thầu trúng thầu.

- Vẫn còn tình trạng một số nhà cung ứng không cung cấp đủ hàng, chủ yếu là thuốc nhập khẩu hoặc thay đổi về số đăng ký, hạn dùng so với thuốc đã trúng thầu gây khó khăn cho việc cung ứng thuốc tại bệnh viện. Đặc biệt đối với một số thuộc chuyên khoa đặc trị, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần khi thực hiện đấu thầu tập trung không có nhà thầu tham dự dẫn đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gặp nhiều khó khăn trong việc bảo đảm thuốc cho điều trị.

## **6. Về xã hội hóa:**

### ***6.1. Kết quả đạt được:***

Thực hiện chủ trương xã hội hóa, nhiều đơn vị đã huy động vốn của người lao động, vay vốn của các tổ chức tín dụng, liên doanh, liên kết trang thiết bị, hợp tác đầu tư theo Nghị quyết 93/NQ-CP của Chính phủ, đầu tư theo hình thức đối tác công tư (PPP), góp phần phát triển kỹ thuật, đầu tư các khu vực khám, chữa bệnh theo yêu cầu, chất lượng cao để đáp ứng nhu cầu đa dạng của nhân dân trong thụ hưởng các dịch vụ y tế:

Một số ngân hàng thương mại như BIDV, Viettinbank, VP, Vietcombank triển khai các gói tín dụng ưu đãi để cho các bệnh viện công, các nhà đầu tư trong lĩnh vực y tế vay vốn với lãi suất ưu đãi hơn lãi suất vay thông thường (2 năm đầu khoảng 6-7%/năm, từ năm thứ 3 trở đi bằng lãi suất tiết kiệm 12 tháng + tối đa 2%). Đến nay, các bệnh viện công trong toàn quốc đã đăng ký vay hàng chục ngàn tỷ đồng để đầu tư cơ sở hạ tầng, mua sắm trang thiết bị, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh cho nhân dân.

Về trang thiết bị: Qua tổng hợp báo cáo của 22 Sở Y tế và 16 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế: ngành y tế triển khai khoảng 810 đề án liên doanh, liên kết với tổng số vốn là 3.882 tỷ đồng, trong đó: Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế triển khai 180 đề án, gồm 95 đề án đầu tư các trang thiết bị về chẩn đoán hình ảnh (52,7%), 33 đề án đầu tư các trang thiết bị về xét nghiệm (18,3%), 47 đề án đầu tư trang thiết bị phục vụ công tác chữa bệnh (26,1%), các đề án khác chiếm tỷ lệ 2,9%; tổng số vốn khoảng 1.816,1 tỷ đồng, gồm vốn huy động của các nhà đầu tư là 1.641,89 tỷ đồng (90,41%), vốn huy động của cán bộ, viên chức là 145,37 tỷ đồng (8%), vốn từ nguồn quỹ phát triển sự nghiệp 31,48 tỷ đồng (1,73%). Hình thức thực hiện: có 99 đề án (55%) theo hình thức liên doanh, liên kết trong đó phía đối tác đầu tư trang thiết bị, bệnh viện cung ứng dịch vụ và phân chia lợi nhuận theo tỷ lệ vốn góp; 63 đề án (35%) theo hình thức đặt máy (thuê máy); 18 đề án theo hình thức huy động vốn góp của cán bộ, viên chức chiếm 10% tổng số đề án. Đối với các đơn vị trực thuộc các tỉnh/thành phố có 630 đề án, gồm 200 đề án đầu tư các trang thiết bị về chẩn đoán hình ảnh (31,75%), 174 đề án đầu tư các trang thiết bị về xét nghiệm (27,62%), 177 đề án đầu tư trang thiết bị phục vụ công tác chữa bệnh (28,1%) và các đề án khác chiếm 12,54% tổng số đề án; tổng số vốn 2.066,45 tỷ đồng, gồm vốn huy động của các nhà đầu tư là 1.573,45 tỷ đồng (76,14%), vốn huy động của cán bộ, viên chức là 429,51 tỷ đồng (20,79%), vốn góp của đơn vị từ nguồn quỹ phát triển sự nghiệp là 63,45 tỷ đồng, chiếm 3,07% tổng số vốn liên doanh, liên kết; hình thức thực hiện có 171 đề án (28,55 %) theo hình thức liên doanh, liên kết trong đó phía đối tác đầu tư trang thiết bị, bệnh viện cung ứng dịch vụ và phân chia lợi nhuận theo tỷ lệ vốn góp; 180 đề án (30,05%) theo hình thức đặt máy (thuê máy); 248 đề án theo hình thức huy động vốn góp của cán bộ công chức chiếm 41,4% tổng số đề án; trong đó có 383 đề án thực hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh chiếm 61% và 247 đề án thực hiện ở tuyến huyện chiếm 39%. Việc liên doanh, liên kết để đầu tư trang thiết bị y tế và thực hiện dịch vụ khám, chữa bệnh "theo yêu cầu" đã góp phần đổi mới trang thiết bị, đầu tư được các trang thiết bị có giá trị lớn, thực hiện các kỹ thuật y tế cao trong hoàn cảnh ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế công lập còn hạn hẹp. Người nghèo, các đối tượng chính sách xã hội cũng đã được thụ hưởng các dịch vụ từ các trang thiết bị này.

Có bệnh viện như Bạch Mai hiện nay 90% các dịch vụ của khoa sinh hoá, 70% của khoa chẩn đoán hình ảnh, 90% của khoa y học hạt nhân, 50% của khoa thận nhân tạo, 100% của khoa khám, chữa bệnh theo yêu cầu là sử dụng các trang thiết bị đầu tư từ nguồn xã hội hoá, tổng số vốn liên doanh, liên kết khoảng 600 tỷ đồng.

Việc thực hiện xã hội hóa, liên doanh, liên kết đầu tư đã làm thay đổi nhận thức của nhiều đơn vị, không trông chờ, ỷ lại vào ngân sách nhà nước mà chủ động huy động các nguồn ngoài ngân sách để đầu tư cơ sở, trang thiết bị để phát triển kỹ thuật, nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị[[18]](#footnote-18), từng bước đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng đa dạng của các tầng lớp nhân dân, nhất là các đối tượng có khả năng chi trả, hạn chế người bệnh ra nước ngoài. Đồng thời giúp cho người có thẻ bảo hiểm y tế được hưởng lợi vì các trang thiết bị xã hội hoá được dùng chung cho toàn bộ bệnh viện. Các doanh nghiệp nhà nước sản xuất, kinh doanh thuốc, vắc xin, trang thiết bị y tế đã được cổ phần hóa theo quy định, nâng cao hiệu quả hoạt động sản xuất, kinh doanh.

### ***6.2. Tồn tại, bất cập:***

- Về liên doanh, liên kết đặt máy: chưa có quy định cụ thể về việc lựa chọn đối tác nên có một số ý kiến cho rằng chưa công khai, minh bạch; việc xác định giá trị thiết bị đưa vào liên doanh, liên kết còn bất cập; giá dịch vụ tính đầy đủ chi phí, có khấu hao và tích lũy nên cao hơn giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gây bức xúc. Có tình trạng sử dụng vượt quá yêu cầu chuyên môn các dịch vụ, kỹ thuật từ các trang thiết bị xã hội hoá…

- Chính sách thuế: chưa có hướng dẫn rõ ràng về ưu đãi thuế thu nhập doanh nghiệp cho cơ sở xã hội hóa mới thành lập, hoạt động nên vướng mắc trong thực hiện. Ví dụ, Bệnh viện đang hoạt động với quy mô 500 giường bệnh theo kế hoạch được nhà nước giao. Bệnh viện vay vốn để xây dựng riêng một khu vực khoảng 100 giường để thực hiện khám chữa bệnh theo yêu cầu. Nhưng có ý kiến cho rằng khu vực này không phải cơ sở mới nên không cho miễn, giảm thuếthu nhập doanh nghiệp.

Điều 10 Nghị định 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008 của Chính phủ về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trườngcó quy định: “Cơ sở thực hiện xã hội hóa được phép huy động vốn dưới dạng góp cổ phần, vốn góp từ người lao động trong đơn vị, huy động các nguồn vốn hợp pháp khác thông qua hợp tác, liên kết với doanh nghiệp, tổ chức kinh tế, tổ chức tài chính, cá nhân trong và ngoài nước để đầu tư xây dựng cơ sở vật chất”. Đối với đơn vị cải tạo 1 phần cơ sở cũ và sử dụng một phần quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp, vay vốn, huy động vốn để đầu tư nhưng một số cơ quan thuế cho rằng như vậy là có sử dụng 1phần kinh phí từ ngân sách nhà nước nên không được hưởng chính sách ưu đãi thuế.

Vướng mắc trong việc thực hiện các tiêu chí về nhân lực, diện tích xây dựng, trang thiết bị: Tại Mục III của Quyết định 1466/QĐ-TTg có quy định danh mục loại hình, tiêu chí, quy mô, tiêu chuẩn của các cơ sở xã hội hóa trong lĩnh vực y tế. Trong đó có quy định diện tích đất, diện tích xây dựng/giường bệnh; nhưng trên thực tế do vốn đầu tư lớn nên nhiều cơ sở có diện tích đất, diện tich m2/giường bệnh thấp, không đáp ứng tiêu chí nên có đơn vị không được hưởng ưu đãi về thuế…

- Về liên doanh, liên kết đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng: Mặc dù Chính phủ đã có Nghị quyết 93/NQ-CP ngày 15/12/2014 về cơ chế, chính sách phát triển y tế, trong đó có cho phép các đơn vị được liên doanh, liên kết với nhà đầu tư để xây dựng, thành lập mới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động theo mô hình doanh nghiệp. Tuy nhiên nhiều ý kiến cho rằng đây mới Nghị quyết của Chính phủ, chưa phải văn bản quy phạm pháp luật,chưa có các văn bản hướng dẫn thực hiện; Bộ Y tế đã tiếp thu và đưa một số nội dung vào dự thảo Nghị định thay thế Nghị định 85/2012/NĐ-CP của Chính phủ; Nghị định đang trình Chính phủ, nên trong thực hiện cũng còn nhiều khó khăn, vướng mắc và lúng túng.

- Đầu tư theo hình thức đối tác công tư (PPP): Mặc dù Chính phủ đã có Nghị định 63/2018/NĐ-CP và các văn bản hướng dẫn nhưng vẫn gặp nhiều hạn chế khi triển khai thực hiện. Dự án PPP chủ yếu sử dụng nguồn vốn do nhà đầu tư huy động nhưng vẫn phải thực hiện tất cả các trình tự, thủ tục chặt chẽ như các dự án sử dụng hoàn toàn bằng vốn đầu tư công, dẫn đến khó khăn cho công tác thu hút vốn đầu tư tư nhân vào phát triển kết cấu hạ tầng.

# **VI. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC THI CÁC QUY ĐỊNH VỀ THANH TRA, KIỂM TRA TRONG LĨNH VỰC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **1. Kết quả đã đạt được:**

Công tác kiểm tra việc thi hành pháp luật khám bệnh, chữa bệnh đã được thực hiện thường xuyên, liên tục. Hằng năm, Bộ Y tế đều tiến hành các công tác kiểm tra chung về việc thi hành pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhhoặc kiểm tra theo chuyên đề nhằm nắm bắt tình hình triển khai các văn bản pháp luật đồng thời nắm bắt kịp thời các khó khăn vướng mắc các đơn vị gặp phải trong quá trình triển khai thi hành pháp luật từ đó có những đề xuất sửa đổi, bổ sung, thay thế hoặc ban hành văn bản mới cho phù hợp.

***Bảng 4. Số liệu về kết quả thanh tra khám bệnh, chữa bệnh***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Số lượng đợt thanh tra** | **Số lượng hành vi vi phạm có kiến nghị xử phạt** | **Số tiền xử phạt** |
| 8,105 | 4,272 | 44,043,209,056 |

Về công tác thanh tra, căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ của các cơ quan từ trung ương đến địa phương tiến hành kiểm tra, thanh tra. Cơ sở pháp lý cho hoạt động thanh tra đã được Chính phủ ban hành từ rất sớm (Nghị định 96/2011/NĐ-CP và hiện nay là Nghị định số 176/2013/NĐ-CP). Đội ngũ thanh tra từ trung ương đến địa phương đã được tập huấn các quy định liên quan đến xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

## **2. Tồn tại, bất cập:**

a) Mặc dù hoạt động thanh tra đã có cơ sở pháp lý để tiến hành xử lý vi phạm hành chính là Nghị định 176/2013/NĐ-CP, tuy nhiên do lực lượng thanh tra y tế còn mỏng từ Trung ương đến địa phương nên việc phát hiện hành vi và tiến hành xử lý vi phạm còn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, do thiếu các hướng dẫn cụ thể để xác định hành vi vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhnên hiện nay việc xử phạt vi phạm hành chính đối với các hành vi vi phạm chủ yếu là cảnh cáo, nhắc nhở.

b) Khó khăn, vướng mắc xuất phát từ các quy định của Luật Xử lý vi phạm hành chính:

- Luật Xử lý vi phạm hành chính quy định việc tạm giữ, tịch thu tang vật, phương tiện vi phạm, tuy nhiên đối với tang vật vi phạm trong lĩnh vực y tế có giá trị rất nhỏ (dụng cụ nha khoa, ghế răng, một số thuốc tân dược…) nếu phải tịch thu và xử lý tài sản theo đúng quy định thì không đủ kinh phí để tổ chức thẩm định giá, đấu giá tang vật vi phạm hoặc các thủ tục lưu kho, bãi và bảo quản tang vật.

- Luật Xử lý vi phạm hành chính cũng quy định việc cưỡng chế đối tượng vi phạm không chấp hành quyết định xử phạt, tuy nhiên các cơ sở nhỏ lẻ không có tài khoản cá nhân, thu nhập thấp bị xử phạt vi phạm hành chính số tiền không lớn, nếu cố tình không chấp hành quyết định xử phạt thì kinh phí tổ chức cưỡng chế là rất lớn.

- Mặc dù hoạt động thanh tra đã có cơ sở pháp lý để tiến hành xử lý vi phạm hành chính là Nghị định 176/2013/NĐ-CP, tuy nhiên do hoạt động khám bệnh, chữa bệnh chủ yếu do các cơ quan nhà nước và cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong các cơ quan này tiến hành nên không thuộc phạm vi điều chỉnh của Luật xử lý vi phạm hành chính.

c) Khó khăn, vướng mắc từ cơ quan quản lý nhà nước trong việc tiến hành thanh, kiểm tra, xử lý vi phạm hành chính:

- Về cơ sở vật chất, kỹ thuật còn hạn chế: không có kho, bãi lưu giữ hàng hóa, tang vật tạm giữ, không có kinh phí cho việc tháo dỡ, vận chuyển hàng hóa, tang vật bị tạm giữ, tịch thu.

- Về tổ chức bộ máy, nhân sự: Biên chế Thanh tra của các Sở Y tế thiếu nên chưa đủ nhân lực để tiến hành các cuộc thanh tra đặc biệt là thanh tra đột xuất, khi cần huy động lực lượng khác lại phụ thuộc vào kế hoạch công tác của đơn vị có cán bộ cần huy động.

# **Phần thứ hai****PHƯƠNG HƯỚNG, GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ**

## **I. PHƯƠNG HƯỚNG HOÀN THIỆN HỆ THỐNG PHÁP LUẬT VỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

1. Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác khám bệnh, chữa bệnh nhằm thực hiện thành công các mục tiêu được Đảng giao tại Nghị quyết 20-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới.

2. Đổi mới, đa dạng hóa và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là các quy định về quyền và nghĩa vụ liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh.

3. Lấy người bệnh là trung tâm cho mọi hoạt động phát triển hệ thống khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng và gắn việc phát triển hệ thống với việc thực hiện đánh giá, kiểm định độc lậpchất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh chất lượng cao và phù hợp với thông lệ quốc tế.

4. Tiếp tục thực hiện chính sách xã hội hóa và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế; bảo đảm sự công bằng giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà nước và tư nhân đồng thời phát triển các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo hướng xã hội dân sự có sự tham gia tích cực của các hội nghề nghiệp, của người hành nghề, của người bệnh.

5. Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ, nâng cao y đức hướng tới thực hiện chăm sóc toàn diện người bệnh đồng thời tập trung đẩy nhanh cải cách hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

## **II. GIẢI PHÁP**

## **1. Từng bước hoàn thiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh:**

Trong giai đoạn tới, cần tiếp tục hoàn thiện hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, trong đó cần tập trung vào một số vấn đề sau:

- Đổi mới toàn diện việc kiểm soát chất lượng của người hành nghề thông qua việc đổi mới hệ thống cấp chứng chỉ hành nghề và đăng ký hành nghề khám bệnh, chữa bệnh;

- Hoàn thiện hệ thống các quy định về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm cập nhật các tiến bộ khoa học kỹ thuật.

-Tăng cường xây dựng chế độ, chính sách về nguồn nhân lực, đổi mới cơ chế tài chính cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

- Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật khám bệnh, chữa bệnh với các hệ thống pháp luật khác, đặc biệt là hệ thống pháp luật về bảo hiểm y tế.

## **2. Tổ chức tốt việc thực hiện và áp dụng pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh**

### ***2.1. Các giải pháp về phổ biến giáo dục pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh***

a) Đổi mới, mở rộng, nâng cao chất lượng công tác thông tin, giáo dục, truyền thông khám bệnh, chữa bệnh:

- Đa dạng hóa về nội dung, phương thức thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông bảo đảm tính thân thiện, có chất lượng, phù hợp với đặc điểm của từng nhóm đối tượng, văn hóa, ngôn ngữ ở các vùng miền khác nhau, trong đó chú trọng truyền thông về quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người nhà người bệnh;

- Kết hợp giữa truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp, trong đó chú trọng phát huy vai trò, trách nhiệm của hệ thống cơ quan thông tin, truyền thông và tổ chức chính trị - xã hội các cấp, hệ thống quân y.

b) Khẩn trương xây dựng và ban hành Quy trình phổ biến giáo dục pháp luật về y tế làm cơ sở cho các đơn vị, địa phương tổ chức triển khai việc phổ biến giáo dục pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh thống nhất và đạt hiệu quả cao.

c) Tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng kiến thức pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhtheo các kế hoạch cụ thể được phê duyệt cho đội ngũ công chức, viên chức y tế, đặc biệt là những công chức trực tiếp làm công tác xây dựng và tổ chức thực hiện pháp luật khám bệnh, chữa bệnhtại Bộ Y tế - những công chức có thẩm quyền ban hành các quyết định áp dụng pháp luật, công chức làm công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

d) Xây dựng và lồng ghép nội dung đào tạo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhtrong chương trình đào tạo pháp luật về y tế.

e) Tăng cường đầu tư kinh phí cho công tác phổ biến giáo dục pháp luật về y tế nói chung và pháp luật khám bệnh, chữa bệnhnói riêng, đồng thời sử dụng có hiệu quả nguồn kinh phí này.

### ***2.2. Các giải pháp về kiểm tra việc thực hiện pháp luật về y tế***

a) Khẩn trương xây dựng và ban hành Quy trình kiểm tra việc thực hiện pháp luật về y tế làm cơ sở cho các đơn vị, địa phương triển khai kiểm tra việc thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh thống nhất và có hiệu quả cao.

b) Hằng năm, Bộ Y tế, Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, các đơn vị trực thuộc Bộ trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của mình phải xây dựng và phê duyệt kế hoạch kiểm tra việc thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhcho đơn vị, địa phương mình và tổ chức thực hiện theo đúng kế hoạch.

c) Bộ Y tế, Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, các đơn vị trực thuộc Bộ xây dựng bảng kiểm, tiến hành kiểm tra việc thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhtheo đúng quy trình đã hướng dẫn và bảng kiểm.

d) Việc tiến hành kiểm tra phải thực chất, tránh hình thức, xuê xoa dẫn đến việc không tuân thủ pháp luật, không bảo đảm kỷ cương, kỷ luật hành chính. Nếu phát hiện có sai phạm, bên cạnh việc nhắc nhở, chấn chỉnh phải có các biện pháp, hình thức xử lý kỷ luật, xử lý vi phạm theo đúng thẩm quyền được giao.

## **3. Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra và xử lý nghiêm minh các hành vi vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh**

### ***3.1. Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh***

a) Xác định rõ chức năng thanh tra, kiểm tra và giám sát của Nhà nước đối với hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời cũng xác định rõ quyền hạn xử lý của các cơ quan nhà nước khi thực hiện thẩm quyền được pháp luật quy định.

b) Khắc phục tình trạng chồng chéo trong hoạt động thanh tra, kiểm tra và giám sát tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động khám bệnh, chữa bệnhđược tiến hành theo đúng pháp luật.

c) Củng cố và hoàn thiện hệ thống tổ chức thanh tra nhà nước về y tế (hay còn gọi là thanh tra chuyên ngành y tế) từ trung ương đến các địa phương nhằm thực hiện mục tiêu của công tác thanh tra là phục vụ việc nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh chữa bệnh cũng như nâng cao hiệu quả của công tác quản lý Nhà nước trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

d) Nâng cao chất lượng đội ngũ thanh tra viên y tế. Xây dựng đội ngũ thanh tra viên y tế có phẩm chất chính trị và đạo đức, chí công vô tư, có trình độ chuyên môn, nghiệp vụ vững vàng, bảo đảm cho tổ chức thanh tra y tế trong sạch, vững mạnh. Tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng kiến thức pháp luật, kiến thức quản lý nhà nước, kiến thức về chuyên môn y tế, kỹ năng thanh tra nhằm nâng cao trình độ và năng lực cho đội ngũ thanh tra viên y tế trên cơ sở phối hợp với Trường đào tạo cán bộ thanh tra thuộc Thanh tra Chính phủ để tổ chức các lớp riêng dành cho cán bộ thanh tra, thanh tra viên y tế.

đ) Tăng cường bồi dưỡng kiến thức tổ chức và quản lý trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnhcho cán bộ quản lý y tế các cấp, đồng thời tăng cường công tác pháp chế ở các cơ quan quản lý nhà nước về y tế, các cơ quan chuyên môn kỹ thuật y tế để các đơn vị này đủ mạnh, đủ sức trong việc tự phòng ngừa các vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhbảo đảm trật tự, kỷ cương trong các hoạt động của ngành y tế, thực hiện nghiêm chỉnh pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

e) Tăng cường cơ sở vật chất, phương tiện hoạt động phục vụ cho công tác thanh tra, kiểm tra. Cần đầu tư thêm kinh phí để trang bị ô tô, xe máy, máy ảnh, máy ghi âm....

g) Đổi mới phương thức thanh tra, kiểm tra. Tăng cường cơ chế phối hợp liên ngành ở cả Trung ương và địa phương trong công tác thanh tra, kiểm tra; kết hợp chặt chẽ giữa công tác thanh tra y tế, công tác kiểm tra của các cơ quan quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnhvới thanh tra của thủ trưởng, thanh tra nhân dân và công tác kiểm tra của Đảng. Có như vậy mới phát huy được sức mạnh của cả hệ thống kiểm tra, giám sát, của cả hệ thống chính trị trong việc răn đe, phòng ngừa các hành vi vi phạm pháp luật, phát hiện kịp thời và xử lý nghiêm minh các hành vi vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

h) Để tạo sự bình đẳng giữa khu vực y tế nhà nước và khu vực y tế tư nhân, công tác thanh tra chuyên ngành về y tế cần chú trọng thanh tra các cơ sở y tế của nhà nước hơn nữa thay vì chỉ chú trọng đến khu vực y tế tư nhân. Trong quá trình thanh tra khu vực y tế nhà nước, nếu phát hiện các hành vi vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnhthì phải kịp thời xử lý nghiêm minh, tránh nể nang, xử phạt nhẹ, xử phạt mang tính chất hình thức.

i) Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ quy định việc xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế tuy mới được ban hành nhưng đã bộc lộ một số bất về cách xác định hành vi để từ đó đưa ra mức phạt phù hợp và đặc biệt là việc loại trừ cán bộ, công chức, viên chức ra khỏi đối tượng áp dụng của Nghị định đã làm giảm hiệu quả của hoạt động thanh tra.

### ***3.2. Xử lý nghiêm minh đối với các vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh***

a) Chấn chỉnh việc xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh:

- Bảo đảm công bằng trong việc xử phạt vi phạm hànhchính giữa khu vực y tế nhà nước và khu vực y tế tư nhân theo nguyên tắc "mọi chủ thể đề bình đẳng trước pháp luật", tránh nể nang, xử phạt nhẹ, xử phạt mang tính chất hình thức.

- Bên cạnh việc áp dụng các hình thức xử phạt chính, xử phạt bổ sung, cần lưu ý áp dụng các hình thức xử phạt hành chính khác như tước quyền sử dụng giấy phép có thời hạn hoặc vô thời hạn; đồng thời nâng cao tác dụng triệt để của kênh thông tin từ các cơ quan thông tin đại chúng vì biện pháp này tỏ ra có hiệu quả hơn trên thực tế.

- Nghiên cứu tăng thẩm quyền cho các cơ quan thanh tra trong việc xử lý hành chính tại chỗ các vi phạm pháp luật; phân định rõ hơn trách nhiệm của cơ quan thanh tra và tòa án hành chính trong việc giải quyết các khiếu kiện đối với các cơ quan và cán bộ, công chức hành chính, tạo điều kiện để các tòa án hành chính phát huy đúng chức năng và thẩm quyền.

- Xác định rõ hơn cơ chế trách nhiệm của chủ tịch Ủy ban nhân dân các cấp trong việc xử phạt vi phạm hành chính về khám bệnh, chữa bệnh, chú trọng phát huy vai trò của các cơ quan chuyên môn y tế trong việc giúp ủy ban nhân dân thực hiện thẩm quyền này.

b) Chấn chỉnh việc xử lý kỷ luật đối với cán bộ, công chức, viên chức y tế vi phạm pháp luật

- Bộ Y tế phải có quy định cụ thể về những vi phạm nào liên quan đến chế độ công vụ, chế độ làm việc của chuyên môn y tế trong lĩnh khám bệnh, chữa bệnh; quy định cụ thể từng hành vi phạm tương ứng với từng hình thức kỷ luật để có cơ sở pháp lý trong việc xử lý kỷ luật theo đúng quy định của pháp luật về xử lý kỷ luật và bồi thường vật chất đối với công chức, viên chức y tế khi thi hành nhiệm vụ, công vụ.

- Bộ Y tế phải chỉ đạo các đơn vị triển khai đợt nghiên cứu, học tập các quy định của pháp luật về xử lý kỷ luật và bồi thường vật chất của công chức, viên chức y tế khi thi hành nhiệm vụ, công vụ trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh để thống nhất áp dụng và thực hiện tại các đơn vị.

- Việc xử lý kỷ luật phải bảo đảm hành vi vi phạm tương ứng với hình thức kỷ luật theo quy định của pháp luật. Khi xử lý kỷ luật phải bảo đảm bình đẳng, công bằng giữa công chức lãnh đạo với công chức, viên chức bình thường và tránh tình trạng, công chức, viên chức lãnh đạo thì xử lý nhẹ còn công chức, viên chức bình thường thì xử lý nặng.

- Thủ trưởng các đơn vị phải chủ động xây dựng kế hoạch ngăn chặn kịp thời các hành vi vi phạm kỷ luật với các biện pháp khen thưởng, chăm lo đời sống vật chất và tinh thần cho công chức, viên chức y tế để họ yên tâm công tác, làm tốt nhiệm vụ được giao kết hợp với xử lý nghiêm, công bằng, minh bạch, công khai, đồng thời ràng buộc trách nhiệm của mỗi cá nhân, lãnh đạo các khoa, phòng trong đơn vị, động viên họ đấu tranh với những hành vi vi phạm kỷ luật và phối hợp với chính quyền địa phương nơi họ cư trú để cùng giáo dục.

- Duy trì chế độ báo cáo tình hình xử lý kỷ luật và bồi thường vật của công chức, viên chức khi thực hiện nhiệm vụ, công vụ để Bộ Y tế và các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền quản lý chặt chẽ hơn vấn đề này.

## **I****II. KIẾN NGHỊ SỬA ĐỔI ĐỐI VỚI MỘT SỐ NỘI DUNG CỤ THỂ TRONG LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

## **1. Về các khái niệm trong Luật:**

a) Khái niệm Khám bệnh, chữa bệnh: theo định nghĩa trong Luật hiện chưa bao quát hết các dịch vụ y tế theo cách tiếp cận chăm sóc toàn diện (bao gồm cả chăm sóc y tế và phi y tế). Đồng thời định nghĩa khám bệnh, chữa bệnh như hiện nay cũng chưa phù hợp vì việc thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh…) thì không thuộc cả khám bệnh lẫn chữa bệnh.

b) Chứng chỉ hành nghề: Theo tổng quan tài liệu thế giới hiện duy nhất chỉ có Việt Nam sử dụng khái niệm chứng chỉ, còn các nước khác gọi là giấy phép hành nghề. Để tương thích với tính chất và giá trị pháp lý nên chăng cần xem xét đề sửa đổi thành Giấy phép hành nghề cho phù hợp vì chỉ khi nào gọi là giấy phép mới có thể cấp phép hoặc rút phép, còn chứng chỉ thì chỉ là sự công nhận khi đương sự hoàn thành một trình độ nào đó.

c) Thiếu một số khái niệm như:

- Chăm sóc toàn diện: Bộ Y tế đã ban hành thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện với nguyên tắc toàn diện, liên tục. Để có sơ sở định hướng hoạt động chăm sóc toàn diện, cũng như là khi hạch toán đầy đủ các chi phí phi y tế và y tế trong gói dịch vụ thì khái niệm này cần được bổ sung vào Luật.

- Điều trị ban ngày: Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC về giá dịch vụ khám chữa bệnh có mức giá cho điều trị ban ngày nhưng chỉ để cập đến mức thu giường bệnh của điều trị ban ngày, các quy định về dịch vụ y tế điều trị ban ngày hoàn toàn không được đề cập đến. Trên thế giới, điều trị ban ngày là một phương thức dịch vụ đặc biệt được quan tâm trong xu hướng già hóa dân số và sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm nhưng nguồn lực đầu tư cho KCB còn hạn chế hiện nay. Nhiều nước đã triển khai các cơ sở khám chữa bệnh ban ngày và dịch vụ điều trị ban ngày.

- Bác sĩ gia đình: Ngành y tế đã triển khai mô hình bác sỹ gia đình, nên cũng phải bổ sung vào trong Luật để định hình cho sự hoạt động của hình thức cung ứng dịch vụ y tế này.

- Cơ sở y tế phi lợi nhuận: Trong Luật chưa đề cập đến khái niệm thế nào là không lợi nhuận, tiêu chí, điều kiện, quy trình công nhận cơ sở y tế phi lợi nhuận. Ở Nhật và một số nước, cơ sở y tế phi lợi nhuận phải được hội đồng thẩm định, cấp phép mới được hoạt động và sau khi được công nhận sẽ được hưởng những cơ chế, chính sách thuận lợi hơn các cơ sở y tế có lợi nhuận.

- Sự cố y khoa: Sai sót chuyên môn kỹ thuật đã được định nghĩa tại chương 6 của Luật là là một thuật ngữ nằm trong sự cố y khoa. Thực trạng tại nhiều địa phương, sự cố y khoa (không do lỗi chuyên môn của cán bộ y tế) vẫn bị gọi là sai sót chuyên môn và được quy trách nhiệm là lỗi của nhân viên y tế. Để tránh những hiểu nhầm tất cả sự cố y khoa là sai sót chuyên môn, có lẽ trong Luật ở phần giải thích từ ngữ chung nên đưa khái niệm sự cố y khoa, trong đó định danh ra 2 loại, một loại là sai sót không mong muốn và một loại là sai sót chuyên môn.

## **2. Về các hành vi bị nghiêm cấm:**

Thiếu các hành vi bị nghiêm cấm như: thoái thác nghĩa vụ đóng viện phí gây khó khăn cho cơ sở; cấm lưu trú trong cơ sở y tế không vì mục đích khám chữa bệnh; cấm sử dụng rượu bia khi đi khám chữa bệnh; cấm đập phá tài sản, cấm bạo hành nhân viên y tế dưới mọi hình thức; cấm tự ý xâm nhập vào khu vực chuyên môn của nhân viên y tế.

## **3. Về quyền và nghĩa vụ của người bệnh**

- Quyền của người bệnh: Quyền tôn trọng bí mật riêng tư được quy định tại Điều 8 vẫn chung chung và chưa đầy đủ. Việc giữ bí mật về tình trạng sức khỏe không chỉ là giữ bí mật thông tin trong bệnh án, mà cần mở rộng thành quy định giữ bí mật toàn bộ quá trình trao đổi, điều trị giữa bệnh nhân và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh. Một số ý kiến đề nghị, đối với một số nhóm người bệnh như người cán bộ ngoại giao, quân nhân, cán bộ lãnh đạo cao cấp có thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật nhạy cảm cần bổ sung thêm những quy định nghiêm ngặt hơn.

Khoảng trống khác trong quy định về quyền của người bệnh được nhiều ý kiến đề nghị bổ sung là quyền được khiếu kiện, đền bù, bồi thường thiệt hại khi người bệnh là nạn nhân của sai sót chuyên môn. Luật đã có một chương riêng về sai sót chuyên môn nhưng chỉ quy định vai trò và trách nhiệm của cơ quan quản lý và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh không đề cập đến quyền được bồi thường của người bệnh. Trong khi đó người bệnh là người chịu tổn thất trực tiếp nhưng Luật lại chưa quy định quyền của họ khi có sai sót chuyên môn xảy ra.

- Bộ sung quy định liên quan đến trường hợp người bệnh trong tình trạng hôn mê hoặc không thể tự quyết định được có hay không thực hiện việc tiếp tục điều trị đồng thời người nhà của người bệnh lại có ý kiến khác nhau thì ai sẽ lại người quyết định việc điều trị cho người bệnh? nếu người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định thì ai sẽ người chịu trách nhiệm chi trả chi phí và trong trường hợp rủi ro ảnh hưởng đến tính mạng, sức khỏe của người bệnh thì ai sẽ là người chịu trách nhiệm?

- Nghĩa vụ của người bệnh chưa phù hợp

Nghĩa vụ tôn trọng và đảm bảo an toàn cho mọi người khi đến các cơ sở khám chữa bệnh: Người bệnh được quyền tôn trọng, bảo vệ sức khỏe, được quyền lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh nên ngược lại họ cũng phải có nghĩa vụ phải đảm bảo an toàn tính mạng, tài sản, môi trường làm việc cho nhân viên y tế cũng như người sử dụng dịch vụ y tế khác tại bệnh viện.

Với thực trạng người nhà bệnh nhân và một số đối tượng khác gây mất trật tự và bạo hành tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ý kiến của rất nhiều cán bộ y tế đề nghị cần bổ sung những quy định, nghĩa vụ đối với tất cả các đối tượng đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chứ không chỉ là người bệnh. Đồng thời vì môi trường cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là một trường đặc biệt nên cũng nhiều ý kiến đề xuất phải có tình tiết tăng nặng khi có vi phạm.

## **4. Cấp chứng chỉ hành nghề:**

a) Đối tượng được cấp chứng chỉ hành nghề:

Người hành nghề tại các cơ sở khám chữa bệnh: Các quy định về người xin cấp chứng chỉ hành nghề hiện nay thì chưa bao quát hết các chức danh chuyên môn tham gia trong quy trình khám chữa bệnh. Hiện nay một số chức danh đã làm trong cơ sở khám chữa bệnh nhưng chưa được cấp phép là cử nhân tâm lý, cử nhân tâm lý lâm sàng, cử nhân xạ trị, thư ký y khoa, nhân viên y tế học đường, cử nhân dinh dưỡng, kỹ sư sinh học, kỹ sư hóa học. Trong thời gian tới, dự kiến có thêm chức danh chuyên môn như cử nhân khúc xạ, chỉnh quang viên, kỹ thuật viên khúc xạ nên Luật cũng cần mở rộng bổ sung quy định cấp chứng chỉ hành nghề cho các nhóm đối tượng này.

Một số chức danh khác: Lương y là một trong những đối tượng được Luật quy đinh hành nghề phải có chứng chỉ. Tuy nhiên, điều kiện công nhận lương y cũng còn chưa rõ ràng.. Cô đỡ thôn bản, nhân viên cấp cứu ngoại viện cũng có can thiệp trực tiếp đến người bệnh cũng cần xem xét để cấp phép. Riêng với chức danh nhân viên y tế thôn bản, một số ý kiến của các cơ quan quản lý đề xuất nên cấp chứng chỉ hành nghề.

b) Điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề:

Trong điều kiện cấp giấy phép theo quy định hiện hành, điều kiện bất cập nhất được nhiều bệnh viện phản ánh là lý lịch tư pháp, để làm được lý lịch tư pháp thường phải mất thời gian khoảng từ 1 đến 3 tháng.

Hiện nay, điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề của Việt Nam cũng khác so với quốc tế là Việt Nam cấp phép hoàn toàn dựa trên hồ sơ, chưa đảm bảo được tính khách quan và đảm bảo được chất lượng đầu vào của nguồn nhân lực khám chữa bệnh các văn bằng chứng chỉ chứ không dựa trên việc đánh giá năng lực thông qua kỳ thi quốc gia để cấp phép như nhiều nước đang thực hiện.

c) Xác nhận quá trình thực hành

Quy định về thời gian thực hành tiền hành nghề chưa đầy đủ, chưa tương thích với thời gian tập sự trong Luật Lao động. Thời gian thực tập tiền hành nghề của bác sỹ là 18 tháng, điều dưỡng là 9 tháng, trong khi Luật lao động tập sự chỉ quy định chung là 12 tháng.

d) Cập nhật kiến thức y khoa liên tục:

- Quy định về thu hồi chứng chỉ hành nghề: quy định thu hồi nếu không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong 2 năm là không khả thi. Chưa có quy định về thu hồi, đình chỉ vĩnh viễn (không cấp lại chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động) đối với người hành nghề hoặc cơ sở có vi phạm, tái phạm nhiều lần trong quá trình hoạt động.

- Theo Thông tư 19/2015/TT-BGDĐT về quy chế quản lý văn bằng chứng chỉ cũng như Thông tư 22/2013/TT-BYT hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế chỉ quy định các chương trình đào tạo liên tục không quy định về thời gian cần thiết cho các loại hình đào tạo, tập huấn để được cấp chứng chỉ. Tuy nhiên tại các địa phương, theo phản ánh của các bệnh viện muốn được mở rộng phạm vi hoạt động, người hành nghề phải trải qua khóa đào tạo, tập huấn ít nhất 3 tháng. Nhiều ý kiến của các đơn vị đào tạo và các Hội nghề nghiệp cho rằng như vậy chưa phù hợp và gây lãng phí, vì có những kỹ thuật không cần phải đến 3 tháng.

đ) Về thời hạn chứng chỉ hành nghề:

Chỉ trừ Trung Quốc còn hầu hết các nước đã cấp phép thì thường cấp phép có thời hạn. Các nước giấy phép hành nghề thường có thời hạn là 1 năm, 2 năm hoặc 3 năm. Việc không quy định thời hạn dẫn đến việc khó giám sát được người hành nghề có còn đủ điều kiện hành nghề sau khi đã được cấp chứng chỉ hành nghề.

## **5. Cấp giấy phép hoạt động:**

a) Các hình thức tổ chức của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Theo quy định của Luật cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiện chưa bao gồm một số trung tâm, cơ sở khám chữa bệnh thuộc ngành như cơ sở phục hồi chức năng, cơ sở khám chữa bệnh tại các trạm giam, Trung tâm cai nghiện….do vậy chưa được cấp giấy phép hoạt động. Luật cần xem xét để bổ sung các cơ sở này vào danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động vì trong thực tế họ vẫn cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

Trong Luật không quy định các cơ sở thuộc hệ dự phòng là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng trên thực tế, các cơ sở dự phòng bên cạnh công tác phòng bệnh thì vẫn triển khai các hoạt động khám sàng lọc, khám sức khỏe, khám điều trị bệnh thuộc các chương trình mục tiêu quốc gia và bệnh nghề nghiệp theo Thông tư số 51/2014/TT-BYT ngày 29/12/2014 của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Các cơ sở khác: Cơ sở thẩm mỹ, xông hơi, mát xa, kính thuốc mặc dù có can thiệp, thậm chí can thiệp xâm lấn đến cơ thể con người nhưng hiện nay không được quy định phải cấp phép hoạt động nên Luật cũng cần được xem xét bổ sung.

b)Điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Theo quy định hiện hành, người đứng đầu của cơ sở khám chữa bệnh không được đứng đầu 2 cơ sở, nhưng trên thực tế quy định này gây khó khăn cho trạm trưởng trạm y tế xã và lãnh đạo cơ sở y tế dự phòng vì họ sẽ không thể đứng đầu cơ sở khám ngoài giờ. Vì vậy, nhiều địa phương cũng phản ánh, quy định này gây khó khăn đối với việc thu hút bác sỹ về làm tại trạm y tế. Các địa phương đề xuất nên có chính sách đặc thù với người làm trạm trưởng trạm y tế thì có thể đứng đầu 2 cơ sở.

Bên cạnh đó, cần giải quyết vướng mắc trong điều kiện cấp giấy phép hoạt động liên quan đến việc đáp ứng các điều kiện về bảo vệ môi trường cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới thành lập đi vào hoạt động. Đồng thời, cân nhắc bổ sung quy định về đảm bảo cung cấp đủ nước sạch và các điều kiện vệ sinh môi trường trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Thời hạn của Giấy phép hoạt động

Điểm bất cập chủ yếu trong các quy định trong Điều 44 là giấp phép hoạt động không có thời hạn. Quy định này không phù hợp với những thay đổi thường xuyên, liên tục của cơ sở khám chữa bệnh. Ở các nước khác giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thường có thời hạn 5 năm. Nhưng với bối cảnh quản lý nhà nước của Việt Nam, các ý kiến đề nghị, trong giai đoạn hiện nay giấy phép sau 10 năm cần thẩm định và cấp lại.

Chưa có quy định cụ thể về thời gian được cấp giấy phép hoạt động trở lại đối với cơ sở bị thu hồi giấy phép hoạt động sau đó cơ sở chuyển đổi hình thức tổ chức hành nghề, chuyển đổi chủ sở hữu nhưng vẫn hành nghề với nhân sự đã được cấp phép và hoạt động tại địa điểm hành nghề đã bị thu hồi giấy phép trước đó. Điều này dẫn đến một số cơ sở không nghiêm túc trong việc chấp hành pháp luật, có hành vi tái phạm các vi phạm nhiều lần.

c)Thẩm quyền, thủ tục cấp cấp lại, thu hồi giấy phép hoạt động

Thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh chưa mang tính phân cấp, phân quyền đảm bảo tính khách quan, minh bạch. Cụ thể là với bệnh viện công trực thuộc tỉnh, thành phố, Sở Y tế có quyền thẩm định và cấp phép không phụ thuộc vào quy mô giường bệnh. Mặc dù Luật đã đề cập đến những vi phạm sẽ phải thu hồi giấy phép hoạt động nhưng lại thiếu quy định về thanh tra, giám sát hậu kiểm trong cấp phép hoạt động. Đây là vấn đề bất cấp trong quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, nhất là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.

## **6. Các quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh**

Một số quy định, hoạt động chuyên môn được thực hiện thường xuyên trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được đề cập trong Luật như: Phẫu thuật, thủ thuật chưa được phân định chưa rõ ràng; hội chẩn, khám chữa bệnh từ xa (Telemedicine); điều trị nội trú ban ngày; dinh dưỡng tiết chế…

## **7. Về giải quyết tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh**

Bổ sung một số nội dung liên quan đến ứng xử với truyền thông, với bệnh nhân, với người nhà bệnh nhân khi xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật. Trong Luật của nhiều nước quy định các bước ứng xử sau khi có sai sót chuyên môn rất cụ thể: về trách nhiệm cung cấp thông tin nhân viên y tế với các cơ quan chức năng, với người nhà người bệnh, về quá trình xin lỗi, về mức và cách thức bồi thường thiệt hại, về vai trò trách nhiệm của các bên liên quan.

## **8. Về ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh**

Bổ sung một số nội dung liên quan đến ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh như bệnh án điện tử, khám bệnh, chữa bệnh từ xa, đăng ký hành nghề…. nhằm tạo cơ chế pháp lý để tổ chức triển khai thực hiện.

## **9. Về an ninh bệnh viện**

Bổ sung một số nội dung liên quan đến các biện pháp bảo đảm an ninh bệnh viện khác như các biện pháp tổ chức bảo đảm an ninh chung, sự tham gia của lực lượng công an trong bảo đảm an ninh bệnh hay vấn đề kinh phí bảo đảm cho hoạt động này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Ủy ban về các vấn đề xã hội (để báo cáo);- Văn phòng Quốc hội (để báo cáo);- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);- Bộ Tư pháp;- Lưu: VT, PC(02b).  | **KT. BỘ TRƯỞNG****THỨ TRƯỞNG****Nguyễn Trường Sơn** |

1. 56 tỉnh, thành phố đã ban hành kế hoạch triển khai thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh, các tỉnh không ban hành kế hoạch gồm: Thái Bình, Hòa Bình, Tây Ninh, Hà Giang, Điện Biên, Hải Phòng, Phú Yên (nguồn: Khảo sát của Viện Chiến lược và chính sách y tế năm 2017) [↑](#footnote-ref-1)
2. 22/63 tỉnh, thành phố có ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn Luật khám bệnh, chữa bệnh (55 văn bản) [↑](#footnote-ref-2)
3. Nguồn: Khảo sát của Viện Chiến lược và chính sách y tế năm 2017. [↑](#footnote-ref-3)
4. Tính đến tháng 12/2018, tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động là 49.984cơ sở, số cơ sở đã bị thu hội giấy phép hoạt động là 359 cơ sở. [↑](#footnote-ref-4)
5. (1) Báo cáo Chỉ số PAPI năm 2016, 2017 cho thấy sự hài lòng của người dân về chất lượng bệnh viện tuyến huyện tăng đáng kể so với 2015. (2) Kết quả đo lường sự hài lòng tại 33 bệnh viện công lập (23 bệnh viện TW, 10 bệnh viện tỉnh) do Viện Chiến lược và Chính sách y tế thực hiện cho thấy 81,8% số người bệnh đã hài lòng với các dịch vụ y tế. Có sự gia tăng đáng kể tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử của nhân viên y tế, đặc biệt là với các bệnh viện tuyến TW (năm 2015 là 85,9%, năm 2017 là 92,1%). (3) Báo cáo chỉ số hài lòng người bệnh do Cục Quản lý khám chữa bệnh và Sáng kiến Việt Nam, Oxfam thực hiện sau khi phỏng vấn người bệnh nội trú đã xuất viện từ tháng 9/2016-11/2017 ở 29 bệnh viện tỉnh, huyện cho thấy chỉ số hài lòng trung bình đạt 3,98/5 (tương ứng 79,6%). Khảo sát trực tuyến sự hài lòng của người bệnh trên toàn quốc (http://chatluongbenhvien.vn) từ 12/2016-12/2017 có trên 1 triệu phiếu khảo sát, tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú đạt 75,6%, người bệnh ngoại trú đạt 66,3%. [↑](#footnote-ref-5)
6. Theo số liệu cập nhật của Tổ chức y tế thế giới, mức trung bình ASEAN khoảng 6 bác sỹ trên vạn dân. [↑](#footnote-ref-6)
7. Trước 1993 chưa có đào tạo đại học điều dưỡng, đại học kỹ thuật y học, y tế công cộng nay đã có. Số học sinh tuyển mới những năm gần đây: đại học 29.076, cao đẳng 17.500, sau đại học 6.146; chỉ tiêu tuyển sinh chính quy của các trường đào tạo cán bộ y tế công lập đều tăng từ 10 đến 15% mỗi năm... Ðến năm 2016, số tuyển mới đại học y dược tăng 1,5 lần so với năm 2011, tăng gấp 03 lần năm 2007, tăng gấp 06 lần năm 2003.Thực hiện đào tạo cán bộ y tế theo nhu cầu, theo địa chỉ cho các tỉnh khó khăn ở miền núi phía bắc, miền trung, đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên. [↑](#footnote-ref-7)
8. Đã ban hành Chuẩn năng lực cơ bản của bác sỹ đa khoa, bác sỹ Răng Hàm Mặt, điều dưỡng, hộ sinh... tiếp tục triển khai xây dựng Chuẩn năng lực cơ bản các ngành: Y tế công cộng, Dược, Dinh dưỡng. [↑](#footnote-ref-8)
9. Năm 2016 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Khung cơ cấu hệ thống giáo dục quốc dân và Khung trình độ quốc gia Việt Nam theo quốc tế, để triển khai được phải sửa Luật giáo dục đại học, Luật giáo dục nghề nghiệp. [↑](#footnote-ref-9)
10. Tỷ lệ bác sỹ, điều dưỡng trên vạn dân của Việt Nam là 8,2 và 11,5; thế giới là 15 và 32,7. [↑](#footnote-ref-10)
11. Năm 2016 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Khung cơ cấu hệ thống giáo dục quốc dân và Khung trình độ quốc gia Việt Nam theo quốc tế, để triển khai được phải sửa Luật giáo dục đại học, Luật giáo dục nghề nghiệp. [↑](#footnote-ref-11)
12. Hầu hết các nước có thi quốc gia làm điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn, thường do các tổ chức xã hội nghề nghiệp cấp; hết thời hạn xem xét các điều kiện nếu đủ mới được cấp lại. [↑](#footnote-ref-12)
13. Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 đã đề ra đầu tư đột phá cho y tế. [↑](#footnote-ref-13)
14. Theo báo cáo chưa đầy đủ, 18 bệnh viện thuộc Bộ Y tế đã giảm được 20.599 người (1.681,4 tỷ đồng/năm), Sau khi tính tiền lương vào giá dịch vụ, TP Hồ Chí Minh đã giảm chi lương từ NSNN khoảng 1.200 tỷ đồng, các tỉnh khác thấp nhất cũng giảm được 70-100 tỷ đồng/tỉnh. [↑](#footnote-ref-14)
15. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới năm 2014, tổng chi cho y tế bình quân đầu người của Việt Nam là 140 USD, trong khi mức trung bình toàn thế giới là 1.059 USD, mức chi trung bình của các nước có thu nhập trung bình là 290 USD, thấp hơn một số nước trong khu vực như Thái Lan (228 USD), Malaysia (456 USD), Trung Quốc (420 USD)... [↑](#footnote-ref-15)
16. Trong chi khám, chữa bệnh có 49,7% chi phí về thuốc, 12% chi phí xét nghiệm, 8% chi phí chẩn đoán hình ảnh, còn lại là chi tiền lương, vận hành bệnh viện như điện, nước, vệ sinh, khử khuẩn… nên chi phí tiền lương chiếm tỷ trọng rất thấp. [↑](#footnote-ref-16)
17. Chi y tế dự phòng ở nhiều địa phương mới đạt khoảng 20% tổng chi ngân sách cho y tế, chưa đạt mục tiêu Quốc hội đề ra là 30%. [↑](#footnote-ref-17)
18. Có bệnh viện như Bạch Mai hiện nay 90% các dịch vụ của khoa sinh hoá, 70% của khoa chẩn đoán hình ảnh, 90% của khoa y học hạt nhân, 50% của khoa thận nhân tạo, 100% của khoa khám, chữa bệnh theo yêu cầu là sử dụng các trang thiết bị đầu tư từ nguồn xã hội hoá, tổng số vốn liên doanh, liên kết khoảng 600 tỷ đồng. [↑](#footnote-ref-18)