



VĂN PHÒNG QUỐC HỘI THƯ VIỆN QUỐC HỘI

THÔNG TIN THAM KHẢO

- Vấn đề và chính sách**
 - Hiệu quả hoạt động của y tế cơ sở: thực trạng và giải pháp
 - Bác sĩ y học dự phòng và việc hành nghề khám chữa bệnh ở Việt Nam
 - Đôi điều bàn về những vấn đề liên quan đến Luật khám bệnh, chữa bệnh
 - Quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi)
- Lập pháp nước ngoài**
 - Bác sĩ nước ngoài hành nghề khám, chữa bệnh ở một số nước trên thế giới
 - Kinh nghiệm của một số quốc gia về cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và hội đồng y khoa quốc gia
- Thông tin định lượng**
 - Kết quả điều tra XHH: Thực hiện chính sách, pháp luật về khám, chữa bệnh trong thời gian qua
- Giới thiệu sách**
 - AI – Bước tiến đột phá trong chăm sóc sức khỏe
- Tài liệu số**
 - Những quy định liên quan đến chăm sóc y tế, khám chữa bệnh trong Hiến pháp một số nước tại Bộ sưu tập số về Hiến pháp của Thư viện Quốc hội

THÔNG TIN THAM KHẢO

THƯ VIỆN QUỐC HỘI

Chỉ đạo biên soạn:

Phạm Đình Toàn, Phó Chủ nhiệm Văn phòng Quốc hội

Chịu trách nhiệm nội dung:

Lê Hoàng Anh, Giám đốc Thư viện Quốc hội

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Văn phòng Quốc hội

Phát hành:

Vụ Hành chính

In 1000 cuốn, khổ 21cmx29cm

Biên tập và sửa bản in:

Lê Hoàng Anh, Trịnh Ngọc Cường

Đinh Thị Hạnh Mai, Lê Hà Vũ

Trần Thị Thu Trang

Liên hệ và góp ý xin gửi về:

Thư viện Quốc hội, Văn phòng Quốc hội

Địa chỉ: Nhà Quốc hội, Đường Độc lập,

Ba Đình, Hà Nội

Điện thoại: 84. 080.41451;

Email: thuvienquochoi@quochoi.vn

**Lưu hành nội bộ*

MỤC LỤC Số 01/2020

Vấn đề và chính sách

- 4** · Hiệu quả hoạt động của y tế cơ sở: thực trạng và giải pháp
- 9** · Bác sĩ y học dự phòng và việc hành nghề khám chữa bệnh ở Việt Nam
- 14** · Đôi điều bàn về những vấn đề liên quan đến Luật khám bệnh, chữa bệnh
- 16** · Quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi)

Lập pháp nước ngoài

- 21** · Bác sĩ nước ngoài hành nghề khám, chữa bệnh ở một số nước trên thế giới
- 29** · Kinh nghiệm của một số quốc gia về cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và Hội đồng y khoa quốc gia

Thông tin định lượng

- 34** · Kết quả điều tra XHH: Thực hiện chính sách, pháp luật về khám, chữa bệnh trong thời gian qua

Giới thiệu sách

- 38** · AI – Bước tiến đột phá trong chăm sóc sức khỏe

Tài liệu số

- 40** · Những quy định liên quan đến chăm sóc y tế, khám chữa bệnh trong Hiến pháp một số nước tại Bộ sưu tập số về Hiến pháp của Thư viện Quốc hội

Copyright © 2020 TVQH

Bản quyền tài liệu thuộc về Thư viện Quốc hội.

Việc sử dụng mọi thông tin trong tài liệu phải tuân thủ theo các quy định của pháp luật về bản quyền.

THÔNG TIN THAM KHẢO



LỜI GIỚI THIỆU

Kính thưa Quý đại biểu và bạn đọc!

Trên tay Quý vị là *Thông tin tham khảo* số đầu tiên của Thư viện Quốc hội. Với mong muốn cung cấp thông tin chuyên sâu tới các vị đại biểu Quốc hội định kỳ, không chỉ tập trung vào kỳ họp Quốc hội, được sự quan tâm chỉ đạo của Tổng Thư ký Quốc hội, lãnh đạo Văn phòng Quốc hội, Thư viện Quốc hội tổ chức biên soạn và phát hành mỗi quý một số, bám sát Chương trình hoạt động của Quốc hội với 05 chuyên mục: Vấn đề và chính sách, Lập pháp nước ngoài, Thông tin định lượng, Giới thiệu sách, Tài liệu số.

Số 01 năm 2020, *Thông tin tham khảo* với 09 bài nghiên cứu, bài giới thiệu về nội dung khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe nhân dân phục vụ việc xem xét, cho ý kiến và thông qua Dự án Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) với sự tham gia của các chuyên gia và đội ngũ nghiên cứu của Thư viện Quốc hội. Các bài viết được lựa chọn trong ấn phẩm này được xem xét cẩn trọng, cố gắng biên tập ngắn gọn, bảo đảm tính khách quan.

Thư viện Quốc hội xin trân trọng gửi đến các vị đại biểu Quốc hội và quý độc giả để nghiên cứu, tham khảo. Chúng tôi rất mong nhận được phản hồi từ quý vị, đó có thể là cảm nhận hoặc lời góp ý. Chúng tôi sẽ cố gắng hồi đáp mọi ý kiến gửi về và luôn luôn sẵn sàng lắng nghe, học hỏi từ quý độc giả để ngày càng hoàn thiện và nâng cao chất lượng *Thông tin tham khảo* trong các số tiếp theo.

THƯ VIỆN QUỐC HỘI

HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CỦA Y TẾ CƠ SỞ: Thực trạng và giải pháp

■ Trần Thị Mai Oanh¹

Ytế cơ sở (bao gồm tuyến huyện và xã)² là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, có vai trò quan trọng trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), bao gồm khám chữa bệnh (KCB), thực hiện các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, phòng chống các loại dịch bệnh, đảm bảo cho mọi người nói chung và nhóm đối tượng yếu thế nói riêng (như người nghèo, cận nghèo, phụ nữ, trẻ em, người già...) đều có thể tiếp cận được dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe ngay tại cộng đồng. Trong những năm qua, mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) nước ta không ngừng được củng cố, phát triển mạnh bao phủ tới vùng sâu, vùng xa, khu vực miền núi hải đảo. Trên cả nước, 98,7% các xã có trạm y tế (TYT), 84% (TYT) xã có bác sĩ, 72,7% thôn/bản có nhân viên y tế hoạt động và khoảng 80% TYT xã đã thực hiện khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế (KCB BHYT). Tính đến tháng 12/2019, khoảng 79,5% số huyện (tổng số có 713 huyện) có Trung tâm Y tế huyện thực hiện cả chức năng điều trị và dự phòng.

¹ TS, Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách y tế.

² Theo Chỉ thị số 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở: mạng lưới y tế cơ sở gồm y tế thôn/bản, xã/phường, quận/huyện/thị xã).



Nguồn: Ảnh tranh thí sinh tham dự cuộc thi vẽ tranh do FMP Việt Nam tổ chức năm 2015.

1. Thực trạng hoạt động y tế cơ sở ở nước ta hiện nay

Với sự phát triển rộng khắp trên cả nước của mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) tại Việt Nam, mọi người dân đều có cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) và được hưởng lợi từ các chương trình y tế quốc gia. Khoảng 80% người có BHYT đăng ký KCB ban đầu tại TYT xã và bệnh viện (BV) huyện; có khoảng 70% tổng số lượt khám chữa bệnh BHYT là tại TYT xã và BV huyện³. Tuy nhiên, trong những năm trở lại đây tuyến YTCS cũng đang phải đối mặt với nhiều vấn đề khó khăn, bất cập.

Một là, khả năng cung ứng dịch vụ của tuyến YTCS, đặc biệt là TYT xã hạn chế

Phân tích về nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho thấy chỉ khoảng 20% người dân bị bệnh cần phải nhập viện, còn lại là 80% người dân bị mắc bệnh nhẹ hoặc chưa có bệnh chỉ cần các dịch vụ CSSKBĐ do tuyến YTCS chịu trách nhiệm. Tuy nhiên, việc cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ tại tuyến xã và huyện thì lại chưa thực hiện tốt. Do vậy, dẫn đến tình trạng quá tải ở BV tuyến trên⁴. Thực tế cho thấy khoảng gần 60% bệnh nhân đến khám chữa bệnh ở BV đa khoa tuyến trung ương có thể điều trị được ở BV tuyến tỉnh và huyện; hơn 50% bệnh nhân đến KCB ở BV đa khoa tuyến tỉnh có thể điều trị được ở tuyến huyện, xã⁵. TYT xã có chức năng KCB ban đầu và quản lý bệnh mạn tính, nhưng tỷ lệ người dân bị tăng huyết áp được theo dõi và điều trị tăng huyết áp đang chiếm tỷ lệ rất thấp.

³ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.

⁴ Tỷ lệ sử dụng giường bệnh của các bệnh viện tuyến tỉnh/trung ương thường xuyên trên 100%.

⁵ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế: Nghiên cứu đánh giá tình trạng quá tải của một số bệnh viện công lập. Năm 2012.

Khả năng cung ứng dịch vụ KCB của BV huyện/TYT xã hạn chế. Theo đánh giá của Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế, TYT xã chỉ thực hiện được khoảng 52% số lượng các dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật. Kết quả từ một số nghiên cứu về thực trạng KCB tại TYT xã ở một số tỉnh cũng cho thấy TYT xã chỉ thực hiện được trung bình chỉ khoảng 50-60% các dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật. Đối với 76 dịch vụ kỹ thuật được quy định theo Thông tư 39/2017/TT-BYT về gói dịch vụ y tế cơ bản, trung bình TYT xã chỉ thực hiện được khoảng 70% dịch vụ theo danh mục. Nguyên nhân chủ yếu là do vấn đề nhân lực y tế, trong đó có thiếu bác sỹ (chiếm tỷ lệ 27%) và nhân lực chưa được đào tạo (chiếm tỷ lệ 30%), cũng như do không có bệnh nhân⁶.

Năng lực cung ứng dịch vụ phòng bệnh như tư vấn, quản lý sức khỏe chưa được thực hiện tốt. Việc triển khai chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm chưa đáp ứng được nhu cầu, chủ yếu mới chỉ chú trọng tới điều trị mà chưa thực hiện được việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ để dự phòng bệnh không lây nhiễm. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp được cấp thuốc định kỳ và quản lý bệnh tại TYT xã vẫn còn rất thấp.

Hai là, chất lượng dịch vụ KCB tuyến YTCS hạn chế

Chất lượng dịch vụ KCB tại tuyến YTCS hạn chế do: i) kiến thức và kỹ năng của nhân viên y tế hạn chế. Kết quả khảo sát đánh giá năng lực cung ứng dịch vụ của các bác sỹ tại 78 BV huyện (với 749 y bác sỹ) và 246 TYT xã (với 261 y bác sỹ) năm 2016 cho thấy đối với viêm phổi trẻ em, chỉ có 51% bác sỹ ở BV huyện và 50% y bác sỹ ở TYT xã có chẩn đoán đúng và điều trị đúng; đối với tăng huyết áp thì chỉ có 62% bác sỹ tuyến huyện và 46% y bác sỹ tuyến xã có chẩn đoán đúng và điều trị đúng; ii) thiếu thuốc tại TYT xã so với quy định. Kết quả khảo sát tại 29 TYT xã thuộc 8 tỉnh năm 2017 cho thấy tỷ lệ thuốc sẵn

có tại TYT xã đối chiếu theo danh mục của Thông tư 39 chỉ đạt khoảng 37%⁶. Bên cạnh đó, thuốc tại TYT xã chưa được cung ứng đầy đủ theo nhu cầu và có sự khác biệt lớn về phác đồ điều trị giữa các tuyến, dẫn đến tình trạng bệnh nhân không đến TYT xã do không tin tưởng vào chất lượng dịch vụ ở TYT xã. Nguyên nhân thiếu thuốc là: không có bệnh nhân (51%), thuốc không có trong danh mục thuốc trúng thầu của BV huyện/TTYT huyện (39%), một số nơi BV huyện thực hiện khoán tiền thuốc cho TYT xã ở mức thấp và hạn chế việc cung ứng thuốc cho TYT xã do chính sách tự chủ BV nên BV có xu hướng không muốn đưa bệnh nhân về tuyến xã.

Ba là, bất cập về tổ chức mạng lưới YTCS

Tổ chức mạng lưới YTCS thiếu ổn định và thống nhất. Trong vòng 10 năm có ba lần thay đổi mô hình tổ chức và cơ chế quản lý đối với mạng lưới YTCS, đã tạo ra sự không ổn định và thiếu thống nhất về tổ chức mạng lưới YTCS trên toàn quốc, tác động tới hoạt động của TTYT huyện/BV huyện và TYT xã.

Quy định về chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế các tuyến như hiện tại đang tạo nên sự cắt đoạn, thiếu gắn kết và thiếu sự lồng ghép giữa CSYT trong cùng tuyến và giữa các tuyến với nhau trong cung ứng dịch vụ y tế nên không thực hiện được chăm sóc lồng ghép, toàn diện và liên tục. Hiện tại, hệ thống chuyển tuyến bệnh nhân không được thiết lập do chính sách thông tuyến đã gây nên tình trạng quá tải tuyến trên một cách trầm trọng. Sự thiếu gắn kết giữa CSYT các tuyến như hiện nay sẽ làm cho y tế cơ sở không thực hiện tốt được chức năng điều phối trong chăm sóc ban đầu.

Bốn là, bất cập về nguồn nhân lực YTCS

Hạn chế về nguồn nhân lực bao gồm tình trạng thiếu về số lượng và yếu về năng lực chuyên môn đang được nhìn nhận là một trong những vấn đề tác động lớn nhất với sự

⁶ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế: Khảo sát thực trạng và nhu cầu TTB tại 29 TYT xã điểm thuộc 8 tỉnh, năm 2017.

phát triển của tuyến YTCS. YTCS gặp nhiều khó khăn trong thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế. Hiệu quả triển khai một số chính sách đối với tuyến YTCS chưa cao. Khó khăn trong tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế làm việc ở tuyến YTCS, do: i) chính sách đãi ngộ cho cán bộ tuyến cơ sở vẫn quá thấp, thu nhập thấp; ii) điều kiện làm việc khó khăn: cơ sở vật chất nghèo nàn, thiếu trang thiết bị và thuốc hạn chế; iii) ít cơ hội được đào tạo do nhiều BV huyện và TYT xã không cử cán bộ đi học được vì thiếu người làm việc.

Tình trạng thiếu nhân lực y tế ở tuyến YTCS là tương đối phổ biến, đặc biệt là thiếu bác sỹ. Có những bệnh viện tuyến huyện 5 năm liền không tuyển được đối tượng là bác sỹ. Đối với tuyến xã, kết quả khảo sát từ 29 TYT xã điểm cho thấy TYT xã vẫn còn thiếu một số chức danh, cụ thể là 8 TYT xã thiếu bác sỹ, 6 TYT xã thiếu cán bộ y học cổ truyền và 5 TYT xã thiếu dược sỹ trung học. Kiến thức và thực hành của nhân lực y tế tuyến cơ sở vẫn còn nhiều hạn chế. Bên cạnh đó, năng lực đào tạo của các trường cũng chưa bảo đảm được yêu cầu về năng lực thực hành để đáp ứng mô hình bệnh tật chủ yếu là bệnh không lây nhiễm. Việc thực hiện các chương trình đào tạo liên tục cập nhật kiến thức cũng vẫn còn hạn chế ở nhiều địa phương.

Năm là, bắt cập về cơ chế tài chính và đầu tư cho YTCS

Cơ chế tài chính cho YTCS như hiện nay là không phù hợp do phương thức cấp kinh phí hiện tại chưa đảm bảo cho việc triển khai các dịch vụ CSSKBĐ và cơ chế chi trả chưa tạo động cơ khuyến khích để tăng chất lượng dịch vụ. Việc thiếu kinh phí hoạt động và cơ chế chi trả đã làm cho TYT xã gặp nhiều khó khăn trong cung ứng dịch vụ y tế. Kinh phí cấp cho BV huyện và TYT xã như hiện nay không đủ để đáp ứng yêu cầu hoạt động của YTCS. Theo báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam, năm 2012, tỉ lệ sử dụng dịch vụ KCB của bệnh nhân BHYT tại tuyến xã là 26,5% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 3,7%; cũng tương tự, tỉ lệ sử dụng dịch vụ

KCB của bệnh nhân BHYT tại BV huyện là 43,2% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 26,0%. Theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới thì cần phải tăng phân bổ quỹ BHYT cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu đạt ở mức 30% tổng quỹ BHYT, trong đó chi cho tuyến xã phải là 20% và chi cho khám chữa bệnh ngoại trú tại tuyến huyện là 10% (tỷ trọng chi chung cho tuyến huyện theo khuyến cáo là 30%).

Phương thức chi trả dịch vụ y tế hiện đang áp dụng là không phù hợp khi việc chi trả dựa vào phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, đồng thời BHYT mới chỉ chi trả cho các dịch vụ KCB. Trong bối cảnh bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng, công tác chăm sóc sức khỏe bên cạnh việc điều trị bệnh thì còn cần phải chú trọng tới các dịch vụ sàng lọc phát hiện bệnh sớm và quản lý bệnh. Tuy nhiên, các dịch vụ dự phòng này chưa được ngân sách nhà nước cũng như chưa được BHYT chi trả. Nguồn tài chính phân bổ cho tuyến huyện, xã bị hạn chế đã không khuyến khích việc tăng cường cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ.

2. Các giải pháp để tăng cường hiệu quả hoạt động của YTCS ở Việt Nam.

Mục tiêu ưu tiên của hệ thống y tế Việt Nam cần hướng tới là: (i) Bảo đảm để **mọi người dân được khỏe mạnh, được tiếp cận với các dịch vụ y tế khi cần**, bao gồm dịch vụ về nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ và các loại thuốc thiết yếu, an toàn, bảo đảm chất lượng; (ii) **Chăm sóc sức khỏe** cho người dân ngay từ khi còn khỏe mạnh chứ không chỉ khi có bệnh. Khi **có bệnh đều được sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và giảm thiểu việc người dân phải chi tiền túi** cho các chi phí y tế.

Để thực hiện mục tiêu này, hệ thống y tế Việt Nam cần phải được thiết kế **dựa trên nền tảng của CSSKBĐ**, trong đó chú trọng tới việc cung ứng các dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và chăm sóc sức khỏe để có được cộng đồng dân cư khỏe mạnh chứ không phải chỉ hướng đến điều trị khi bị bệnh; đảm bảo

các dịch vụ y tế được cung ứng theo hướng chăm sóc toàn diện, có sự cân bằng giữa chăm sóc ban đầu và chăm sóc dựa vào BV. Trong đó tăng cường năng lực của mạng lưới YTCS là yếu tố quyết định trong đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKBĐ một cách toàn diện, liên tục và hiệu quả. Như vậy, cần phải xây dựng và hoàn thiện các chính sách với một số giải pháp đổi mới sau đây:

Thứ nhất, thực hiện đổi mới về tổ chức hệ thống y tế và cơ chế hoạt động theo hướng ưu tiên đầu tư và nâng cao hiệu quả hoạt động của các TTYT huyện và TYT xã trong cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ. Cụ thể là: (i) Cần phải sắp xếp lại tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế, trong đó các cơ sở y tế cần được phân loại theo tuyến chăm sóc về chuyên môn như quốc tế (tuyến chăm sóc ban đầu, tuyến chăm sóc cấp độ 2, tuyến chăm sóc cấp độ 3 tương ứng với chức năng nhiệm vụ phù hợp đối với từng tuyến chuyên môn kỹ thuật (không phân theo tuyến hành chính như hiện nay); (ii) Quy định về chức năng nhiệm vụ và phạm vi hoạt động chuyên môn của các đơn vị y tế trong từng tuyến trên cơ sở phải chỉ rõ được sự kết nối giữa cơ sở y tế các tuyến với nhau trong cung ứng dịch vụ y tế, trong đó cơ sở y tế thuộc từng tuyến chuyên môn bắt buộc phải cung ứng đầy đủ dịch vụ theo phạm vi hoạt động chuyên môn được quy định của tuyến đó; (iii) TYT xã cần phải được đầu tư đủ về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, nhân lực, tài chính để đảm nhiệm được vai trò của “Người gác cổng” và sẽ là đơn vị điều phối hoạt động khám chữa bệnh của bệnh nhân trong hệ thống y tế.

Thứ hai, thực hiện đổi mới về tài chính theo hướng tăng nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước cho YTCS; đổi mới phương thức chi trả nhằm khuyến khích cung cấp các dịch vụ y tế một cách hiệu quả tại tuyến YTCS, chú trọng cung ứng dịch vụ dự phòng và nâng cao sức khỏe.

Thứ ba, thực hiện đổi mới về nhân lực y tế, cụ thể là: (i) cần rà soát và điều chỉnh các chương trình đào tạo bao gồm cả hình thức

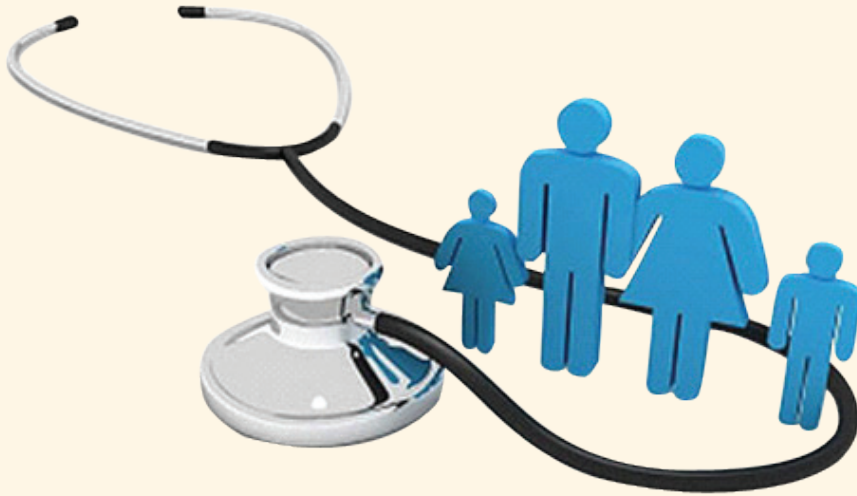
đào tạo cho cán bộ y tế trước khi về làm việc tại tuyến YTCS, hình thức đào tạo liên tục và đào tạo nâng cao trình độ phù hợp với yêu cầu về năng lực để đáp ứng nhu cầu CSSK tại tuyến YTCS hiện nay; (ii) triển khai hiệu quả các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế tại tuyến YTCS; (iii) cần xác định các nguồn nhân lực tham gia cung ứng dịch vụ CSSKBĐ với chức năng nhiệm vụ cụ thể phù hợp với điều kiện Việt Nam.

Thứ tư, đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế trên cơ sở xây dựng cơ chế giám sát chất lượng dịch vụ y tế cả về điều trị và phòng bệnh và hoàn thiện các quy trình hướng dẫn chuyên môn để giám sát chất lượng dịch vụ y tế nhằm nâng cao tính minh bạch và trách nhiệm giải trình trong cung ứng dịch vụ y tế.

Thứ năm, cần có lộ trình để thiết lập hệ thống chuyển tuyến hiệu quả, trong đó TYT xã phải đảm nhiệm vai trò “Người gác cổng” trong hệ thống y tế.

Thứ sáu, xây dựng và chuẩn hóa hệ thống thông tin y tế đảm bảo việc cung ứng dịch vụ y tế một cách toàn diện, liên tục và có sự liên thông giữa các tuyến.

Tóm lại, YTCS đóng vai trò quan trọng trong hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, trong đó có KCB. Củng cố hoạt động của YTCS là củng cố hoạt động của hệ thống y tế. YTCS hoạt động hiệu quả sẽ làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tuyến cơ sở của người dân và đảm bảo được công bằng trong CSSK người dân, đồng thời cũng là giải pháp hữu hiệu làm giảm tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến trên. Để tăng cường vai trò và hiệu quả hoạt động của YTCS thì đòi hỏi cần phải có các giải pháp đồng bộ bao gồm cả việc cải cách về tài chính theo hướng tăng nguồn ngân sách nhà nước cho y tế với phương thức chi trả dịch vụ phù hợp, cải cách về nhân lực y tế một cách toàn diện; nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, phòng bệnh cũng như tăng cường hơn nữa công tác phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế./.



Ảnh minh họa. Nguồn Internet

BÁC SĨ Y HỌC DỰ PHÒNG VÀ VIỆC HÀNH NGHỀ KHÁM CHỮA BỆNH Ở VIỆT NAM

■ Nguyễn Đức Long⁷
Nguyễn Khôi

Cho đến nay, vẫn tiếp tục tồn tại tranh luận liên quan đến việc nên hay không nên cho phép các bác sĩ y học dự phòng (BSYHDP) tham gia khám bệnh, chữa bệnh. Trong bài viết này, chúng tôi xin cung cấp thêm thông tin tham khảo về những góc nhìn khác nhau liên quan đến việc hành nghề khám chữa bệnh của BSYHDP.

1. Một vài nét về y tế dự phòng và BSYHDP

Y tế dự phòng (YTDP) hay y học dự phòng, phòng ngừa bệnh tật, tiếng Anh là **Preventive healthcare (preventive medicine, prophylaxis)** là một lĩnh vực y tế liên quan đến việc thực hiện

các biện pháp để phòng bệnh. YTDP bao gồm 5 lĩnh vực chuyên môn hoạt động cụ thể là: dịch tễ học, quản lý y tế, y học dự phòng, y học môi trường và nghề nghiệp, nâng cao sức khỏe⁸. Chức năng chính YTDP là phát hiện, xác định và giám sát các vấn đề về sức khỏe cộng đồng; dự báo kiểm soát và khống chế được các bệnh dịch nguy hiểm, các tác nhân truyền nhiễm gây dịch; xây dựng kế hoạch hoạt động chuyên môn về phòng chống các bệnh xã hội, quản lý các chương trình y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng⁹.

BSYHDP làm nhiệm vụ cảnh báo và giúp người dân phòng tránh những loại bệnh tật có khả năng phát sinh trong tương lai gần.

⁷ Ths y tế công cộng.

⁸ NCS Lâm Đình Tuấn Hải, 'Nguồn nhân lực y tế dự phòng trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh: Thực trạng và một số vấn đề đặt ra', Tạp chí Công thương tại địa chỉ <http://tapchicongthuong.vn>

⁹ Hải Quân, 'Bác sĩ y học dự phòng - cần kỹ năng giao tiếp tốt', Báo Tuổi trẻ Online tại địa chỉ <https://tuoitre.vn>

Công việc thường xuyên của họ là tham gia công tác tiêm chủng mở rộng trong cả nước, ở các trung tâm y tế dự phòng/ Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại các tỉnh, huyện, hướng dẫn thực hành vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, vệ sinh dinh dưỡng. Họ làm việc tại các trạm và đội vệ sinh phòng dịch từ tuyến Trung ương đến xã phường, thị trấn, Viện Vệ sinh dịch tễ, Viện Sốt rét ký sinh trùng, Trung tâm kiểm soát bệnh tật, Vụ Vệ sinh phòng dịch, Cục quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của Bộ Y tế... Họ cũng là người đánh giá được các hoạt động nghiên cứu khoa học về y học dự phòng và y tế công cộng, vận dụng các kiến thức về phương pháp luận trong y học để đánh giá được hiệu quả của các hoạt động y tế cũng như chương trình y tế, đồng thời có khả năng độc lập trong nghiên cứu khoa học¹⁰.

Ở nước ta, khái niệm “bác sĩ khối y tế dự phòng” đã tồn tại khá lâu và sau này gọi là “bác sĩ y học dự phòng”. Đã từng có một giai đoạn dài, đa số các bác sĩ làm việc trong hệ thống y tế dự phòng quốc gia là các bác sĩ đa khoa chuyển sang. Đây là các bác sĩ không được làm điều trị lâm sàng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, mà phải chuyển sang YTDP vì những lý do khác nhau như do phân công của địa phương, nhất là trong giai đoạn 1990 khi các bác sĩ được phân công chứ không được tự chọn công việc. Cho tới năm 2013, mới chính thức có khóa đào tạo BSYHDP đầu tiên tốt nghiệp trong khuôn khổ hệ thống đào tạo chính thức của quốc gia.

Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh 2009, chỉ có người có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh mới có đủ điều kiện hành nghề khám chữa bệnh (KCB). BSYHDP không được cấp giấy phép hành nghề vì vậy các bác sĩ làm trong lĩnh vực y tế dự phòng (dù là bác sĩ đa khoa) không được trực tiếp làm công tác KCB.

Trên cơ sở quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh, các văn bản hướng dẫn thi hành về chế độ, chính sách liên quan đến BSYHDP cũng đã được ban hành. Theo đó, bác sĩ và BSYHDP có phạm vi chuyên môn và nhiệm vụ khác nhau. Trong khi bác sĩ đa khoa chỉ tập trung vào hoạt động khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh nhân thì BSYHDP chủ yếu tập trung vào các nội dung của YTDP. Người làm bác sĩ đa khoa bắt buộc tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, trong khi người làm BSYHDP có thể là bác sĩ đa khoa hoặc BSYHDP.

Nhiều ý kiến trong đó có ý kiến của các BSYHDP cho rằng việc đội ngũ này không được phép tham gia khám chữa bệnh là không hợp lý, gây ra nhiều tâm tư, bất bình đẳng, khó khăn trong thời gian qua. Mặt khác, BSYTDP không được KCB dẫn tới thu nhập thấp, chênh lệch so với bác sĩ đa khoa. Trước thực tế này, lãnh đạo ngành y tế cũng đã trao đổi với các địa phương để nghiên cứu, có biện pháp tháo gỡ.

Năm 2015, Thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV được ban hành trong đó quy định BSYHDP được “khám, chữa bệnh thông thường và xử trí cấp cứu ban đầu”. Song nội hàm của bệnh thông thường là gì thì vẫn còn chưa rõ. Bộ Y tế cũng đã mở rộng quy định cho phép các Trung tâm YTDP được mở các phòng khám chuyên khoa, nhất là từ năm 2015 khi Trung tâm Y tế tuyến huyện được bổ sung thêm chức năng “thực hiện sơ cứu, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo quy định của cấp có thẩm quyền”. Cuối năm 2014, Bộ Y tế cho phép bác sĩ hoạt động trong lĩnh vực y tế dự phòng tại TP. HCM được tham gia khám chữa bệnh. Theo đó, Thành phố đã bổ sung chức năng khám bệnh Bảo hiểm Y tế cho tuyến dự phòng, đổi tên Trung tâm Y tế Dự phòng thành Trung tâm Y tế để có thêm chức năng điều trị bên cạnh nhiệm vụ dự phòng¹¹.

¹⁰ Phương Nguyễn, ‘Có nên học ngành Y học Dự phòng?’, Trang thông tin điện tử của Đại học Nguyễn Tất Thành tại địa chỉ <https://ntt.edu.vn>

¹¹ Vân Sơn, ‘TPHCM: Bác sĩ khối y tế dự phòng sẽ được phép khám chữa bệnh’, Báo điện tử Dân trí tại địa chỉ <https://dantri.com.vn>, truy cập ngày 18/3/2020.

2. Những lập luận ủng hộ việc cho phép BSYHDP được khám, chữa bệnh

Trong bối cảnh dự án Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) đang được lấy ý kiến chuẩn bị trình Quốc hội xem xét, cho ý kiến tại Kỳ họp thứ 9, Quốc hội Khóa XIV, rất nhiều ý kiến về y học dự phòng đã được đóng góp. Chỉ riêng Mục “ý kiến người dân” trên Trang *Dự thảo Online* đã có nhiều ý kiến đóng góp đề cập đến vấn đề BSYHDP và chiếm tỷ lệ lớn ý kiến góp ý cho Dự thảo luật này. Các ý kiến ủng hộ việc cho phép BSYHDP được KCB dựa trên một số lý do chủ yếu sau đây:

Một là, BSYHDP được đào tạo bài bản với chương trình 6 năm như bác sĩ đa khoa. Điểm đầu vào của sinh viên YHDP khá cao so với mặt bằng thi tuyển đại học nói chung. Trong 6 năm học, sinh viên YHDP phải hoàn thành 195 đơn vị tín chỉ chuyên môn (175 đơn vị tín chỉ bắt buộc và 20 đơn vị tín chỉ tự chọn), trong khi sinh viên Y đa khoa phải hoàn thành 192 đơn vị tín chỉ (160 đơn vị tín chỉ bắt buộc và 32 đơn vị tín chỉ tự chọn). Chương trình đào tạo hai ngành học này về cơ bản giống nhau, chỉ khác về thời lượng và mức độ đào tạo chuyên sâu. Vì thế, việc các BSYHDP không được KCB tạo ra sự bất bình đẳng với các bác sĩ đa khoa.

Hai là, do không được tham gia KCB nên thu nhập của bác sĩ y học dự phòng thấp. Thu nhập thấp khiến đời sống của nguồn nhân lực YTDP khó khăn hơn so với bác sĩ điều trị. Từ đó, dễ dẫn đến tình trạng đội ngũ bác sĩ không chuyên tâm, tâm huyết gắn bó với công việc; học sinh tốt nghiệp rất băn khoăn khi lựa chọn thi vào ngành BSYHDP làm cho nhân lực của YTDP càng thiếu hụt. Tuyển dụng phòng vừa thiếu, vừa yếu đã khiến cho khâu phòng bệnh bị “chọc thủng”, gây quá tải cho khâu chữa bệnh¹².

Ba là, việc không cho phép BSYHDP tham gia KCB sẽ không phát huy hết năng lực,

chuyên môn được đào tạo bài bản của đội ngũ này, gây lãng phí nhân lực trong xã hội.

Bốn là, cũng do vấn đề không được tham gia KCB nên sinh viên tốt nghiệp y học dự phòng ra trường rất khó xin việc làm. Các cơ sở y tế thường ưu tiên tuyển dụng bác sĩ đa khoa, chuyên tu, y sĩ hơn là BSYHDP¹³.

Năm là, do không được cấp chứng chỉ hành nghề KCB nên đội ngũ BSYHDP cũng không được làm bác sĩ gia đình, không được ký đơn cho các bệnh thông thường.

Sáu là, việc BSYHDP tham gia KCB đã có thực tiễn triển khai tại Thành phố Hồ Chí Minh. Đây được xem là một bước đột phá để phát triển mạng lưới y tế cơ sở, góp phần giảm tải cho lĩnh vực điều trị.

3. Những lý do không ủng hộ việc cho phép BSYHDP khám chữa bệnh

Bên cạnh những ý kiến ủng hộ việc cho phép BSYHDP được KCB còn có những ý kiến cho rằng BSYHDP cần tập trung làm tốt công tác y học dự phòng với những lý do sau đây:

Thứ nhất, hiện nay nước ta đang khan hiếm BSYHDP. Để thực hiện tốt công tác phòng chống dịch bệnh thì bác sĩ thuộc lĩnh vực YTDP phải chiếm tỉ lệ từ 25-30% nhân sự toàn ngành. Song trong những năm qua, số cán bộ công tác trong lĩnh vực này chỉ chiếm khoảng 12% tổng nhân lực toàn ngành¹⁴. Nếu cho phép BSYTDP được KCB thì sự thiếu hụt nhân sự trong lĩnh vực này sẽ càng lớn vì nhiều bác sĩ sẽ chuyển sang lĩnh vực điều trị để có thu nhập cao hơn.

Thứ hai, phòng bệnh bao giờ cũng hơn chữa bệnh, phát triển lĩnh vực dự phòng cần phải được xem là khâu then chốt. Trong khi nhân lực y tế dự phòng còn thiếu hụt như đã đề cập ở trên, chất lượng chưa cao, công tác YTDP cũng còn nhiều hạn chế thì các BSYHDP cần tập trung làm tốt các công việc thuộc nhiệm vụ của mình hơn là mở rộng sang một lĩnh vực khác.

¹² Văn Sơn, TPHCM: Bác sĩ khối y tế dự phòng sẽ được phép khám chữa bệnh, Báo dân trí điện tử, tại địa chỉ <https://dantri.com.vn>

¹³ Xem Mục Ý kiến người dân trên Trang Dự thảo Online tại địa chỉ <http://duthaoonline.quochoi.vn>

¹⁴ Quỳnh Anh, ‘Khan hiếm bác sĩ y tế dự phòng’, Báo người lao động điện tử, tại địa chỉ <https://thitruong.nld.com.vn>



Phun thuốc khử trùng phòng Covid-19 tại cầu Thê Húc, Hà Nội. Ảnh Thành Đạt - TTXVN

Thứ ba, ở các nước phát triển, BSYHDP được đào tạo sau khi đã được cấp bằng bác sĩ đa khoa (đào tạo sau đại học). Vì vậy, ở nước ngoài, các BSYHDP khi tốt nghiệp sẽ có đầy đủ điều kiện để điều trị bệnh. Còn ở Việt Nam, do yêu cầu bức thiết nguồn nhân lực, quy trình đào tạo BSYHDP được rút ngắn, gói gọn trong chương trình đào tạo đại học 6 năm, trong đó 4 - 4,5 năm đầu học chương trình như sinh viên y đa khoa, 2 năm sau học chuyên ngành y học dự phòng. Chính vì vậy, pháp luật hiện hành chưa quy định cho BSYHDP được thực hành khám chữa bệnh tại các bệnh viện hay mở phòng mạch tư nhân sau khi ra trường¹⁵.

Thứ tư, việc BSYHDP có tham gia công tác điều trị hay không nên được cân nhắc trong tổng thể chiến lược phát triển hệ thống y tế quốc gia. Điều trị hay khám bệnh, chữa bệnh chỉ là một trong 4 cấu phần cơ bản (phòng bệnh,

khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe). Do đó, không nên vì những khó khăn trước mắt mà điều chỉnh làm ảnh hưởng tới sự cân đối của tổng thể hệ thống.

Thứ năm, sinh viên y học dự phòng không được học nhiều các kỹ năng lâm sàng. Học chủ yếu để biết bệnh lý phục vụ phòng bệnh chứ không phải để điều trị bệnh. Điểm đầu vào của sinh viên y học dự phòng cũng thấp hơn sinh viên học bác sĩ đa khoa.

Thứ sáu, trong các trường hợp dịch bệnh khẩn cấp như COVID-19 hiện nay thì rõ ràng, không phải việc chữa trị, mà chính công tác dự phòng (như cách ly, khử khuẩn, truyền thông nâng cao nhận thức.v.v.) có vai trò quyết định. Khi đã chọn ngành y học dự phòng, người học cần có nhận thức, thái độ đúng đắn về ngành học. Phải rạch ròi giữa khái niệm điều trị và dự phòng¹⁶.

^{15, 16} Ý kiến của PGS.TS Đỗ Văn Dũng, Hải Quân, 'Bác sĩ y học dự phòng cần kỹ năng giao tiếp tốt', Báo tuổi trẻ điện tử tại địa chỉ <http://tuoitre.vn>

4. Một số đề xuất, kiến nghị bước đầu

Trong khuôn khổ bài viết này, chúng tôi xin đề xuất một số giải pháp bước đầu đối với vấn đề BSYHDP như sau:

Một là, cần tập trung thay đổi cơ chế, chính sách tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong hệ thống y tế dự phòng, nhất là trong bối cảnh các bệnh không lây nhiễm, bệnh chuyển hóa đang ngày càng phát triển và dần thay thế các bệnh lây nhiễm để trở thành gánh nặng bệnh tật chủ yếu. Với chế độ chính sách tốt, việc thu hút được nguồn nhân lực để tăng cường cho lĩnh vực dự phòng cũng sẽ thuận lợi hơn. Khi đời sống ổn định các bác sĩ sẽ hoàn thành tốt nhiệm vụ, sức khỏe người dân cũng sẽ được bảo vệ tốt hơn, từ đó góp phần quan trọng vào việc giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Hai là, bên cạnh chế độ tiền lương, cần bổ sung quy định rõ ràng về vị trí việc làm của cử nhân y tế công cộng trong hệ thống y học dự phòng từ trung ương xuống các TYT xã để tránh những khó khăn vướng mắc khi sinh viên ra trường và tìm kiếm việc làm. Ngoài

ra, BSYHDP phải được tham gia các chương trình đào tạo nâng cao kiến thức chuyên môn nghiệp vụ, các chương trình tạo nguồn quy hoạch cán bộ.

Ba là, việc tham gia KCB chỉ nên cho phép đối với những người được cấp chứng chỉ hành nghề. Việc cấp chứng chỉ hành nghề thực hiện thông qua kỳ thi quốc gia và cần có vai trò của các Hội chuyên ngành, Hội đồng y khoa quốc gia. Chứng chỉ này cũng cần có thời hạn và có thể được gia hạn. Nếu BSYHDP có nguyện vọng tham gia KCB và có đủ năng lực vượt qua kỳ thi thì cũng cần được tạo cơ hội để họ thực hiện nguyện vọng của mình.

Bốn là, về mặt đào tạo, cần chuẩn hóa chương trình đào tạo BSYHDP theo hướng của các quốc gia tiên tiến và tập trung đầu tư, mở rộng mạng lưới các trường đại học, cao đẳng, trung cấp đào tạo khối ngành sức khỏe trên toàn quốc. Thực tế hiện nay ở khu vực phía Nam chỉ có một số ít trường đào tạo BSYHDP trình độ đại học với số lượng hạn chế./.

(... tiếp theo trang 15)

Vấn đề đặt ra là có nên giao cho Sở y tế xét và cấp giấy phép hành nghề không? Ở đây chúng ta cần phân biệt việc cấp giấy phép hành nghề với việc cấp giấy phép kinh doanh hành nghề. Cấp giấy phép hành nghề là việc xem xét và đánh giá năng lực (cả đạo đức và kiến thức lý thuyết cũng như thực hành) của cá nhân người hành nghề. Còn việc cấp giấy phép kinh doanh hành nghề là việc xem xét và đánh giá không chỉ nhân lực hành nghề mà còn những điều kiện khác như trang thiết bị, hạ tầng cơ sở.... (trong đó có cả giấy phép hành nghề của từng cá nhân) của một tập thể hành nghề. Do đó, giấy phép hành nghề nên để cho các tổ chức *hội nghề nghiệp y học* chủ trì, còn việc cấp giấy phép kinh doanh hành nghề do các cơ quan hành chính chủ trì. Các hội nghề nghiệp chuyên ngành y học mới có điều kiện

theo dõi việc hành nghề của từng hội viên; thông qua sinh hoạt các cấp hội nghề nghiệp từ cấp cơ sở đến cấp tỉnh, Hội có thể theo dõi và đánh giá được hoạt động của các hội viên trong cùng chuyên ngành. Trên cơ sở đó, Hội chủ trì công việc xét cấp giấy phép hành nghề. Trong quá trình đó, Hội cần có sự phối hợp với cơ quan khác kể cả cơ quan hành chính các cấp. Tuy vậy, cần nhấn mạnh hai điều: (1) *một thầy thuốc muốn được cấp giấy phép hành nghề thì phải là thành viên và sinh hoạt trong một hội chuyên ngành y và được cấp Hội nhất định giới thiệu*; (2) *Hội chuyên ngành cấp tỉnh đóng vai trò chủ tịch Hội đồng xem xét các tiêu chuẩn để cấp giấy phép hành nghề; giấy phép do Hội nào cấp thì chỉ được hoạt động trong phạm vi chuyên ngành đó*. Đề cao vai trò của Hội chuyên ngành là một điểm đổi mới cần có của công tác quản lý hành nghề./.

ĐÔI ĐIỀU BÀN VỀ NHỮNG VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

■ Phạm Mạnh Hùng¹⁷



Bác sĩ Khoa Hồi sức, BV Nhiệt đới Trung ương điều trị bệnh nhân nhiễm Covid-19.
Nguồn: truyenhinhthanhhoa.vn

Dự án Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) dự kiến sẽ được Quốc hội xem xét, cho ý kiến tại kỳ họp sắp tới. Để cung cấp thêm thông tin cho các vị đại biểu Quốc hội, tôi xin nêu một vài suy nghĩ về dự án Luật này như sau:

1. Về tên gọi và phạm vi điều chỉnh của Luật

Cho đến nay, quy luật Sinh, Lão, Bệnh, Tử là một trong những quy luật mà nhân loại chưa thay đổi và khắc phục được hoàn toàn. Ai sinh ra rồi cũng có thời kỳ lớn lên với cơ thể cường tráng, nhưng rồi một ngày sẽ yếu dần,

sinh già, lão hoá và cuối cùng ai cũng kết thúc cuộc đời bằng cái chết. Mặc dù nhân loại đã tốn rất nhiều công để nghiên cứu kéo dài cuộc sống của con người với mục đích “Trường sinh bất lão”. Song cho đến nay chưa thành công. Y học là một khoa học mang tính tổng thể với sứ mệnh là nghiên cứu và giải quyết những vấn đề liên quan đến sức khoẻ con người. Bởi vậy y học được xem như có 4 nội dung chính: phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khoẻ. Bốn nội dung ấy có quan hệ mật thiết với nhau và cùng nhau thúc đẩy phát triển, có những hoạt động cụ thể đan xen, hỗ trợ với nhau mà khó phân biệt thuộc nội dung này hay nội dung kia. Cần nhìn nhận y học một cách tổng thể như vậy. Do

¹⁷ GS.TSKH, Nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế

đó, đã xây dựng Luật khám bệnh, chữa bệnh thì phải xây dựng Luật phòng bệnh, Luật phục hồi chức năng và Luật nâng cao sức khỏe. Mặt khác, các hoạt động trong từng nội dung lại luôn luôn biến đổi theo thời gian và tiến bộ của y học. Ví dụ: với sự tiến bộ của công nghệ sinh - y học, người ta có thể tách các tế bào hay các thành phần của hệ miễn dịch cơ thể (không chỉ bệnh nhân mà cả ở người khoẻ mạnh chưa bị bệnh), mang ra ngoài nhân lên, rồi lại truyền lại cho chính cơ thể đó. Việc làm này vừa là giải pháp phòng bệnh ung thư nhưng cũng là giải pháp điều trị miễn dịch ung thư. Hơn nữa, nhiều hoạt động của bác sỹ y tế cơ sở đan xen giữa khám bệnh, chữa bệnh và y học dự phòng. Vậy lúc nào họ bị chi phối bởi Luật khám bệnh, chữa bệnh và lúc nào họ bị chi phối của Luật y học dự phòng.

Nếu tách từng nội dung riêng biệt rồi quản lý nội dung riêng biệt đó bằng luật riêng thì e rằng sẽ có sự manh mún và không tránh khỏi chông chéo hoặc thậm chí khập khiễng hay mâu thuẫn giữa các luật với nhau. Theo tôi, cần phải tìm những điểm chung nhất chi phối về quản lý của cả 4 nội dung trên của y học và y tế mà đưa ra luật. Làm như vậy chúng ta mới thực sự chuyển cách quản lý từ quản lý kỹ thuật thuần tuý sang cách tư duy quản lý nhà nước tổng thể.

Một vấn đề chung nhất trong quản lý cả bốn nội dung này là hành nghề y. Nói cách khác đó là quy định những công việc gì thuộc phạm vi hành nghề y và phải chịu sự quản lý hành nghề y, ai được làm nghề này, tiêu chí hành nghề là gì (cả về đạo đức lẫn chuyên môn) và điều kiện để hành nghề được (cả về con người lẫn vật chất)... Do chưa có luật nào đề cập nên có những hoạt động trong đời sống hiện nay không biết có phải là hành nghề y hay không và do ai quản lý. Ví dụ các hoạt động chăm sóc da tại các Trung tâm thẩm mỹ hiện nay. Vì vậy, nên xây dựng **Luật hành nghề y** thay cho Luật khám bệnh, chữa bệnh. Các quy định cụ thể, chi tiết của 4 mảng nội dung trên nếu cần có thể đưa vào các văn bản dưới luật.

2. Về giấy phép hành nghề

Điều quan trọng đối với người hành nghề y là giấy phép hành nghề. Ngoài bằng cấp để đánh giá kiến thức sách vở là chủ yếu, hành nghề y đòi hỏi phải có thực hành, thao tác nghề nghiệp. Bởi vậy, tất cả các nước trên thế giới đòi hỏi người hành nghề y phải có giấy phép hành nghề (licence). Giấy phép hành nghề chỉ được cấp khi người xin hành nghề có những kinh nghiệm thực hành y học sau một thời gian nhất định. Giấy phép hành nghề chỉ cho phép người hành nghề được thực hành trong phạm vi chuyên môn nhất định chứ không thể làm bất cứ chuyên ngành gì của y học. Giấy phép hành nghề cần có thời hạn, sau thời hạn quy định thì người muốn tiếp tục hành nghề phải được phép gia hạn giấy phép hành nghề hoặc xin cấp lại giấy phép hành nghề.

Luật khám bệnh, chữa bệnh đã quy định về giấy phép hành nghề nhưng là giấy phép hành nghề được cấp một lần suốt đời. Sau đó luật được điều chỉnh bằng cách cho phép tiếp tục hành nghề mà không cần cấp lại giấy phép hành nghề và người hành nghề được xét tiếp tục hành nghề khi đạt một số quy định như mỗi năm hành nghề phải được đào tạo liên tục (CME) 24 tiết học có chứng chỉ.

Do việc cấp giấy phép hành nghề và cấp lại giấy phép hành nghề phải do những cấp hành chính có năng lực nhất định thực hiện (Hiện nay là sở y tế các tỉnh thành). Hơn nữa công việc này đòi hỏi bộ máy, nhân lực, thời gian và kinh phí. Do đó, trước mắt nên duy trì việc cấp giấy phép hành nghề một lần, nhưng định kỳ (3 năm hay 5 năm) phải xem xét việc gia hạn hay không gia hạn giấy phép hành nghề và cần bổ sung những quy định chặt chẽ hơn về điều kiện để xét kéo dài giấy phép hành nghề, đồng thời phải thu hồi giấy phép hành nghề nếu không được tiếp tục hành nghề. Một trong những tiêu chuẩn bắt buộc để được cấp giấy phép hành nghề là người hành nghề phải tham gia sinh hoạt trong một hội nghề nghiệp của chuyên ngành đó và phải được Hội nghề nghiệp nơi họ sinh hoạt giới thiệu.

(Xem tiếp trang 13)

QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG DỰ THẢO LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH (SỬA ĐỔI)

■ Đinh Thị Thanh Thủy¹⁸
Thái Phương

Luật khám bệnh, chữa bệnh (Luật KB,CB) được Quốc hội thông qua ngày 29/11/2009 và có hiệu lực từ 1/1/2011, đã tạo ra bước đột phá trong lĩnh vực khám chữa bệnh (KCB). Luật KB,CB đưa ra một khung pháp lý mới trong việc chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân thông qua việc quản lý hành nghề và bảo đảm tôn trọng quyền của người bệnh. Sau 09 năm thi hành Luật KB,CB đã xuất hiện một số khoảng trống pháp lý hoặc xung đột, hạn chế và bất cập. Trên cơ sở tiếp cận hồ sơ dự án Luật KB,CB (sửa đổi) được đăng tải lấy ý kiến chuyên gia, người dân tại địa chỉ: <https://www.duthaoonline.quochoi.vn>, bài viết này xin được luận bàn đôi điều về những xung đột, hạn chế, bất cập về quyền và nghĩa vụ của người bệnh được chỉ ra trong “Báo cáo đánh giá những bất cập của các quy định trong Luật KB,CB và đề xuất phương án sửa đổi, bổ sung” (Báo cáo đánh giá Luật KB,CB) và bước đầu đã được hoàn thiện quy định tại Chương II dự thảo Luật KB,CB (sửa đổi).

1. Về việc đảm bảo đồng bộ, cân đối giữa quyền và nghĩa vụ của người bệnh

Chương II về quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong Dự thảo Luật KB,CB (sửa đổi) được thiết kế làm 2 mục: Mục I về quyền của người bệnh gồm 06 Điều với 16 Khoản và Mục II về nghĩa vụ của người bệnh chỉ có 03 Điều với 05 Khoản. Quyền của người bệnh được quy định tương đối đầy đủ và chi tiết. Tuy nhiên, nghĩa vụ của người bệnh được quy định còn chưa đầy đủ, có những bất cập và xung đột hoặc chưa cân đối với quyền của người bệnh, cũng như

¹⁸ TS, Khoa Luật, Đại học Thương mại Hà Nội



Hình ảnh minh họa quyền của người bệnh được cung cấp các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh. Nguồn Internet

chưa đồng bộ, tương thích với những hành vi bị cấm quy định tại Điều 6 của dự thảo Luật KB,CB (Chi tiết của những vấn đề này sẽ được trình bày ở phần sau). Do đó, nên chăng cần bổ sung thêm vào dự thảo Luật những điều, khoản quy định về nghĩa vụ không chỉ của người bệnh mà rộng hơn là của người sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, theo hướng quy định nghĩa vụ của người bệnh đối với người hành nghề KCB và nhân viên y tế, nghĩa vụ đối với người bệnh khác và cộng đồng; nghĩa vụ của người nhà người bệnh... Việc thiết kế những quy định này cũng nên cân nhắc, xem xét bảo đảm tính tương thích với quyền và nghĩa vụ của người hành nghề KCB và nhân viên y tế, bảo đảm thống nhất giữa quyền của người hành nghề KCB và nghĩa vụ của người

bệnh; quyền của người bệnh và nghĩa vụ của người hành nghề KCB và nhân viên y tế cũng như cơ sở KCB.

2. Về quyền của người bệnh

Báo cáo đánh giá Luật KB,CB đã chỉ ra những khoảng trống pháp lý và một số bất cập, hạn chế về những quy định quyền của người bệnh. Tuy nhiên, dự thảo Luật KB,CB xử lý chưa triệt để những bất cập đã được chỉ ra. Để giải quyết được vấn đề này, cần thiết phải tiếp cận đầy đủ, toàn diện khái niệm về “*người bệnh là người sử dụng dịch vụ KCB*” và phải tuân theo các quyền công dân đã được hiến định, phù hợp với các quy định của Luật ở lĩnh vực khác như Luật Thương mại, Luật Doanh nghiệp, Bộ luật dân sự, Luật hôn nhân

và gia đình, Luật khuyết tật, Luật trẻ em, Luật Bảo hiểm y tế... cũng như phù hợp với các hiệp định, điều ước quốc tế mà Việt Nam đã tham gia như các điều ước trong khuôn khổ xây dựng Cộng đồng chung ASEAN, Hiệp định đối tác toàn diện và tiến bộ xuyên Thái Bình Dương (CPTPP), Hiệp định thương mại tự do Việt Nam – EU (EVFTA)...

- *Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế* (Điều 7 Dự thảo Luật KB, CB sửa đổi – sau đây gọi tắt là Dự thảo) và *Người bệnh được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật* (Khoản 2 Điều 7). Cụm từ “*có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế*” và “*bằng phương pháp an toàn*” tại Điều 7 là một khái niệm định tính, chưa thật rõ ràng. Quyền về chất lượng KB, CB đòi hỏi các tổ chức chăm sóc sức khỏe phải đưa ra tiêu chuẩn kỹ thuật cũng như các tiêu chuẩn KCB chuẩn mực đó một cách khách quan và được định kỳ xem xét, đánh giá¹⁹. Vì vậy, Dự thảo cần cần nhắc làm rõ quy định này theo hướng “*quyền được khám bệnh, chữa bệnh tuân thủ các tiêu chuẩn, quy chuẩn chất lượng được công bố*”. Theo tinh thần đó, người bệnh đều có quyền được tiếp cận với các dịch vụ y tế theo tiêu chuẩn, quy chuẩn chất lượng mà cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cơ sở KCB đã công bố và các cơ sở KCB sẽ phải tuân thủ các đặc điểm kỹ thuật cũng như tiêu chuẩn chất lượng đã đề ra. Mặt khác, sự an toàn của người bệnh cần được hiểu là *sự an toàn trong suốt quá trình khám bệnh, điều trị, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe* chứ không chỉ giới hạn ở việc “*điều trị*”. Đây cũng là điểm hạn chế của Luật KB, CB, vì nếu có tranh chấp xảy ra về chất lượng KCB giữa người bệnh và cơ sở KCB thì rất khó để giải quyết, cũng như bảo vệ quyền lợi của các bên vì pháp luật chỉ mới quy định về an toàn trong phương pháp điều trị mà chưa quy định an toàn trong các khâu

khác của quá trình KCB. Cùng với đó, phương pháp này không phải là phương pháp chung chung mà phải là “*phương pháp chuyên môn kỹ thuật y tế phù hợp*”. Quy định như vậy sẽ tương thích với Khoản 2, Điều 2 và Khoản 6, Điều 6 Dự thảo Luật.

- *Quyền của người bệnh được cung cấp các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh ghi trong hồ sơ bệnh án cũng như các chi phí KCB* (Điều 11 Dự thảo) là *quyền 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*. Hồ sơ bệnh án thường được bệnh viện hay bác sĩ giữ kín và chỉ khi Tòa án can thiệp thông tin trong bệnh án mới được cung cấp.

Người bệnh không có quyền được nhận bản sao bệnh án vì thế họ cũng khó có cơ sở để tham khảo ý kiến từ chuyên gia y khoa khác về bệnh tình của mình; khi xảy ra tranh chấp với cơ sở KCB thì người bệnh hoặc gia đình người bệnh cũng không đủ cơ sở chứng minh có sai sót chuyên môn do cơ sở KCB thực hiện. Quy định này là một trong những nguyên nhân dẫn đến các tranh chấp khiếu nại của người bệnh khi có tai biến xảy ra trong thời gian qua. Một hồ sơ bệnh án tóm tắt 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.

Theo kinh nghiệm của đa số các nước và thông lệ quốc tế, người bệnh có quyền được xem thông tin trong bệnh án và được sao lục hồ sơ nếu có yêu cầu. Người bệnh cũng có quyền yêu cầu chỉnh sửa thông tin trong bệnh án nếu thấy không chính xác hoặc có thể tham khảo ý kiến từ một chuyên gia khác trong quá trình KCB, trừ một số trường hợp nếu có căn cứ cho rằng, việc cung cấp cho người bệnh toàn bộ thông tin hồ sơ bệnh án sẽ gây ảnh hưởng xấu đến tâm lý hoặc tình trạng tâm thần của người bệnh thì cơ sở y tế

¹⁹ Ó Mathúna, Dónal P and Scott, P Anne and McAuley, Adam and Walsh-Daneshmandi, Anne and Daly, Brendan (2005), *Health care rights and responsibilities: a review of the European charter of patients' rights*, Irish Patients' Association.

đó mới cung cấp bản tóm tắt thay cho toàn bộ bệnh án²⁰.

Trong bối cảnh hiện nay, việc quy định trong dự thảo Luật KCB nêu trên là chưa phù hợp. Vì vậy, cần thiết sửa đổi quy định này theo hướng người bệnh có quyền được xem hồ sơ bệnh án (kể cả bệnh án giấy hay điện tử) và được cung cấp bản sao lục hồ sơ nếu có yêu cầu, trừ trường hợp pháp luật quy định khác.

- Quyền “được lựa chọn người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của mình trong KCB” (Khoản 3, Điều 10 Dự thảo). Việc lựa chọn người đại diện trong trường hợp này là người đại diện theo ủy quyền và thay mặt người bệnh thực hiện các quyền và nghĩa vụ trong hợp đồng dịch vụ KCB trong phạm vi thẩm quyền được đại diện. Liên quan đến vấn đề đại diện theo ủy quyền trong quan hệ KCB giữa người bệnh và cơ sở KCB có hai tình huống như sau: Một là, người bệnh không thể tự mình thực hiện các quyền và nghĩa vụ trong quá trình KCB mặc dù họ vẫn đầy đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi của mình (trường hợp sức khỏe yếu), khi đó người đại diện theo ủy quyền của người bệnh đó được hiểu là người nhà đi theo chăm sóc. Người đại diện theo ủy quyền trong trường hợp này là một đặc thù của hợp đồng dịch vụ KCB mặc dù dưới khía cạnh pháp lý, họ không phải là chủ thể của hợp đồng KCB đó cũng như không phải là người đại diện theo ủy quyền chính thức. Hai là, trường hợp người bệnh có đầy đủ năng lực hành vi dân sự và họ tự lựa chọn người giám hộ cho mình trong trường hợp họ bị lâm vào tình trạng mất năng lực hành vi (chẳng hạn khi phẫu thuật, gây mê...) thì người giám hộ thay họ thực hiện các quyền và nghĩa vụ KCB. Vậy tư cách người giám hộ trong trường hợp này sẽ là đại diện theo ủy quyền hay đại diện theo pháp luật? Ở trường hợp thứ nhất, khi người bệnh có

nhều hơn một người nhà chăm sóc tại cơ sở KCB, vậy ai sẽ là người có đủ tư cách là người đại diện theo ủy quyền của người bệnh, thay mặt người bệnh để quyết định các vấn đề liên quan đến quá trình KCB của người bệnh? Điều 15, Luật KB, CB hiện nay chỉ quy định người bệnh “chấp hành và yêu cầu người nhà của mình chấp hành nội quy của cơ sở KCB”. Cả hai tình huống nói trên đều chưa được đề cập trong Luật KB, CB hiện hành.

- Quyền khiếu nại của người bệnh. Khoản 2, Điều 80 Dự thảo quy định “Các bên tranh chấp có trách nhiệm tự hòa giải về nội dung tranh chấp; trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật”.

Khiếu nại của người bệnh là một trong những quyền cơ bản được nhiều quốc gia thừa nhận. Đây cũng là quyền trong hoạt động thương mại (Điều 318 Luật TM 2005). Tuy nhiên, Dự thảo Luật KB, CB chưa thừa nhận đây là một quyền của người bệnh, dẫn đến việc khi người bệnh có yêu cầu khiếu nại đối với hành vi vi phạm của cơ sở KCB thì được giải quyết theo trình tự và thủ tục của Luật Khiếu nại mà không coi đây là tranh chấp về KCB và giải quyết theo thủ tục giải quyết tranh chấp.

Bên cạnh đó, một phương thức giải quyết tranh chấp trong KCB khá phổ biến hiện nay của các nước là thông qua bên thứ ba như Hội đồng y khoa - một tổ chức do Chính phủ thành lập, với sự tham gia của đại diện Bộ Y tế, tổ chức xã hội nghề nghiệp về y khoa, cơ sở đào tạo y khoa, cơ sở KBCB, luật gia, người hành nghề... Mô hình này thực sự phù hợp với chủ trương cải cách bộ máy hành chính nhà nước. Tuy nhiên, hiện nay quy định này chưa thể hiện trong Dự thảo Luật KBCB. Do đó, Dự thảo Luật cần được bổ sung quyền của người bệnh được khiếu nại đối với những sai sót về chất lượng dịch vụ hay về thái độ phục vụ của

²⁰ South Calorina Code of Law, Chapter 115, *Physican’s Patient Record Act*, Section 44-115-60. Physican’s release of summary or portion in lieu of full record, <http://www.scstatehouse.gov/code/statmast.php>

nhân viên y tế (không phải là khiếu nại hành chính và được giải quyết theo thủ tục khiếu nại, tố cáo) và khi đó, trách nhiệm giải quyết khiếu nại sẽ do Hội đồng Y khoa thụ lý. Mặt khác, Báo cáo đánh giá Luật KB, CB đã chỉ ra những quy định về triển khai hoạt động KCB, áp dụng kỹ thuật mới, sai sót chuyên môn..... cũng còn những điểm chưa phù hợp, khó thực hiện, có những khoảng trống pháp lý khi chưa có quy định về quyền được khiếu kiện, đền bù, bồi thường thiệt hại khi người bệnh là nạn nhân của sai sót chuyên môn. Trong khi đó, người bệnh là người chịu tổn thất trực tiếp khi có sai sót chuyên môn xảy ra. Do đó, Dự thảo cần bổ sung quy định về vấn đề này.

3. Về nghĩa vụ của người bệnh

Như phần trên đã đề cập, quyền của người bệnh phải gắn liền, đồng bộ với nghĩa vụ của người bệnh và ngược lại. Dự thảo Luật cần tiếp tục hoàn thiện để bảo đảm sự tương thích đó.

- *Nghĩa vụ của người thân, người nhà của người bệnh.* Dự thảo Luật KB, CB sửa đổi tại Điều 15 mới chỉ quy định việc bệnh nhân có nghĩa vụ “*yêu cầu người nhà của mình chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh*”. Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, quan hệ hợp đồng trong KCB có tính chất đặc thù vì mặc dù một bên chủ thể của hợp đồng là người bệnh nhưng trong phần lớn trường hợp, người bệnh không tự thực hiện được các quyền và nghĩa vụ do sức khỏe, do không có năng lực hành vi dân sự đầy đủ hoặc do phải gây mê... mà phải có người nhà, người đại diện thực hiện giúp. Chính vì vậy, trong quan hệ hợp đồng này, không chỉ có người bệnh phải tuân thủ các nghĩa vụ luật định mà chính người nhà, người đại diện cũng phải có nghĩa vụ chấp hành các nghĩa vụ tương tự như bệnh nhân. Trên thực tế thời gian qua, việc vi phạm các nghĩa vụ của người bệnh chủ yếu lại rơi vào người nhà bệnh nhân. Do vậy, trong Mục về nghĩa vụ của người bệnh của Dự thảo cần cân nhắc để bổ sung thêm quy định về nghĩa

vụ của người nhà, người đại diện bệnh nhân trong việc chấp hành các nghĩa vụ mà luật quy định cho bệnh nhân, không chỉ dừng lại ở việc người bệnh “*yêu cầu người nhà chấp hành nội quy bệnh viện*” như hiện nay.

- *Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề.* Dự thảo Luật tại Điều 14 có quy định nghĩa vụ của người bệnh trong việc “*Tôn trọng và không được có hành vi xâm phạm danh dự, nhân phẩm, sức khỏe, tính mạng của người hành nghề và nhân viên y tế khác*”.

Việc xâm phạm sức khỏe, tính mạng người hành nghề ở các bệnh viện trong thời gian qua diễn ra ngày một nhiều và mức độ ngày một nghiêm trọng hơn, gây bất an cho người hành nghề khám chữa bệnh và bức xúc trong xã hội. Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, việc tấn công vũ lực những người hành nghề khám chữa bệnh chủ yếu lại do người nhà, người thân của bệnh nhân thực hiện. Hơn nữa, đây không chỉ là không tôn trọng người hành nghề mà cao hơn là xâm phạm sức khỏe, tính mạng của người đang cứu chữa mình hoặc người thân của mình. Điều đó không chỉ trái với pháp luật mà còn trái với đạo đức xã hội. Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề không thể hiện và phản ánh đầy đủ được đối với những trường hợp tấn công vũ lực các y bác sĩ. Luật hiện hành và Dự thảo sửa đổi mới chỉ cho phép người hành nghề lánh khỏi nơi làm việc trong trường hợp bị đe dọa đến tính mạng. Quy định như vậy là chưa phù hợp bởi trong nhiều trường hợp tính mạng không bị đe dọa nhưng sự tấn công của người nhà, của bệnh nhân có thể khiến người hành nghề tổn hại nghiêm trọng về sức khỏe.

Do vậy, Dự thảo Luật cần được nghiên cứu hoàn thiện theo hướng quy định rõ một trong những nghĩa vụ của người bệnh và người nhà bệnh nhân là “*bất khả xâm phạm sức khỏe, tính mạng của người hành nghề*”. Đồng thời, sửa đổi quyền của người hành nghề theo hướng được phép tạm lánh khỏi nơi làm việc trong trường hợp bị người khác đe dọa đến sức khỏe, tính mạng./.

BÁC SĨ NƯỚC NGOÀI HÀNH NGHỀ KHÁM, CHỮA BỆNH Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

■ Nguyễn Đức Lam²¹

Quy định cho bác sĩ nước ngoài hành nghề có sự khác nhau giữa các nước, từ đơn giản, dễ dàng cho đến nghiêm ngặt (phải thành thạo ngôn ngữ của nước bản địa, phải trải qua nhiều kỳ thi khắc nghiệt). Mục đích của việc điều chỉnh hành nghề của bác sĩ nước ngoài nhằm bảo đảm chuẩn mực chuyên môn của bác sĩ nước ngoài, bảo vệ lợi ích công và quyền lợi của bệnh nhân. Bài viết này tổng hợp quy định, thực tiễn ở một số nước nhằm cung cấp thêm một nguồn thông tin tham khảo cho ĐBQH xem xét, thảo luận Luật Khám, chữa bệnh (sửa đổi)²².

1. Các loại đăng ký, chứng chỉ hành nghề

Đối với bác sĩ, ở nhiều nước có các loại chứng nhận/dăng ký (registration), chứng chỉ hành nghề (license) khác nhau như: chứng nhận/dăng ký tạm thời (temporary registration); chứng nhận/dăng ký, giấy phép toàn phần (full registration, license). Trong đó có những nước, các bác sĩ nước ngoài chỉ được cấp chứng nhận/dăng ký tạm thời hoặc chưa có quy định về đăng ký, giấy phép toàn phần như Campuchia, Indonesia, Myanmar. Nhưng có những nước, họ được cấp cả đăng ký, giấy phép toàn phần như ở Đức, Singapore, Malaysia, Philippines, Thái Lan.

²¹ Ths, Trung tâm Bồi dưỡng đại biểu dân cử.

²² Để tài liệu được gọn hơn, xin phép không dẫn chú thích đối với từng nội dung cụ thể trong bài, mà chỉ dẫn một lần các nguồn thông tin của tài liệu tại đây: 1) Các bài viết, bài trình bày về đăng ký tạm thời, chứng chỉ hành nghề toàn phần đối với bác sĩ nước ngoài ở các nước ASEAN tại địa chỉ: <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcare-services/medical-practitioners-ajccm/> 2) Về đăng ký hành nghề y khoa ở Úc: Kim Forrester, Debra Griffiths, Essentials of Law for Medical Practitioners, 2011, Elsevier Health Sciences, pp. 251-278; 3) ở Nhật: World Health Organization, Human resources for health country profiles: Japan, 2017, p.25; ở Đức: Federal Office for Migration and Refugees, Recognition procedure for healthcare professionals, 2015, có thể tải về từ link: https://www.anerkennung-in-deutschland.de/media/2015_BAMF_Broschuere_akademische_Heilberufe_EN.pdf; Ở Mỹ: How Foreign Physicians Can Work as Healthcare Practitioners in the US, <https://www.fnu.edu/foreign-physicians-work-healthcare-practitioners/>.



Ảnh minh họa bác sĩ nước ngoài khám chữa bệnh. Nguồn internet

Chứng nhận/dăng ký tạm thời là loại giấy tờ cấp cho các bác sĩ được hành nghề y tại nước đó, nhưng giới hạn về không gian (ở những địa điểm nhất định), thời hạn (ví dụ ba tháng, một năm), phạm vi hành nghề (ví dụ, đối với một số chuyên khoa, lĩnh vực).

Chẳng hạn, ở Đức, bác sĩ có bằng cấp y khoa được cấp ở các nước ngoài Liên minh châu Âu (EU), Khu vực kinh tế châu Âu (EEA) hoặc Thụy Sĩ có thể nộp đơn đề nghị được hành nghề y khoa tạm thời tối đa 2 năm. Ở Philippines, loại chứng nhận này chỉ cấp cho bác sĩ nước ngoài dưới một năm (có thể được xem xét gia hạn); hay ở Malaysia thời hạn cấp tạm thời chỉ được 3 tháng. Bác sĩ nước ngoài được hành nghề ở Philippines theo dạng giấy chứng nhận này khi được nhận vào làm việc trong các cơ sở y tế công lập của chính phủ có vốn đầu tư nước ngoài, hoặc các dự án của

chính phủ được nước ngoài hỗ trợ; được nhận vào làm việc trong các công ty, tổ chức tư nhân theo quy định của pháp luật; các chuyên gia y tế nước ngoài đến Philippines công tác ngắn hạn vì mục đích nhân đạo, tham gia thăm khám, phẫu thuật hoặc nha khoa; người được cấp phép chỉ có thể hành nghề tại một địa điểm cụ thể, trong một khoảng thời gian cụ thể, theo một thỏa thuận cụ thể.

Singapore cấp phép hành nghề tạm thời cho các nhóm bác sĩ sau đây: là các chuyên gia có kiến thức, kinh nghiệm và kỹ năng y tế mà Hội đồng Y khoa Singapore xem là có uy tín quốc tế hoặc có giá trị đặc biệt đối với người dân Singapore; hoặc bác sĩ tốt nghiệp từ các trường y khoa quốc tế, chỉ tham gia giảng dạy, nghiên cứu hoặc học sau đại học theo chương trình đào tạo được Hội đồng Y khoa Singapore phê duyệt.

Hoặc như ở Lào, đăng ký tạm thời được cấp cho bác sĩ nước ngoài tối đa trong một năm; chỉ được hành nghề theo giấy tờ này trong 5 loại cả ở bệnh viện công và tư: (i) thăm khám, chữa bệnh có giới hạn (ii) công tác chuyên gia (iii) giáo dục, đào tạo (iv) mục đích nhân đạo (v) nghiên cứu có tiếp xúc với bệnh nhân.

Chứng nhận/đăng ký, giấy phép toàn phần cho phép bác sĩ hành nghề trong mọi lĩnh vực, địa điểm, với thời hạn dài hơn. Chẳng hạn, ở Philippines, khi có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề chính thức, bác sĩ nước ngoài có thể hành nghề ở bất cứ đâu trong phạm vi lãnh thổ của Philippines, bất cứ lúc nào, có thể tham gia vào bất kỳ hoạt động trong phạm vi hành nghề được định nghĩa theo quy định pháp luật phù hợp chuyên khoa. Tương tự ở Đức, bác sĩ nước ngoài từ bất kỳ quốc gia nào, nếu muốn làm việc không bị giới hạn thì cần nộp đơn để được cấp loại giấy tờ này. Ở Thái Lan, sau khi đã đáp ứng hết các yêu cầu và được cấp giấy phép hành nghề vĩnh viễn, bác sĩ nước ngoài được hành nghề toàn phần như bác sĩ người Thái Lan.

2. Điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề

Để được cấp các loại chứng chỉ hành nghề nói trên, pháp luật các nước đều đặt ra những yêu cầu về bằng cấp chuyên môn, kinh nghiệm nghề nghiệp, xác nhận của các cơ quan, tổ chức khác nhau. Bên cạnh đó, pháp luật khá nhiều nước còn quy định người nộp đơn phải đáp ứng yêu cầu về ngôn ngữ.

2.1. Bằng cấp, chứng chỉ chuyên môn

Dù là loại đăng ký tạm thời hay chứng chỉ/giấy phép hành nghề toàn phần, pháp luật các nước đều yêu cầu các bác sĩ nước ngoài phải có bằng tốt nghiệp đại học y khoa được thừa nhận chính thức. Bên cạnh đó, còn có những yêu cầu khác tùy vào từng nước. Có những nước như Singapore, Malaysia yêu cầu phải có bằng của những trường được nước sở tại công nhận, ví dụ trường nằm trong danh mục kèm theo đạo luật liên quan mới được xem xét cấp đăng ký tạm thời. Chẳng hạn, ở Malaysia,

theo Điều 12, Luật Y tế 1971 (Medical Act of 1971), các bác sĩ tốt nghiệp từ các trường đại học y khoa được liệt kê trong Phụ lục 2 của Luật mới đủ điều kiện để được xem xét cấp đăng ký tạm thời. Đối với những người tốt nghiệp từ các trường đại học khác, các bác sĩ nước ngoài phải đăng ký và vượt qua kỳ thi theo quy định tại Điều 12 của Luật để được xem xét cấp phép hành nghề tạm thời. Pháp luật Singapore cũng quy định tương tự.

Đối với những bác sĩ nước ngoài muốn được cấp giấy phép hành nghề toàn phần, họ phải qua kỳ thi sát hạch chuyên môn ở nước sở tại. Ví dụ, ở Malaysia, các bác sĩ nước ngoài đã được cấp phép hành nghề tạm thời, cộng với phải tham dự khoá đào tạo thực hành để được xem xét cấp giấy phép hành nghề toàn phần. Ở Philippines, bác sĩ trong nước hay nước ngoài đều phải vượt qua các kỳ thi cấp phép để được cấp Chứng chỉ hành nghề (Certificate of Registration - COR) và được cấp Thẻ xác nhận chuyên nghiệp (Professional Identification Card-PIC). Người hành nghề sẽ bị đình chỉ hoặc thu hồi khi vi phạm quy định hoặc thẻ hành nghề hết hạn. PIC có hiệu lực trong 3 năm; có thể được gia hạn sau khi thanh toán các khoản phí theo quy định; bác sĩ hành nghề phải qua đào tạo liên tục tương đương với 45 tín chỉ để được gia hạn giấy phép.

Bác sĩ nước ngoài muốn được hành nghề độc lập và lâu dài tại Thái Lan phải được cấp giấy phép hành nghề vĩnh viễn. Trong đó, họ phải vượt qua cả 3 phần của kỳ thi cấp phép quốc gia gồm có: Phần 1: 300 câu hỏi trắc nghiệm với nhiều chọn lựa về các chuyên khoa y tế cơ bản; Phần 2: 300 câu hỏi trắc nghiệm về lâm sàng; Phần 3: thi thực hành chạy bàn, trải qua 20 trạm kiểm tra lâm sàng có cấu trúc khách quan (objective structured clinical examination - OSCE). Kể từ năm 2015, các câu hỏi trong Phần 1 và Phần 2 thi bằng tiếng Anh, ngoại trừ các câu hỏi liên quan đến luật pháp Thái Lan hoặc pháp y bằng tiếng Thái. Phần 3 (OSCE) là một bài kiểm tra thực hành kéo dài nửa ngày, mỗi năm tổ chức 3

lần, và chỉ được thi bằng tiếng Thái. Muốn dự thi phần 3, người đăng ký phải vượt qua phần 1 và phần 2 với thời gian ít nhất 7 năm.

Ở Đức, nếu bác sĩ nước ngoài nhận bằng đại học y khoa, nha khoa, thú y, dược sĩ ở các nước EU, EEA hoặc Thụy Sĩ thì bằng của họ được mặc nhiên thừa nhận khi xem xét cấp giấy phép hành nghề toàn phần. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, còn cần phải có giấy tờ của cơ quan có thẩm quyền tại nước cấp bằng xác nhận bằng cấp đó đáp ứng các yêu cầu chuyên môn tối thiểu quy định tại Chỉ thị Công nhận nghề nghiệp chuyên môn của Nghị viện châu Âu (Professional Recognition Directive) số 2005/36/EC. Đối với bác sĩ nước ngoài nhận bằng đại học y khoa, nha khoa, thú y, dược sĩ ở các nước khác, bác sĩ tâm lý trị liệu ở tất cả các nước, cơ quan có thẩm quyền sẽ xem xét, đối chiếu với bằng cấp tương đương của Đức. Nếu không có khác biệt đáng kể, họ sẽ được cấp giấy tờ hành nghề toàn phần. Nếu thấy khác biệt đáng kể, bác sĩ nước ngoài sẽ phải vượt qua kỳ thi kiểm tra kiến thức, kỹ năng để được phép hành nghề toàn phần.

Còn ở Mỹ, để được hành nghề y, bác sĩ được đào tạo ở nước ngoài trước hết phải được xác nhận đã có bằng của trường y nằm trong Danh mục các trường y toàn cầu (World Directory of Medical Schools); hoàn thành các môn còn thiếu so với chương trình đào tạo y khoa của Mỹ. Sau đó phải vượt qua 2 kỳ thi liên bang cấp giấy phép hành nghề y tế (Medical Licensing Exams), được chứng nhận bởi Ủy ban giáo dục sinh viên y khoa nước ngoài (Educational Commission for Foreign Trained Medical Graduates), sau đó phải hoàn thành chương trình định cư, và cuối cùng phải vượt qua kỳ thi nhận giấy phép hành nghề lần ba. Đây là một quá trình khó khăn về chuyên môn, mất nhiều thời gian và tốn kém.

2.2. Xác nhận, giám sát

Bác sĩ nước ngoài muốn hành nghề ở một nước cần các loại xác nhận như: xác nhận đủ

tư cách đạo đức (good standing) của Hội đồng y khoa hoặc một cơ quan có thẩm quyền khác tại quốc gia xuất xứ của bác sĩ; thư xác nhận quá trình làm việc trước đó của cơ sở y tế mà bác sĩ làm việc gần thời điểm xác nhận nhất; đăng ký hành nghề của Hội đồng y khoa của quốc gia xuất xứ hoặc quốc gia khác nơi bác sĩ nước ngoài đang đăng ký, có xác nhận bởi Đại sứ quán của quốc gia xuất xứ tại nước sở tại; lý lịch tư pháp của quốc gia xuất xứ hoặc quốc gia mà bác sĩ nước ngoài đang đăng ký hành nghề.

Bên cạnh đó, ở một số nước, các bác sĩ nước ngoài còn phải làm việc dưới sự giám sát của một bác sĩ sở tại đủ tư cách chuyên môn. Ví dụ, ở Thái Lan, sau khi được cấp giấy phép tạm thời, bác sĩ nước ngoài chỉ được hành nghề dưới sự giám sát của một bác sĩ Thái Lan có giấy phép hành nghề toàn phần.

2.3. Ngôn ngữ

Pháp luật khá nhiều nước yêu cầu bác sĩ nước ngoài phải đáp ứng yêu cầu nhất định về ngôn ngữ. Chẳng hạn, ở Đức, bác sĩ nước ngoài ít nhất phải có bằng B2 theo chuẩn chung châu Âu; cộng với bằng C1 ngôn ngữ chuyên môn; còn bác sĩ trị liệu tâm lý phải có bằng C2 ngôn ngữ chuyên môn. Ở Lào, bác sĩ nước ngoài phải biết cơ bản về tiếng Lào. Ở Thái Lan, như trên đã trình bày, do phải vượt qua kỳ thi cấp phép quốc gia bằng cả tiếng Anh và tiếng Thái, bác sĩ nước ngoài buộc phải thông thạo cả hai thứ ngôn ngữ này nếu muốn được cấp giấy phép hành nghề vĩnh viễn.

Ở Singapore, bác sĩ nước ngoài muốn nhận được giấy phép tạm thời hay hành nghề toàn phần đều phải đáp ứng điều kiện về tiếng Anh nếu tốt nghiệp ở cơ sở đại học không dạy bằng tiếng Anh như: hoặc IELTS đạt ít nhất 7.0 điểm trong tất cả các kỹ năng; hoặc TOEFL đạt ít nhất 250 điểm thi trên máy tính, 600 điểm thi trên giấy, 100 điểm thi qua mạng (iBT). Ở Úc, New Zealand, Anh, Mỹ, Canada, trong trường hợp tương tự, bác sĩ nước ngoài muốn được xem xét cấp giấy phép

hành nghề cũng phải đạt mức điểm trong các kỳ thi lấy chứng chỉ tiếng Anh quốc tế, ví dụ ở Úc phải đạt ít nhất 7.0 ở tất cả các kỹ năng trong kỳ thi IELTS.

3. Cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

Thông thường, ở nhiều nước, một tổ chức chuyên môn được trao thẩm quyền xem xét, cấp giấy đăng ký tạm thời và giấy phép hành nghề toàn phần cho các bác sĩ, trong đó có bác sĩ nước ngoài. Chẳng hạn như Singapore có Hội đồng Y khoa (Singapore Medical Council-SMC), Philippines có Ủy ban quản lý nghề nghiệp (Professional Regulation Commission-PRC). Ở Đức có các Hiệp hội chuyên môn ở từng bang được quyền cấp chứng nhận chức danh chuyên môn cho người hành nghề y như Hiệp hội bác sĩ, Hiệp hội nha sĩ, Hiệp hội bác sĩ tâm lý trị liệu, Hiệp hội dược sĩ.

Ở một số nước khác, Bộ phụ trách lĩnh vực y tế là cơ quan chịu trách nhiệm chính trong

việc này cùng với một số cơ quan, tổ chức khác. Ví dụ, ở CHDCND Lào, Bộ Y tế cấp phép cho bác sĩ nước ngoài hành nghề sau khi có ý kiến tư vấn của Hội đồng y khoa. Tại Thái Lan, Bộ Y tế cấp phép cho bác sĩ trong nước và bác sĩ nước ngoài hành nghề. Để đăng ký hành nghề y, cả bác sĩ trong nước và bác sĩ nước ngoài phải đáp ứng các yêu cầu được đưa ra bởi Hội đồng y khoa. Ở Nhật, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi điều hành việc đăng ký, cấp giấy phép hành nghề cho các nhân viên y tế; trực tiếp cấp chứng chỉ (certificate) cho những người vượt qua các kỳ thi quốc gia cấp chứng chỉ. Sau đó, các chứng chỉ được dùng để đề nghị chính quyền địa phương hoặc các trung tâm y tế công cộng cấp giấy phép hành nghề (license). Đối với nghề điều dưỡng, chính quyền địa phương cấp chứng chỉ, sau đó chứng chỉ dùng để đề nghị cấp giấy phép hành nghề điều dưỡng²³.



Dòng người chờ xếp hàng khám chữa bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh sáng 7/7/2014.
(Nguồn Ảnh: Phương Vy/TTXVN)

²³ Tuy nhiên, cần lưu ý, từ trước tới nay bác sĩ nước ngoài hầu như không thể làm việc được ở Nhật do pháp luật không cho phép nhằm bảo vệ lực lượng lao động ngành y trong nước. Chỉ mới gần đây, Chính phủ Nhật đang xem xét nới rộng quy định này, ví dụ cho phép bác sĩ từ một số ít nước hành nghề ở Nhật theo thỏa thuận song phương với Nhật.

Bảng: Điều kiện hành nghề khám, chữa bệnh của bác sĩ nước ngoài ở các nước ASEAN

Quốc gia	Đăng ký tạm thời	Đăng ký/cấp phép toàn phần
Brunei	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp cho những bác sĩ tạm thay thế người khác, những người được trả lương theo ngày, chuyên gia tư vấn được mời trong bệnh viện tư; - Dưới một năm, được gia hạn; - Phải đạt ít nhất 30 điểm CME (Certified Medical Examination) và đủ sức khỏe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp cho những ai có công việc lâu dài hoặc theo hợp đồng; - Một năm, được gia hạn; - Phải có đăng ký tạm thời mới được cấp phép hành nghề.
Campuchia	<ul style="list-style-type: none"> - Một năm, được gia hạn; - Bản gốc hoặc bản công chứng các loại giấy tờ khác nhau như bằng tốt nghiệp, đăng ký hành nghề, giấy phép hành nghề; - Thư xác nhận tư cách của Hội đồng y khoa hoặc một cơ quan có thẩm quyền khác tại quốc gia xuất xứ; - Lý lịch tư pháp của quốc gia xuất xứ hoặc quốc gia mà bác sĩ nước ngoài đang đăng ký hành nghề; - Lý lịch được cập nhật mới nhất; - Thư xác nhận của nơi đã làm việc mới nhất; - Không yêu cầu về ngôn ngữ Campuchia; - Không được mở phòng khám riêng (chỉ được làm việc ở cơ sở y tế đã được đăng ký hành nghề). 	
Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> - Cấp cho một số chuyên khoa hạn chế; theo giấy mời chuyên gia; giáo dục, đào tạo; mục đích nhân đạo; nghiên cứu có liên quan đến tiếp xúc bệnh nhân; - Thời hạn một năm, được gia hạn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ các bác sĩ chuyên khoa mới được cấp phép; - Tuân thủ các yêu cầu của MRA và quy định trong nước; - Thư xác nhận đủ tư cách từ quốc gia xuất xứ; - Phải đáp ứng yêu cầu về ngôn ngữ của Indonesia; - Phải đáp ứng yêu cầu về thời gian thử thách.
Lào	<ul style="list-style-type: none"> - Một năm, được gia hạn; - Tốt nghiệp trường đại học đã được công nhận; - Đáp ứng yêu cầu cơ bản về tiếng Lào. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ dành cho bác sĩ chuyên khoa; - Giấy phép 5 năm, nhưng phải đăng ký lại hàng năm; - Vượt qua kỳ thi quốc gia; - Thường trú ở Lào; - Được cấp phép hành nghề ở quốc gia xuất xứ; - Có ít nhất 5 năm làm việc tại bệnh viện được công nhận ở quốc gia xuất xứ.

Quốc gia	Đăng ký tạm thời	Đăng ký/cấp phép toàn phần
Malaysia	<ul style="list-style-type: none"> - Phải tốt nghiệp các trường đại học được thừa nhận theo Danh mục số 2 kèm theo Luật Y tế 1971 được xem xét cấp đăng ký tạm thời và đào tạo thực tập; - Những ai tốt nghiệp các trường không nằm trong Danh mục nói trên thì phải qua kỳ thi để được xem xét cấp đăng ký tạm thời; - Đối với việc đào tạo, giảng dạy, nghiên cứu, cần có giấy phép tạm thời; - Chỉ có giá trị 3 tháng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Những người được cấp giấy phép tạm thời và đã hoàn thành khóa đào tạo thực hành có thể sẽ được cấp đăng ký toàn phần; - Đối với bác sỹ chuyên khoa, cần có bằng y khoa cơ bản đã được thừa nhận; phải đăng ký với NSR; được đồng ý nhận việc; - Hoặc bằng y khoa cơ bản đã được thừa nhận cộng với đào tạo sau đại học của các cơ sở được công nhận; - Thông thạo tiếng Anh và ngôn ngữ Malaysia.
Myanmar	<ul style="list-style-type: none"> - Từ ba tháng đến một năm; - Giới hạn trong lĩnh vực hành nghề, địa điểm, thời gian; - Chỉ bác sỹ chuyên khoa mới được phép; - Cần có bác sỹ Myanmar cùng chuyên khoa giám sát. 	
Philippines	<ul style="list-style-type: none"> - Giấy phép tạm thời đặc biệt: Dưới một năm, được gia hạn; - Giấy phép đào tạo tạm thời: Dưới một năm, được gia hạn tùy vào đánh giá thời gian làm việc; - Đối với bác sỹ đa khoa và chuyên khoa: đang được sửa đổi việc đăng ký, cấp phép; - Đối với bác sỹ chuyên khoa: Xác nhận chuyên khoa của quốc gia xuất xứ; - Các yêu cầu khác: Tùy thuộc vào mục đích, phạm vi và thời hạn hành nghề; - Giấy phép tạm thời để được định cư và tham gia đào tạo: Phải đáp ứng các yêu cầu của Hội đồng Y khoa (Board of Medicine), cộng với xác nhận về giấy phép được cấp nhận tại quốc gia gốc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Phải vượt qua các kỳ thi cấp phép để được cấp Giấy chứng nhận hoặc Chứng chỉ hành nghề (Certificate of Registration-COR) và được cấp Thẻ nhận dạng chuyên nghiệp (Professional Identification Card-PIC); - Người hành nghề sẽ bị đình chỉ hoặc thu hồi khi vi phạm hoặc thẻ hành nghề hết hạn. PIC có hiệu lực trong 3 năm và có thể được gia hạn; - Tuân thủ quy định về đào tạo liên tục (CPD) tương đương với 45 tín chỉ cần thiết để được gia hạn.
Singapore	<ul style="list-style-type: none"> - Đăng ký tạm thời: Vị trí đào tạo có giới hạn dành cho học viên cao học năm 1 (PGY1); - Đăng ký có điều kiện: Bằng cấp theo Phụ lục II trong Luật Đăng ký y tế (MRA); hoặc có bằng cao học được Hội đồng y khoa (SMC) thừa nhận - từ năm 2 cao học hoặc PGY1 được SMC chấp nhận; - Đăng ký ngắn hạn: Đối với đào tạo, nghiên cứu, thỉnh giảng; 	<ul style="list-style-type: none"> - Phải có bằng tốt nghiệp Singapore được cấp bởi một trường y trong Phụ lục 1 của Đạo luật đăng ký y tế và chứng chỉ hành nghề; Hoặc: Có bằng tốt nghiệp được SMC công nhận; hoàn thành PGY1 hoặc bác sỹ nội trú hoặc một năm thực tập ở nước ngoài;

Quốc gia	Đăng ký tạm thời	Đăng ký/cấp phép toàn phần
	<ul style="list-style-type: none"> - Phải đáp ứng yêu cầu về tiếng Anh đối với đăng ký tạm thời và đăng ký ngắn hạn (khi cần thiết) đối với những bác sĩ tốt nghiệp các trường không giảng dạy bằng tiếng Anh; - Xác nhận tư cách hành nghề; - Cấp cho các nhóm bác sĩ sau đây: Các chuyên gia có uy tín quốc tế hoặc có giá trị đặc biệt đối với người dân Singapore; hoặc bác sĩ tốt nghiệp từ các trường y khoa quốc tế; chỉ tham gia giảng dạy, nghiên cứu hoặc học sau đại học theo chương trình đào tạo được Hội đồng Y khoa Singapore phê duyệt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đã đăng ký và được phép hành nghề theo quy định đăng ký có điều kiện; đã thu được các báo cáo đánh giá thỏa đáng về hiệu quả làm việc trong suốt thời gian đăng ký có điều kiện; - Điều kiện về tiếng Anh nếu tốt nghiệp ở cơ sở đại học không dạy bằng tiếng Anh: hoặc IELTS đạt ít nhất 7.0 trong tất cả các kỹ năng, hoặc TOEFL đạt ít nhất 250 điểm thi trên máy tính, 600 điểm thi trên giấy, 100 điểm thi qua mạng (iBT); - Phải gia hạn lại sau 2 năm; thu hồi nếu không gia hạn.
Thái Lan	<ul style="list-style-type: none"> - Có giấy phép hành nghề hợp lệ từ nước xuất xứ của bác sĩ nước ngoài muốn xin phép; được chứng nhận của Hội đồng chuyên khoa từ nước xuất xứ; - Bác sĩ đa khoa sẽ được xem xét bởi Ủy ban điều hành của Hội đồng y khoa Thái Lan; - Giấy phép tạm chỉ làm việc ở những nơi cụ thể và công việc cụ thể (nghiên cứu, trình diễn công nghệ y tế mới, nhân đạo hoặc các công việc khác); - Dưới sự giám sát của bác sĩ đã được cấp phép hành nghề bởi Hội đồng Y khoa Thái Lan; - Thời gian hành nghề tạm thời không quá 1 năm; được gia hạn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Có bằng tốt nghiệp bác sĩ từ các trường y khoa trên thế giới được công nhận bởi Hội đồng Y khoa Thái Lan (111 chương trình đào tạo bác sĩ y khoa của các trường y khoa tại 28 quốc gia); - Có giấy phép hành nghề khám, chữa bệnh hợp lệ từ nước xuất xứ của bác sĩ nước ngoài xin giấy phép; - Vượt qua được cả 3 phần của kỳ thi cấp phép hành nghề do Trung tâm đánh giá và kiểm định năng lực y tế tổ chức; - Phải được công nhận là thành viên của Hội đồng Y khoa Thái Lan.



KINH NGHIỆM CỦA MỘT SỐ QUỐC GIA VỀ CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA

■ Nguyễn Minh Lợi²⁴

Khám bệnh, chữa bệnh là hoạt động liên quan trực tiếp đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh, do vậy người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đòi hỏi phải đáp ứng được yêu cầu về năng lực chuyên môn nghề nghiệp (được hình thành trên cơ sở tích hợp của các yếu tố: kiến thức-knowledge, kỹ năng-skill, thái độ-attitude và đạo đức nghề nghiệp-professional ethics) phù hợp với từng lĩnh vực chuyên môn ở từng trình độ đào tạo mới đủ điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề (CCHN).

Ở Việt Nam, năm 2009 Quốc hội thông qua Luật Khám bệnh, chữa bệnh trong đó lần đầu tiên quy định người hành nghề phải có CCHN là một bước đột phá trong quản lý hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, phù hợp với xu hướng chung của quốc tế. Tuy nhiên, điều kiện cấp CCHN khám bệnh, chữa bệnh của nước ta hiện nay mới dựa trên xem xét về thủ tục hành chính (gồm hồ sơ, giấy tờ về văn bằng, chứng chỉ do cơ sở đào tạo cấp, giấy xác nhận thời gian thực hành của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) mà chưa có yêu cầu phải đạt kết quả đánh giá về năng lực nghề nghiệp (NLNN) theo một chuẩn chung do một cơ quan có thẩm quyền thực hiện. Điều

này dẫn đến thực trạng nhiều người chưa đáp ứng được yêu cầu về NLNN vẫn có thể được cấp CCHN, làm ảnh hưởng đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh cũng như sự an toàn của người bệnh.

Trước thực tiễn đó và trong xu hướng hội nhập quốc tế ngày càng sâu rộng, đặc biệt là Việt Nam đã tham gia thị trường lao động tự do trong khu vực ASEAN, đồng thời đã ký thỏa thuận hợp tác toàn diện với nhiều đối tác song phương và đa phương, việc nghiên cứu kinh nghiệm của các nước về cấp CCHN và cơ chế đánh giá NLNN trước khi cấp CCHN, làm cơ sở để hoàn thiện thể chế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, phù hợp với xu hướng chung của các nước, góp phần tăng cường chất lượng bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là rất cần thiết.

1. Kinh nghiệm một số quốc gia về cấp CCHN khám bệnh, chữa bệnh:

Trong các yếu tố liên quan đến chất lượng dịch vụ y tế, nhân lực y tế (NLYT) có vai trò quyết định. NLYT phải đảm bảo đồng bộ, phù hợp và đáp ứng yêu cầu cả về quy mô, cơ cấu và chất lượng, trong đó chất lượng đóng vai trò trụ cột. Để đảm bảo chất lượng NLYT,

²⁴ TS, Nguyễn Phó Cục trưởng Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế.

các nước trên thế giới đã có nhiều phương thức và biện pháp khác nhau để kiểm soát, tác động đến các khâu từ tuyển sinh, đào tạo và sử dụng nhân lực với mục tiêu cuối cùng là cung cấp nguồn nhân lực có chất lượng cho hệ thống y tế. Việc tuyển sinh và quá trình đào tạo được kiểm soát thông qua việc ban hành các tiêu chuẩn kiểm định chất lượng giáo dục (education quality accreditation standards). Tuy nhiên, bên cạnh các tiêu chuẩn kiểm định chi phối quá trình tuyển sinh và đào tạo, để đảm bảo sản phẩm đào tạo đáp ứng được yêu cầu sử dụng, nhà nước (hoặc cơ quan được nhà nước ủy quyền) ban hành chuẩn NLNN (professional competence standards), đồng thời tổ chức kỳ thi cấp quốc gia để đánh giá năng lực làm cơ sở để cấp chứng chỉ hành nghề (national licensing examination).

Việc thi đánh giá NLNN đã được nhiều nước trên thế giới và hầu hết các nước trong khu vực Đông Nam Á đặc biệt quan tâm, triển khai thực hiện và coi đây là điều kiện bắt buộc để được cấp phép hành nghề. Thi cấp phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được các nước thực hiện với quy mô quốc gia, nhằm quy chuẩn NLNN cần có theo từng chức danh chuyên môn, góp phần bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế và thông qua đó để nâng cao chất lượng của các cơ sở đào tạo NLYT. Ngoài những mục tiêu cụ thể, kỳ thi quốc gia đánh giá NLNN của các nước đều có mục tiêu chung là: (i) người dân được tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng thông qua nguồn nhân lực có chất lượng; (ii) chất lượng cơ sở y tế được nâng cao với đội ngũ nhân lực có chất lượng và chuyên nghiệp (điều kiện để cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng) và (iii) chất lượng của các cơ sở đào tạo NLYT được cải thiện và nâng cao (tăng cường các nguồn lực, đổi mới để đào tạo nguồn nhân lực có chất lượng - được thể hiện qua tỷ lệ số người đã tốt nghiệp có khả năng vượt qua kỳ thi quốc gia đánh giá NLNN). Đối tượng của kỳ thi quốc gia đánh giá NLNN bao gồm tất cả những người đã tốt nghiệp các ngành và chuyên ngành (cả trong nước và nước ngoài) có nhu cầu đăng ký hành nghề tại nước đó.

Chính vì vậy, người nước ngoài muốn được dự thi và cấp phép hành nghề thì ngoài yêu cầu về văn bằng đào tạo phù hợp, bắt buộc phải thành thạo ngôn ngữ của quốc gia nơi muốn hành nghề vì đề thi là ngôn ngữ bản địa.

Tại Hoa Kỳ, vào cuối thế kỷ XIX, đầu thế kỷ XX với xu hướng di biến động dân số giữa các bang trong cả nước diễn ra ngày càng phổ biến kèm theo đó là hiện tượng dịch chuyển trong hành nghề của bác sỹ giữa các bang. Để giúp bác sỹ thuận tiện hơn trong hành nghề giữa các vùng, miền của cả nước; cơ quan chuyên trách về kỳ thi quốc gia cho toàn liên bang đã được ra đời vào năm 1915. Mô hình đào tạo và kỳ thi đánh giá năng lực của Hoa Kỳ cũng rất khó khăn. Để được học Y khoa, ứng viên phải tốt nghiệp 4 năm đại học và phải thi kỳ thi quốc gia MCAT (Medical College Admission Test) với điểm cao, trải qua phỏng vấn và trải nghiệm thực tiễn. Người muốn hành nghề y khoa phải trải qua 3 kỳ thi đánh giá năng lực quốc gia tổ chức cho toàn liên bang (United States Medical Licensure Examinations - USMLE) với 2 lần thực hiện trong 4 năm học Y khoa - tương ứng với USMLE1 và USMLE2, 1 lần thực hiện sau khi thi đỗ và học nội trú USMLE3. Kỳ thi này áp dụng cho tất cả công dân Hoa Kỳ và công dân nước ngoài có nhu cầu hành nghề y khoa tại Hoa Kỳ, theo một đề thi chung. Trải qua nhiều giai đoạn khác nhau, hiện nay kỳ thi giấy phép hành nghề y khoa Hoa Kỳ được tổ chức ở nhiều địa điểm khác nhau trên toàn liên bang với bộ đề thi chung, ứng dụng công nghệ thông tin rất cao và thi trên máy tính kết hợp thi thực hành. Kết quả của kỳ thi do cơ quan này cung cấp sẽ là căn cứ để các bang cấp giấy phép hành nghề cho các bác sỹ.

Tại Nhật Bản, sau khi kết thúc Chiến tranh thế giới thứ 2, từ những năm cuối thập kỷ 40 của thế kỷ XX, Nhật Bản đã ban hành các Luật Bác sỹ, Luật Điều dưỡng trong đó thể chế hóa việc thi quốc gia đánh giá NLNN để cấp giấy phép hành nghề. Theo luật của Nhật Bản, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi xã hội là cơ quan tổ chức thi đánh giá NLNN với 2 lần/năm

với nhiều địa điểm trên toàn đất nước. Đề thi được thiết kế dưới dạng các câu hỏi thi viết dựa theo định hướng của Tiểu ban Bác sĩ thuộc Hội đồng Đạo đức Y khoa của Chính phủ. Đối tượng dự thi là tất cả công dân Nhật Bản và công dân nước ngoài có nhu cầu hành nghề y khoa tại Nhật Bản, theo một đề thi chung. Hiện nay, kỳ thi của Nhật Bản đối với các bác sĩ đang từng bước áp dụng theo mô hình của Hoa Kỳ.

Tại Hàn Quốc, Luật Dịch vụ Y tế Hàn Quốc lần đầu được ban hành năm 1951. Một trong những nội dung đã được quy định trong Luật là quy định về điều kiện để được cấp phép hoạt động chuyên môn, phạm vi hoạt động chuyên môn, kỳ thi quốc gia để cấp giấy phép hành nghề, hoạt động chuyên môn của giảng viên và sinh viên chuyên ngành tại cơ sở y tế, vai trò của hội nghề nghiệp. Qua nhiều giai đoạn khác nhau, hiện nay việc thi đánh giá NLNN do Viện Kiểm tra cấp phép hành nghề y tế Hàn Quốc (The Korea Health Personnel Licensing Examination Institute - KHPLEI) thực hiện. Kỳ thi được tổ chức tại nhiều địa điểm, thời gian khác nhau do ứng dụng công nghệ thông tin, thi trên máy tính bảng, tạo thuận lợi tối đa cho người dự thi.

Tại Hồng Kông (Trung Quốc) và Úc, các cơ sở đào tạo trong nước đều phải đạt chuẩn kiểm định, các kỳ thi tại các cơ sở đào tạo đều đạt chuẩn chung và chương trình đào tạo đều hướng tới chuẩn năng lực nghề nghiệp. Chính vì vậy, việc thi đánh giá NLNN chỉ áp dụng đối với người nước ngoài có nhu cầu đến hành nghề tại Hồng Kông hoặc Úc. Cơ quan tổ chức thi tại Hồng Kông và Úc đều do Hội đồng Y khoa thực hiện.

Tại các nước khu vực ASEAN, ngoại trừ Brunei không có cơ sở đào tạo y khoa và tiếp nhận các bác sĩ đạt chuẩn và đã được cấp CCHN ở nước ngoài. Các nước trong khu vực đều đã triển khai tổ chức thi để cấp CCHN từ rất lâu. Qua nghiên cứu cho thấy, trong khu vực ASEAN hiện nay chỉ còn Việt Nam và Myanmar là chưa thi đánh giá NLNN để cấp CCHN. Nhiều nước trong khu vực đã thể chế

hóa việc thi quốc gia để cấp từ rất lâu như Philippines hoặc Thái Lan.

Philippines ban hành Luật Y tế (Medical Law) từ năm 1915, và năm 1919 tách ra thành Luật Y khoa và Luật Điều dưỡng riêng, trong đó đã quy định về thi để cấp CCHN và năm 1920 chính thức áp dụng. Cơ quan tổ chức thi là Hội đồng Y khoa (đối với bác sĩ) và Hội đồng Điều dưỡng (đối với điều dưỡng).

Thái Lan có các luật chuyên ngành như Luật Y khoa, Luật Điều dưỡng từ những năm 70 của thế kỷ trước, trong đó lần đầu tiên áp dụng kỳ thi quốc gia để cấp CCHN cho Điều dưỡng, Hộ sinh là năm 1998 và cho Bác sĩ là năm 2000. Cơ quan tổ chức thi là Hội đồng Y khoa (đối với bác sĩ) và Hội đồng Điều dưỡng (đối với điều dưỡng).

2. Về đơn vị tổ chức kỳ thi quốc gia đánh giá NLNN và mô hình hoạt động của Hội đồng Y khoa

Về mô hình tổ chức, qua nghiên cứu ở trên cho thấy, đơn vị chịu trách nhiệm tổ chức thi đánh giá NLNN là do một tổ chức độc lập với các hình thức: (i) được nhà nước công nhận, thường là mô hình Hội đồng Y khoa như Hoa Kỳ, Hồng Kông, Úc. Ở các nước ASEAN, ngoại trừ Brunei, hầu hết các nước đã có tổ chức theo mô hình Hội đồng Y khoa bao gồm: Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore, Thái Lan; (ii) hoặc do nhà nước ủy quyền (Hàn Quốc) hoặc (iii) do cơ quan nhà nước thực hiện (Nhật Bản). Dù theo hình thức nào thì vẫn phải được thể chế hóa mà cao nhất là được luật hóa, trong đó xác định rõ thẩm quyền và có những quy định, chế tài giám sát chặt chẽ.

Về chức năng, nhiệm vụ, tùy theo thể chế của mỗi nước, cơ quan tổ chức thi đánh giá NLNN có những chức năng, nhiệm vụ cụ thể khác nhau, nhưng đều có điểm chung là tập trung vào ba nhóm chính: (i) Xây dựng và ban hành chuẩn NLNN; (ii) Thi và công nhận NLNN; (iii) Kiểm định chất lượng dịch vụ y tế, kiểm định chất lượng giáo dục (đặc biệt là đối với chất lượng đào tạo chuyên khoa).

Về cơ cấu tổ chức, đối với mô hình nào cũng đều có sự tham gia của các tổ chức liên quan, bảo đảm sự tham gia của cơ quan quản lý (thiếu số), cơ sở đào tạo, cơ sở sử dụng nhân lực, các hội nghề nghiệp, chuyên gia pháp lý, bảo vệ người bệnh,... để bảo đảm cân bằng lợi ích, tính khách quan và tính minh bạch.

Kỳ thi tại Nhật Bản do Bộ Y tế tổ chức nhưng có sự tham gia của Hội Bác sĩ (đối với bác sĩ) hoặc Hội Điều dưỡng (đối với điều dưỡng), sự tham gia của Bộ Giáo dục, của các chuyên gia đào tạo, hiệp hội bệnh viện, cựu sinh viên, ...

Hội đồng Y khoa Hồng Kông (Trung Quốc) bao gồm đại diện của các Hội chuyên ngành khác nhau: Hội hành nghề Tây y, Hội Điều dưỡng, Hội Đông y, Hội Răng Hàm Mặt, ... Cơ cấu nhân lực của Hội đồng Y khoa Hồng Kông có sự tham gia của các thành viên chuyên trách là các giáo sư, giảng viên từ các trường đào tạo y khoa (đã nghỉ hưu), thành viên bán thời gian là những giáo sư, giảng viên, bác sĩ tại các bệnh viện (hiện đang làm việc).

Hội đồng Y khoa quốc gia ở Úc được thành lập bởi Hội đồng Bộ trưởng y tế Úc, có 15 Hội đồng tương ứng với 15 chuyên ngành sức khỏe khác nhau thuộc 8 bang/lãnh thổ và liên bang. Cơ cấu nhân lực của Hội đồng Y khoa quốc gia Úc gồm có: 12 thành viên do Bộ trưởng chỉ định, 4 thành viên cộng đồng, 8 bác sĩ được lựa chọn thông qua quảng bá tới công chúng về những vị trí trống của Hội đồng Y khoa quốc gia và để cho những người quan tâm có thể đăng ký, sau đó Chủ tịch Hội đồng Y khoa quốc gia sàng lọc và đề xuất để Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quyết định. Các thành viên làm việc theo chế độ bán thời gian và được chi trả phụ cấp.

Cơ cấu tổ chức của Hội đồng Y khoa quốc gia Thái Lan bao gồm 06 bộ phận trong đó có Trung tâm Kiểm định và Đánh giá y khoa (CMA). Trung tâm này có 03 thành viên làm việc toàn thời gian còn lại là các nhân viên làm bán thời gian. Tổng số thành viên của CMA là 16 người, gồm có: 03 người từ Hội đồng Y

khoa quốc gia; 3 người từ các trường Y khoa; 03 người từ Hiệp hội trường Y Thái Lan; 03 người cán bộ/giảng viên do Hội đồng Y khoa quốc gia Thái Lan chọn; 04 người trong nhóm làm việc được Hiệp hội trường Y chọn để triển khai quá trình thi.

Người đứng đầu Hội đồng Y khoa quốc gia là Chủ tịch Hội đồng Y khoa quốc gia, thường là chuyên gia độc lập, có uy tín rất cao, được Thủ tướng hoặc Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm.

3. Một số kiến nghị đối với Việt Nam về cấp CCHN khám bệnh, chữa bệnh và Hội đồng Y khoa quốc gia

Trong bối cảnh thực tế Việt Nam hiện nay, chất lượng đào tạo nhân lực y tế chưa có bộ tiêu chuẩn kiểm định riêng (cả về tiêu chuẩn kiểm định cơ sở đào tạo và tiêu chuẩn kiểm định chương trình đào tạo) theo hướng hội nhập quốc tế, việc thể chế hóa cơ chế kiểm soát chất lượng nguồn nhân lực trước khi tham gia hệ thống y tế để cung cấp dịch vụ y tế, giúp cho người dân được hưởng dịch vụ y tế có chất lượng như các nước trên thế giới là rất cần thiết.

Từ kinh nghiệm của một số quốc gia trên thế giới về thi đánh giá NLNN để cấp CCHN khám bệnh, chữa bệnh và mô hình tổ chức của Hội đồng Y khoa quốc gia cho thấy Việt Nam cần thiết phải tổ chức kỳ thi quốc gia đánh giá NLNN. Thi đánh giá NLNN làm cơ sở để cấp CCHN khám bệnh, chữa bệnh sẽ xác định được người có đủ NLNN mới được cấp CCHN, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế mà mục đích cuối cùng là người dân được hưởng dịch vụ y tế có chất lượng, đem lại an toàn cho người bệnh, hạn chế những hậu quả, tai biến có thể xảy ra trong công tác khám, chữa bệnh.

Việc tổ chức thi đánh giá năng lực hành nghề cần phải được thực hiện thông qua một tổ chức độc lập mà theo xu hướng chung là mô hình Hội đồng Y khoa quốc gia để giúp các cơ quan quản lý nhà nước đánh giá một cách khách quan năng lực, thực trạng chất lượng người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh. Hội

đồng Y khoa quốc gia là cơ chế hiệu quả, linh hoạt, tiết kiệm để huy động sự tham gia và tận dụng, kết hợp hiệu quả nguồn lực chung từ các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở đào tạo y khoa, các tổ chức hội nghề nghiệp trong đánh giá năng lực người hành nghề; phù hợp với chủ trương cải cách hành chính, tinh gọn bộ máy. Việc thành lập mô hình Hội đồng Y khoa quốc gia là thực hiện đúng chủ trương: Nhà nước ban hành thể chế, chính sách và đưa các định hướng chứ không đi vào các công việc cụ thể, thực thi, tác nghiệp; Hội đồng Y khoa tổ chức thực thi, tác nghiệp theo thẩm quyền được Nhà nước giao nhằm nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế theo đúng định hướng và chủ trương, chính sách của Nhà nước.

Việt Nam đã và đang hội nhập quốc tế ngày càng sâu rộng, mà mới đây nhất là Hiệp định Thương mại với EU. Việt Nam đã tham gia vào Cộng đồng kinh tế ASEAN hình thành thị trường lao động tự do trong khu vực; đã ký kết các Thỏa thuận công nhận lẫn nhau về các lĩnh vực Y khoa, Nha khoa và Điều dưỡng. Chính vì vậy, Việt Nam cần nghiên cứu để hoàn thiện về thể chế trong đó có những quy định về cấp CCHN bảo đảm tương thích và phù hợp với thông lệ quốc tế và khu vực. Đây cũng là cơ chế cần thiết để kiểm soát chất lượng và NLNN của người nước ngoài có nhu cầu đến hành nghề tại Việt Nam, đồng thời để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế của Việt Nam và giúp cho nhân lực y tế Việt Nam chủ động khi tham gia thị trường lao động ở nước ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ASEAN (2008), Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners.
2. Vũ Minh Hạnh, Viện Chiến lược và chính sách y tế (2016). Thông tin về kỳ thi quốc gia cấp phép hành nghề tại Hong Kong, Úc, Thái Lan, Hoa Kỳ, Nhật Bản.
3. Iwasawa Kazuko (2017), Cơ chế kỳ thi quốc gia về điều dưỡng và cấp bằng tại Nhật Bản, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi xã hội Nhật Bản.
4. Richard JAMES (2019), Sửa đổi luật khám bệnh, chữa bệnh (LET) - Cấp phép cho người hành nghề y - Kinh nghiệm quốc tế & khuyến nghị.
5. Ministry of Health and Welfare of Korea (2015), Medical Service Act of Korea.
6. Republic of the Philippines (1991), An Act Regulating the practice of nursing in the Philippines, Republic Act No. 7164. 82.
7. Republic of the Philippines (2002), An Act Providing for a more responsive nursing profession, repealing for the purpose republic act no. 7164, otherwise known as "the Philippine nursing act of 1991" and for other purposes. Republic Act No. 9173.
8. Sugita Shio, Ministry of Health, Labour and Welfare Government of Japan (2016), Japan's Nursing Administration.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRA XHH: THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT VỀ KHÁM, CHỮA BỆNH TRONG THỜI GIAN QUA

■ Ngọc Cường

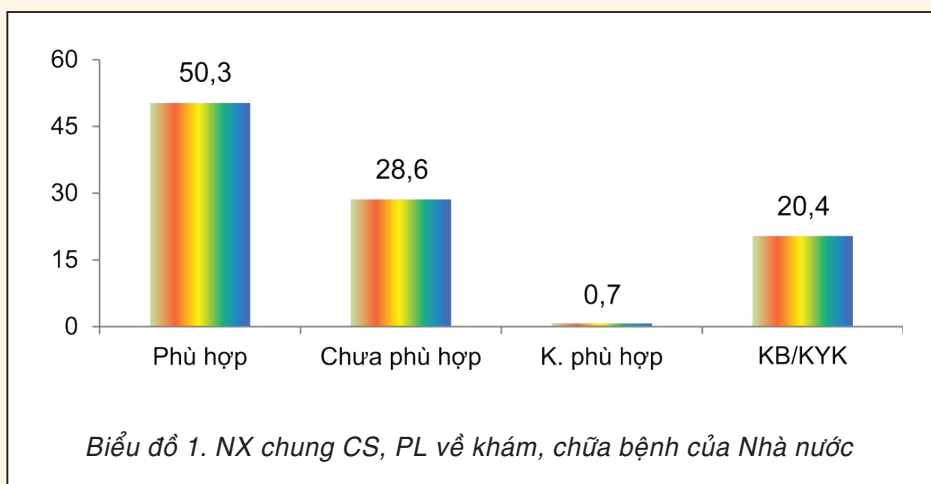
Với mục đích cung cấp thêm thông tin, số liệu định lượng phục vụ đại biểu Quốc hội và các cơ quan của Quốc hội, Thư viện Quốc hội thực hiện khảo sát nhằm thu thập ý kiến nhận xét, đánh giá của các nhóm đối tượng, đại diện người dân (bệnh nhân và thân nhân người bệnh); y, bác sĩ (thầy thuốc, y, bác sĩ và nhân viên y tế) và đại diện cán bộ, công chức làm việc trong lĩnh vực y tế về tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về khám, chữa bệnh (KCB) thời gian qua và về một số quy định đang còn có ý kiến khác nhau trong Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi). Cuộc khảo sát được thực hiện trên 844 người của 04 tỉnh/thành phố, theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên và phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi. Qua phân tích kết quả khảo sát của Thư viện Quốc hội, chúng tôi thấy một số kết quả đáng quan tâm:

1. Tình hình ban hành và thực hiện chính sách, pháp luật về KCB thời gian qua

1.1. Tình hình ban hành chính sách, pháp luật về KCB thời gian qua: **50.3%** nhận xét chung chính sách, pháp luật trong lĩnh vực KCB hiện nay là **phù hợp**; **29.3%** chưa **phù hợp** và **không phù hợp**. Trong số ý kiến đánh giá phù hợp, nhóm người dân chiếm tỷ lệ % cao nhất (**63.5%**), nhóm cán bộ, công chức là **35.5%**, nhóm bác sĩ, y tá là **33.8%**.

Có 52% số cán bộ, công chức, bác sĩ, y tá cho rằng nội dung văn bản hướng dẫn thi hành Luật KCB còn có **sự chùng chèo, bất cập**; **34.5%** đánh giá **thống nhất, rõ ràng**. Về việc ban hành các văn bản hướng dẫn thực hiện có **37.4%** cán bộ, công chức và bác sĩ, y bác sĩ cho rằng văn bản hướng dẫn thi hành được ban hành **kịp thời và đầy đủ**, trong khi

có tới **47%** nhận xét **chưa đầy đủ, còn chậm** và **3.4%** **không đầy đủ**. Nguyên nhân chủ yếu của việc văn bản hướng dẫn chưa được ban hành kịp thời, đầy đủ là do: Có văn bản không phù hợp với tình hình, điều kiện thực tế tại địa phương, không theo kịp sự phát triển của ngành và của xã hội; Văn bản chưa rõ ràng, đồng

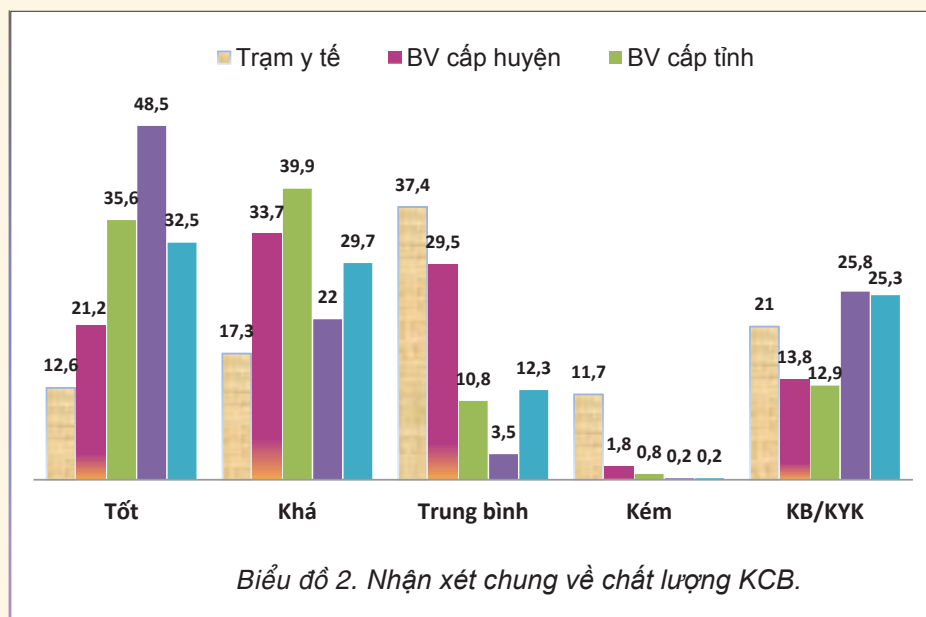


bộ, còn chông chéo, chưa thống nhất giữa BHXH và BHYT, nhiều thủ tục, quy định làm người dân không được hưởng đúng các chế độ; Số lượng văn bản nhiều; Cấp chứng chỉ hành nghề chưa hợp lý đối với các nhân viên y tế làm việc tại các Trạm y tế (TYT), Trung tâm y tế (TTYT); quy định cấp giấy chứng chỉ hành nghề cho người nước ngoài khi hành nghề tại Việt Nam chưa được chặt chẽ...

1.2. Tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về KCB thời gian qua.

a) Về chất lượng KCB: Chất lượng KCB được đánh giá ở mức tốt và khá tăng dần từ TYT xã, phường đến bệnh viện (BV) tuyến trung ương. Cụ thể, có **12.6%** đánh giá chung về chất lượng KCB của TYT xã, phường ở mức **tốt**, **17.3%** đánh giá ở mức **khá**. Tỷ lệ tương tự ở BV tuyến quận, huyện là **21.2%** và **33.7%**; BV tuyến tỉnh là **35.6%** và **39.9%**; BV tuyến trung ương là **48.5%** và **22%**. Đối với cơ sở KCB tư nhân, khoảng cách tỷ lệ % những người được hỏi đánh giá ở mức **tốt** và **khá** không có sự khác biệt nhiều, cụ thể là **32.5%** đánh giá ở mức **tốt** và **29.7%** lựa chọn phương án **khá**.

Lý do những người được hỏi có nhận xét, đánh giá chất lượng KCB ở mức trung bình, kém chủ yếu là: Do số lượng bệnh nhân đông, bác sĩ không đủ thời gian khám, tư vấn kỹ, đầy đủ cho bệnh nhân; Nhân viên y tế tuyến cơ sở ít được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và chuyên môn chưa cao; Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị hỗ trợ KCB còn thiếu và không tốt; Chế độ, chính sách đãi ngộ nhân viên y tế chưa phù hợp, mức lương thấp và chưa hợp lý; Quản lý nhà nước trong lĩnh vực y tế còn chông chéo, công tác quản lý hoạt

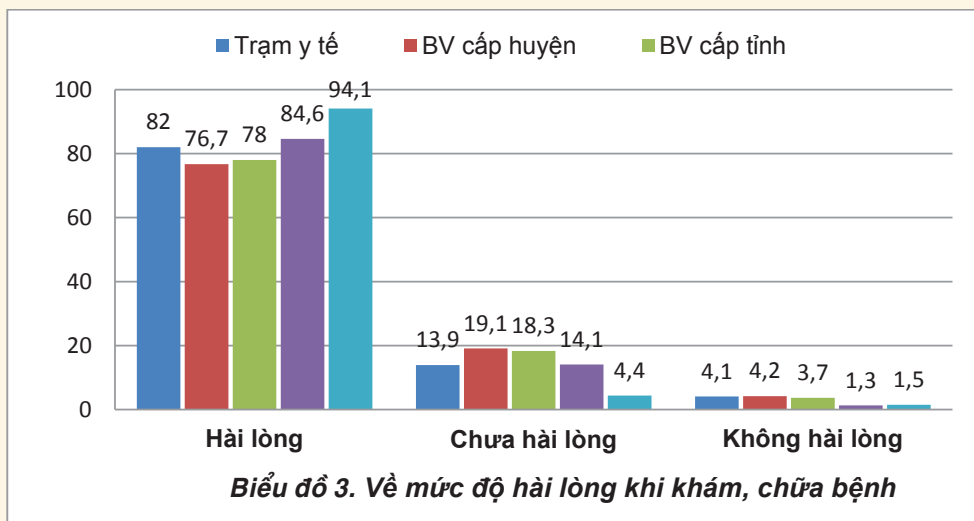


động KCB đối với phòng khám tư nhân chưa chặt chẽ; Phân tuyến, chia tuyến khám chữa bệnh chưa hợp lý.

b. Về sự hài lòng khi KCB: Đa số người dân tham gia cuộc khảo sát này bày tỏ sự hài lòng khi thực hiện KCB tại các cơ sở y tế (CSYT), BV tư nhân (**94.1%**); tiếp đến là BV tuyến trung ương (**84.6%**) và TYT xã, phường (**82%**); Hai tuyến có tỷ lệ % hài lòng ít hơn là BV tuyến quận, huyện và BV tuyến tỉnh, với tỷ lệ % số người đánh giá ở mức hài lòng và chưa hài lòng lần lượt là: BV tuyến tỉnh: **78%** và **18.3%**; BV tuyến quận, huyện: **76.7%** và **19.1%**. Có **80.5%** bày tỏ sự hài lòng khi thực hiện KCB bằng thẻ bảo BHYT, trong đó có **72.5%** đánh giá thủ tục KCB bệnh bằng thẻ BHYT như hiện nay là thuận tiện, phù hợp. Ngoài ra, cũng có **14.9%** lựa chọn phương án chưa hài lòng và có **57.2%** đánh giá việc chuyển tuyến KCB theo BHYT hiện nay còn khó khăn, mất nhiều thời gian.

Lý do những người được hỏi chưa hài lòng khi sử dụng BHYT để KCB là: Thái độ ứng xử của nhân viên y tế đối với người KCB; bác sĩ ít quan tâm đến bệnh nhân khám bảo hiểm; KCB theo bảo hiểm còn bị hạn chế, thuốc cấp chưa đầy đủ; Chất lượng KCB còn thấp; Thời gian chờ đợi lâu, dịch vụ không tốt; Chuyển tuyến khó khăn, thủ tục rườm rà...

c. Về thời gian chờ, đợi và thái độ của đội ngũ y, bác sĩ trong KCB: Có **34.7%** người dân cho rằng thời gian chờ, đợi để KCB ở BV tuyến tỉnh mất thời gian (lâu) hơn các tuyến khác, tiếp đến là BV tuyến trung ương (**27.7%**) và BV tuyến quận/huyện (**27.5%**).



Sự quan tâm của đội ngũ y, bác sĩ và nhân viên y tế đối với người bệnh phần lớn được ghi nhận, đặc biệt những người đang làm việc tại CSYT, BV tư nhân đối với bệnh nhân được đánh giá cao hơn hẳn các cơ sở y tế khác (**78.2%** nhận xét được quan tâm, chu đáo khi thăm KCB), tiếp đến là BV tuyến quận, huyện (**59%**). Ở BV tuyến tỉnh, mặc dù có đến **58%** đánh giá có thái độ quan tâm, chu đáo nhưng cũng có đến **14.2%** nhận xét là thờ ơ, lạnh nhạt với người bệnh.

d. Tình trạng quá tải, năng lực và số lượng bác sĩ, y tá và nhân viên y tế so với nhu cầu: Tình trạng quá tải ở chủ yếu xảy ra ở các BV tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Có **21.9%** đánh giá lượng người đến KCB ở BV tuyến tỉnh là **quá đông**; **49.8%** **đông**; tỷ lệ % tương tự ở BV tuyến trung ương là **51.7%** và **19.3%**; Năng lực, trình độ chuyên môn của đội ngũ y, bác sĩ và nhân viên y tế đang làm việc tại tuyến y tế cơ sở không được đánh giá cao khi có **44.9%** đánh giá ở mức **bình thường** và **16.5%** đánh giá **yếu và rất yếu**; Số lượng bác sĩ, y tá và nhân viên y tế so với nhu cầu thực tế ở các tuyến y tế hiện nay đều được

đánh giá là còn thiếu, duy chỉ có CSYT, BV tư nhân được cho là **vừa đủ (56.6%)**. BV tuyến quận, huyện và tuyến tỉnh có tỷ lệ % đánh giá còn **thiếu hoặc rất thiếu**, lần lượt là **52.1%** và **50.2%**.

e. Ý thức chấp hành pháp luật và công tác thanh tra, kiểm tra và xử lý các hành vi vi phạm về KCB: Có **74.3%** nhận xét ý thức chấp hành pháp luật của bác sĩ, y tá và nhân viên y tế tốt, ở người dân là **56.5%**. Ngược lại, có **36.5%** đánh giá ý thức chấp hành người dân chưa tốt hoặc không tốt; ở nhóm bác sĩ, y tá

và nhân viên y tế là 17.8%. Có **35.8%** cho rằng công tác thanh tra, kiểm tra thực hiện chính sách, pháp luật về KCB được thực hiện **thường xuyên**, **26.5%** cho rằng **không thường xuyên**; **37.3%** đánh giá việc xử lý các hành vi vi phạm pháp luật về KCB được xử lý **ng nghiêm**, **24.7%** đánh giá là **chưa nghiêm** và **2.1%** khẳng định là **không nghiêm**.

Những ý kiến đánh giá ý thức chấp hành pháp luật của bác sĩ, y tá và nhân viên y tế chưa tốt hoặc không tốt chủ yếu là do: thực hiện chưa tốt quy định cấm; chưa thực hiện hết trách nhiệm trong thăm khám và chữa bệnh; hoặc vẫn có những bác sĩ, y tá và nhân viên y tế có phẩm chất đạo đức chưa tốt...; Đối với nhóm người dân và bệnh nhân chủ yếu là do thiếu hiểu biết về pháp luật; Nhiều bệnh nhân chưa có ý thức trong thực hiện KCB; Chưa thực hiện tuyên truyền tốt cho người bệnh...

2. Một số nội dung liên quan đến Dự thảo Luật KCB (sửa đổi)

2.1. Về mở rộng đối tượng được cấp chứng chỉ hành nghề KCB và xác định cơ sở KCB: Có

48.1% đồng tình với việc cấp chứng chỉ hành nghề KCB cho đối tượng là cử nhân sinh học đang làm việc và thực hiện các khâu, biện pháp kỹ thuật trong các BV và cơ sở y tế, tiếp đến là cử nhân hóa học (**35.6%**); Kỹ sư vật lý y học (**33.6%**); Kỹ sư y học hạt nhân (**29.9%**). Ngoài ra, còn có một số đối tượng khác cũng được những người được hỏi kiến nghị cấp chứng chỉ hành nghề KCB như: Cử nhân y tế công cộng; Kỹ thuật viên thực phẩm; Cử nhân di truyền học; Giám định viên BHYT; Có **73.9%** đồng tình với việc xác định cơ sở KCB bao gồm: Bệnh viện; Cơ sở giám định y khoa; Phòng khám đa khoa; Phòng khám chuyên khoa, bác sỹ gia đình; Phòng chẩn trị y học cổ truyền; Nhà hộ sinh; Cơ sở chẩn đoán; Cơ sở dịch vụ y tế; Trạm y tế cấp xã và tương đương; và Trung tâm y tế huyện.

2.2. Thời hạn giá trị của chứng chỉ hành nghề KCB: Có **54.4%** bày tỏ sự ủng hộ *nên* có quy định cụ thể về thời hạn giá trị của chứng chỉ hành nghề KCB, **25,1%** cho rằng *không nên*. Trong đó: nhóm người dân có **63.1%** ý kiến ủng hộ; nhóm y, bác sỹ là **45.7%**; Ngược lại, có **33.6%** số y, bác sỹ và nhân viên y tế *không đồng ý* với việc quy định thời hạn giá trị của chứng chỉ hành nghề KCB.

Về thời hạn cụ thể của chứng chỉ hành nghề: Có **36.9%** cho rằng thời hạn giá trị của chứng chỉ nên quy định là **5 năm**, tiếp đến là **23.6%** lựa chọn phương án **10 năm**, **22.5%** lựa chọn phương án **03 năm** và có **17%** lựa chọn phương án khác.

2.3. Về thi cấp chứng chỉ hành nghề KCB: **67.6%** số người được hỏi bày tỏ sự đồng tình với quy định thi để được cấp chứng chỉ hành nghề KCB, **17.1%** số người được hỏi không ủng hộ và **5.8%** bày tỏ thái độ phân vân với dự kiến quy định này.

2.4. Quy định về ngôn ngữ đối với người nước ngoài: Có **70.2%** số người được hỏi ủng hộ quy định người nước ngoài hành nghề KCB tại Việt Nam phải thi tiếng Việt để được cấp chứng chỉ hành nghề. **28.8%** nghiêng về phương án *"chỉ cần thuê phiên dịch"* và trong

số này, số người được hỏi thuộc nhóm y, bác sỹ và nhân viên y tế chiếm (**51.9%**).

2.5. Về quy định thành lập Hội đồng y khoa quốc gia: Có **78.2%** số người được hỏi đồng tình với quy định thành lập Hội đồng y khoa quốc gia, trong đó có **86%** số người thuộc nhóm y, bác sỹ và nhân viên y tế.

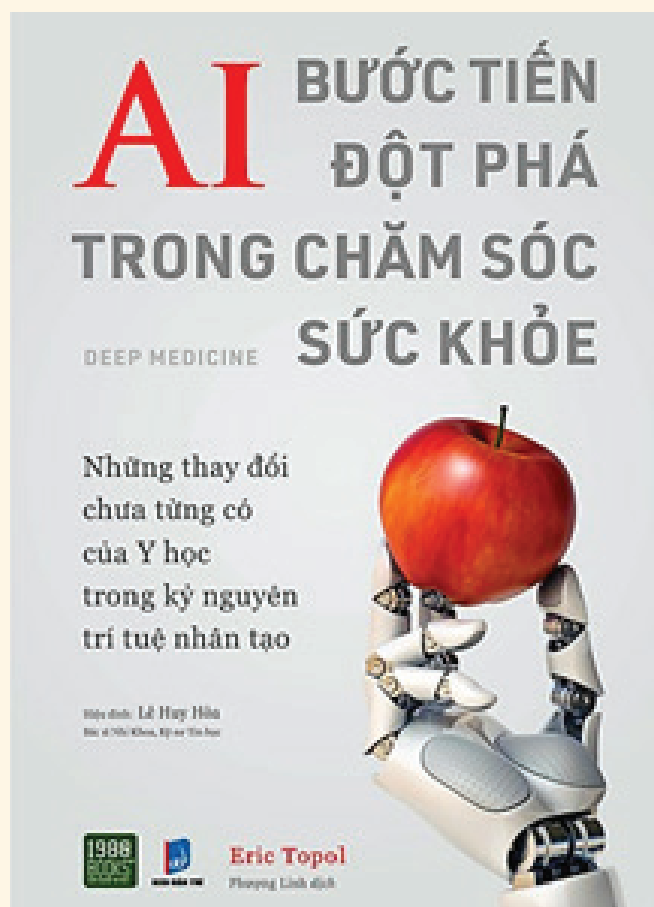
3. Ghi nhận một số đề xuất, kiến nghị thêm từ phía các nhóm đối tượng được hỏi: Cần quan tâm nâng cao năng lực y tế các tuyến dưới (lương, chế độ đãi ngộ, tăng cường bác sỹ giỏi, nâng cao chất lượng, bảo đảm đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị); Cấp chứng chỉ hành nghề KCB cho bác sỹ y học dự phòng bởi thời gian học giống bác sỹ đa khoa; Bổ sung loại hình nhân viên y tế gồm chuyên viên cấp cứu ngoại viện; Cần quy định cụ thể tổ chức đánh giá kiểm định chất lượng bệnh viện độc lập; Đưa cơ sở Spa, phun xăm thẩm mỹ vào đối tượng quản lý của Luật KCB; Xây dựng tiêu chí, điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề tư nhân, phòng khám ngoài giờ; Thành lập hội nghề nghiệp theo chuyên khoa để đào tạo chuyên môn và bảo vệ bác sỹ khi có tai biến; Cần có hội đồng giám định xem xét các quyết định của BHYT; Thực hiện chế độ bảo hiểm chung cho tất cả các bệnh viện, mua BHYT được khám ở mọi nơi; Công tác chuyển tuyến cần sửa đổi nhằm đơn giản hóa thủ tục cho người bệnh; Nhà nước cần có chính sách nhằm đẩy mạnh loại hình khám, chữa bệnh tại gia đình; Cần xử lý nghiêm, tăng chế tài xử phạt đối với những cá nhân có hành vi bạo hành nhân viên y tế...

Quý đại biểu muốn xem chi tiết kết quả khảo sát của Thư viện Quốc hội xin vui lòng truy cập địa chỉ: <https://www.thuvienso.quochoi.vn>; hoặc: <https://www.muontailieuso.quochoi.vn>. Riêng đối với đại biểu Quốc hội có thể yêu cầu cung cấp kết quả khảo sát thông qua phần mềm cung cấp thông tin trực tuyến phục vụ đại biểu tại địa chỉ: <https://www.hht.quochoi.vn>.

AI

BƯỚC ĐỘT PHÁ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

■ Mạc Thùy Dương²⁵



(Sách AI – Bước tiến đột phá trong chăm sóc sức khỏe. Nguồn Internet)

Trí tuệ nhân tạo, thuật ngữ tiếng Anh là Artificial Intelligence (AI) - một ngành thuộc lĩnh vực khoa học máy tính, là trí tuệ do con người lập trình tạo nên với mục tiêu giúp máy tính có thể tự động hóa các hành vi thông minh như con người. Trí tuệ nhân tạo giúp máy tính có được trí tuệ gần như của con người: biết suy nghĩ và lập luận để giải quyết vấn đề, biết giao tiếp do hiểu ngôn ngữ, tiếng nói, biết học và tự thích nghi...

Eric Topol – Một bác sĩ tim mạch người Mỹ, một nhà tiên phong về cách mạng AI trong chăm sóc sức khỏe con người, top 10 nhà khoa học có những bài báo được trích dẫn nhiều nhất hiện nay, tác giả cuốn **“AI – Bước tiến đột phá trong chăm sóc sức khỏe”**. Ông cho rằng, chúng ta đang sống trong Cách mạng công nghiệp lần thứ tư, một cuộc cách mạng sâu sắc đến độ chẳng thể đem so với sự phát minh ra máy hơi nước, tàu hỏa, điện... Cách mạng công nghiệp lần thứ tư xoay quanh trí tuệ nhân tạo (AI), báo trước một cuộc cách mạng sâu sắc vốn đã hiển hiện trong cách chúng ta sống và làm việc. Cuộc cách mạng này sẽ bao phủ mọi khía cạnh của con người, y học cũng nằm trong số đó.

²⁵ Ths. Thư viện Quân đội.

Tại các nước đang phát triển trên thế giới, vẫn còn đó sự bất bình đẳng giữa các dịch vụ y tế ở thành thị và nông thôn, trong đó sự thiếu hụt bác sĩ là nguyên nhân chính. Trên khía cạnh chuyên môn, bất chấp mọi sự tiến bộ của y học, chúng ta vẫn thất bại thường xuyên trước bệnh nhân. Nền y học trong thời đại chúng ta đang sống đã chạm ngưỡng báo động về sự thiếu liên kết giữa con người với nhau, cụ thể là bác sĩ với bệnh nhân.

Giờ đây, khi trí tuệ nhân tạo đang phát triển nhanh chóng và đã bắt đầu được sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực y tế để cải thiện trình độ chuyên môn và hiệu quả công việc lâm sàng, hứa hẹn sẽ tạo nên một cuộc cách mạng trong ngành y.

Tuy nhiên, bên cạnh những ứng dụng quan trọng của AI trong lĩnh vực y tế như xây dựng sổ điện tử, theo dõi sức khỏe hàng ngày, khám bệnh online, phân tích bệnh lý dựa trên hình ảnh... AI không bao giờ thay thế được người bác sĩ, nó chỉ đóng vai trò trợ giúp, và các bác sĩ cũng cần biết cách thích nghi, ứng dụng AI để làm việc hiệu quả hơn.

Vậy làm thế nào để AI đưa y học phát triển và ngày một thắt chặt kết nối giữa bác sĩ và bệnh nhân? Làm thế nào để bác sĩ giao tiếp, đồng cảm, thấu hiểu với bệnh nhân bằng tất cả lòng trắc ẩn của mình?. Câu hỏi này phần nào đã được bác sĩ Eric Topol giải đáp trong cuốn **AI – Bước tiến đột phá trong chăm sóc sức khỏe**.

Với 13 chương và 480 trang, cuốn sách xoay quanh công cuộc tìm kiếm sự cân bằng cho bệnh nhân, bác sĩ và máy tính. Nếu chúng ta khai thác được thế mạnh độc đáo của máy móc để nuôi dưỡng mối liên hệ ngày càng cải thiện giữa con người thì chúng ta sẽ tìm ra được liệu pháp quyết định cho những bất cập trong y học ngày nay. Kết hợp năng lực con người và máy tính sẽ đưa y học tới một tầm cao mới.

AI giúp cho bác sĩ có thể tiếp cận và sử dụng khối lượng thông tin khổng lồ trong lĩnh vực y tế để hỗ trợ chăm sóc sức khỏe

người bệnh. Đó là lượng thông tin mới từ các công trình nghiên cứu, dữ liệu hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR), dữ liệu về xã hội học, lối sống sẽ không có ích trong chẩn đoán nếu không được phân tích toàn diện. Các công dụng của AI y tế cũng bao gồm các robot, các thiết bị y tế hỗ trợ.

Việc đưa công nghệ AI vào hệ thống quản lý, chăm sóc sức khỏe có thể giúp xác định các chẩn đoán và điều trị không cần thiết. Công nghệ AI y tế không chỉ tập trung và tương tác truyền thống giữa bệnh nhân với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà còn có thể được sử dụng trong quản lý hệ thống y tế cho các tổ chức quy mô lớn. Các hệ thống có thể theo dõi chỉ tiêu y tế, phục hồi chi phí và đáp ứng với điều trị, do đó làm tăng sức khỏe dân số và chất lượng chăm sóc.

Công nghệ AI trong y tế có tiềm năng làm cải thiện khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe và chất lượng chăm sóc sức khỏe. Bằng những trải nghiệm của mình, tác giả cuốn sách cho ta thấy AI đã mang lại cho chúng ta mức độ chính xác cao khi chẩn đoán và tiên lượng. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa chúng sẽ thay thế con người; thứ mà công nghệ này mang lại là một gợi ý, đề xuất, có thể chúng rất chính xác nhưng vẫn sẽ cần đến một bác sĩ cùng đội ngũ y tế tận tâm, giàu lương tri để khai thác những đề xuất này cho phù hợp với bệnh nhân.

Có thể nói, đây là một trong những cuốn sách tiêu biểu về chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh mà Thư viện Quốc hội lựa chọn để giới thiệu tới Quý đại biểu Quốc hội trong số chuyên đề này. Nếu có nhu cầu tìm hiểu cụ thể hơn về nội dung cuốn sách, Quý đại biểu có thể đọc tại chỗ hoặc mượn tại Phòng đọc - Thư viện Quốc hội Việt Nam.

Để liên hệ đọc, mượn sách, Quý đại biểu có thể truy cập thư viện truyền thống của Thư viện Quốc hội theo địa chỉ: <https://thuvientruyen-thong.quochoi.vn>.

NHỮNG QUY ĐỊNH LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC Y TẾ, KHÁM CHỮA BỆNH TRONG HIẾN PHÁP MỘT SỐ NƯỚC TẠI BỘ SƯU TẬP SỐ VỀ HIẾN PHÁP CỦA THƯ VIỆN QUỐC HỘI

■ **Trịnh Minh Hiền²⁶**

Hiến pháp là đạo luật cơ bản nhất của một nhà nước, chứa đựng những quy phạm quan trọng về tổ chức bộ máy nhà nước và các quyền cơ bản của công dân. Bản thân các văn bản Hiến pháp cũng chứa đựng trong đó những giá trị và ý nghĩa pháp lý, chính trị, văn hóa, lịch sử sâu sắc của từng quốc gia. Vì vậy, đã có những bản Hiến pháp trở nên phổ biến, có giá trị tham khảo trên phạm vi toàn cầu.

Trong quá trình ban hành các bản Hiến pháp và xây dựng nhà nước pháp quyền xã hội chủ nghĩa của nhân dân, do nhân dân và vì nhân dân ở Việt Nam, việc nghiên cứu, tìm hiểu Hiến pháp của các nước trên thế giới có ý nghĩa quan trọng. Qua quá trình sưu tầm và tích lũy, đến nay, Thư viện Quốc hội đã xây dựng được Bộ sưu tập số về Hiến pháp với 584 tài liệu trong đó có các bản Hiến pháp, các bài viết, các nghiên cứu, các chuyên đề, tổng hợp thông tin, bản dịch... liên quan đến Hiến pháp của các nước và của Việt Nam. Số lượng Hiến pháp của các quốc gia trên thế giới sưu tầm được là 199 bản, trong đó đã có 26 bản đã được biên dịch sang Tiếng Việt.

Trong 26 bản Hiến pháp đã được dịch này, có tới 16 bản quy định về vấn đề bảo vệ sức

khỏe, chăm sóc y tế... Theo quy định của Hiến pháp nhiều nước, chăm sóc y tế, khám chữa bệnh được xem như một quyền cơ bản của công dân với những khía cạnh cụ thể như:

- Mỗi người dân có quyền bảo vệ sức khỏe, chăm sóc y tế và việc này ở một số quốc gia là nhờ vào nguồn tiền ngân sách, tiền đóng bảo hiểm và những nguồn khác.
- Mọi người được tiếp cận một cách bình đẳng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Các cơ quan nhà nước có trách nhiệm bảo đảm chăm sóc sức khỏe đối với công dân, không phân biệt địa vị của họ.

Dưới đây là lược trích quy định cụ thể về chăm sóc y tế, khám chữa bệnh của một số bản Hiến pháp trong Bộ sưu tập tài liệu số của Thư viện Quốc hội:

1. Hiến pháp Liên bang Nga năm 1993

Điều 41

1. Mỗi người đều có quyền bảo vệ sức khỏe và chăm sóc y tế. Tại các cơ sở y tế của nhà nước và chính quyền địa phương, công dân được hưởng chăm sóc y tế không mất tiền nhờ nguồn tiền ngân sách, tiền đóng bảo hiểm và những nguồn khác.

²⁶ Ths. Bộ Tư pháp.

2. Ở Liên bang Nga các chương trình bảo vệ và nâng cao sức khỏe người dân được đầu tư các khoản tài chính, thực hiện các biện pháp phát triển hệ thống y tế nhà nước, địa phương, tư nhân; khuyến khích các hoạt động có thể nâng cao sức khỏe con người, phát triển thể dục, thể thao, giữ gìn một môi trường trong lành.

3. Việc che dấu các sự việc và hoàn cảnh đe dọa đến cuộc sống và sức khỏe con người phải bị truy cứu trách nhiệm theo pháp luật liên bang.

2. Hiến pháp Cộng hòa Ba Lan năm 1997

Điều 68

1. Mọi người có quyền được bảo vệ về sức khỏe.

2. Việc tiếp cận một cách bình đẳng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, do các nguồn tài chính công chi trả, sẽ được các cơ quan nhà nước bảo đảm đối với mọi công dân, không phân biệt địa vị của họ. Các điều kiện và phạm vi cung cấp các dịch vụ sẽ do luật định.

3. Các cơ quan nhà nước có trách nhiệm bảo đảm sự chăm sóc sức khỏe đặc biệt đối với trẻ em, phụ nữ mang thai, người tàn tật và người cao tuổi.

4. Các cơ quan nhà nước có trách nhiệm phòng chống các bệnh truyền nhiễm và ngăn chặn những hậu quả tiêu cực đối với sức khỏe và suy giảm môi trường.

5. Các cơ quan nhà nước có trách nhiệm hỗ trợ việc phát triển thể chất, đặc biệt là đối với trẻ em và người vị thành niên.

3. Hiến pháp Hunggari năm 2011

Điều XX

(1) Tất cả mọi người có quyền được bảo đảm sức khỏe thể chất và tinh thần.

(2) Hungary thúc đẩy việc thực hiện quyền được nêu trong đoạn (1) bằng việc bảo đảm rằng nền nông nghiệp của Hungary không bị ảnh hưởng bởi bất cứ sản phẩm biến đổi gen

nào, thông qua việc giúp người dân tiếp cận thực phẩm và nước uống sạch và bằng việc quản lý an toàn công nghiệp và chăm sóc y tế, hỗ trợ hoạt động thể thao và thể dục thường xuyên và bảo đảm việc bảo vệ môi trường.

4. Hiến pháp Liên bang Thụy sỹ năm 1999

Điều 41:

b. Mọi người đều được chăm sóc sức khỏe theo yêu cầu.

Điều 118: Bảo vệ sức khỏe

1. Trong phạm vi quyền hạn của mình, Liên bang thực hiện các biện pháp bảo vệ sức khỏe.

5. Hiến pháp Italia năm 1947

Điều 32

1) Nước Cộng hòa bảo vệ sức khỏe như một quyền cơ bản của cá nhân và lợi ích công cộng, bảo đảm chăm sóc y tế miễn phí cho người nghèo.

2) Không ai bị bắt buộc điều trị y tế trừ trường hợp theo quy định của luật. Trong mọi hoàn cảnh, luật đó không được xâm phạm các giới hạn của việc tôn trọng con người.

6. Hiến pháp Nam Phi năm 1996

27. Chăm sóc y tế, lương thực, nước uống và an ninh xã hội.

1. Mọi người có quyền được tiếp cận với:

a. Các dịch vụ sức khỏe, bao gồm chăm sóc sức khỏe sinh sản;

b. Lương thực và nước uống đầy đủ; và

c. An sinh xã hội, bao gồm những trợ cấp xã hội thích hợp khác nếu họ không thể tự lo liệu cho bản thân và người phụ thuộc.

2. Nhà nước thực thi biện pháp lập pháp và các biện pháp thích đáng khác, trong phạm vi nguồn lực hiện có, để thực hiện từng bước tiến bộ quyền này.

3. Không ai có thể bị từ chối chăm sóc y tế khẩn cấp.

7. Hiến pháp Nhật bản năm 1946

Điều 25

Mọi công dân đều có quyền hưởng mức sống tối thiểu lành mạnh và có giáo dục. Trong tất cả các lĩnh vực của đời sống, Chính phủ đều cố gắng khuyến khích, nâng cao hệ thống an ninh xã hội và y tế công cộng.

8. Hiến pháp Hàn Quốc năm 1997

Khoản 3, Điều 36

Nhà nước bảo đảm sức khỏe cho mọi công dân.

9. Hiến pháp Cộng hòa nhân dân Trung Hoa năm 1982

Điều 21

Nhà nước phát triển sự nghiệp vệ sinh y tế, phát triển ngành y tế hiện đại và y học truyền thống, khuyến khích và ủng hộ các tổ chức kinh tế tập thể nông thôn, đơn vị kinh tế, sự nghiệp nhà nước và các tổ chức dân phố (xã, phường) xây dựng cơ sở vệ sinh, y tế, triển khai hoạt động vệ sinh mang tính quần chúng, bảo vệ sức khỏe nhân dân...

10. Hiến pháp Thái Lan năm 2007

Điều 51:

Cá nhân có quyền bình đẳng hưởng các dịch vụ y tế công cộng phù hợp, có chất lượng và những người nghèo có quyền được nhận sự chăm sóc sức khỏe miễn phí từ các trung tâm y tế công cộng của Nhà nước.

Cá nhân có quyền nhận được dịch vụ y tế công cộng từ Nhà nước, dịch vụ này phải được cung cấp đầy đủ và hiệu quả.

Cá nhân có quyền được Nhà nước bảo vệ một cách phù hợp chống lại những bệnh lây nhiễm nguy hại và được chữa những bệnh đó một cách kịp thời mà không phải chịu chi phí.

Điều 80:

Nhà nước thực hiện những nguyên tắc định hướng chính sách Nhà nước liên quan

đến các vấn đề xã hội, y tế cộng đồng, các vấn đề giáo dục và văn hoá, như sau:

(2) Thúc đẩy, hỗ trợ và phát triển hệ thống y tế hướng tới hạnh phúc bền vững của người dân, cung cấp và thúc đẩy các dịch vụ y tế công cộng phù hợp với tiêu chuẩn một cách hiệu quả và triệt để, thúc đẩy sự tham gia của tư nhân và cộng đồng vào việc phát triển y tế và cung cấp dịch vụ y tế cộng đồng, với điều kiện là những người có nhiệm vụ cung cấp các dịch vụ này đã thực hiện nhiệm vụ của mình theo tiêu chuẩn và đạo đức nghề nghiệp, phải được bảo vệ.

11. Hiến pháp Việt Nam năm 2013

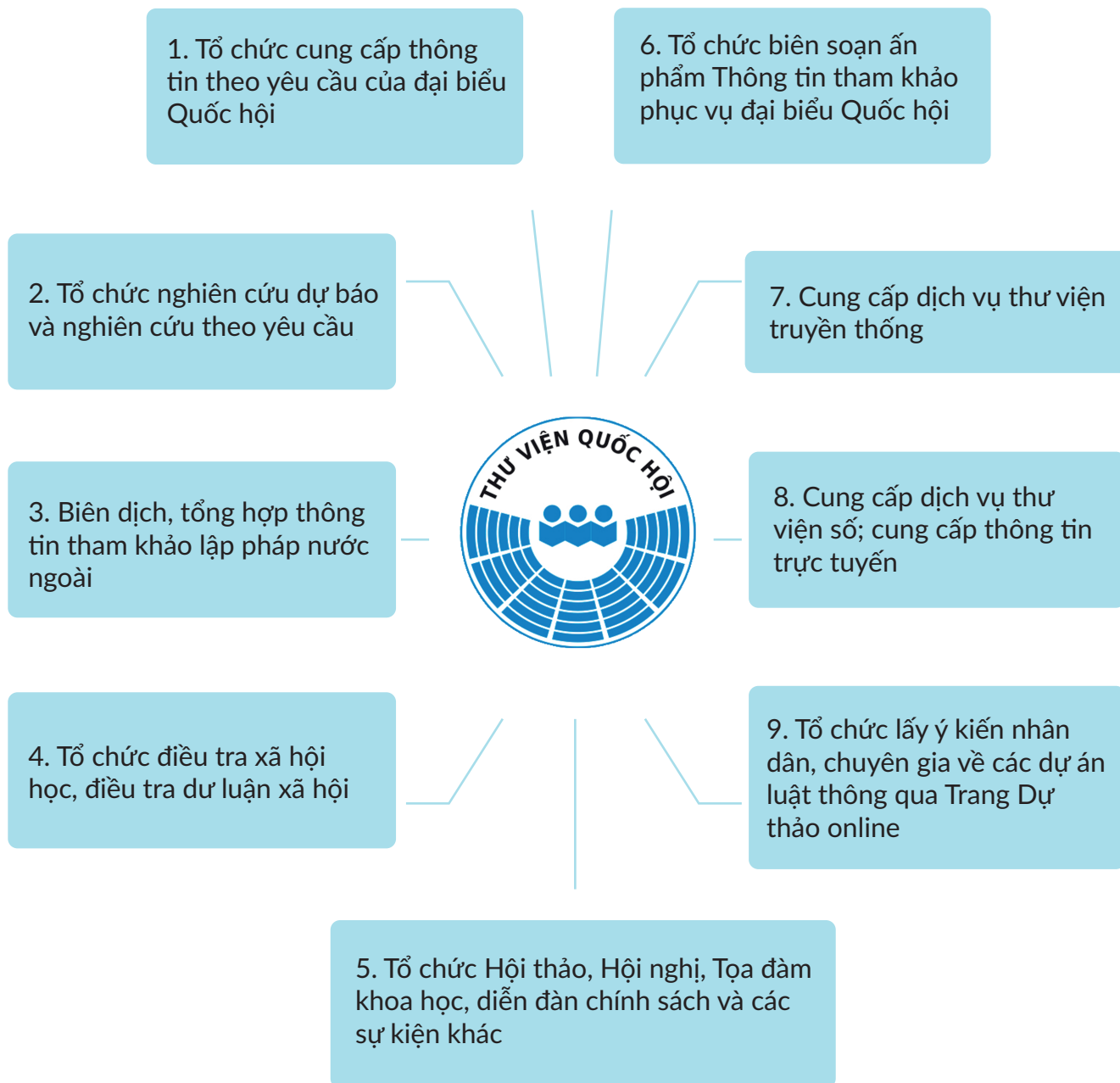
Điều 38.

1. Mọi người có quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế và có nghĩa vụ thực hiện các quy định về phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nghiêm cấm các hành vi đe dọa cuộc sống, sức khỏe của người khác và cộng đồng.

Trong khuôn khổ cho phép của ấn phẩm, chúng tôi chỉ lược trích quy định về chăm sóc y tế, khám chữa bệnh trong một số bản Hiến pháp của các nước từ Bộ sưu tập số về Hiến pháp của Thư viện Quốc hội. Thư viện Quốc hội sẽ tiếp tục tổ chức biên dịch và bổ sung thêm Hiến pháp của các quốc gia khác vào Bộ sưu tập này.

Để tham khảo đầy đủ và chi tiết, Quý đại biểu có thể truy cập bộ sưu tập số về Hiến pháp tại Thư viện số của Thư viện Quốc hội theo địa chỉ: <https://www.thuvienso.quochoi.vn/>; hoặc: <https://www.muontailieuso.quochoi.vn/>.



.....

Ấn phẩm này được in ấn với sự hỗ trợ của Dự án "Tăng cường năng lực cung cấp thông tin và nghiên cứu phục vụ các đại biểu Quốc hội và công chức Văn phòng Quốc hội vì mục tiêu phát triển kinh tế - xã hội bền vững tại Việt Nam" do Tổ chức Hanns Seidel (CHLB Đức) tài trợ.

CÁC TRANG THÔNG TIN VÀ CÔNG CỤ TRỰC TUYẾN CỦA THƯ VIỆN QUỐC HỘI

- Thông tin điện tử: <http://thuvien.quochoi.vn>
- Thư viện truyền thống: <http://thuvientruyenthong.quochoi.vn>
- Thư viện số: <http://thuvienso.quochoi.vn>
- Lấy ý kiến nhân dân về dự thảo luật: <http://duthaoonline.quochoi.vn>
- Mượn trả tài liệu số: <http://muontailieuso.quochoi.vn>
- Cung cấp thông tin trực tuyến: <http://hht.quochoi.vn>
(Dành riêng cho đại biểu Quốc hội)

