**GÓP Ý BỔ SUNG – ĐỌC THEO VĂN BẢN MỚI**

***Nguyễn Thanh Hồi***

***Giám đốc Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng***

1. **Một số lưu ý:**
* Dữ liệu: Trong trang 2 của tờ trình có nêu: cả nước có 14.000 cơ sở KCB, nhưng ngay sau đó lại nêu: bao gồm 21.048 phòng khám tư nhân; cũng mâu thuẫn với trang 1 có nêu: đã cấp phép 45.975 giấy phép hoạt động cho các cơ sở y tế;
* Bản online trên trang web của Quốc hội online: hiện vẫn là bản rất cũ;
1. **Một số ý kiến góp ý**
2. **Trong điều 6 “các hành vi bị cấm”:**
* Trong số 15 khoản của điều này, có tới 13 khoản là hành vi cấm của nhân viên y tế, chỉ có 2 khoản cấm dành cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Trong số 2 khoản cấm với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thì hầu hết là chung chung;
* Đề nghị làm rõ thuật ngữ “Bạo hành nhân viên y tế”. Trên thực tế, có rất nhiều tình huống người bệnh, người nhà người bệnh có hành vi xúc phạm, chửi bới, đe dọa gây tổn hại tới người hành nghề; hoặc chụp ảnh, đăng tải những thông tin không chính xác lên mạng internet => có được coi là bạo hành hay không ?
* **Khoản số 13 của điều 6: “Cấm cán bộ, công chức, viên chức y tế thành lập, tham gia thành lập hoặc tham gia quản lý, điều hành bệnh viện tư nhân ...”** => liệu chăng đây có phải là phân biệt đối xử giữa các bệnh viện công lập và bệnh viện tư nhân ??
1. Khoản 1, điều 11. Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án - nên lựa chọn phương án 1; việc cung cấp toàn bộ hồ sơ bệnh án là không cần thiết; trường hợp các cơ quan chức năng có yêu cầu thì cung cấp theo các quy định khác hiện hành;
2. **Điều 14. Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề**: hiện chưa nêu rõ, chi tiết về nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề ở những nội dung gì, chẳng hạn: khi tiếp xúc người hành nghề, khi người hành nghề khám bệnh, giải thích bệnh, khi tiếp nhận thông tin y tế từ người hành nghề ...;
3. **Điều 16: nghĩa vụ chi trả chi phí khám, chữa bệnh**

Đã nêu về nghĩa vụ chi trả chi phí, nhưng chưa nêu rõ trường hợp không chi trả thì có hướng xử lý thế nào ?

1. **Điều 17: thời hạn giấy phép hành nghề là 5 năm** => cần cân nhắc kỹ, và có hướng xử lý thế nào với những chứng chỉ hành nghề đã cấp không xác định thời hạn ?
* Việc thi tập trung về Bộ Y tế: xem xét tính khả thi;
* Nếu tính tới hành chính công cấp độ 4 => tức thi online => đã xem xét tới khía cạnh các bác sỹ vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo chưa ??
* Nếu đưa xuống các cơ sở đào tạo => có nên không ? vì bản thân trường đã cấp bằng rồi; Nếu giữ nguyên hệ thống như hiện nay: tức Bộ Y tế, Sở Y tế => thành lập các hội đồng tương ứng;
1. **Điều 20:** đề nghị bổ xung điều khoản yêu cầu người nước ngoài hành nghề tại Việt Nam cũng phải thi qua kỳ thi quốc gia đánh giá năng lực khám chữa bệnh như với bác sỹ tại Việt Nam
2. **Điều 26 và điều 27: về Hội đồng Y khoa quốc gia: đây là điều thực sự cần quan tâm, vì tính tác động tới toàn hệ thống**
* Hội đồng Y khoa Quốc gia: là một đơn vị sự nghiệp mới;
* Khi hội đồng được thành lập có 5 nhiệm vụ lớn, bao trùm rất nhiều mảng hoạt động của Y tế, trong đó chủ yếu là những mảng hoạt động mà hiện Cục Quản lý Khám chữa bệnh Bộ Y tế đang thực hiện; công việc thi đánh giá năng lực cho toàn hệ thống là rất lớn; sau đó chưa rõ cách thức hoạt động …
* Sau khi ban hành xong sẽ là: người người đi thi, nhà nhà đi thi;
* Việc thi lại chưa tiến hành ngay khi Luật có hiệu lực => tạo lỗ hổng của Luật,
* Nếu đã xem là nền tảng pháp lý để xây dựng => xây dựng dự án, để hoàn thiện cùng lúc với thời điểm Luật mới có hiệu lực; **hoặc có quy định cụ thể trong luật là có hiệu lực từ thời điểm nào.**
1. **Điều 28, 29, 30, 31: liên quan cấp, điều chỉnh, cấp lại chứng chỉ hành nghề**:

đề nghị làm rõ nội dung một số đối tượng khi đã có bằng cấp chuyên môn nhất định chẳng hạn: bằng Thạc sỹ, BSCKI, TS, BSCKII cùng chuyên ngành thì không cần giấy xác nhận quá trình thực hành phù hợp phạm vi hoạt động chuyên môn, do khi học những bằng cấp này đã có thời gian thực hành đủ theo quy định. Việc không làm rõ nội dung này, sẽ tiếp tục là điểm gây khó khăn cho các NVYT khi đi xin thêm xác nhận thời gian thực hành mà thực ra không cần thiết;

1. **Khoản 7, điều 33: Nguyên tắc đăng ký hành nghề**: Đề nghị xem xét lại số giờ **không quá 200 giờ** khi làm thêm tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu tại khoản 7, điều 33: điều này hạn chế năng lực cống hiến của bác sỹ, điều dưỡng, không đúng với chỉ đạo của Phó Thủ Tướng Vũ Đức Đam, bên cạnh đó không phù hợp quy định hiện nay cho phép KCB BHYT cả trong ngày thứ 7, chủ nhật. Nếu một người chỉ cần đăng ký làm thêm các thứ 7 hàng tuần thì đã là 384 giờ/ năm rồi;
2. **Cấm người đang làm Y tế công được đăng ký thành lập, điều hành cơ sở y tế tư** 🡺 đề nghị bỏ điều này
3. **Điều 50: Thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám, chữa bệnh**
* Cấp giấy phép hoạt động các bệnh viện tư nhân: nên để Sở Y tế cấp phép cũng tương tự như các bệnh viện công lập. Sở Y tế thực hiện cấp phép hoạt động với các bệnh viện tuyến tỉnh, những bệnh viện này đều có số giường rất lớn, thậm trí hơn 1.000 giường. Tính tới thời điểm hiện nay, hầu hết các bệnh viện tư nhân đều có số giường ít => để Sở Y tế phê duyệt, cấp phép hoạt động là phù hợp;
* Việc đưa ra mốc bệnh viện tư nhân 50 giường bệnh: khó thực hiện, vì lần đầu cấp phép < 50 giường bệnh; nhưng ở lần cấp phép bổ xung tiếp theo, nếu cộng lại, số giường vượt quá 50 thì xử lý thế nào ??
1. **Điều 67 quy định về hội chẩn:**
* Hiện không có quy định liên quan hội chẩn dùng thuốc => xử lý trường hợp hội chẩn phổ biến khi dùng thuốc có dấu "\*" như thế nào ??;
* Một số hình thức hội chẩn mới: đề nghị có quy định về thủ tục pháp lý liên quan;
1. **Điều 68 quy định về điều trị ngoại trú**
* Khoản 2. Sau khi quyết định người bệnh phải điều trị ngoại trú, người hành nghề có trách nhiệm sau đây:

a) Lập hồ sơ bệnh án ngoại trú theo quy định;

b) Ghi sổ y bạ theo dõi điều trị ngoại trú trong đó ghi rõ thông tin cá nhân của người bệnh, chẩn đoán, chỉ định điều trị, kê đơn thuốc và thời gian khám lại.

* Thực tế hiện nay: việc lập bệnh án ngoại trú + ghi sổ y bạ chỉ áp dụng cho các trường hợp: (1) Có bệnh mạn tính theo thông tư về quản lý bệnh mạn tính; (2) Điều trị các bệnh lý tủy răng; làm thuốc tai; (3) Bệnh Y học cổ truyền; (4) Tập PHCN; (5) Các trường hợp có can thiệp thủ thuật.
* Các trường hợp còn lại: chỉ khám bệnh, ghi sổ y bạ, kê đơn thuốc điều trị;
* Nếu tất cả các bệnh nhân đều cần làm bệnh án ngoại trú => thực sự sẽ là áp lực rất lớn cho các bác sỹ;
* Phần này có nêu điểm liên quan bệnh án ngoại trú và ghi sổ y bạ. So với thời điểm hiện nay, các cơ sở y tế chỉ khám bệnh và ghi sổ y bạ. Với số lượng bệnh nhân khám ngoại trú lớn mà yêu cầu bác sỹ phải làm bệnh án ngoại trú nữa thì rất khó khăn cho các bác sỹ => đề nghị xem xét kỹ nội dung này;
1. **Điểm a, khoản 3, điều 69. Điều trị nội trú:**

“Trường hợp người bệnh mắc nhiều bệnh, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xem xét, quyết định khoa sẽ tiến hành điều trị”. Điều này là không cần thiết, hầu hết các Bs có thể quyết định cho người bệnh vào điều trị tại khoa/ phòng nào. Trường hợp cần thiết: hỏi ý kiến của Trưởng khoa là đủ (không cần thiết phải làm thủ tục hội chẩn, mà chỉ là tham vấn ý kiến lãnh đạo đơn vị);

1. **Điểm b, khoản 3, điều 71. Hồ sơ bệnh án**

Lựa chọn phương án 1: Bệnh án giấy hoặc bệnh án điện tử (thay cho bệnh án giấy và bệnh án điện tử). Nếu lựa chọn phương án 2: thì coi như là ép cơ sở khám chữa bệnh quá. Vừa ép làm hồ sơ bệnh án điện tử, lại ép tiếp làm hồ sơ giấy => chịu không thấu;

1. **Điều 93. Hồ sơ, thủ tục đề nghị áp dụng kỹ thuật, phương pháp đã được Bộ Y tế phân loại phẫu thuật, thủ thuật là loại đặc biệt, lại I**

Việc quy định có thêm đề án làm phức tạp thêm quy trình, thủ tục cấp phép;

1. **Điều 94.** Xác định người hành nghề có sai sót hoặc không có sai sót:
* Đề nghị bổ xung điều quy định: Khi chưa có xác định sai sót thì chỉ được phép dùng thuật ngữ “Sự cố y khoa”. Chỉ khi có kết luật của hội đồng chuyên môn thì mới dùng thuật ngữ “Sai sót”, hoặc là “Sự cố”, hoặc là “Tai biến”
1. **Điều 102.** Hệ thống tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: được chia theo tuyến chuyên môn: (1) Tuyến chuyên khoa sâu (trung ương); (2) Tuyến chăm sóc sức khỏe cơ bản (tỉnh); (3) Tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (huyện, xã);
* Căn cứ chia các tuyến này => sau khi chia tuyến xong thì các bệnh viện đa khoa tỉnh có được làm các kỹ thuật của bệnh viện tuyến trung ương ?
* Có phát sinh thêm các rào cản để cản trở sự phát triển của các bệnh viện tuyến dưới không ??
* **Thực tế hiện nay:** hiện tại, có phân tuyến, và phân hạng bệnh viện. Đi kèm với phân tuyến và phân hạng có thêm phân tuyến, hạng về thuốc, danh mục kỹ thuật => điều này đồng nghĩa với việc (1) các bệnh viện tuyến dưới không được phép làm kỹ thuật của bệnh viện tuyến trên; (2) các bệnh viện tuyến dưới không được dùng thuốc của các bệnh viện tuyến trên; Mặc dù khoản 4, điều 4, Thông tư 43/2014 có nêu “Khuyến khích cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phát triển năng lực chuyên môn kỹ thuật, thực hiện các kỹ thuật của tuyến trên. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên hạn chế thực hiện các kỹ thuật mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến dưới đã thực hiện được”. Nhưng trên thực tế: để được phê duyệt thực hiện kỹ thuật của tuyến trên thường mất khá nhiều thời gian, công sức, hồ sơ thẩm định, phê duyệt. Bên cạnh đó: việc phê duyệt được sử dụng thuốc của tuyến trên còn khó khăn và phức tạp hơn nhiều lần. Ngay cả khi đã được phê duyệt: trên thực tế, chỉ phê duyệt cho bệnh nhân có thực hiện kỹ thuật của tuyến trên thì được dùng thuốc của tuyến trên, nhưng chỉ có phân tuyến cho phẫu thuật, thủ thuật, mà không có phân tuyến theo bệnh => nhiều bệnh nhân theo thực tế lâm sàng cần dùng thuốc tốt, nhóm chuyên khoa => lại phải chuyển tuyến trên thì mới được dùng các thuốc đó => lâu dần gây hạn chế phát triển các tuyến dưới, trong khi tuyến trên lại ngày càng trở nên quá tải.
* Từ ngày 1/1/2021: thực hiện thông tuyến tỉnh toàn quốc trong KCB BHYT => việc phân tuyến liệu có còn hữu ích ? Bên cạnh đó: khi đã thông tuyến tỉnh, tuyến huyện rồi, mà vẫn để phân tuyến về thuốc và dịch vụ kỹ thuật => gây thiệt thòi cho người bệnh;
1. **Điều 103. Đào tạo, bồi dưỡng người hành nghề: copy nguyên của Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009 đưa sang.**
* Khoản 1: nêu “Nhà nước có quy hoạch, kế hoạch đào tạo, đào tạo lại, bồi dưỡng về chuyên môn kỹ thuật, đạo đức nghề nghiệp cho người hành nghề, kết hợp y học cổ truyền dân tộc với y học hiện đại”: nội dung này không phù hợp. Trên thực tế: các cơ sở y tế căn cứ nhu cầu phát triển thực tế, nhu cầu từ phía người hành nghề để cử nhân sự đi đào tạo.
* Khoản 2: “Nhà nước miễn học phí đối với người học chuyên ngành giải phẫu bệnh, giám định pháp y, pháp y tâm thần”: nội dung này cũng không hoàn toàn thực tế. Các cơ sở y tế hiện tại đang phải chi trả rất nhiều tiền cho việc gửi nhân sự đi đào tạo GPB;