

## **ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA MỘT SỐ CHÍNH SÁCH VỀ CÁC HÌNH THỨC TỔ CHỨC, PHÂN TUYỂN VÀ XẾP HẠNG CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH ĐỀ XUẤT ĐIỀU CHỈNH TRONG DỰ ÁN LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH SỬA ĐỔI**

- **Thực trạng triển khai các quy định hiện hành về phân tuyển và xếp hạng các cơ sở khám chữa bệnh ở Việt Nam**
- **Thực trạng triển khai thực hiện các quy định hiện hành về hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam**
- **Những bất cập trong các quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh ở Việt Nam**
- **Đánh giá tác động của một số chính sách về phân tuyển và xếp hạng các cơ sở khám chữa bệnh đề xuất điều chỉnh trong dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi**
- **Năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở Việt Nam hiện nay**
- **Tổng quan về các loại hình văn bản và quy trình ban hành các văn bản triển khai chương trình Dân số - Kế hoạch hóa gia đình của các cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương**
- **Thực trạng về chất lượng văn bản triển khai chương trình Dân số - Kế hoạch hóa gia đình tại địa phương và đề xuất giải pháp**

### **NHÌN RA THẾ GIỚI**

- **Tổng quan kinh nghiệm thế giới về hình thức tổ chức, phân tuyển và xếp loại các cơ sở khám chữa bệnh**
- **Tổng quan quốc tế về mô hình tổ chức và các điều kiện thực hiện cấp cứu ngoài bệnh viện**

### **GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI**

### **TIN TỨC**



#### TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

#### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

#### BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Nguyễn Khánh Phương

TS. Khương Anh Tuấn

#### TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (024) 3846 1590

(024) 3823 4167

Fax: (024) 3823 2448

Email: tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn

#### Giấy phép xuất bản số:

197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014

In 2.000 cuốn khổ 20,5x29,5

#### Chế bản in tại:

Công ty Hoàng Minh

# MỤC LỤC

Trang

## ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA MỘT SỐ CHÍNH SÁCH VỀ CÁC HÌNH THỨC TỔ CHỨC, PHÂN TUYẾN VÀ XẾP HẠNG CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH ĐỀ XUẤT ĐIỀU CHỈNH TRONG DỰ ÁN LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH SỬA ĐỔI

- Thực trạng triển khai các quy định hiện hành về phân tuyến và xếp hạng các cơ sở khám chữa bệnh ở Việt Nam **4**  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, TS. Vũ Văn Hoàn,  
ThS. Tạ Đăng Hưng & CS*
- Thực trạng triển khai thực hiện các quy định hiện hành về hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam **11**  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Vũ Thúy Nga,  
ThS. Nguyễn Việt Hà & CS*
- Những bất cập trong các quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh ở Việt Nam **19**  
*CN Mai Xuân Thu, ThS Vũ Thúy Nga & CS*
- Đánh giá tác động của một số chính sách về phân tuyến và xếp hạng các cơ sở khám chữa bệnh đề xuất điều chỉnh trong dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi **27**  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, TS. Vũ Văn Hoàn,  
ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh, ThS. Hoàng Ly Na & CS*
- Năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở Việt Nam hiện nay **36**  
*TS. Phan Hồng Vân, TS. Trần Thị Mai Oanh*
- Tổng quan về các loại hình văn bản và quy trình ban hành các văn bản triển khai chương trình Dân số - Kế hoạch hóa gia đình của các cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương **49**  
*ThS. Trần Thị Ngọc Bích, CN. Vũ Thị Thanh Nga,  
TS. Nguyễn Văn Hùng, ThS. Nguyễn Thị Tố Quyên,  
ThS. Nguyễn Thị Thanh*
- Thực trạng về chất lượng văn bản triển khai chương trình Dân số - Kế hoạch hóa gia đình tại địa phương và đề xuất giải pháp **61**  
*ThS. Trần Thị Ngọc Bích, CN. Vũ Thị Thanh Nga,  
TS. Nguyễn Văn Hùng, ThS. Nguyễn Thị Tố Quyên,  
ThS. Nguyễn Thị Thanh*

---

## NHÌN RA THẾ GIỚI

- Tổng quan kinh nghiệm thế giới về hình thức tổ chức, phân tuyến và xếp loại các cơ sở khám chữa bệnh **77**  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS Hoàng Thị Mỹ Hạnh,  
ThS. Hoàng Ly Na & CS*

- Tổng quan quốc tế về mô hình tổ chức và các điều kiện thực hiện cấp cứu ngoài bệnh viện **86**  
*TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu, TS. Khương Anh Tuấn,  
TS. Lương Ngọc Khuê, CN. Nguyễn Huệ Anh,  
CN. Mai Xuân Thu, ThS. Nguyễn Thị Thanh Ngọc*

---

## **GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI**

- Bãi bỏ một số văn bản trong lĩnh vực y tế **91**  
*ThS. Nguyễn Hải Hà*
- Nguyên tắc cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh **92**  
*Nguyễn Phương Thảo*
- Danh mục các kỹ thuật dịch vụ khám, chữa bệnh có chi phí tương đương **93**  
*Ths. Nguyễn Kim Anh*
- Bộ Y tế bãi bỏ 05 thủ tục hành chính **94**  
*Lý Mai Hà*
- Hồ sơ bệnh án điện tử **95**  
*Hoàng Văn Nhật*

---

## **TIN TỨC**

- Hợp nhóm đối tác y tế với chủ đề “Đổi mới chính sách y tế” **96**  
*ThS. Nguyễn Kim Anh*
- Bộ Y tế và Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế ký biên bản ghi nhớ **98**  
*Hoàng Văn Nhật*
- Bộ Y tế yêu cầu không thực hiện các khóa đào tạo định hướng chuyên khoa **99**  
*ThS. Nguyễn Kim Anh*
- Tăng mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên năm học 2019-2020 **100**  
*Nguyễn Phương Thảo*
- Bộ Y tế xây dựng dự thảo Thông tư quy định trách nhiệm, trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính **101**  
*Lý Mai Hà*

## **THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI CÁC QUY ĐỊNH HIỆN HÀNH VỀ PHÂN TUYỂN VÀ XẾP HẠNG CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH Ở VIỆT NAM**

*ThS.Vũ Thị Minh Hạnh<sup>1</sup>, TS.Vũ Văn Hoàn<sup>2</sup>,*

*ThS.Tạ Đăng Hưng<sup>3</sup> & CS*

Ngày 23/11/2009, Quốc hội đã thông qua Luật Khám bệnh, chữa bệnh (KB,CB). Luật KB,CB ra đời đã tạo hành lang pháp lý vô cùng quan trọng cho công tác quản lý nhà nước trong lĩnh vực KB,CB. Đến nay, Luật này đã nảy sinh một số vấn đề về thực tiễn chưa có cơ chế pháp lý để giải quyết. Vì vậy, Bộ Y tế được giao xây dựng Luật KB, CB sửa đổi. Bộ Y tế đã đề xuất dự thảo Luật KB,CB (sửa đổi) gồm 9 chương, 114 điều nhằm khắc phục những hạn chế, bất cập, giải quyết những vấn đề mới phát sinh để phát triển và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế cho người dân theo định hướng công bằng, hiệu quả, phát triển và hội nhập quốc tế, lấy người bệnh làm trung tâm; tăng cường hiệu lực, hiệu quả, trật tự, kỷ cương, kỷ luật quản lý nhà nước về hoạt động KB,CB. Theo quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật (Luật số 80/2015/QH12) thì nhiệm vụ của cơ quan tổ chức, chủ trì soạn thảo Luật cần phải tổng kết việc thi hành pháp luật, đánh giá các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành có liên quan đến dự án luật, pháp lệnh, dự thảo nghị quyết; tổ chức nghiên cứu khoa học đánh giá thực trạng quan hệ xã hội liên quan đến nội dung chính của dự án bao gồm các luật pháp quốc tế liên quan; xây dựng nội dung của chính sách trong đề nghị xây dựng luật, pháp lệnh và đánh giá tác động và xây dựng báo cáo đánh giá tác động của dự thảo văn bản. Nội dung của báo cáo đánh giá tác động phải

nêu rõ các vấn đề cần giải quyết, mục tiêu và các giải pháp đối với từng vấn đề cùng tác động của các giải pháp; so sánh chi phí, lợi ích của các giải pháp.

Thực hiện yêu cầu này Bộ Y tế thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan tới dự án Luật KB, CB sửa đổi, trong đó, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế được giao làm đầu mối phối hợp với Vụ Tổ chức cán bộ và Vụ Pháp chế thực hiện việc đánh giá các nội dung chính sách về các hình thức tổ chức cơ sở KCB, về phân tuyển và về xếp hạng các cơ sở KCB.

Nhằm cung cấp thêm các thông tin cho việc thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện tổng quan các quy định hiện hành về phân tuyển, xếp hạng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) trong Thông tư 23/2005/TT-BYT, Thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư 21/2017/TT; đồng thời phân tích những hạn chế, bất cập trong các quy định này và trong triển khai thực hiện tại các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) ở Việt Nam. Những thông tin tổng quan này sẽ cung cấp những bằng chứng hữu ích về phân tuyển và xếp loại các cơ sở KCB để đề xuất điều chỉnh trong dự án Luật KBCB sửa đổi.

**Từ khóa:** quy định hiện hành, phân tuyển, xếp hạng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

---

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Phó trưởng khoa Tổ chức và Nhân lực y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>3</sup> Khoa Tổ chức và Nhân lực y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

**1. Thực trạng triển khai thực hiện các quy định hiện hành về phân tuyến và xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Việc phân tuyến, xếp hạng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) được thực hiện theo quy định của Thông tư 23/2005/TT-BYT, Thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư 21/2017/TT-BYT.

Về phân tuyến quản lý chuyên môn trong cung ứng dịch vụ KBCB, các bệnh viện trong cả nước được chia theo 04 tuyến: Tuyến trung ương (gọi là tuyến 1); tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (gọi là tuyến 2); tuyến quận, huyện, thị xã trực thuộc tỉnh (gọi là tuyến 3); tuyến xã, phường, thị trấn (gọi là tuyến 4). Việc phân hạng các bệnh viện (BV) trong từng tuyến, cụ thể như sau:

**Bảng 1: Phân tuyến và xếp hạng cơ sở KBCB của các tuyến**

Tuyến	Hạng bệnh viện
<i>Tuyến 1</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BV hạng đặc biệt;</li> <li>- BV hạng I trực thuộc Bộ Y tế;</li> <li>- BV hạng I trực thuộc Sở Y tế, hoặc thuộc các Bộ, ngành khác được Bộ Y tế giao nhiệm vụ là tuyến cuối về chuyên môn kỹ thuật.</li> </ul>
<i>Tuyến 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BV xếp hạng II trở xuống trực thuộc Bộ Y tế;</li> <li>- BV hạng I, hạng II trực thuộc Sở Y tế hoặc thuộc các Bộ, ngành khác.</li> </ul>
<i>Tuyến 3</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BV hạng III, hạng IV, BV chưa xếp hạng, Trung tâm Y tế (TTYT) huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ở những địa phương chưa có BV huyện, bệnh xá công an tỉnh,...</li> <li>- Phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa, nhà hộ sinh.</li> </ul>
<i>Tuyến 4</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trạm y tế xã, phường, thị trấn;</li> <li>- Trạm xá, trạm y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;</li> <li>- Phòng khám Bác sỹ gia đình.</li> </ul>

Theo đó, tuyến Y tế cơ sở bao gồm cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã trong đó Trạm Y tế xã chịu trách nhiệm cung cấp chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu và phòng bệnh, BVĐK/TTYT huyện thực hiện cung cấp dịch vụ KCB cơ bản. Đồng thời BVĐK và chuyên khoa tuyến tỉnh cung cấp dịch vụ KCB cơ bản và chuyên sâu. BV tuyến Trung ương là tuyến cuối thực hiện cung ứng dịch vụ chuyên sâu và đảm nhận chức năng đào tạo, nghiên cứu, chuyển giao kỹ thuật, chỉ đạo tuyến cho BV tuyến tỉnh.

Ngoài mạng lưới các BV thuộc Bộ Y tế và các địa phương còn có hệ thống y tế của các ngành như: Các cơ sở KCB của Quân đội, Công an, Giao thông – Vận tải, Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Xây dựng...

Hệ thống KCB tư nhân cũng rất phát triển trong những năm gần đây. Tính đến năm 2016, trên toàn quốc đã có 183 BV tư nhân và >30.000 phòng khám tư nhân. Tuy nhiên các BV tư nhân chủ yếu phân bố ở khu vực thành phố lớn và ở các địa phương đông dân, có điều kiện kinh tế phát triển.

**Về phân tuyến kỹ thuật**, danh mục chuyên môn kỹ thuật trong KCB được chia theo 28 chuyên khoa, chuyên ngành. Theo các quy định này thì mỗi tuyến BV sẽ có một danh mục dịch vụ kỹ thuật riêng. Cơ sở KBCB phải thực hiện được đa số kỹ thuật theo tuyến chuyên môn kỹ thuật tương ứng, khuyến khích cơ sở KBCB phát triển năng lực chuyên môn kỹ thuật, thực hiện các kỹ thuật của tuyến trên và hạn chế thực hiện các kỹ thuật



của tuyển dưới. Trên cơ sở danh mục kỹ thuật ban hành kèm theo Thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư 21/2017/TT-BYT các cơ sở KBCB tự xây dựng danh mục kỹ thuật thực hiện tại cơ sở mình và trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

**Về phân chia cơ sở đăng ký KCB ban đầu Bảo hiểm y tế** (BHYT) được thực hiện theo Thông tư 40/2015/TT-BYT, bao gồm:

- ✓ **Cơ sở KCB ban đầu tuyển xã và tương đương:** Trạm y tế xã, phường, thị trấn; Trạm xá, Trạm Y tế, Phòng Y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; Phòng khám Bác sỹ gia đình; Trạm Y tế Quân - Dân y, Phòng Khám Quân - Dân y, Quân y đơn vị cấp tiểu đoàn và các cơ sở KCB khác (theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng).
- ✓ **Tuyển huyện và tương đương:** BVĐK huyện/quận/thị xã/thành phố thuộc tỉnh; Phòng khám Đa khoa, Phòng khám Đa khoa khu vực; Trung tâm Y tế (TTYT) huyện có chức năng KCB; BVĐK hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng thuộc các Bộ, ngành hoặc trực thuộc đơn vị trực thuộc Bộ, ngành; BVĐK tư nhân và BV Y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương; Phòng Y tế, Bệnh xá trực thuộc Bộ Công an, Bệnh xá Công an tỉnh; TTYT quân-dân y, Bệnh xá Quân y, Quân- Dân y, BV Quân y và BV Quân- Dân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, các cơ sở KCB khác.
- ✓ **Cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyển tỉnh và tương đương:** BVĐK tỉnh/thành phố; BVĐK hạng I, hạng II thuộc các Bộ, ngành, hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, ngành; BV chuyên khoa, Viện chuyên khoa, Trung tâm chuyên khoa, TTYT Dự phòng tỉnh có Phòng khám Đa khoa; BV Nhi, BV Sản- Nhi tỉnh/thành phố; BVĐK tư nhân, BV Y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng I, hạng II; BV Y học Cổ truyền tỉnh/thành phố, Bộ, ngành; Phòng khám thuộc Ban Bảo vệ chăm sóc sức

khỏe cán bộ tỉnh; BV hạng II thuộc Bộ Quốc phòng, BV Quân- Dân y hạng II, các cơ sở KCB khác.

- ✓ **Cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyển trung ương và tương đương:** BVĐK trực thuộc Bộ Y tế (trừ các BV Hữu Nghị, BV C Đà Nẵng và BV Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế); BV chuyên khoa, Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có Phòng khám Đa khoa; BV hạng đặc biệt, hạng I trực thuộc Bộ Quốc phòng, Viện Y học cổ truyền Quân đội, các cơ sở KCB khác.

Như vậy việc đăng ký KCB BHYT ban đầu được thực hiện theo nguyên tắc: người có bảo hiểm được quyền đăng ký ban đầu tại một trong số các cơ sở quy định trên, không phân biệt địa giới hành chính, phù hợp với nơi làm việc, nơi cư trú và khả năng đáp ứng của cơ sở y tế.

**Về quy định chuyển tuyển** được thực hiện theo quy định của Thông tư 14/2014/TT-BYT với 3 hình thức chuyển tuyển: chuyển người bệnh từ tuyển dưới lên tuyển trên, chuyển người bệnh từ tuyển trên về tuyển dưới, chuyển người bệnh giữa các cơ sở KB, CB trong cùng tuyển. Đối với mỗi hình thức chuyển tuyển, Thông tư này cũng quy định cụ thể về điều kiện, thẩm quyền, thủ tục chuyển tuyển.

**Về xếp hạng BV**, các BV từ tuyển huyện trở lên được phân hạng BV theo Thông tư số 23/2005/TT-BYT của Bộ Y tế về phân hạng các đơn vị sự nghiệp của Bộ Y tế. Theo đó, việc phân hạng các BV được thực hiện dựa theo 5 nhóm tiêu chuẩn sau:

- Nhóm tiêu chuẩn I: Vị trí, chức năng và nhiệm vụ.
- Nhóm tiêu chuẩn II: Quy mô và nội dung hoạt động.
- Nhóm tiêu chuẩn III: Cơ cấu lao động và trình độ cán bộ.

- Nhóm tiêu chuẩn IV: Khả năng chuyên môn, hiệu quả chất lượng công việc.
  - Nhóm tiêu chuẩn V: Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị.
- Việc đánh giá xếp hạng các BV được tính theo các mức điểm cụ thể sau đây (bảng 2):

**Bảng 2: Mức điểm xếp hạng cơ sở KBCB**

	Xếp hạng				
	<i>Hạng đặc biệt</i>	<i>Hạng I</i>	<i>Hạng II</i>	<i>Hạng III</i>	<i>Hạng IV</i>
<b>Điểm xếp hạng</b>	Đạt 100 điểm và các tiêu chuẩn của hạng đặc biệt	Từ 90 đến 100	Từ 70 đến dưới 90	Từ 40 đến dưới 70	Dưới 40

Đối với BV hạng đặc biệt có thêm các tiêu chuẩn riêng cho dù đã đạt được 100 điểm theo năm nhóm tiêu chí. Các bệnh viện được xếp Hạng I và Hạng II, bên cạnh tổng số điểm phải

đạt theo các nhóm tiêu chuẩn chung, bắt buộc phải đạt được số điểm tối thiểu đối với một số tiêu chuẩn cụ thể như sau:

**Bảng 3: Mức điểm tối thiểu cần đạt đối với 1 số tiêu chí cụ thể của BV hạng I và BV hạng II**

TT	Tiêu chuẩn	Điều kiện và điểm tối thiểu cần đạt được	
		<i>BV hạng I</i>	<i>BV hạng II</i>
1	Giám đốc và các Phó giám đốc	5 điểm	4 điểm
2	Các Trưởng phòng và Phó trưởng phòng	Từ 3 điểm trở lên	Từ 2,5 điểm trở lên
3	Các Trưởng khoa và Phó trưởng khoa	4 điểm	Từ 3 điểm trở lên
4	Các Điều dưỡng/ Nữ hộ sinh/ Kỹ thuật viên trưởng các khoa lâm sàng	4 điểm	Từ 3 điểm trở lên
5	Tỷ lệ người bệnh nội trú thuộc diện chăm sóc cấp I	3 điểm	Từ 1,5 điểm trở lên
6	Trưởng phòng Điều dưỡng	đại học	đại học, cao đẳng
7	Trưởng phòng Tài chính kế toán	đại học	đại học
8	Không có chức danh y sĩ làm công tác khám bệnh, chữa bệnh	+	+

Theo quy định của Thông tư 23/2005/TT-BYT, sau 5 năm kể từ ngày có quyết định xếp hạng đối với cơ sở KCB, cơ quan quản lý có trách nhiệm xem xét xếp hạng lại BV. Quy định này đã buộc các đơn vị kể cả BV tuyến cuối cũng phải tích cực cải thiện các điều kiện về nhân lực,

cơ sở vật chất, trang thiết bị, khả năng cung cấp dịch vụ để duy trì mức độ đã được xếp hạng. Nhờ vậy mà chất lượng dịch vụ của các cơ sở KCB đã được đảm bảo. Tuy vậy đến nay vẫn còn có những BV ở tuyến tỉnh hiện vẫn đang ở hạng III hoặc chưa được xếp hạng.

**Bảng 4: Số lượng bệnh viện theo phân tuyến và xếp hạng, 2019**

Xếp hạng	T.U'	Tỉnh	Huyện	Ngành	Ngoài CL	Tổng số
Đặc biệt	4					
Hạng I	32	78	1	8		
Hạng II	3	239	94	19		
Hạng III		158	493	30		
Chưa xếp hạng		17	41	15		
<b>Tổng số</b>	<b>39</b>	<b>492</b>	<b>629</b>	<b>72</b>	<b>219</b>	<b>1451</b>

(Nguồn: Cục Quản lý Khám chữa bệnh)

## 2. Hạn chế, bất cập

### ➤ **Bất cập trong các quy định hiện hành:**

#### ✓ Về phân tuyến và xếp hạng cơ sở KCB:

- o Với quy định như hiện nay, việc phân tuyến cơ sở KCB không theo chức năng CSSK của từng tuyến mà phân theo tuyến hành chính. Việc xếp hạng cơ sở KCB đồng nhất giữa các tuyến, các loại hình BV (BVĐK và BV chuyên khoa), không xếp hạng cơ sở KCB khác nhau giữa các tuyến, khác nhau theo BVĐK và BV chuyên khoa.
- o Trong cùng tuyến có thể có các BV được xếp hạng khác nhau. Ví dụ các BV tuyến huyện có thể được xếp hạng từ hạng IV tới hạng I. BV chuyên khoa ở tuyến tỉnh cũng có thể được xếp hạng từ hạng III đến hạng I. Do vậy có những BV tuyến huyện được xếp hạng cao hơn so với BV tuyến tỉnh. Điều này đã gây ra nhiều bất cập trong việc chuyển tuyến KCB BHYT và gây cản trở đối với việc quản lý điều hành có hiệu quả mạng lưới KCB trong cả nước. Tính liên kết giữa các tuyến chuyên môn cũng vì thế mà không được đảm bảo.
- o Danh mục kỹ thuật, danh mục trang thiết bị, danh mục thuốc thiết yếu được quy định phân theo tuyến của cơ sở KCB (tuyến T.U', tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến

xã) mà không phân theo hạng (đặc biệt, I, II, III,...) dẫn đến sự chông chéo giữa phân tuyến và xếp hạng trong khi giá dịch vụ lại phân theo hạng.

- o Danh mục dịch vụ kỹ thuật chông chéo, quy định tại 3 văn bản khác nhau (Thông tư số 40/TT-BYT, Thông tư số 50/TT-BYT và Thông tư số 21/TT-BYT) nên rất khó khăn trong cập nhật và theo dõi để triển khai thực hiện.
- o Cơ sở KCB ngoài công lập theo quy định không cần thẩm định về các điều kiện cần có, nghiêm nhiên được xếp hạng III trong khi một số cơ sở KCB công lập tại tuyến huyện còn chưa được xếp hạng do chưa đáp ứng đủ các điều kiện. BVĐK tuyến huyện xếp hạng II vẫn được nhận bệnh nhân thông tuyến BHYT trong khi BV ngoài công lập thì chỉ hạng III mới được nhận.

#### ✓ Về chuyển tuyến:

Theo các quy định hiện hành, mọi người dân có quyền được tiếp cận dịch vụ KCB ở bất cứ cơ sở y tế thuộc tuyến nào. Đối với bệnh nhân có thể BHYT thì phải đồng chi trả ở các mức độ khác nhau theo Luật BHYT và các quy định có liên quan. Theo Luật BHYT sửa đổi thì từ năm 2016, bệnh nhân có BHYT được thông tuyến KCB ở tuyến huyện và xã. Việc chông chéo trong phân



tuyển và xếp hạng theo quy định hiện nay đã gây nên nhiều khó khăn cho người bệnh trong chuyển tuyến KCB BHYT giữa BV tuyển huyện và tuyển tỉnh, giữa BVĐK và chuyên khoa. Theo quy định chuyển tuyến BHYT từ tuyển dưới lên tuyển trên, nhiều bệnh nhân đã phải chuyển từ BV xếp hạng cao tại tuyển dưới lên BV xếp hạng thấp hơn ở tuyển trên.

➤ **Bất cập trong triển khai thực hiện:**

- ✓ Việc xếp hạng cơ sở KCB ở một số địa phương, tại một số thời điểm còn chưa nghiêm ngặt, thiếu minh bạch dẫn đến tình trạng có những BV được nâng hạng trong khi chưa đáp ứng đủ các tiêu chí điều kiện theo quy định cũng như nhiều BV đã được nâng hạng lại xin xuống hạng để được thông tuyến BHYT.
- ✓ Quy trình phê duyệt các danh mục kỹ thuật còn nhiều bất cập, thủ tục rườm rà dẫn đến tình trạng các cơ sở KCB chưa thường xuyên cập nhật được các kỹ thuật mới, việc nâng hạng cũng vì thế mà còn thiếu kịp thời.
- ✓ BV chuyên khoa tuyển cuối do cơ cấu của các khoa chuyên môn trong cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cao không đầy đủ nên việc thu hút bệnh nhân có xu hướng ngày càng giảm so với BVĐK tuyển cuối.
- ✓ Quy định về xếp hạng BV và tự chủ BV dẫn tới xu hướng các cơ sở KCB chỉ chú trọng đầu tư cho các kỹ thuật có thu hơn là đầu tư cho các kỹ thuật theo chức năng

CSSK của tuyển chuyên môn mà cơ sở trực thuộc: cơ sở KCB tuyển dưới (huyện) không chú trọng đến các dịch vụ CSSK cơ bản và hỗ trợ CSSK ban đầu, có sở KCB tuyển TU ít chú trọng đến hoạt động đào tạo và nghiên cứu khoa học...

- ✓ Theo quy định, sau khi cơ sở KCB được cấp phép hoạt động; theo định kỳ 5 năm/lần cơ quan quản lý nhà nước phải kiểm tra, rà soát, thẩm định lại nhưng trong thực tế chưa thực hiện được dẫn đến tình trạng hoặc vẫn đang nợ tiêu chí hoặc đã xuống cấp không đáp ứng được các điều kiện về cấp phép nhưng vẫn không bị xuống hạng.
- ✓ Phần mềm quản lý cơ sở KCB không đồng nhất, không liên thông trong toàn Ngành.

Tóm lại, qua việc rà soát và phân tích các quy định hiện hành về phân tuyển, xếp hạng cơ sở KCB và thực trạng triển khai thực hiện các quy định hiện hành nói trên cho thấy việc phân tuyển không dựa theo chức năng CSSK của từng tuyển, xếp hạng không dựa theo tuyển và loại hình BV, đầu tư về nguồn lực không theo hạng BV,... dẫn đến tình trạng chùng chéo, không đảm bảo sự kết nối giữa các tuyển chuyên môn và hiệu quả hoạt động của cả mạng lưới. Nhằm khắc phục những bất cập trên, các nhà hoạch định chính sách ngành Y tế cần phải có những điều chỉnh, bổ sung trong các văn bản quy phạm pháp luật về phân tuyển, xếp hạng BV trên cơ sở căn cứ vào chức năng CSSK của từng tuyển để phân tuyển, dựa theo tuyển và loại hình BV để xếp hạng BV, căn cứ vào hạng BV để đầu tư về nguồn lực ...

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2017), Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Bộ Y tế (2019), Công văn số 667/BYT-TCCB ngày 14/2/2019 về việc giao Viện Chiến lược và Chính sách Y tế làm đầu mối nghiên cứu, đánh giá tác động của chính sách liên quan đến dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
3. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 7736/QĐ-BYT ngày 27/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan tới dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
4. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 6685/QĐ-BYT ngày 02/11/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân công phạm vi chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản phụ khoa.
5. Bộ Y tế (2017), Dự thảo Tờ trình đề nghị xây dựng Dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
6. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân công công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.
7. Chính phủ (2016), Nghị định số 34/NĐ-CP ngày 14/5/2016 quy định chi tiết một số Điều và biện pháp thi hành Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật.
8. Chính phủ (2018), Nghị định số 155/2018/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư, kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.
9. OECD (2007), Xây dựng khung khổ thực hiện RIA: Các công cụ phân tích cho các nhà hoạch định chính sách. Bài đọc thuộc Chương trình Giảng dạy Kinh tế Fulbright Niên khóa 2012-2014 Luật và Chính sách công.
10. Quốc hội (2009), Luật số: 40/2009/QH12 về Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
11. Quốc hội (2008), Luật số: 17/2008/QH12 về Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật.
12. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2017) Báo cáo Đánh giá những bất cập của các quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh và đề xuất phương án sửa đổi, bổ sung.

# THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI THỰC HIỆN CÁC QUY ĐỊNH HIỆN HÀNH VỀ HÌNH THỨC TỔ CHỨC CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH TẠI VIỆT NAM

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>4</sup>, ThS. Vũ Thúy Nga<sup>5</sup>,  
ThS. Nguyễn Việt Hà<sup>6</sup> & CS

*Việc cụ thể hóa các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ý nghĩa rất quan trọng, là căn cứ để triển khai thực hiện các quy định có liên quan như: cấp phép hoạt động, phân tuyến kỹ thuật, xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, v.v... Nhằm đáp ứng nhu cầu thực tiễn của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, những năm gần đây, các cơ quan quản lý nhà nước đã kịp thời điều chỉnh hành lang pháp lý thông qua việc ban hành các văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL) như Nghị định (NQ) 87/2011, NĐ 109/2016 và NĐ 155/2018 quy định về hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, qua khảo sát việc triển khai các VBQPPL trên cho thấy còn nhiều bất cập trong quy định hiện hành về hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Do đó, để phát huy được hiệu lực thực thi trong thực tế những quy định này cần phải được tiếp tục điều chỉnh, bổ sung trong văn bản có hiệu lực pháp lý cao hơn, đó là Luật Khám bệnh, chữa bệnh.*

*Bài báo này sẽ trình bày về thực trạng triển khai thực hiện các quy định hiện hành và những hạn chế, bất cập về các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam.*

**Từ khóa:** quy định hiện hành, hình thức tổ chức cơ sở khám chữa bệnh, Việt Nam

## 1. Thực trạng triển khai thực hiện các VBQPPL hiện hành

Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội khóa XII ban hành vào ngày 23/11/2009. Luật quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; quy định chuyên môn kỹ thuật; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh;

sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh ... Theo đó, **các hình thức tổ chức cơ sở khám, chữa bệnh** là một trong những nội dung trọng tâm và được quy định tại Mục k, Khoản 1, Điều 41 Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2009, được hướng dẫn chi tiết tại Điều 3, Chương 2 của Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 với 7 loại hình cụ thể:

<sup>4</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách y tế

<sup>5</sup> Tạp chí Chính sách Y tế

<sup>6</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách y tế

- a) Bệnh viện bao gồm bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền;
- b) Cơ sở giám định y khoa;
- c) Phòng khám bệnh, chữa bệnh bao gồm phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa, phòng khám bác sỹ gia đình, phòng chẩn trị y học cổ truyền và bệnh xá;
- d) Nhà hộ sinh;
- đ) Cơ sở chẩn đoán bao gồm phòng chẩn đoán hình ảnh và phòng xét nghiệm;
- e) Cơ sở dịch vụ y tế bao gồm cơ sở dịch vụ tiêm (chích), thay băng, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp; cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà; cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài; cơ sở dịch vụ kính thuốc; cơ sở dịch vụ làm răng giả;
- g) Trạm y tế cấp xã; y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức.

Như vậy, về hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định cụ thể một số hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên trong quá trình triển khai thực hiện, những quy định về hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 3 của Nghị định số 87/2011/NĐ-CP chưa chi tiết hóa được đầy đủ Mục k, Khoản 1, Điều 41 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh dẫn đến tình trạng nhiều cơ sở khám chữa bệnh trong thực tế chưa thuộc phạm vi điều chỉnh của các VBQPPL như: Viện Huyết học truyền máu TƯ, Viện Y học biển, Trung tâm Y tế Dự phòng có triển khai hoạt động KCB ban đầu (23/63), Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội, Cơ sở dịch vụ Thẩm mỹ, Cơ sở chăm sóc Răng miệng ...

Để khắc phục bất cập trên, ngày 1/7/2016, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 quy định 19 hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như sau:

1. Bệnh viện bao gồm bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa.

2. Bệnh xá thuộc lực lượng Công an nhân dân.
3. Phòng khám đa khoa.
4. Phòng khám chuyên khoa, bao gồm:
  - a) Phòng khám nội tổng hợp;
  - b) Phòng khám chuyên khoa thuộc hệ nội: Tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nhi và chuyên khoa khác thuộc hệ nội;
  - c) Phòng khám tư vấn sức khỏe hoặc phòng tư vấn sức khỏe qua các phương tiện công nghệ thông tin, viễn thông;
  - d) Phòng khám chuyên khoa ngoại;
  - đ) Phòng khám chuyên khoa phụ sản;
  - e) Phòng khám chuyên khoa nam học;
  - g) Phòng khám chuyên khoa răng - hàm - mặt;
  - h) Phòng khám chuyên khoa tai - mũi - họng;
  - i) Phòng khám chuyên khoa mắt;
  - k) Phòng khám chuyên khoa thẩm mỹ;
  - l) Phòng khám chuyên khoa phục hồi chức năng;
  - m) Phòng khám chuyên khoa tâm thần;
  - n) Phòng khám chuyên khoa ung bướu;
  - o) Phòng khám chuyên khoa da liễu;
  - p) Phòng khám chuyên khoa dinh dưỡng;
  - q) Phòng khám hỗ trợ điều trị cai nghiện ma túy;
  - r) Phòng khám, điều trị HIV/AIDS;
  - s) Phòng khám, điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thực hiện theo quy định tại Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;
  - t) Phòng khám chuyên khoa khác.
5. Phòng chẩn trị y học cổ truyền.
6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình (hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo

nguyên lý y học gia đình): Thực hiện thí điểm theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

7. Phòng xét nghiệm.
8. Phòng khám chẩn đoán hình ảnh, Phòng X-quang.
9. Cơ sở giám định y khoa, cơ sở giám định pháp y, cơ sở pháp y tâm thần có thực hiện khám bệnh, chữa bệnh thì phải tổ chức theo hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 3 Điều này. Cơ sở giám định pháp y tâm thần có thực hiện khám bệnh, chữa bệnh thì phải tổ chức theo một trong các hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 3 hoặc điểm m khoản 4 Điều này. Các cơ sở này phải đáp ứng điều kiện tương ứng với từng hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
10. Nhà hộ sinh.
11. Phòng khám, tư vấn và điều trị dự phòng.
12. Phòng khám, điều trị bệnh nghề nghiệp.
13. Cơ sở dịch vụ y tế bao gồm:
  - a) Cơ sở dịch vụ tiêm (chích), thay băng, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp;
  - b) Cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà;
  - c) Cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài;
  - d) Cơ sở dịch vụ kính thuốc;
  - đ) Cơ sở dịch vụ thẩm mỹ;
  - e) Cơ sở dịch vụ xoa bóp;
  - g) Cơ sở dịch vụ y tế khác.
14. Trạm y tế cấp xã, trạm xá.
15. Cơ sở y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức có thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh thì phải thực hiện theo một trong các hình thức tổ chức quy định tại khoản 3, điểm a khoản 4 hoặc khoản 14 Điều này và phải đáp ứng điều kiện quy định tương ứng với hình thức tổ chức đó.

16. Trung tâm y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh thì cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức tương đương với bệnh viện đa khoa hoặc phòng khám đa khoa.

17. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu thực hiện xét nghiệm HIV thì ngoài việc đáp ứng các quy định tại Nghị định này còn phải đáp ứng các quy định của Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV.

18. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu thực hiện tiêm chủng vắc xin thì ngoài việc đáp ứng các quy định tại Nghị định này còn phải đáp ứng các quy định của Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định về hoạt động tiêm chủng.

19. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phòng xét nghiệm vi sinh vật, các mẫu bệnh phẩm có khả năng chứa vi sinh vật có nguy cơ gây bệnh truyền nhiễm cho người thì ngoài việc đáp ứng các quy định tại Nghị định này còn phải đáp ứng các quy định của Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ Quy định về bảo đảm an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm.

Tiếp theo đó, tại Chương V của Nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 về sửa đổi quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế đã quy định chi tiết về các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với 11 loại hình cụ thể thay thế cho Điều 22 Nghị định 109/2016/NĐ-CP:

1. Bệnh viện (bệnh viện ĐK và bệnh viện CK)
2. Bệnh xá thuộc lực lượng Công an nhân dân.
3. Phòng khám đa khoa (PKĐK)
4. Phòng khám chuyên khoa (PKCK), gồm:
  - a) Phòng khám Nội tổng hợp;
  - b) Phòng khám CK thuộc hệ nội: Tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nhi và CK nội khác;



- c) Phòng khám tư vấn sức khỏe;
  - d) Phòng khám CK ngoại;
  - đ) Phòng khám CK phụ sản;
  - e) Phòng khám CK nam học;
  - g) Phòng khám CK RHM;
  - h) Phòng khám CK TMH;
  - i) Phòng khám CK mắt;
  - k) Phòng khám CK thẩm mỹ;
  - l) Phòng khám CK PHCN;
  - m) Phòng khám CK tâm thần;
  - n) Phòng khám CK ung bướu;
  - o) Phòng khám CK da liễu;
  - p) Phòng khám CK YHCT; Phòng chẩn trị YHCT;
  - q) Phòng khám CK dinh dưỡng;
  - r) Phòng khám hỗ trợ điều trị cai nghiện ma túy;
  - s) Phòng khám, điều trị HIV/AIDS;
  - t) Phòng xét nghiệm;
  - u) CDHA, Phòng X-quang;
  - v) Phòng khám, điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.
  - x) Phòng khám, tư vấn và điều trị dự phòng;
  - y) Phòng khám, điều trị bệnh nghề nghiệp;
  - z) Phòng khám chuyên khoa khác.
5. Cơ sở KCB y học gia đình
6. Nhà hộ sinh.
7. Cơ sở dịch vụ y tế bao gồm:
- a) Cơ sở dịch vụ tiêm (chích), thay băng, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp;
  - b) Cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà;
  - c) Cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài;
  - d) Cơ sở dịch vụ kính thuốc;

- đ) Cơ sở dịch vụ thẩm mỹ;
  - e) Cơ sở dịch vụ y tế khác.
8. Trạm y tế cấp xã, trạm xá.
9. Cơ sở giám định y khoa, pháp y, có thực hiện KCB thì phải tổ chức theo hình thức PKCK. Cơ sở giám định pháp y tâm thần có thực hiện KCB thì phải tổ chức theo: Bệnh viện, PKĐK, PKCK.
10. Cơ sở y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức có thực hiện việc KCB thì phải thực hiện theo PKĐK, PKCK.
11. Trung tâm y tế có chức năng KCB thì cấp phép theo bệnh viện đa khoa hoặc PKĐK.

Theo quy định mới, một số hình thức tổ chức được quy định trong Nghị định 109/2016/NĐ-CP đã đưa ra ngoài diện cần cấp phép quản lý, chẳng hạn như cơ sở dịch vụ xoa bóp ...

**Nhìn chung**, việc cụ thể hóa các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ý nghĩa rất quan trọng, là căn cứ để triển khai thực hiện các quy định có liên quan như: cấp phép hoạt động, phân tuyến kỹ thuật, xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, v.v... Sự phát triển không ngừng của các hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực tế đòi hỏi phải thường xuyên rà soát, bổ sung chỉnh sửa đối với các VBQPPL liên quan đến vấn đề này. Việc liên tiếp ban hành các Nghị định (NQ) trong những năm gần đây (NĐ 87/2011, NĐ 109/2016 và NĐ 155/2018) đã cho thấy những nỗ lực của các cơ quan quản lý nhà nước trong việc kịp thời điều chỉnh hành lang pháp lý để đáp ứng nhu cầu thực tiễn của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên để phát huy được hiệu lực thực thi trong thực tế những quy định này cần phải được tiếp tục điều chỉnh bổ sung trong văn bản có hiệu lực pháp lý cao hơn, đó là Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi để có thể bao quát hết các hình thức tổ chức của cơ sở



khám bệnh, chữa bệnh tồn tại trong thực tế hoặc mới phát sinh.

*Về điều kiện cấp phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* cũng đã được quy định và ngày càng hoàn thiện hơn trong các Nghị định của Chính phủ. Chương III của Nghị định 109/2016/NĐ-CP đã quy định chi tiết về điều kiện, hồ sơ, thủ tục cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Nghị định 155/2018/NĐ-CP đã sửa đổi bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế trong đó đã sửa đổi, bổ sung một số điều liên quan đến điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hướng quy định về điều kiện chung đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, nhân lực.

Cụ thể, *về cơ sở vật chất*, có địa điểm cố định (trừ trường hợp tổ chức khám bệnh, chữa bệnh lưu động); bảo đảm các điều kiện về an toàn bức xạ, phòng cháy chữa cháy theo quy định của pháp luật; phải bố trí khu vực tiệt trùng để xử lý dụng cụ y tế sử dụng lại, trừ trường hợp không có dụng cụ phải tiệt trùng lại hoặc có hợp đồng với cơ sở y tế khác để tiệt trùng dụng cụ.

*Về trang thiết bị y tế*, có đủ trang thiết bị y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở; riêng cơ sở khám, điều trị bệnh nghề nghiệp ít nhất phải có bộ phận xét nghiệm sinh hóa; phòng khám tư vấn sức khỏe hoặc phòng tư vấn sức khỏe qua các phương tiện công nghệ thông tin, viễn thông không bắt buộc phải có trang thiết bị y tế nhưng phải có đủ các phương tiện công nghệ thông tin, viễn thông, thiết bị phù hợp với phạm vi hoạt động đăng ký.

*Về nhân lực*, mỗi cơ sở KCB phải có một người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật. Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật và trưởng các khoa chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải đáp ứng các điều kiện theo

quy định. Ngoài người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đối tượng khác làm việc trong cơ sở nếu có thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh thì phải có chứng chỉ hành nghề và chỉ được thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi công việc được phân công.

Đối với một số loại hình như BV, phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa,... quy định những điều kiện riêng bên cạnh những điều kiện chung cần đáp ứng. Bên cạnh đó, Nghị định 155/2018/NĐ-CP cũng loại bỏ một số điều kiện thành lập phòng khám đa khoa về cơ sở vật chất các loại hình cơ sở KCB khác cũng được lược bỏ một số điều kiện cấp phép.

Nghị định quy định, cơ sở khám sức khỏe phải đáp ứng các điều kiện như: Là cơ sở KCB đã được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật; phải có đủ các bộ phận khám lâm sàng, cận lâm sàng, nhân lực và thiết bị y tế cần thiết để khám, phát hiện được tình trạng sức khỏe theo tiêu chuẩn sức khỏe và mẫu phiếu khám sức khỏe được ban hành kèm theo các văn bản hướng dẫn khám sức khỏe theo quy định của pháp luật.

Cơ sở dịch vụ thẩm mỹ không xâm lấn không thuộc loại hình phải có giấy phép hoạt động nhưng phải có văn bản thông báo đáp ứng đủ điều kiện cung cấp dịch vụ thẩm mỹ theo mẫu quy định gửi về Sở Y tế nơi đặt trụ sở trước khi hoạt động ít nhất 10 ngày. Các dịch vụ thẩm mỹ có sử dụng thuốc, các chất, thiết bị để can thiệp vào cơ thể người chỉ được thực hiện tại BV có chuyên khoa thẩm mỹ hoặc phòng khám chuyên khoa thẩm mỹ tùy theo phạm vi hoạt động chuyên môn được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

Như vậy, để được cấp giấy phép hoạt động, tất cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải đảm bảo đạt được các điều kiện chung mà Nghị định 155/2018/NĐ-CP quy định, ngoài ra, mỗi hình thức tổ chức còn phải đáp ứng các điều kiện được quy định tại các VBQPPL có liên quan khác.

## 2. Hạn chế và bất cập

### ➤ *Bất cập về các quy định:*

Kết quả khảo sát cho thấy những bất cập trong quy định hiện hành (Nghị định 87, Nghị định 109 và Nghị định 155) về hình thức tổ chức của cơ sở KBCB cần nhanh chóng được khắc phục bao gồm:

- ✓ *Cơ sở Thăm dò chức năng* chưa được xác định trong danh mục các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần cấp phép theo quy định của Thông tư 155/2018. Cần được bổ sung thêm trong nhóm “Phòng Chẩn đoán hình ảnh, Phòng Thăm dò chức năng”.
- ✓ *Trung tâm Huyết học Truyền máu* hiện chưa được xác định trong danh mục các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần cấp phép theo quy định của Nghị định 155/2018.
- ✓ *Các cơ sở thuộc lĩnh vực Bảo trợ Xã hội và Trung tâm cai nghiện thuộc ngành Lao động Thương binh Xã hội* trong thực tế có triển khai hoạt động khám bệnh, chữa bệnh cho những đối tượng thuộc diện quản lý song lại chưa thuộc diện phải cấp phép hoạt động trong các VBQPPL hiện hành dẫn đến tình trạng buông lỏng việc kiểm soát chất lượng dịch vụ tại những đơn vị này. Các điều kiện về đầu tư trang thiết bị, tuyển dụng và đào tạo nhân lực y tế trong các cơ sở này chưa được quan tâm đúng mức, chưa đáp ứng được theo các quy định hiện hành.
- ✓ *Phòng Y tế trên tàu Cảnh sát biển* thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, cứu hộ, cứu nạn cho cả thuyền viên và ngư dân trên biển song cũng chưa thuộc diện cấp phép quản lý.
- ✓ *Các cơ sở chăm sóc dài hạn, chăm sóc ban ngày, chăm sóc giảm nhẹ* cũng chưa thuộc diện cấp phép quản lý theo quy định hiện hành.

- ✓ *Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ thiện trong cộng đồng* cũng chưa thuộc diện cấp phép quản lý.
- ✓ *Chưa có Phòng khám Đa khoa khu vực* trong danh mục các hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần cấp phép của Nghị định 155/2018 do vậy cần phải có sự điều chỉnh bổ sung nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế cho người dân khu vực miền núi, hải đảo; góp phần đảm bảo an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội, đảm bảo an ninh quốc phòng ở khu vực biên giới.
- ✓ *Các cơ sở tắm lá, xông hơi, xoa bóp (massage)* theo quy định tại Nghị định 109/2016 không thuộc loại hình phải cấp phép hoạt động nhưng trước khi đi vào hoạt động trong vòng 10 ngày phải có văn bản thông báo đủ điều kiện theo quy định về Sở Y tế trên địa bàn để quản lý. Song Nghị định 155/2018 đã hủy bỏ quy định này dẫn đến tình trạng không kiểm soát và xử lý được các vi phạm của loại hình hoạt động này trong thực tiễn tại nhiều địa phương.
- ✓ *Quy định về điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh và cơ sở dịch vụ kính thuốc* trong Nghị định 155/2018 đã hủy bỏ điều kiện về người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở phải là người hành nghề cơ hữu tại cơ sở theo quy định của Nghị định 109/2016. Sự thay đổi này gây ảnh hưởng rất đáng lo ngại đối với việc đảm bảo chất lượng dịch vụ cũng như an toàn cho người bệnh trong các cơ sở cung cấp dịch vụ cấp cứu và dịch vụ đo khúc xạ.
- ✓ *Các cơ sở thẩm mỹ* theo quy định của Nghị định 155/2018 phân chia làm 2 loại: Cấp phép và không cấp phép (tắm trắng, phun thêu lông mày,...) song do tính chất của dịch vụ có tác động đến các bộ phận trên cơ thể làm thay đổi nhận dạng nên cần phải quản lý đối với mọi

loại hình dịch vụ, đồng thời phải lập hồ sơ quản lý và chia sẻ thông tin với cơ quan công an để cập nhật kịp thời những thay đổi này.

✓ Về bài thuốc gia truyền những quy định của Nghị định 155/2018 phải thử nghiệm trên người và người cung cấp bài thuốc phải có 36 tháng hành nghề là không khả thi do không thể thử nghiệm khi chưa được cấp phép. Cũng theo Nghị định 155/2008, thủ tục cấp phép bài thuốc gia truyền không cần xác nhận của chính quyền địa phương (theo quy định của Nghị định 109/2016) là thiếu chặt chẽ, thiếu căn cứ để huy động vai trò quản lý của chính quyền tại chỗ đối với sự lưu hành của bài thuốc gia truyền trong thực tế.

✓ Chưa trao quyền cho người chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật của cơ sở ở tuyến dưới được phép quyết định mở rộng phạm vi hành nghề cho nhân viên y tế tại cơ sở khi đáp ứng đủ điều kiện, vẫn phải mất thời gian chờ đợi cơ quan quản lý nhà nước điều chỉnh phạm vi hoạt động của chứng chỉ hành nghề trong khi tại tuyến y tế cơ sở thường thiếu nhân lực có trình độ chuyên môn cao.

➤ **Bắt cập trong triển khai thực hiện:**

✓ Năng lực quản lý nhà nước về cấp phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đáp ứng được nhu cầu thực tế do vừa thiếu về nhân lực, vừa không ổn định về mô hình tổ chức.

✓ Mặc dù đã có các quy định chi tiết đối với việc quản lý các loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng tại các địa phương được khảo sát chỉ quản lý được một tỷ lệ nhỏ các cơ sở thẩm mỹ phun xăm, cơ sở kính thuốc, các bài thuốc gia truyền, các cơ sở chẩn trị Y học cổ truyền, ...

✓ Phần mềm quản lý về cấp phép hành nghề của Bộ Y tế và các địa phương không tương thích, thiếu cập nhật, nhiều sai sót.

✓ Giám sát, quản lý sau cấp phép chưa thường xuyên, thiếu chặt chẽ dẫn đến tình trạng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tuân thủ nghiêm ngặt các quy định ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng dịch vụ.

✓ Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa tuân thủ được đầy đủ các quy định theo Nghị định 109/2016 và Nghị định 155/2018 song cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) vẫn phải hiệp thương với ngành Y tế để tiếp tục ký hợp đồng KCB BHYT (Bệnh viện ĐH Y Thái Bình chưa đáp ứng được yêu cầu về nhân lực: >50% nhân viên y tế phải thuộc diện cơ hữu, trưởng khoa cũng phải là cơ hữu). Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh còn được châm chước cho nợ một số điều kiện về cơ sở vật chất khi cấp phép ...

✓ Một số bệnh viện chuyên khoa muốn thu hút bệnh nhân BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu đã thành lập Phòng Khám đa khoa trong bệnh viện nhưng không có bác sỹ cơ hữu tại Phòng khám mà thường huy động bác sỹ từ các khoa điều trị, chưa đáp ứng được yêu cầu về nhân lực theo quy định.

✓ Về cơ sở chăm sóc ban ngày đã có văn bản quy định về điều trị ban ngày cho y học cổ truyền (YHCT) và phục hồi chức năng (PHCN) nhưng trên thực tế BHXH mới chỉ thanh toán cho YHCT còn điều trị ban ngày của PHCN vẫn chỉ thanh toán cho khám ngoại trú.

✓ Cơ sở dịch vụ thẩm mỹ theo quy định phải cấp phép hoạt động và người hành nghề phải có chứng chỉ đào tạo của cơ sở đào tạo được cấp phép song trong thực tế đa số các cơ sở thẩm mỹ đang hoạt động không giấy phép.

**Tóm lại,** việc triển khai các quy định hiện hành về hình thức tổ chức cơ sở KCB trong những năm gần đây ở nước ta đã bộc lộ nhiều bất cập cả về nội dung của các VBQPPL cũng như trong quá trình tổ chức thực hiện dẫn đến tình trạng

chưa bao quát được hết các loại hình tổ chức cơ sở KCB trong thực tế. Do đó, để đảm bảo bao quát đầy đủ các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ trong thực tiễn, **Bộ Y tế nên phân nhóm các cơ sở KB, CB theo hình thức tổ chức và tính chất của dịch vụ do cơ sở cung cấp để quy định trong Dự án Luật sửa đổi**, đảm bảo linh hoạt trong cập nhật kịp thời các loại hình của tổ chức KB, CB mới xuất hiện tương ứng theo từng nhóm. Đồng thời, **Dự án Luật KB, CB sửa đổi** cần quy định về hình thức tổ chức của cơ sở KCB theo Nghị định

109/2016, Nghị định 155/2018 bổ sung thêm một số cơ sở đã xuất hiện trong thực tế nhưng chưa được quy định hoặc quy định chưa rõ ràng như: Phòng Chẩn đoán hình ảnh, Phòng Thăm dò chức năng; Trung tâm Huyết học Truyền máu, Phòng Y tế trong các Trung tâm Bảo trợ xã hội, Trung tâm Cai nghiện, Cơ sở chăm sóc dài hạn, Cơ sở Chăm sóc ban ngày, Cơ sở Chăm sóc giảm nhẹ, Cơ sở KBCB từ thiện, Phòng Y tế trên tàu Cảnh sát biển....

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2017), Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Bộ Y tế (2017), Dự thảo Tờ trình đề nghị xây dựng Dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
3. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân công công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.
4. Quốc hội (2009), Luật số: 40/2009/QH12 về Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
5. Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh.
6. Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016 quy định cấp chứng chỉ hành nghề y đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám, chữa bệnh.
7. Nghị định số 155/2018/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.
8. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2017) Báo cáo Đánh giá những bất cập của các quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh và đề xuất phương án sửa đổi, bổ sung.



## NHỮNG BẤT CẬP TRONG CÁC QUY ĐỊNH VỀ QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH Ở VIỆT NAM

CN Mai Xuân Thu<sup>7</sup>, ThS Vũ Thúy Nga<sup>8</sup> & CS

Ngày 23/11/2009, tại Kỳ họp thứ 6, Quốc hội Khóa XII đã chính thức thông qua Luật Khám bệnh, chữa bệnh (KB, CB) số 40/2009/QH12 và ngày 04/12/2009, Chủ tịch nước đã ký Lệnh công bố Luật số 17/2009/L-CTN. Đây là đạo luật đầu tiên về KB, CB – vấn đề then chốt trong hoạt động y tế.

Luật KB, CB đã thể chế hóa quan điểm của Đảng và Nhà nước ta về KB, CB, tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho hoạt động KB, CB trong giai đoạn đổi mới hệ thống y tế hiện nay, góp phần tích cực vào việc thực hiện thành công sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Luật KB, CB về cơ bản đã đạt được các mục đích đặt ra, đó là bảo đảm, bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người bệnh; nâng cao chất lượng KB, CB; giảm phiền hà cho người bệnh; nâng cao tính sẵn có trong việc tiếp cận các dịch vụ KB, CB; xác định nền tảng cho sự phát triển y học thực chứng vì quyền lợi của người bệnh và là cơ sở pháp lý để điều chỉnh mối quan hệ giữa người bệnh với người hành nghề và với cơ sở KB, CB. Tuy nhiên, qua quá trình triển khai Luật trên thực tế, một số nội dung của Luật KB, CB chưa phù hợp với thực tế, chưa đáp ứng được với mong đợi, một số quy định chưa thống nhất với luật pháp quốc tế và các luật khác trong nước. Trong các nội dung đó, quyền và nghĩa vụ của người bệnh là một trong những nội dung quan trọng, quy định, chi phối và ảnh hưởng đến hành vi của người bệnh tại cơ sở y tế, nhưng cũng đã có những bất cập trong

quá trình triển khai, gây ra những xung đột, gây ảnh hưởng đến không chỉ người bệnh, mà còn cả người hành nghề KB, CB và những đối tượng liên quan. Bởi vậy, để tăng cường hiệu lực, hiệu quả trong lĩnh vực KB, CB, cần thiết phải có sự điều chỉnh, bổ sung đối với Luật KB, CB và các văn bản hướng dẫn thực hiện.

Bài báo tổng quan những bất cập trong các quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh sẽ tập trung rà soát, phân tích những bất cập, chông chéo, chưa phù hợp với luật pháp trong nước của Luật KB, CB và các văn bản hướng dẫn thi hành liên quan đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh; đánh giá ảnh hưởng của những bất cập, hạn chế trong Luật KB, CB và các văn bản hướng dẫn thi hành liên quan đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh nhằm tổng kết, rút kinh nghiệm để hoàn thiện những chính sách đảm bảo quyền và nghĩa vụ của người bệnh.

**Từ khóa:** bất cập, quy định hiện hành, quyền, nghĩa vụ người bệnh

### A. NHỮNG BẤT CẬP TRONG CÁC QUY ĐỊNH VỀ QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH

Theo Luật KB, CB (Số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009), các quy định về quyền của người bệnh tại Chương II, Mục 1, gồm 7 điều từ Điều 7 đến Điều 13: Quyền được KB, CB có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế (Điều 7); Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư (Điều 8); Quyền

<sup>7</sup> Khoa Quản lý dịch vụ y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>8</sup> Tạp chí Chính sách Y tế

*được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe trong KB, CB (Điều 9); Quyền được lựa chọn trong KB, CB (Điều 10); Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí KB, CB (Điều 11); Quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở KB, CB (Điều 12); Quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi (Điều 13).*

Quy định về nghĩa vụ của người bệnh tại Chương II, Mục 2, gồm 3 điều từ Điều 14 đến Điều 16: *Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề (Điều 14); Nghĩa vụ chấp hành các quy định trong KB, CB (Điều 15); Nghĩa vụ chi trả chi phí KB, CB (Điều 16).*

### **1. Những nội dung vướng mắc trong quá trình triển khai**

Các nội dung quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong Luật KB, CB đã góp phần điều chỉnh hành vi, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh, đáp ứng tốt hơn đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Tuy nhiên, trong quá trình triển khai thực hiện Luật đã bộc lộ những tồn tại, bất cập, vướng mắc hoặc có những điểm chưa có sự thống nhất, những vấn đề phát sinh.

#### **✓ Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư**

Tôn trọng quyền bảo mật thông tin của người bệnh là một vấn đề rất lớn và xuất hiện trong mọi mặt của hệ thống y tế. Tại Điều 8 (*Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư*), Khoản 1 quy định người bệnh được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án. Khoản 2 cũng quy định thông tin này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều

trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

Tuy nhiên, việc KB, CB là một quá trình kéo dài từ hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng cho tới cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh. Trong suốt quá trình đó, người bệnh có sự tương tác, trao đổi thông tin không chỉ với bác sỹ trực tiếp điều trị mà còn cả những nhân viên y tế khác. Bên cạnh đó, cùng với các hoạt động như tư vấn, hỗ trợ tại các cơ sở y tế thì các thông tin của người bệnh có thể bị rò rỉ hoặc bị ám thị và phỏng đoán bởi những người bệnh khác, người nhà người bệnh hoặc các nhân viên y tế khác không trực tiếp điều trị cho người bệnh. Sau đó, các thông tin này có thể bị trao đổi tại những nơi công cộng hoặc phát tán ra cộng đồng, gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị hoặc cuộc sống của người bệnh. Nhiều thông tin của người bệnh không chỉ được lưu trong hồ sơ bệnh án mà còn được ghi chú hoặc lưu trong các giấy tờ, thủ tục hành chính kèm theo, phục vụ cho quá trình KB, CB tại các cơ sở y tế. Cùng với sự phát triển của hệ thống công nghệ thông tin trong ngành y tế, các cơ sở y tế cũng đã có những sự thay đổi trong cách thức quản lý và lưu trữ hồ sơ bệnh án, kết hợp giữa hồ sơ bệnh án giấy và hồ sơ bệnh án điện tử. Tuy nhiên, việc quản lý hồ sơ bệnh án điện tử cũng gặp nhiều rủi ro, khi tính bảo mật và ngăn chặn việc ăn cắp và phát tán thông tin của hệ thống còn kém, khả năng xử lý và đáp ứng với các tình huống khẩn cấp về vi phạm bảo mật thông tin người bệnh còn hạn chế. Do đó, nhiều ý kiến cho rằng cần có quy định chặt chẽ hơn về việc người bệnh phải được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và các thông tin liên quan, không chỉ là những thông tin được ghi trong hồ sơ bệnh án.



✓ ***Quyền được lựa chọn trong khám bệnh, chữa bệnh***

Điều 10 (*Quyền được lựa chọn trong KB, CB*) quy định người bệnh được cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị (Khoản 1); chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học về KB, CB (Khoản 2); được lựa chọn người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của mình trong KB, CB (Khoản 3).

Việc cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn cho người bệnh về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra là việc làm cần thiết, hỗ trợ cho quá trình điều trị của người bệnh và quá trình chẩn đoán, định hướng điều trị của nhân viên y tế. Tuy nhiên, trên thực tế gặp phải một số trường hợp như sau:

- Do không xác định được mức độ đầy đủ của thông tin nên xảy ra xung đột giữa người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế khi trong nhiều trường hợp, người bệnh hoặc người nhà người bệnh cho rằng nhân viên y tế không cung cấp đầy đủ thông tin.
- Nhiều trường hợp người bệnh có diễn biến bệnh tiến triển nhanh, có nhiều dấu hiệu nguy hiểm, khó lường nên nhân viên y tế không kịp giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh, dẫn đến việc khi có sự cố hoặc tử vong, người bệnh hoặc người nhà người bệnh cũng quy kết trách nhiệm cho nhân viên y tế.
- Đối với nhiều người bệnh mắc các bệnh mạn tính, bệnh nguy hiểm, việc cung cấp đầy đủ toàn bộ thông tin về tình trạng bệnh của người bệnh có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tinh thần hoặc quá trình điều trị của người bệnh.

Ngoài ra, việc người bệnh được quyền lựa chọn người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của mình trong KB, CB cũng phát sinh một số điểm sau:

- Một số người bệnh mắc các bệnh mạn tính, bệnh nguy hiểm nhưng do diễn biến bệnh tiến triển nhanh, có nhiều dấu hiệu nguy hiểm, khó lường, người bệnh không thể chỉ định được người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của của người bệnh trong KB, CB.
- Một số người bệnh có nhiều người nhận vai trò làm người đại diện của người bệnh, tình trạng của người bệnh không thể chỉ định được người đại diện, trong khi những người nhận vai trò làm người đại diện của người bệnh có thể có xung đột hoặc mâu thuẫn lợi ích với nhau.
- Một số người bệnh không phải trường hợp cấp cứu, không có người đại diện hoặc người đại diện bị mất năng lực hành dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên, không thể thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của người bệnh trong KB, CB.

Vi vậy, cần thiết có sự cân nhắc kỹ nội dung quy định về quyền được lựa chọn trong KB, CB sao cho phù hợp, tránh xung đột với quyền của người hành nghề và các bên liên quan khác.

✓ ***Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh, chữa bệnh***

Tại Điều 11 (*Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí KB, CB*), Khoản 1 quy định người bệnh được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác. Khoản 2 cũng quy định người bệnh được cung cấp thông tin về giá dịch vụ KB, CB, giải thích chi tiết về các khoản chi trong hóa đơn thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

Trên thực tế, hiện không có quy định cụ thể về mức độ thông tin của hồ sơ bệnh án mà người bệnh có thể được cung cấp, trong khi những thông tin này là những thông tin về tình trạng

sức khỏe và quá trình điều trị của người bệnh, có thể được sử dụng cho việc theo dõi, giám sát tình trạng sức khỏe và phục vụ cho quá trình điều trị tiếp theo hoặc điều trị các bệnh lý khác của người bệnh.

Các cơ sở y tế cũng gặp khó khăn khi nhận được yêu cầu về cung cấp thông tin hồ sơ bệnh án của người bệnh, dẫn tới sự thiếu thống nhất giữa các cơ sở về mức độ cung cấp thông tin và quy trình cung cấp thông tin.

Việc quy định người bệnh có quyền được cung cấp thông tin về bệnh tật, điều trị và chi phí trong quá trình KB, CB ở phạm vi nào, trong điều kiện nào, nếu mở rộng quá thì sẽ khó khăn và dẫn đến quá tải nhiệm vụ của cán bộ y tế tại các bệnh viện. Mặt khác, trong trường hợp đối với người bị bệnh ung thư, bệnh hiểm nghèo mà lại cung cấp thông tin chi tiết về bệnh tật cho họ thì sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến tinh thần của họ và khả năng tử vong sớm hơn rất dễ xảy ra.

#### ✓ *Quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

Điều 12 (*Quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở KB, CB*) quy định người bệnh được từ chối xét nghiệm, sử dụng thuốc, áp dụng thủ thuật hoặc phương pháp điều trị nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc từ chối của mình (Khoản 1); được ra khỏi cơ sở KB, CB khi chưa kết thúc điều trị nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc ra khỏi cơ sở KB, CB trái với quy định của người hành nghề.

Các trường hợp trên được áp dụng trừ các trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 66 của Luật về các trường hợp bắt buộc chữa bệnh, bao gồm: Mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A theo quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Bệnh tâm thần ở trạng thái kích động, trầm cảm có ý tưởng, hành vi tự sát hoặc gây nguy hiểm cho người khác theo quy định của pháp luật.

Mặc dù vậy, trên thực tế có nhiều bệnh nhân nặng và/hoặc trong tình trạng tâm lý không ổn định, hoặc có các chứng tâm lý khác kèm theo khó kiểm soát, nếu thực hiện quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở KB, CB thì diễn biến bệnh có thể nặng hơn, người bệnh cũng có thể tử vong hoặc xảy ra các biến chứng không mong muốn. Vì vậy, một số kiến nghị đề xuất vấn đề này nên quy định theo hướng là quyền của thầy thuốc được quyết định trong một số trường hợp nhằm bảo đảm sức khỏe, tính mạng của người bệnh.

#### ✓ *Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề*

Điều 14 quy định người bệnh có nghĩa vụ 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. Hiện quy định mới chỉ bao phủ các khía cạnh về danh dự, nhân phẩm, sức khỏe, tính mạng, mà chưa bao phủ, đề cập đến các khía cạnh nhân thân khác của người hành nghề và nhân viên y tế khác.

Trên thực tế, trong những năm gần đây, các vụ bạo hành nhân viên y tế xuất phát từ phía người bệnh, người nhà người bệnh ngày càng gia tăng về số lượng và mức độ nghiêm trọng. Các vụ tấn công nhân viên y tế gây ra những hậu quả nghiêm trọng về mặt thể chất và tinh thần, xã hội, thậm chí tử vong cho nhân viên y tế. Các cơ sở y tế cũng chịu nhiều hậu quả do bị đập phá, gây hư hại tài sản, làm ảnh hưởng đến hoạt động của cơ sở y tế và quá trình KB, CB của những người bệnh khác. Số vụ việc được báo cáo mới chỉ là một phần nhỏ do tính nghiêm trọng của vụ việc và xảy ra ở địa bàn thành phố, còn nhiều những vụ việc khác không được báo cáo hay ở mức độ nhẹ hơn, hoặc các loại bạo hành khác chưa được đề cập trong bất cứ báo cáo nào.

Trong bối cảnh ngành y tế đang nỗ lực hoàn thiện và nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ y tế, hướng tới sự hài lòng của người bệnh, sự tôn trọng phải có tính cân bằng và được nhìn nhận từ

cả hai phía. Vì vậy, một số kiến nghị đề xuất đối với nội dung này cần mở rộng phạm vi và tăng mức độ quy định về nghĩa vụ đối với người bệnh.

### ✓ Nghĩa vụ chấp hành các quy định trong khám bệnh, chữa bệnh

Điều 15 (Nghĩa vụ chấp hành các quy định trong KB, CB) quy định về nghĩa vụ chấp hành các quy định trong KB, CB của người bệnh, trong đó Khoản 1 quy định người bệnh cung cấp trung thực thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của mình, hợp tác đầy đủ với người hành nghề và cơ sở KB, CB.

Khoản 2 quy định chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề, trừ trường hợp quy định tại Điều 12 của Luật này, khi sử dụng quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở KB, CB. Tuy nhiên, nhiều ý kiến cho rằng trong một số trường hợp, nghĩa vụ này mâu thuẫn với Điều 7 về quyền được KB, CB có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế và Điều 10 về quyền được lựa chọn trong KB, CB, khi mà người bệnh có sự lựa chọn và quyết định thay vì phải chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề. Trong bối cảnh có nhiều nguồn thông tin khác nhau, bao gồm cả các thông tin sai lệch có thể ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, điều trị của người bệnh, quy định việc chấp hành có thể không phù hợp khi người bệnh chịu ảnh hưởng trực tiếp từ quá trình chẩn đoán, điều trị của người hành nghề, nhưng lại thiếu đi sự tương tác qua lại giữa người bệnh và người hành nghề để có sự thấu hiểu và cảm thông, hiểu rõ tình trạng bệnh lý của người bệnh để đưa ra chẩn đoán, điều trị phù hợp. Do đó, giữa nhân viên y tế và người bệnh luôn cần có sự trao đổi và thống nhất để đạt được kết quả cao nhất, thay vì tư tưởng phục tùng, áp đặt mà đôi khi người bệnh bị áp đặt, đặc biệt trong những trường hợp người bệnh ở nhóm yếu thế.

Bên cạnh đó, cùng với sự phát triển của xã hội, việc chỉ định “ngược” (người bệnh, người nhà người bệnh yêu cầu bác sỹ làm theo nhu cầu của cá nhân) xuất hiện ngày càng nhiều. Điều này gây ảnh hưởng không chỉ đến quá trình hành nghề của người hành nghề, quá trình điều trị của người bệnh hoặc mối quan hệ giữa người bệnh và nhân viên y tế, mà còn tạo tác động xấu, gây ra tiền lệ khó điều chỉnh trong cung ứng dịch vụ y tế về mặt lâu dài, dễ phát sinh những tiêu cực trong quá trình điều trị. Ngoài ra, có nhiều ý kiến cho rằng cần có quy định cụ thể, bổ sung nghĩa vụ đối với người bệnh về việc tự chịu trách nhiệm khi chủ động lựa chọn phương pháp chẩn đoán, điều trị cho cá nhân mình.

Khoản 3 quy định chấp hành và yêu cầu người nhà của mình chấp hành nội quy của cơ sở KB, CB, quy định của pháp luật về KB, CB. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện cũng nảy sinh nhiều bất cập. Việc chấp hành nội quy của cơ sở KB, CB, quy định của pháp luật về KB, CB không chỉ áp dụng cho người bệnh, người nhà người bệnh, mà còn cho tất cả các đối tượng khác đến cơ sở y tế (bạn bè, hàng xóm, người quen, báo chí, truyền thông...). Thực tế cho thấy rằng rất nhiều vụ việc xúc phạm danh dự, nhân phẩm, xâm phạm tính mạng, sức khỏe nhân viên y tế bị gây ra bởi người nhà, người quen của người bệnh mà không phải trực tiếp người bệnh. Người bệnh lúc đó đang ở trong tình trạng bệnh nặng, nguy hiểm, cấp cứu nên không thể yêu cầu người nhà chấp hành. Một số thành phần khác như báo chí, các cơ quan truyền thông cũng tự ý vào các cơ sở y tế để thu thập thông tin, mặc dù đang trong điều kiện cách ly do có dịch hoặc có các sự kiện y tế khẩn cấp, nguy hiểm. Do đó, nếu chỉ quy định người bệnh, người nhà là chưa đầy đủ, thiếu tính toàn diện, vì vậy, có nhiều ý kiến đề xuất nên mở rộng đối tượng và mức độ quy định việc chấp hành này.

## 2. Những nội dung khác

### ✓ *Hiến pháp năm 2013*

Hiến pháp năm 2013 được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam Khóa XIII, Kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 28/11/ 2013. Điều 119 quy định: “*Hiến pháp là luật cơ bản của nước CHXHCN Việt Nam, có hiệu lực pháp lý cao nhất. Mọi văn bản pháp luật khác phải phù hợp với Hiến pháp. Mọi hành vi vi phạm Hiến pháp đều bị xử lý*”.

Trong Hiến pháp năm 2013, Chương II có nội dung quy định về quyền con người, quyền và nghĩa vụ cơ bản của công dân, bao gồm các điều từ Điều 14 đến Điều 49. Trong đó, tại **Khoản 1 Điều 38 Hiến pháp 2013 quy định**: “*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, KB, CB*”. Khoản 1 Điều 21 cũng có quy định: “*Mọi người có quyền bất khả xâm phạm về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân và bí mật gia đình; có quyền bảo vệ danh dự, uy tín của mình. Thông tin về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bí mật gia đình được pháp luật bảo đảm an toàn.*”, do vậy, bất luận trong mọi trường hợp đã là con người với nhau cần phải được hết mức tôn trọng bí mật riêng tư; danh dự, bảo vệ sức khỏe trong KB, CB, cho dù người bệnh đó có mang phải chứng bệnh nan y, truyền nhiễm. Các nội dung khác về quyền con người, quyền và nghĩa vụ của công dân cũng được quy định chi tiết và đầy đủ trong Hiến pháp năm 2013.

Vì vậy, **các quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh trong Luật KB, CB cũng cần được cập nhật kịp thời theo các quy định trong Hiến pháp năm 2013**, để đảm bảo hợp hiến, hợp pháp và hướng đến quyền và lợi ích hợp pháp của người dân trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe.

### ✓ *Phù hợp và thống nhất với các quy định của Luật Bảo hiểm y tế*

Bảo hiểm y tế (BHYT) là hình thức bảo hiểm bắt buộc không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện để chăm sóc sức khỏe cơ bản cho nhân dân. Luật BHYT được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam Khóa XII, Kỳ họp thứ 4 thông qua ngày 14/11/2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam Khóa XIII, Kỳ họp thứ 7 thông qua ngày 13/6/2014. Việc thực hiện chính sách BHYT là một phương thức đảm bảo an sinh xã hội, chia sẻ rủi ro, giảm gánh nặng tài chính chi trả từ tiền túi của người bệnh, ổn định cuộc sống, trợ giúp người dân khi gặp rủi ro, ốm đau, bệnh tật, tai nạn lao động. Qua quá trình thực hiện, BHYT đã từng bước khẳng định và tiếp cận với mục tiêu BHYT toàn dân, góp phần thực hiện tiến bộ, công bằng xã hội, phát triển kinh tế và bảo đảm chính sách an sinh xã hội phù hợp với xu thế chung của thế giới.

Tuy nhiên, trong thực tế triển khai, một số quy định của Luật KB, CB chưa tương thích với các quy định của Luật BHYT và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT như các quy định về đăng ký ban đầu, chuyển tuyến, thông tuyến, thanh toán chi phí dịch vụ KB, CB và các quy định khác. Vì vậy, cần có sự đối chiếu, so sánh và cân nhắc điều chỉnh để thống nhất, nhằm đảm bảo quyền lợi của người bệnh.

### ✓ *Quy chế bệnh viện*

Ngày 19/9/1997, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 1895/1997/QĐ – BYT về việc ban hành Quy chế bệnh viện. Theo đó, Quy chế bệnh viện được áp dụng trong các cơ sở KB, CB (gọi chung là bệnh viện) kể cả bệnh viện tư nhân và bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài.

Trong Quy chế bệnh viện, tại Phần III, Điều 8 quy định về quyền lợi và nghĩa vụ của người



bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện, cụ thể như sau:

### *“I. QUYỀN LỢI:*

*1. Người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc theo bệnh lý.*

*2. Người bệnh được phục vụ ăn uống theo chế độ ăn uống bệnh lý.*

*3. Người bệnh được sử dụng quần áo, chăn, màn, chiếu và dụng cụ sinh hoạt của bệnh viện theo quy định.*

*4. Người bệnh và gia đình người bệnh được nghe thầy thuốc giải thích về tình trạng bệnh tật, công khai thuốc được sử dụng, cách ăn, uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi và tự bảo vệ sức khỏe.*

*5. Người bệnh và gia đình người bệnh được góp ý kiến xây dựng về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ của các thành viên trong bệnh viện.*

*6. Gia đình người bệnh được đến thăm người bệnh theo quy định của bệnh viện.*

### *II. NGHĨA VỤ:*

*1. Người bệnh phải thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh của thầy thuốc.*

*2. Người bệnh có trách nhiệm thanh toán tiền viện phí theo qui định của Nhà nước.*

*3. Người bệnh có trách nhiệm giữ gìn tài sản được mượn, khi để mất phải bồi thường.*

*4. Người bệnh và gia đình người bệnh phải giữ gìn vệ sinh trật tự giường bệnh, buồng bệnh, toàn bệnh viện và tự giác chấp hành nội qui bệnh viện và luật pháp Nhà nước.*

*5. Người bệnh và gia đình người bệnh đoàn kết, giúp đỡ lẫn nhau giữa người bệnh và gia đình người bệnh trong thời gian chữa bệnh.*

*6. Người bệnh và gia đình người bệnh tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế.”*

Hiện nay, các cơ sở y tế vẫn áp dụng theo Quy chế bệnh viện này và dựa vào đó để ban hành nội quy của bệnh viện. Tuy nhiên, Quyết định số 1895/1997/QĐ – BYT được xây dựng dựa trên

căn cứ là Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân, đã hết hiệu lực kể từ khi Luật KB, CB ra đời vào năm 2009. Các quy định trong Quy chế bệnh viện, bao gồm cả quy định về quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện đã bộc lộ nhiều điểm bất cập, không còn phù hợp theo các quy định hiện hành, cần được điều chỉnh trong thời gian tới.

## **B. KẾT LUẬN**

Sự ra đời của Luật KB, CB có ý nghĩa quan trọng, khẳng định nhất quán mục tiêu từng bước nâng cao chất lượng công tác KB, CB nhằm đáp ứng ngày một tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân, được thể chế hóa bằng pháp luật. Bên cạnh đó, Luật ra đời còn đáp ứng yêu cầu thực tiễn của công tác KB, CB hiện nay; đáp ứng yêu cầu về phát triển, hoàn thiện hệ thống pháp luật về KB, CB cũng như đáp ứng yêu cầu hội nhập quốc tế trong hoạt động KB, CB. Cùng với việc ra đời của Luật KB, CB, các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan cũng được ban hành đã điều chỉnh và hoàn thiện công tác quản lý KB, CB, đáp ứng tốt hơn nhu cầu của nhân dân. Tuy nhiên, qua quá trình triển khai thực hiện, một số nội dung của Luật KB, CB chưa phù hợp với thực tế, chưa đáp ứng được với mong đợi, một số quy định chưa thống nhất với luật pháp quốc tế và các luật khác trong nước. Trong các nội dung đó, quyền và nghĩa vụ của người bệnh là một trong những nội dung quan trọng, quy định, chi phối và ảnh hưởng đến hành vi của người bệnh tại cơ sở y tế, nhưng cũng đã có những bất cập trong quá trình triển khai, gây ra những xung đột, gây ảnh hưởng đến không chỉ người bệnh, mà còn cả người hành nghề KB, CB và những đối tượng liên quan.

Trong thời gian tới, để tăng cường hiệu lực, hiệu quả trong lĩnh vực KB, CB cần thiết phải có sự điều chỉnh, bổ sung đối với Luật KB, CB và các văn bản hướng dẫn thực hiện, trong đó có nội dung về quyền và nghĩa vụ của người bệnh./.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Chính trị, Nghị quyết số 46 – NQ/TW ngày 25 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Bộ Y tế, Quyết định số 1895/1997/QĐ – BYT ngày 19 tháng 9 năm 2007 về việc ban hành Quy chế Bệnh viện
3. Quốc hội, Hiến pháp năm 2013
4. Quốc hội, Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân số 21 – LCT/HĐNN8
5. Quốc hội, Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009



# ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA MỘT SỐ CHÍNH SÁCH VỀ PHÂN TUYỂN VÀ XẾP HẠNG CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH ĐỀ XUẤT ĐIỀU CHỈNH TRONG DỰ ÁN LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH SỬA ĐỔI

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>9</sup>, TS. Vũ Văn Hoàn<sup>10</sup>,  
ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>11</sup>, ThS. Hoàng Ly Na<sup>11</sup> & CS

## TÓM TẮT:

Nhằm phân tích thực trạng triển khai những chính sách về các hình thức tổ chức, phân tuyển và xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KB, CB) liên quan đến Luật KB, CB (năm 2009); Phân tích tác động và điều kiện cần thiết để triển khai thực hiện những phương án về các hình thức tổ chức, phân tuyển và xếp hạng cơ sở KB, CB dự kiến đề xuất trong Dự án Luật KB, CB sửa đổi và đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường tính khả thi và hiệu lực thực thi Dự án Luật KB, CB sửa đổi về những chính sách nêu trên, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành đánh giá các nội dung chính sách về các hình thức tổ chức cơ sở KCB, về phân tuyển và về xếp hạng các cơ sở KCB. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp thu thập thông tin định tính và định lượng. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Về phân tuyển và phân loại cơ sở khám chữa bệnh (KCB) theo tuyến, qua phân tích điểm mạnh và hạn chế, bất cập của 3 phương án được đề xuất để đánh giá tác động và qua tham khảo bài học kinh nghiệm của các nước trên thế giới, trong khu vực; nhóm nghiên cứu đề xuất chọn **Phương án 2** (từng bước phân tuyển cơ sở KCB theo 3 tuyến: CS ban đầu, CS cơ bản và CS nâng cao theo lộ trình và xếp loại bệnh viện (BV) theo từng tuyến trên cơ sở khả năng cung cấp dịch vụ chuyên môn kỹ thuật và chất lượng dịch vụ) bởi lẽ đây là phương án có thể giúp dần dần khắc phục những bất cập trong thực tiễn của việc phân tuyển và xếp hạng cơ sở KCB ở nước ta thời gian qua. Đồng thời phương án này cũng không tạo ra áp lực cho các cơ quan quản lý nhà nước trong rà soát, thẩm định và cấp phép lại cho các cơ sở KCB. Hơn thế, phương án này không gây ra sự xáo trộn lớn đối với mỗi cơ sở KCB cũng như cả hệ thống y tế. Vì vậy đây là phương án có tính khả thi cao.

Về giải pháp nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện phương án này trong thực tế, nghiên cứu đã đề xuất các giải pháp về thay đổi quy định về cấp phép; tăng cường kiểm tra, giám sát, thẩm định các điều kiện của cơ sở KCB sau 5 năm được cấp phép; điều chỉnh lại điều kiện xếp hạng III với cơ sở KCB tư nhân; thay đổi quy định chuyển tuyến với những dịch vụ chuyên khoa mà BVĐK huyện không cung cấp được; kiện toàn quy định về quy trình thẩm định và cấp phép cho các danh mục kỹ thuật mới; sửa đổi quy chế BV cho phù hợp với chức năng nhiệm vụ theo phân tuyển chuyên môn của các cơ sở...

Ngoài ra, nghiên cứu cũng đã khuyến nghị Bộ Y tế nhanh chóng xây dựng quy hoạch phát triển hệ thống y tế Việt Nam trong đó có quy hoạch về mạng lưới KCB theo các tuyến chuyên môn hướng

<sup>9</sup> Phó viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>10</sup> Phó trưởng khoa Tổ chức và Nhân lực y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>11</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

*tới việc thành lập các Trung tâm Kỹ thuật cao ở tuyến cuối tập hợp nhiều cơ sở vệ tinh là những BV chuyên khoa chuyên sâu; ban hành văn bản quy định chức năng nhiệm vụ của từng tuyến chuyên môn và kèm theo đó là danh mục kỹ thuật tương thích với chức năng của từng tuyến; ban hành cơ chế tài chính phù hợp với từng tuyến chuyên môn; tăng cường truyền thông, phổ biến về phân tuyến, xếp hạng BV cho người dân trong cộng đồng...*

**Từ khóa:** *Tác động, chính sách, phân tuyến, xếp hạng, cơ sở khám chữa bệnh*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Luật KB, CB được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam khóa XII thông qua ngày 23/11/2009 và chính thức có hiệu lực từ ngày 01/01/2011 (Luật Số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009) [9]. Luật KB, CB đã đưa ra khung pháp lý mới trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân (CSSKND) thông qua điều chỉnh hành vi trong quản lý, hành nghề và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) công lập cũng như ngoài công lập. Việc triển khai Luật KB, CB và các văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL) có liên quan đã có những tác động tích cực tới công tác quản lý KCB như trong quản lý hành nghề, quản lý điều kiện cung ứng dịch vụ và quản lý hoạt động chuyên môn kỹ thuật của các cơ sở KCB góp phần thiết thực nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Tuy nhiên đến nay, một số nội dung của Luật KB, CB đã bộc lộ nhiều điểm chưa phù hợp với thực tế, chưa đáp ứng được với mục tiêu mong đợi, một số quy định còn chưa phù hợp với xu hướng hội nhập với hoạt động hành nghề KCB của các nước trong khu vực và trên thế giới. Các vấn đề nêu trên đã được rà soát, phân tích những bất cập, chồng chéo, chưa phù hợp với luật pháp quốc tế và trong nước; đánh giá ảnh hưởng của những bất cập, hạn chế trong thực thi các quy định của Luật KB, CB cùng các văn bản hướng dẫn thực hiện [11].

Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao SKND trong tình hình mới đã chỉ đạo thực hiện các giải

pháp chính trong nâng cao chất lượng KCB trong thời gian tới như: Phát triển hệ thống KCB, phục hồi chức năng hoàn chỉnh; Tổ chức hệ thống cung ứng dịch vụ y tế theo 3 cấp chuyên môn; Điều chỉnh, sắp xếp các BV, bảo đảm mọi người dân được tiếp cận thuận lợi về mặt địa lý; Ban hành tiêu chí đánh giá, thực hiện kiểm định độc lập, xếp hạng BV theo chất lượng phù hợp với thông lệ quốc tế; Thực hiện lộ trình thông tuyến, liên thông, công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở KCB; Ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật các tuyến phải có đủ năng lực thực hiện, tiến tới bảo đảm chất lượng từng dịch vụ kỹ thuật đồng đều giữa các tuyến,... [1].

Từ thực tế và các đường lối chỉ đạo nêu trên, các phương án sửa đổi, bổ sung đối với một số quy định trong Luật KB, CB sửa đổi cũng đã được nghiên cứu đề xuất. Trong đó, bao gồm các nội dung liên quan tới các nội dung chính sách về các hình thức tổ chức cơ sở KCB, về phân tuyến, phân cấp của hệ thống KCB và về xếp hạng các cơ sở KCB.

Theo quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật (Luật số 80/2015/QH12) thì nhiệm vụ của cơ quan tổ chức, chủ trì soạn thảo Luật cần phải tổng kết việc thi hành pháp luật, đánh giá các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành có liên quan đến dự án luật, pháp lệnh, dự thảo nghị quyết; tổ chức nghiên cứu khoa học đánh giá thực trạng quan hệ xã hội liên quan đến nội dung chính của dự án bao gồm các luật pháp quốc tế liên quan; xây dựng nội dung của chính sách trong đề nghị xây dựng luật, pháp lệnh và

đánh giá tác động và xây dựng báo cáo đánh giá tác động của dự thảo văn bản. Nội dung của báo cáo đánh giá tác động phải nêu rõ các vấn đề cần giải quyết, mục tiêu và các giải pháp đối với từng vấn đề cùng tác động của các giải pháp; so sánh chi phí, lợi ích của các giải pháp.

Thực hiện yêu cầu trên Bộ Y tế thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan tới dự án Luật KB, CB sửa đổi, trong đó, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế được giao làm đầu mối phối hợp với Vụ Tổ chức cán bộ và Vụ Pháp chế thực hiện việc đánh giá các nội dung chính sách về các hình thức tổ chức cơ sở KCB, về phân tuyến và về xếp hạng các cơ sở KCB. Bài báo này trình bày một phần của kết quả nghiên cứu về đánh giá tác động của một số chính sách về phân tuyến và xếp loại các cơ sở KCB đề xuất điều chỉnh trong dự án Luật KB, CB sửa đổi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng đánh giá:** là những nhóm có liên quan trực tiếp đến việc tổ chức chỉ đạo, triển khai thực hiện các nội dung liên quan tới công tác tổ chức, phân tuyến, phân cấp, xếp hạng cơ sở các KCB: 1) Nhóm các cơ quan hoạch định chính sách, quản lý nhà nước tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã; 2) Nhóm các cơ sở KCB công lập; 3) Nhóm các cơ sở KCB ngoài công lập; 4) Nhóm các cơ sở có cung cấp dịch vụ KCB do ngành LĐTĐ&XH quản lý (Trung tâm Bảo trợ xã hội, Trung tâm CS&ND người tâm thần, người có công, người già và trẻ khuyết tật, Trung tâm CB-GD-LĐXH, Trung tâm PHCN); 5) Nhóm người hưởng lợi (người bệnh/người nhà người bệnh tại các cơ sở KCB, người dân tại cộng đồng).

**Địa bàn:** Nghiên cứu triển khai tại trụ sở các cơ quan tuyến trung ương và các địa phương được chọn, bao gồm: *Các cơ quan hoạch định chính sách, quản lý nhà nước tuyến TW; Các cơ*

*sở KCB trực thuộc Bộ Y tế* (các cơ sở KCB đa khoa và các chuyên khoa đầu ngành được Bộ Y tế phân công phạm vi chỉ đạo tuyến, trong đó có những cơ sở KCB được phân công chỉ đạo tuyến nhiều lĩnh vực chuyên khoa); *Các cơ sở KCB công lập tuyến tỉnh/thành phố* (Lào Cai, Thái Nguyên, Thái Bình, Huế, Bình Định, Cần Thơ).

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp phương pháp thu thập thông tin định tính (Thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu), định lượng (phiếu phỏng vấn bán cấu trúc đối với 4 nhóm đối tượng nghiên cứu về các lựa chọn giải pháp chính sách dự kiến và các tác động của chính sách cùng các nguyên nhân) và phân tích tài liệu sẵn có (desk study).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đánh giá tác động của các phương án điều chỉnh về phân tuyến và xếp hạng cơ sở KCB trong Dự án Luật KB, CB sửa đổi

Trên cơ sở phân tích những hạn chế, bất cập của các quy định hiện hành về phân tuyến, xếp hạng cơ sở KCB ở nước ta hiện nay; qua tổng quan kinh nghiệm của các nước trong khu vực, trên thế giới và căn cứ theo quan điểm chỉ đạo của Nghị quyết 20-NQ/TU của Ban Chấp hành TƯ Đảng khóa XII; nhóm nghiên cứu đã đề xuất 3 phương án dự kiến điều chỉnh trong Dự án Luật KB, CB sửa đổi để xin ý kiến đánh giá tác động của CBVC tại các địa bàn được khảo sát. Kết quả thu được cụ thể như sau:

➤ **Phương án 1:** Giữ nguyên theo quy định hiện hành. Theo kết quả khảo sát chỉ có 8,8% (n= 160) những người được phỏng vấn lựa chọn phương án này. Nguyên nhân là do việc phân tuyến và xếp hạng các cơ sở KCB trong thực tiễn đang nảy sinh nhiều bất cập, hạn chế như: Phân tuyến không dựa theo chức năng CSSK của từng tuyến, xếp hạng không dựa theo tuyến và loại hình BV, đầu tư về nguồn lực không theo hạng

BV,... dẫn đến tình trạng chòng chéo, không đảm bảo sự kết nối giữa các tuyến chuyên môn và hiệu quả hoạt động của cả mạng lưới.

➤ **Phương án 2:** Từng bước điều chỉnh việc phân tuyển các cơ sở KCB thành 3 tuyến, bao gồm: chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu, CSSK cơ bản và CSSK nâng cao/chuyên sâu theo nguyên tắc dựa trên chức năng CSSK của từng tuyến. Việc xếp loại các cơ sở KCB sẽ có sự khác nhau theo từng tuyến, theo bệnh viện đa khoa (BVĐK) và BV chuyên khoa. Trong từng tuyến, dựa theo năng lực chuyên môn kỹ thuật và chất lượng BV để phân thành các loại/các mức khác nhau. Trước mắt, để hạn chế sự biến động, xáo trộn, mất ổn định trong toàn mạng lưới; việc điều chỉnh cần được thực hiện thận trọng theo lộ trình.

Với tuyến CSSK cơ bản (các BVĐK huyện hiện nay) giữ nguyên hiện xếp hạng, đầu tư nguồn lực (tối thiểu phải đáp ứng đủ các điều kiện của BV hạng III), đảm bảo cung cấp đầy đủ

các danh mục kỹ thuật theo quy định của tuyến, chấm dứt việc nâng hạng trong thời gian tới.

Với tuyến CSSK nâng cao/chuyên sâu (BV chuyên khoa, đa khoa tuyến tỉnh; BV tuyến TU) tối thiểu phải đủ điều kiện để xếp hạng II. Nếu không đủ thì sáp nhập vào BVĐK cùng tuyến.

Qua khảo sát, có tỷ lệ đáng kể công chức, viên chức (CCVC) y tế đã đồng thuận với phương án này (46,2%, n=839) do không gây ra xáo trộn về tổ chức, bộ máy với từng cơ sở KCB, tạo ra sự ổn định trong toàn mạng lưới. Không làm phát sinh các thủ tục thẩm định, cấp phép lại cho các cơ sở KCB. Tạo động lực cho các cơ sở KCB chăm lo phát triển chuyên môn kỹ thuật nhưng không bị chòng chéo giữa các tuyến. Tạo ra tâm thế tích cực phấn đấu để nâng cao trình độ chuyên môn cho NVYT...

Những người đồng thuận đã đánh giá về tác động của phương án này như sau (bảng 1):

**Bảng 1: Mối liên quan giữa các chỉ số kê đơn thuốc chung với nhóm tuổi**

STT	Đánh giá các tác động	Tỷ lệ % trong nhóm lựa chọn P.A 2 (n=839)	Tỷ lệ % trong TS người trả lời (n=1.920)
<b>1. Về xã hội</b>			
1.1	Tăng cường vai trò của cơ quan quản lý nhà nước	89,7 (n=753)	39,2
1.2	Nâng cao chất lượng của dịch vụ KCB	96,2 (n=777)	40,5
1.3	Tăng cơ hội phát triển việc làm cho NVYT	86,8 (n=728)	37,9
1.4	Tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho người dân	90,6 (n=760)	39,6
<b>2. Về thủ tục hành chính</b>			
2.1	Tăng thủ tục hành chính về đăng ký cấp phép hoạt động	80,2 (n=673)	35,1
2.2	Tăng thêm thủ tục hành chính về thẩm định cấp phép	79,2 (n=664)	34,6
2.3	Tăng thêm thủ tục hành chính về kiểm tra, giám sát	77,0 (n=646)	33,6
<b>3. Về kinh tế</b>			
3.1	Tăng nguồn thu cho ngân sách nhà nước	85,6 (n=603)	31,4
3.2	Tăng các khoản thu của cơ sở KCB	88,7 (n=744)	38,7



STT	Đánh giá các tác động	Tỷ lệ % trong nhóm lựa chọn P.A 2 (n=839)	Tỷ lệ % trong TS người trả lời (n=1.920)
3.3	Tăng các khoản chi của cơ sở KBCB	80,1 (n=672)	35,0
3.4	Tăng giá dịch vụ KBCB	83,1 (n=697)	36,3
3.5	Tăng chi trả đối với người sử dụng dịch vụ y tế	88,6 (n=743)	38,7
<b>4. Về giới</b>			
4.1	Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB của nam	83,4 (n=747)	38,9
4.2	Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KBCB của nữ	84,4 (n=708)	36,9
4.3	Tăng cơ hội việc làm cho nam	82,3 (n=690)	35,9
4.4	Tăng cơ hội việc làm cho nữ	82,3 (n=690)	35,9
<b>5. Về pháp lý</b>			
5.1	Phù hợp với các quy định, hiệp định quốc tế mà Việt Nam đã cam kết	73,1 (n=613)	31,9
5.2	Phù hợp với các quy định về quyền cơ bản của công dân theo Hiến pháp	82,6 (n=693)	36,1
5.3	Phù hợp với các quy định về quản lý nhà nước trong lĩnh vực Y tế	83,1 (n=697)	36,3
5.4	Phù hợp với các VBQPPL khác có liên quan đến Y tế	80,2 (n=673)	35,1

Có thể thấy, việc phân tuyến và xếp loại cơ sở KCB theo phương án 2 ưu việt hơn, rõ ràng hơn, phù hợp với chức năng của từng tuyến chuyên môn theo định hướng phát triển của hệ thống y tế. Khắc phục được những hạn chế, bất cập trong phân tuyến và xếp hạng đang gặp phải trong thực tế hiện nay mà không tạo ra sự xáo trộn lớn. Cơ quan quản lý nhà nước sẽ kiểm soát việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của cơ sở KCB theo phạm vi chuyên môn đã được quy định của từng tuyến, tránh sự chông chéo giữa các tuyến về danh mục cung cấp dịch vụ kỹ thuật. Các cơ sở KCB có cơ sở để chủ động phát triển chuyên môn kỹ thuật dựa theo danh mục được quy định theo tuyến. Việc kết nối giữa các tuyến chuyên môn trong hệ thống y tế được thực hiện với hiệu quả cao hơn. Người dân dễ dàng hơn trong tiếp cận các dịch vụ CSSK cơ bản và nâng cao.

Bên cạnh đó, phương án này cũng có một số bất cập, hạn chế. Việc dùng nâng hạng đối với BV tuyến huyện đang xếp hạng II sẽ gây ra khó khăn cho các BV trong thu hút bệnh nhân, giảm quá tải cho BV tuyến trên do bị giới hạn lại danh mục cung cấp dịch vụ chuyên môn kỹ thuật, nhất là trong bối cảnh tự chủ BV hiện nay. Đối với BV chuyên khoa tuyến tỉnh đang xếp hạng 3 nếu không nâng được lên hạng 2 mà phải sáp nhập vào 1 khoa của BVĐK tỉnh thì cũng sẽ tạo ra sự xáo trộn về bố trí sắp xếp mô hình tổ chức, nhân lực...

➤ **Phương án 3:** Thay đổi toàn bộ việc phân tuyến cơ sở KCB và xếp loại theo 3 tuyến: CSSK ban đầu, CSSK cơ bản và CSSK nâng cao, chuyên sâu. Sắp xếp lại để các cơ sở KCB thực hiện đúng theo chức năng của tuyến mình. Xếp loại cơ sở KCB với tiêu chí riêng cho từng tuyến, riêng cho BVĐK và BV chuyên khoa. Phương

án này đã được 45% số CCVC y tế được khảo sát đồng thuận (n=827).

Kết quả khảo sát cho thấy, theo phương án này phân tuyển chuyên môn của hệ thống y tế sẽ được đổi mới rõ ràng hơn, việc kết nối giữa các tuyến chuyên môn trong hệ thống y tế sẽ thuận lợi hơn, hiệu quả hơn, người bệnh dễ dàng hơn trong tiếp cận với các cơ sở y tế theo nhu cầu KCB của bản thân.

Tuy nhiên, phương án 3 sẽ tạo nên sự xáo trộn lớn trong hoạt động cung cấp dịch vụ của nhiều cơ sở KCB cũng như toàn bộ mạng lưới trong cả nước ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của người bệnh. Các cơ quan quản lý nhà nước sẽ phải rà

soát, thẩm định và cấp phép lại với một số lượng lớn các cơ sở KCB, phải sửa đổi lại các quy định về thanh toán BHYT (theo tuyến chuyên môn chứ không phải theo hạng BV như hiện nay). Nhiều cơ sở y tế ở tuyến dưới sẽ phải nhanh chóng thu hẹp phạm vi các danh mục dịch vụ được cung cấp. Người dân sẽ giảm cơ hội được tiếp cận thuận lợi với dịch vụ kỹ thuật cao trong CSSK...

Vì lẽ đó, tính khả thi của phương án 3 sẽ là rất thấp.

Tuy nhiên vẫn có 1 tỷ lệ đáng kể NVYT phỏng vấn đồng thuận với phương án này với những ý kiến đánh giá về tác động tích cực mà phương án 3 sẽ mang lại (Bảng 2).

**Bảng 2. Ý kiến của CBVC trong Ngành về những tác động của phương án điều chỉnh ngay quy định về phân tuyển cơ sở KCB theo 3 tuyến và xếp loại cơ sở KCB theo từng tuyến (Phương án 3)**

STT	Đánh giá các tác động	Tỷ lệ % trong nhóm lựa chọn P.A 3 (n=827)	Tỷ lệ % trong TS người trả lời (n=1.920)
<b>1. Về xã hội</b>			
1.1	Tăng cường vai trò của cơ quan quản lý nhà nước	91,6 (n=748)	40,8
1.2	Nâng cao chất lượng của dịch vụ KCB	95,0 (n=776)	40,4
1.3	Tăng cơ hội phát triển việc làm cho NVYT	92,5 (n=758)	39,5
1.4	Tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho người dân	94,5 (n=772)	40,2
<b>2. Về thủ tục hành chính</b>			
2.1	Tăng thủ tục hành chính về đăng ký cấp phép hoạt động	85,2 (n=696)	36,2
2.2	Tăng thêm thủ tục hành chính về thẩm định cấp phép	82,9 (n=672)	35,0
2.3	Tăng thêm thủ tục hành chính về kiểm tra, giám sát	83,2 (n=680)	35,4
<b>3. Về kinh tế</b>			
3.1	Tăng nguồn thu cho ngân sách nhà nước	89,5 (n=731)	38,1
3.2	Tăng các khoản thu của cơ sở KBCB	99,2 (n=753)	39,2
3.3	Tăng các khoản chi của cơ sở KBCB	86,7 (n=708)	36,9
3.4	Tăng giá dịch vụ KBCB	88,2 (n=721)	37,5
3.5	Tăng chi trả đối với người sử dụng dịch vụ y tế	99,2 (n=753)	39,2



STT	Đánh giá các tác động	Tỷ lệ % trong nhóm lựa chọn P.A 3 (n=827)	Tỷ lệ % trong TS người trả lời (n=1.920)
<b>4. Về giới</b>			
4.1	Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB của nam	87,3 (n=713)	37,1
4.2	Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KBCB của nữ	88,2 (n=721)	37,5
4.3	Tăng cơ hội việc làm cho nam	87,6 (n=716)	37,3
4.4	Tăng cơ hội việc làm cho nữ	87,4 (n=714)	37,1
<b>5. Về pháp lý</b>			
5.1	Phù hợp với các quy định, hiệp định quốc tế mà Việt Nam đã cam kết	78,3 (n=603)	31,4
5.2	Phù hợp với các quy định về quyền cơ bản của công dân theo Hiến pháp	87,6 (n=710)	37,0
5.3	Phù hợp với các quy định về quản lý nhà nước trong lĩnh vực Y tế	85,8 (n=701)	36,5
5.4	Phù hợp với các VBQPPL khác có liên quan đến Y tế	82,1 (n=761)	39,6

Như vậy **phương án 2** (từng bước thay đổi phân tuyến các cơ sở KCB thành 3 tuyến và xếp loại các bệnh viện trong từng tuyến theo lộ trình) là phương án có tỷ lệ nhân viên y tế đồng thuận cao hơn cả (46,2%) bởi lẽ phương án này vừa đáp ứng được yêu cầu đổi mới về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở KCB theo đúng chức năng chuyên môn của từng tuyến, đảm bảo tính kết nối về chuyên môn giữa các tuyến vừa đảm bảo tính ổn định, không tạo ra sự xáo trộn gây mất ổn định trong toàn mạng lưới. Phương án 3 về cơ bản cũng theo cách tiếp cận này nhưng không cần có lộ trình nên dễ dẫn đến những xáo trộn lớn trong toàn hệ thống. Vì vậy tỷ lệ nhân viên y tế được khảo sát bày tỏ sự đồng tình với phương án này thấp hơn so với phương án 2 (45%).

### III. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

#### ➤ Về phương án lựa chọn

Về phân tuyến và phân loại cơ sở KCB theo tuyến, qua phân tích điểm mạnh và hạn chế, bất

cập của 3 phương án được đề xuất để đánh giá tác động và qua tham khảo bài học kinh nghiệm của các nước trên thế giới, trong khu vực; nhóm nghiên cứu đề xuất chọn **Phương án 2** (từng bước phân tuyến cơ sở KCB theo 3 tuyến: CS ban đầu, CS cơ bản và CS nâng cao theo lộ trình và xếp loại BV theo từng tuyến trên cơ sở khả năng cung cấp dịch vụ chuyên môn kỹ thuật và chất lượng dịch vụ) bởi lẽ đây là phương án có thể giúp dần dần khắc phục những bất cập trong thực tiễn của việc phân tuyến và xếp hạng cơ sở KCB ở nước ta thời gian qua. Đồng thời phương án này cũng không tạo ra áp lực cho các cơ quan quản lý nhà nước trong rà soát, thẩm định và cấp phép lại cho các cơ sở KCB. Hơn thế, phương án này không gây ra sự xáo trộn lớn đối với mỗi cơ sở KCB cũng như cả hệ thống y tế. Vì vậy đây là phương án có tính khả thi cao.

#### ➤ Về giải pháp nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện phương án này trong thực tế:

- ✓ Thay đổi quy định về cấp phép chỉ cần cấp phép theo điều kiện, không cần thẩm

- định nhưng phải tăng cường hậu kiểm để đảm bảo sự tuân thủ nghiêm túc của các cơ sở KCB.
- ✓ Tăng cường kiểm tra, giám sát, thẩm định các điều kiện của cơ sở KCB sau 5 năm được cấp phép.
  - ✓ Điều chỉnh lại điều kiện xếp hạng III với cơ sở KCB tư nhân sao cho thống nhất cùng với điều kiện cấp phép cho các cơ sở KCB công lập.
  - ✓ Thay đổi quy định chuyển tuyến với những dịch vụ chuyên khoa mà BVĐK huyện không cung cấp được thì chuyển thẳng bệnh nhân BHYT lên BV tuyến trên.
  - ✓ Kiện toàn quy định về quy trình thẩm định và cấp phép cho các danh mục kỹ thuật mới giúp cơ sở KCB cập nhật, kịp thời triển khai.
  - ✓ Sửa đổi quy chế BV cho phù hợp với chức năng nhiệm vụ theo phân tuyến chuyên môn của các cơ sở.
- ✓ Bộ Y tế nhanh chóng xây dựng quy hoạch phát triển hệ thống y tế Việt Nam trong đó có quy hoạch về mạng lưới KCB theo các tuyến chuyên môn hướng tới việc thành lập các Trung tâm Kỹ thuật cao ở tuyến cuối tập hợp nhiều cơ sở vệ tinh là những BV chuyên khoa chuyên sâu.
  - ✓ Bộ Y tế cần ban hành văn bản quy định chức năng nhiệm vụ của từng tuyến chuyên môn và kèm theo đó là danh mục kỹ thuật tương thích với chức năng của từng tuyến.
  - ✓ Cần ban hành cơ chế tài chính phù hợp với từng tuyến chuyên môn (tuyến CSSK ban đầu được hỗ trợ 100% ngân sách hoạt động, tuyến CSSK cơ bản và chuyên khoa đặc thù được hỗ trợ 50% và tuyến CSSK nâng cao/chuyên sâu thì tự chủ hoàn toàn).
  - ✓ Tăng cường truyền thông, phổ biến về phân tuyến, xếp hạng BV cho người dân trong cộng đồng để giúp họ có đủ thông tin khi lựa chọn cơ sở KCB phù hợp với nhu cầu./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2017), Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Bộ Y tế (2019), Công văn số 667/BYT-TCCB ngày 14/2/2019 về việc giao Viện Chiến lược và Chính sách Y tế làm đầu mối nghiên cứu, đánh giá tác động của chính sách liên quan đến dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
3. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 7736/QĐ-BYT ngày 27/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan tới dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
4. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 6685/QĐ-BYT ngày 02/11/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân công phạm vi chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản phụ khoa.
5. Bộ Y tế (2017), Dự thảo Tờ trình đề nghị xây dựng Dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi.
6. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân công công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.
7. Chính phủ (2016), Nghị định số 34/NĐ-CP ngày 14/5/2016 quy định chi tiết một số Điều và biện pháp thi hành Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật.
8. Chính phủ (2018), Nghị định số 155/2018/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư, kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.
9. OECD (2007), Xây dựng khung khổ thực hiện RIA: Các công cụ phân tích cho các nhà hoạch định chính sách. Bài đọc thuộc Chương trình Giảng dạy Kinh tế Fulbright Niên khóa 2012-2014 Luật và Chính sách công.
10. Quốc hội (2009), Luật số: 40/2009/QH12 về Luật Khám bệnh, chữa bệnh
11. Quốc hội (2008), Luật số: 17/2008/QH12 về Luật Ban hành các văn bản pháp luật
12. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2017) Báo cáo Đánh giá những bất cập của các quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh và đề xuất phương án sửa đổi, bổ sung.

## **NĂNG LỰC NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY**

*TS. Phan Hồng Vân<sup>12</sup>, TS. Trần Thị Mai Oanh<sup>13</sup>*

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (CS&HTYT) ở Việt Nam không ngừng gia tăng trong thời gian gần đây khi nhu cầu về cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách y tế tăng lên. Chính phủ Việt Nam đã có qui định các dự thảo Luật/văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL) khi trình Quốc hội/Chính phủ đều phải xây dựng dựa trên các bằng chứng khoa học và có báo cáo đánh giá dự báo tác động của luật khi triển khai (RIA).

Từ năm 2008, Chính phủ đã ban hành Luật số 17/2008/QH12 ngày 03/06/2008 về Luật Ban hành VBQPPL và Luật này đã được sửa đổi bổ sung năm 2015 (Luật số 80/2015/QH13 ngày 22 tháng 06 năm 2015 Luật Ban hành VBQPPL). Năm 2016, Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2016 được ban hành Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Ban hành VBQPPL.

Trong lĩnh vực y tế việc cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế cũng được quan tâm hơn. Nhiều đặt hàng từ phía Bộ Y tế, Quốc hội, Chính phủ, Các Ban Đảng về cung cấp bằng chứng trước khi xây dựng, sửa đổi, bổ sung chính sách hay đánh giá việc triển khai chính sách để có các điều chỉnh chính sách phù hợp. Bài báo này sẽ đánh giá sơ bộ về thực trạng năng lực của các cơ quan nghiên cứu CS&HTYT hiện nay trong việc nghiên cứu cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam.

### **PHƯƠNG PHÁP**

Bài báo này là một phần trong kết quả nghiên cứu được tiến hành đồng thời tại 3 quốc gia: Việt Nam, Trung Quốc, Thái Lan với cùng một phương pháp điều tra cắt ngang và sử dụng một bộ công cụ định tính gồm có phỏng vấn sâu các nhà nghiên cứu, các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách và biểu mẫu thu thập thông tin tại các cơ quan nghiên cứu trong lĩnh vực CS&HTYT. Mục đích của nghiên cứu nhằm: (1) Đánh giá năng lực nghiên cứu CS&HTYT trong việc tạo ra bằng chứng và cung cấp thông tin cho xây dựng chính sách y tế của các viện nghiên cứu; (2) Tìm hiểu về nhu cầu cung cấp bằng chứng và nguồn cung cấp bằng chứng CS&HTYT và các rào cản đối với việc sử dụng bằng chứng trong các quyết định chính sách ở Việt Nam.

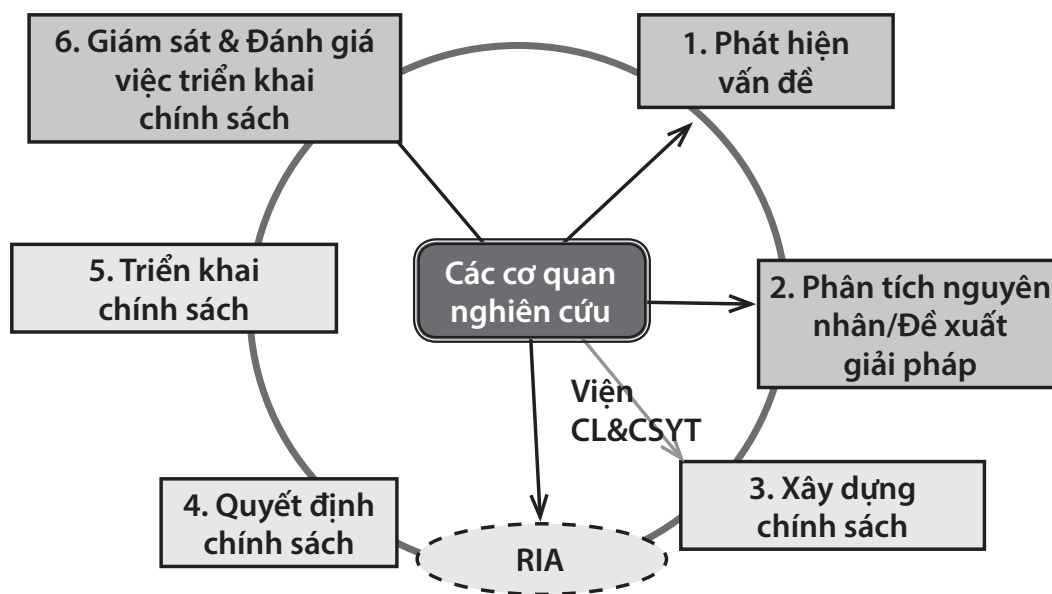
### **CÁC PHÁT HIỆN CHÍNH**

#### **Bối cảnh chung**

Trong chu trình hoạch định chính sách ở Việt Nam, các cơ quan nghiên cứu chỉ tham gia ở một số bước như: bước 1 (Phát hiện vấn đề); bước 2 (Phân tích nguyên nhân/đề xuất giải pháp); bước RIA (Đánh giá dự báo tác động khi triển khai văn bản quy phạm pháp luật); bước 6 (Giám sát và đánh giá việc triển khai VBQPPL). Trong số các cơ quan nghiên cứu, duy nhất chỉ có một Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có chức năng tham mưu trong hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam tham gia trong bước 3 (Xây dựng chính sách). (Hình 1)

<sup>12</sup> Trường phòng Quản lý khoa học - Đào tạo - Hợp tác quốc tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>13</sup> Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế



Hình 1: Chu trình hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam

**Các cơ quan tham gia trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT hiện nay gồm có:**

- Viện nghiên cứu của Bộ Y tế là viện nghiên cứu cấp quốc gia của Bộ Y tế do Thủ tướng Chính phủ ký quyết định thành lập. Viện nghiên cứu của Bộ Y tế này là đơn vị chủ chốt có chức năng chính là cung cấp bằng chứng, tư vấn và phản biện chính sách trong lĩnh vực y tế. Viện đã có vai trò chủ động trong việc xây dựng, sửa đổi, bổ sung và đánh giá việc triển khai của nhiều chính sách y tế trong thời gian gần đây.
- Hệ thống các trường đại học thuộc khối ngành sức khỏe: Trong các trường này thường có một đơn vị nghiên cứu y tế công cộng. Các trường đại học với chức năng chính là đào tạo, chức năng nghiên cứu là chức năng thứ hai. Các nghiên cứu của các trường đại học phần lớn phục vụ công tác giảng dạy sau đại học và theo đơn đặt hàng của các cơ quan nhà nước, tổ chức quốc tế, tư nhân,...
- Một số viện/trung tâm tư nhân có qui mô nhỏ cũng tham gia nghiên cứu CS&HTYT khi có đặt hàng từ nhà tài trợ.

- Một số cơ quan, tổ chức Liên Hợp quốc, quốc tế có đặt hàng, tài trợ và hỗ trợ kỹ thuật cho các nghiên cứu CS&HTYT.

Các cơ quan có nghiên cứu CS&HTYT đều có chức năng nghiên cứu chính trong lĩnh vực y tế công cộng và y học. Bên cạnh đó một số cơ quan như Viện nghiên cứu của Bộ Y tế, Đại học thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội, Đại học thuộc khối ngành sức khỏe TP Hồ Chí Minh còn nghiên cứu trong lĩnh vực kinh tế y tế chủ yếu là đánh giá công nghệ y tế (HTA).

**Về nhân lực của các cơ quan nghiên cứu**

Các cơ quan/đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thường có quy mô nhỏ khoảng từ 10 đến 50 nghiên cứu viên. Tất cả các cán bộ chuyên môn đều có bằng đại học và đa số có bằng sau đại học thạc sĩ, tiến sĩ.

Hiện nay, việc thu hút tuyển dụng nhân lực vào các cơ sở nghiên cứu và giảng dạy trong lĩnh vực y tế công cộng (YTCC) nói chung và nghiên cứu CS&HTYT nói riêng dễ dàng hơn những năm trước. Những người nộp đơn xin tuyển dụng được đào tạo từ các chuyên ngành khác nhau như



y học, dược, y tế công cộng, luật, xã hội học và kinh tế y tế,... Vì vậy, các ứng viên được tuyển chọn thường có năng lực tốt đáp ứng được yêu

cầu công việc. Tỷ lệ thay đổi về nhân sự hàng năm ở các cơ quan này đều thấp dưới 10% chủ yếu là do về hưu, chuyển công tác.

*Những năm sau này ngành YTCC phát triển hơn thì tuyển người dễ hơn. Vài năm trở lại đây thì nhiều lắm, cơ quan em chỉ cần thông báo là có rất nhiều ứng viên, tóm lại thu hút rất là dễ. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

Các vấn đề tồn tại trong việc tuyển dụng, giữ chân, thu hút cán bộ nghiên cứu

Việc tuyển dụng nghiên cứu viên có bằng cấp cao, có năng lực và kinh nghiệm nghiên cứu hiện rất khó khăn do mức lương và thu nhập chưa có tính cạnh tranh.

Vẫn tồn tại các yếu tố rào cản giữ chân cán bộ như mức thu nhập thấp làm cho nghiên cứu viên không yên tâm công tác tại các cơ quan nghiên cứu. Bên cạnh đó, các yếu tố như công việc quá tải, nghiên cứu viên muốn học lên trình độ cao hơn, không có cơ hội hay nguồn lực nghiên cứu, công việc không hấp dẫn đều là những yếu tố khiến nghiên cứu viên không gắn bó với công việc.

Trong các trường đại học có ít thay đổi về nhân sự, cán bộ hiếm khi bỏ việc. Tuy nhiên, giảng dạy là chức năng chính và quan trọng hơn. Việc giảng

dạy chiếm phần lớn thời gian của các giảng viên nên thời gian dành cho nghiên cứu chưa được chú trọng. Tất cả các đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc các trường đại học đều có tình trạng chung là nhiều giảng viên không muốn tham gia nghiên cứu, dẫn đến tình trạng thiếu người làm nghiên cứu tại các trường đại học. Những lý do khiến các giảng viên không hứng thú với nghiên cứu là: (1) Rất khó huy động các nguồn lực cho nghiên cứu; (2) Định mức chi tiêu chưa thỏa đáng với thời gian và công sức bỏ ra để thực hiện nghiên cứu nên không có động lực cho nghiên cứu viên; (3) Quy trình từ gửi ý tưởng / đề xuất đến phê duyệt để thực hiện quá dài dẫn đến các chủ đề CS&HTYT trở nên không còn tính cấp thiết, phù hợp với thực tế. Thông thường, các giảng viên chỉ có hoạt động nghiên cứu khi hướng dẫn cho sinh viên sau đại học hoặc phục vụ cho việc làm chức danh phó giáo sư, giáo sư.

*Nhân lực ở trường này giảng dạy quá nhiều.... Giảng nhiều quá rất mệt và cũng không có thời gian làm nghiên cứu nữa. Bây giờ nhiều khi có dự án nhưng không có người làm... đi giảng dạy mà không làm nghiên cứu thì làm sao mà cập nhật được, nó thành lối mòn... Hơn nữa bây giờ trả lương theo công việc. Tóm lại nghiên cứu nói chung, nghiên cứu CS&HTYT nói riêng đang thiếu người. (Lãnh đạo Trường ĐH 1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Nhìn chung chúng em rất bận giảng dạy, tìm ra thời gian tư duy sáng tạo để nghiên cứu gần như rất hiếm hoi. Chúng em có những việc phải làm hối hả cho xong để làm sang việc kia. Một số cán bộ hơi bị an phận thủ thường, không phấn đấu, ngoại ngữ cũng chả học thêm nên không tiếp cận được. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Về đào tạo nâng cao năng lực:* Các cơ quan đều có cơ chế tạo điều kiện về thời gian và tài chính cho các nghiên cứu viên trẻ đi học dài hạn và ngắn hạn để nâng cao trình độ. Các cơ quan nghiên cứu trong lĩnh vực CS&HTYT đều có điểm mạnh trong hợp tác quốc tế và hợp tác trong nước với các tổ chức đào tạo nên việc nâng cao trình độ cho nghiên cứu viên rất thuận lợi. Các khóa đào tạo dài hạn sau đại học ở nước ngoài thường xin được học bổng, các đào tạo trong nước cơ quan cử học viên có tạo điều kiện về thời

gian hỗ trợ tài chính như hoàn trả học phí. Đa số các nghiên cứu viên trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT đều được đào tạo sau đại học tại các trường đại học nước ngoài đúng chuyên ngành và sử dụng thành thạo tiếng Anh.

Ngoài các đào tạo dài hạn, còn các hình thức đào tạo khác như tham gia các khóa đào tạo ngắn hạn, tham dự các hội thảo, đi thực tập trong nước và quốc tế, sinh hoạt khoa học hàng tháng, tham gia vào các nghiên cứu khoa học.

*Có cơ chế tạo điều kiện cho cán bộ phát triển, có thể cho đi học ngay, thậm chí tìm học bổng cho đi học. Trong quá trình làm việc luôn tạo điều kiện cho các lớp trẻ để các bạn có thể cống hiến làm việc. Thời xưa rất khó, muốn đi học phải chờ, xếp hàng, cứ phải xong hết mới đến lượt mình... Điểm mạnh bên em tiếp cận với khóa học nước ngoài rất tốt, thứ 2 là nhìn chung cán bộ có chuyên môn vì phần lớn là bạn em được đào tạo ở nước ngoài, 80% cán bộ được đào tạo ở nước ngoài, có chuyên môn. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Tạo cơ hội cho các bạn trẻ, họ có background đa số là từ 4 trường Y và xã hội học... Nhóm trẻ đa phần là nhóm học thạc sĩ từ các nước Úc, Hà Lan, Mỹ, Thailand..., một số học Thạc sĩ trong nước nhưng có kinh nghiệm thực tế. (Lãnh đạo trung tâm nghiên cứu tư nhân)*

Các chính sách đào tạo nâng cao năng lực chính là điểm mạnh nổi bật của các cơ quan/đơn vị nghiên cứu CS&HTYT trong việc thu hút và giữ chân các nghiên cứu viên. Ngoài ra, các qui định về chế độ đãi ngộ, thu nhập theo đóng góp,

công việc tham gia với tổng thu nhập không thấp hơn mặt bằng chung; môi trường làm việc cởi mở, đoàn kết, hỗ trợ lẫn nhau; thời gian làm việc linh hoạt, quản lý theo hiệu quả công việc cũng là những yếu tố thu hút và giữ chân cán bộ.

*Cơ bản bên em hấp dẫn là vì môi trường đoàn kết rồi lãnh đạo quan tâm, giúp đỡ ủng hộ mọi người phát triển. Ở Viện hiện nay lương thì vẫn thế ABC đảm bảo trả đúng theo nhà trường nghĩa là không cắt một tí gì hết. Cái thứ ba nữa là ở Viện thời gian mọi người không bị quản lý chặt đến mức mà từng giờ từng giấc, ra vào bấm vân tay... mà là quản lý theo công việc là chính thôi chứ còn quản lý theo kiểu kia thì có mà đi nhiều.... (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Điểm mạnh nhất và duy nhất là nhóm senior làm việc thành teamwork rất lâu mấy chục năm, xuyên suốt cho mọi người, đa dạng hóa cái expertise của tổ chức, làm chỗ dựa cho nhau để tổ chức phát triển tốt. (Lãnh đạo trung tâm nghiên cứu tư nhân)*

### ***Về kinh phí cho nghiên cứu CS&HTYT***

Các cơ quan có nguồn ngân sách cho nghiên cứu CS&HTYT rất khác nhau. Ngân sách cho nghiên cứu lĩnh vực này cao nhất là Viện nghiên cứu của Bộ Y tế với chức năng nghiên cứu cung cấp bằng chứng, tư vấn, phản biện cho việc hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam. Ở tất cả các cơ quan/đơn vị nghiên cứu CS&HTYT, ngân sách từ nguồn quốc tế nhiều hơn nguồn trong nước. Viện nghiên cứu của Bộ Y tế là đơn vị được nhận ngân sách từ Chính phủ nhiều nhất. Trung tâm nghiên cứu tư nhân không nhận được bất kỳ ngân sách nào từ Nhà nước. Xu hướng kinh phí tài trợ cho nghiên cứu CS&HTYT trong 3 năm gần đây tăng cho Viện nghiên cứu của Bộ Y tế, còn lại các cơ quan khác kinh phí đều giảm. Mức độ tự chủ tài chính của Viện nghiên cứu của Bộ Y tế và các đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của các trường đại học thuộc khối ngành sức khỏe đều

thấp dưới 30% hoặc 30%-60%, còn trung tâm nghiên cứu tư nhân là tự chủ hoàn toàn.

Ở các đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của các trường đại học thuộc khối ngành sức khỏe, kinh phí nghiên cứu nói chung và cho CS&HTYT là do các cá nhân tự huy động kể cả từ nguồn trong nước và quốc tế. Rất ít kinh phí từ trường đại học dành cho nghiên cứu, nếu có kinh phí chủ yếu tập trung cho việc thẩm định đảm bảo chất lượng nghiên cứu và việc xuất bản bài báo quốc tế và trong nước. Ở trung tâm nghiên cứu tư nhân tự hạch toán, nguồn tài chính chủ yếu từ nước ngoài.

Nhìn chung, tại các cơ quan, kinh phí dành cho nghiên cứu khoảng 30-50% tổng ngân sách, trong đó nghiên cứu CS&HTYT chiếm 50% kinh phí nghiên cứu. Riêng Viện nghiên cứu của Bộ Y tế kinh phí tập trung chủ yếu cho nghiên cứu CS&HTYT và chiếm đến hơn 70% tổng ngân sách.

*Cán bộ nào giỏi quan hệ tốt thì vẫn xin đề tài cấp Bộ, đề tài nhà nước. Năm vừa rồi có xin 1-2 đề tài nhà nước, cấp Bộ cũng 2-3 cái. Ngoài ra một số cán bộ có quan hệ tốt thì cũng xin được fund của Mỹ, như NIH thì trong Viện có mấy thầy cô có nguồn của NIH, hoặc là các nguồn khác, tóm lại là kinh phí nghiên cứu chủ yếu vẫn dựa vào đối tác bên ngoài, dựa vào quan hệ, dựa vào năng lực của mình kết nối, mình viết đề cương dự án để xin fund nước ngoài, còn kinh phí của Viện rất nhỏ giọt chỉ dùng vào thông qua và nghiệm thu đề tài cơ sở thôi, tiền còn lại dành cho xuất bản quốc tế và trong nước để làm tăng số xuất bản lên, cũng là làm tăng link với policy đồng thời cũng là nâng cao thương hiệu của Viện. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

### ***Về việc xác định ưu tiên cho các nghiên cứu CS&HTYT***

Viện nghiên cứu của Bộ Y tế xác định ưu tiên dựa trên nhiều yếu tố bao gồm: (1) Theo kế hoạch/chương trình/chiến lược quốc gia; (2) Theo quyết định của ban cố vấn/hội đồng tư vấn; (3) Theo kế hoạch/quan tâm của Viện; (4) Theo các điều kiện của nhà tài trợ; (5) Theo vấn đề người đề xuất quan tâm. Các yếu tố này sẽ được đưa vào tiêu

chí khi lựa chọn và sắp xếp thứ tự ưu tiên nghiên cứu. Các tiêu chí ưu tiên chính mà Viện nghiên cứu của Bộ Y tế sử dụng là: (1) Nhiệm vụ được lãnh đạo Bộ Y tế/các nhà hoạch định chính sách giao cung cấp bằng chứng cho các chính sách/luật có trong chương trình nghị sự chính sách; (2) Viện nghiên cứu của Bộ Y tế chủ động cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng, sửa đổi, bổ sung các chính sách/luật có trong chương trình nghị sự chính sách; (3) Các chủ đề nghiên cứu

để phát hiện các vấn đề hệ thống cung cấp bằng chứng cho việc đổi mới hệ thống y tế.

Viện nghiên cứu của Bộ Y tế luôn chủ động định hướng được nhà tài trợ để phục vụ được cho việc cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách. Các nghiên cứu nhận tài trợ đều có sự đàm

phán, thỏa hiệp sao cho các yêu cầu đặt hàng của nhà tài trợ và các ý định của Viện nghiên cứu của Bộ Y tế trong việc cung cấp bằng chứng, vận động chính sách theo các định hướng chiến lược của ngành đều được thực hiện.

*Bên cạnh việc thực hiện các nghiên cứu/đánh giá theo yêu cầu của Bộ Y tế, Ban Đảng, Quốc hội, Chính phủ, hàng năm Viện CL&CSYT cũng chủ động đề xuất một số đề tài nghiên cứu tập trung vào các vấn đề nóng của ngành và trình Lãnh đạo Bộ Y tế phê duyệt. (Lãnh đạo Viện nghiên cứu của Bộ Y tế)*

*Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có chức năng nghiên cứu cung cấp bằng chứng cho công tác hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam. Viện chủ động khi làm việc với nhà tài trợ. Đàm phán với nhà tài trợ sao cho các yêu cầu đặt hàng của nhà tài trợ và các ý định của HSPI trong việc cung cấp bằng chứng, vận động chính sách theo các định hướng chiến lược của ngành đều được thực hiện trong nghiên cứu. (Lãnh đạo Viện nghiên cứu của Bộ Y tế)*

Các đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc các trường đại học chủ yếu xác định các nghiên cứu có 2 loại: (1) Các đề tài trong nước chủ yếu theo đơn đặt hàng. Các đề tài này được xác định ưu tiên nghiên cứu dựa theo định hướng của ngành (nếu đặt hàng là Bộ Y tế, các cơ quan nhà nước) hoặc theo sự quan tâm của nhà tài trợ; (2) Các đề tài xin tài trợ nước ngoài thì theo chủ đề mà nhà tài trợ quan tâm nhưng khi viết đề cương thì kết hợp cả chủ đề quan tâm và lái theo định hướng của Việt Nam. Tại các trường đại học còn một nguồn đề tài nghiên cứu của học viên sau đại học thạc sĩ và tiến sĩ. Các đề tài này do học viên tự

huy động kinh phí làm nghiên cứu cho luận văn/ luận án tốt nghiệp. Giáo viên là người hướng dẫn sử dụng các đề tài này như là các đề tài cấp cơ sở. Các kết quả nghiên cứu được viết thành các bài báo đăng trên tạp chí trong nước và quốc tế, đôi khi các kết quả này cũng được sử dụng cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế.

Nhìn chung, các đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc các trường đại học thuộc khối sức khỏe đều cố gắng trong việc định hướng các nghiên cứu nhận tài trợ theo các vấn đề Việt Nam quan tâm nhưng còn thụ động.

*Có đề tài để học viên làm luận văn, một mặt giáo viên lấy đề làm đề tài cơ sở. Phần lớn các đề tài đó không phải trả phí, học viên làm đề tài của họ thì tự bỏ tiền. Coi như chất lượng đã được thầy cô hướng dẫn và hội đồng thông qua chỉnh sửa cho đảm bảo chất lượng, cũng được nhiều kênh giám sát... Tất cả các bên đều win hết: học viên được hướng dẫn, có thầy cô giám sát tận nơi, có hội đồng cơ sở. Xong các đề tài sẽ viết bài báo trong nước và quốc tế, nhiều thầy cô viết bài báo quốc tế xuất bản. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*



*Cách đây 2 năm, chúng tôi quan tâm về trầm cảm sau sinh, có công bố bài báo đăng trên Tạp chí Y học dự phòng Việt Nam, đó là bài báo đầu tiên về trầm cảm sau sinh ở Việt Nam. Thời kỳ đó Bộ Y tế gióng lên cảnh báo số liệu phụ nữ sau sinh tự sát rất nhiều, lúc đó Bộ Y tế mới tìm đọc các evidence công bố về trầm cảm sau sinh. Tình cờ Bộ Y tế lên online trên Tạp chí Y học dự phòng Việt Nam có đề tài của tôi nghiên cứu tại Huế và Đà Nẵng, Bộ Y tế lấy đó làm bằng chứng đưa ra tỉ lệ trầm cảm sau sinh chiếm khoảng 18-20% và đó là nguyên nhân gây trầm cảm nặng dẫn đến tự sát. Đây là tình cờ thôi vì Bộ Y tế tìm evidence không có lại tìm được bài báo của tôi, nên bài báo đó đã hỗ trợ Bộ Y tế có được bằng chứng... (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH thuộc khối ngành sức khỏe tại Huế)*

Trung tâm tư nhân nghiên cứu CS&HTYT xác định ưu tiên nghiên cứu theo chương trình nghị sự toàn cầu; chương trình nghiên cứu quốc gia. Các nghiên cứu đều xuất phát từ điều kiện của nhà tài trợ và quyết định của các bên liên quan như Bộ Y tế, các viện nghiên cứu, tổ chức chính phủ/phi chính phủ, cơ quan phát triển, tổ chức xã hội dân sự. Tất cả các nghiên cứu đều là đặt hàng của nhà tài trợ, nhưng khi xây dựng đề cương nghiên cứu thì các mục tiêu và nội dung được làm phù hợp với sự quan tâm và bối cảnh của Việt Nam.

Trong tất cả các cơ quan/đơn vị nghiên cứu trong lĩnh vực CS&HTYT, Viện nghiên cứu

của Bộ Y tế luôn đáp ứng nhanh, cung cấp bằng chứng kịp thời cho việc hoạch định chính sách y tế quốc gia.

### ***Về kiểm soát chất lượng nghiên cứu***

Các cơ quan nghiên cứu đều có cơ chế, qui trình nội bộ kiểm soát chất lượng nghiên cứu theo khung qui định chung. Kiểm soát đầu vào đề cương nghiên cứu và đầu ra báo cáo kết quả nghiên cứu. Tất cả đều thông qua hội đồng khoa học cấp cơ sở hoặc thẩm định của nhà tài trợ.

*Kiểm soát chất lượng nghiên cứu bọn em đã áp dụng từ khâu bắt đầu xây dựng ý tưởng. Bọn em đã xây dựng những bảng kiểm. Tóm lại là call xây dựng ý tưởng, sau đó yêu cầu mọi người viết ý tưởng gửi về Phòng Quản lý khoa học (QLKH). Các ý tưởng đấy có hội đồng xét, cái nào được thì viết đề cương. Viết đề cương thì cách đây 2 năm bắt đầu áp dụng chuẩn quốc tế vào... Trong quá trình làm việc Phòng QLKH phải thường xuyên giám sát yêu cầu báo cáo. Hôm vừa rồi em phải dừng 1 cái vì không làm đúng theo quy định của hội đồng. Đây là cái phải dừng mặc dù tốn mấy trăm triệu nhưng cũng phải dừng vì họ làm không đúng theo các tiêu chí và khi ra hội đồng thì cũng giống các nơi thôi. (Lãnh đạo trường ĐH 1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Việc kiểm soát chất lượng nghiên cứu được thực hiện theo đúng qui định chung của Nhà nước, của Bộ Y tế. Bên cạnh đó, Viện còn xây dựng và ban hành qui định quản lý các đề tài nghiên cứu khoa học của Viện. Theo qui định này thì các nghiên cứu được Hội đồng khoa học cấp cơ sở kiểm soát chất lượng chặt chẽ từ khâu đề xuất ý tưởng, xây dựng đề cương, triển khai thực hiện và nghiệm thu kết quả. Khi hội đồng xét duyệt đề tài nào kém quá thì không*



*được phê duyệt/thông qua. Đề tài nào có thể sửa chữa được thì yêu cầu chỉnh sửa rồi trình lại. Đặc biệt tất cả các nghiên cứu của Viện đều phải gắn với các yêu cầu chính sách và cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách. Qui định này thường xuyên được cập nhật, sửa đổi phù hợp với tình hình thực tế. (Lãnh đạo Viện nghiên cứu của Bộ Y tế)*

Tuy nhiên, trên thực tế, quá trình triển khai nghiên cứu thì nhiều cơ quan chưa có qui định, qui trình kiểm tra, giám sát cụ thể hoặc có đã có qui định nhưng chưa được thực hiện chặt chẽ. Nguyên nhân của thực trạng này do bộ phận quản lý không có đủ nhân lực nên việc triển khai

thực hiện giao cho chủ nhiệm các đề tài/lãnh đạo đơn vị tự chịu trách nhiệm. Các cơ quan đều có chế tài đối với các cá nhân có đề tài chậm tiến độ hoặc chưa nghiệm thu được đề tài cũ thì sẽ không được giao thêm đề tài mới.

*Không quản lý được quá trình triển khai vì quản lý cái đó rất khó. Giao cho các trường đơn vị, đề tài đơn vị nào thì trường đơn vị đó phải tự chịu trách nhiệm chứ bên em không đi giám sát mọi người làm được do bọn em chỉ có 2 người thôi. Bên em có kiểm soát là nếu chậm tiến độ, không bảo vệ đúng kế hoạch thì năm sau không được duyệt thêm đề tài mới. Khi nào phải nghiệm thu hết đề tài cũ thì mới được duyệt đề tài mới. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

Trung tâm tư nhân nghiên cứu CS&HTYT cũng có qui trình kiểm soát chất lượng nghiên cứu theo chuẩn quốc tế (Internal Review Board -IRB).

*Có IRB. Các thành viên phải có chứng chỉ, gồm 3 người làm chuyên môn, 2 người không làm chuyên môn. Review đề tài nghiên cứu: ban này có thay đổi hoặc IRB bên ngoài để đảm bảo transparant nhất, phải IRB mấy lần. Ví dụ đang nghiên cứu với trường ở Mỹ: bên trường đó có IRB kiểm soát. Ngoài ra còn có các hoạt động như chia sẻ kiến thức để mọi người cùng đóng góp ý kiến, một số người mạnh về định tính hay định lượng thì chia sẻ để phân tích số liệu viết báo cáo. Tóm lại là chia sẻ từ khâu lên ý tưởng đến viết báo cáo, mỗi nhóm đều phải chịu trách nhiệm về phần việc của mình nhưng phải xin ý kiến, tham vấn của những nhóm khác. (Lãnh đạo Trung tâm nghiên cứu tư nhân)*

Nhưng cũng có cơ quan chưa chú trọng đến chất lượng nghiên cứu nên chưa có qui trình kiểm định chất lượng nghiên cứu như đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của trường đại học khối sức khỏe tại TP Hồ Chí Minh.

*Đây là điểm yếu của trường. Hiện nay có những nghiên cứu tốt nhưng cũng có nghiên cứu chưa tốt. Lý do là chưa có một hệ thống nên chất lượng phụ thuộc vào người nghiên cứu chính. Nếu người nghiên cứu chính có thời gian đầu tư, có lập kế hoạch giám sát cụ thể thì nghiên cứu đó tốt. Nói thật là có một số nghiên cứu chất lượng chưa được tốt như mong muốn là vì chưa có hệ thống này... Nghiên cứu của sinh viên, học viên chất lượng rất thay đổi vì mục tiêu của họ là ra trường chứ không phải là làm thay đổi hệ thống y tế. Nghiên cứu của trường vẫn chưa có một cơ quan độc lập ngoài nhóm nghiên cứu để đánh giá chất lượng sản phẩm. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của trường đại học khối sức khỏe tại TP Hồ Chí Minh)*

### ***Việc quản lý xung đột lợi ích trong nghiên cứu***

Tất cả các cơ quan/đơn vị nghiên cứu đều có cơ chế quản lý xung đột lợi ích bằng Quy chế chi tiêu nội bộ và có quy định tất cả các nghiên cứu phải có thỏa thuận hợp đồng tài chính và kỹ thuật từ thời điểm bắt đầu thực hiện nghiên cứu. Chỉ riêng Trung tâm nghiên cứu tư nhân có thêm quy định xử phạt. Bên cạnh đó, Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có một quy định rõ ràng và nghiêm ngặt là không cho phép sử dụng hỗ trợ từ các công

ty dược phẩm cho các nghiên cứu liên quan đến Đánh giá công nghệ y tế (HTA).

*Quản lý xung đột bản quyền nghiên cứu giữa đơn vị nghiên cứu và nhà tài trợ*

Các đề tài nhận tài trợ đều tuân thủ quy định của nhà tài trợ và theo các điều khoản trong hợp đồng ký kết giữa hai bên. Khi sử dụng số liệu, công bố kết quả nghiên cứu hay xuất bản quốc tế phải thông báo, trao đổi và được sự đồng ý của nhà tài trợ.

*Riêng với CDC thì chúng em làm đề tài, triển khai, xuất bản thì gửi cho CDC Việt Nam thông báo là tôi định đăng xuất bản bài này, tôi định xuất bản quốc tế bài đó. CDC Việt Nam xem xét, nếu họ duyệt thì mới được đăng... Còn nếu không xin mà đăng thì kiểu gì cũng mâu thuẫn, bị bên kia chất vấn luôn. Cái thứ hai là phải viết một câu trong bài báo là quan điểm nêu trong bài báo này chỉ là quan điểm của chính tác giả chứ không phải là quan điểm của CDC Việt Nam, có câu đấy để khỏi mâu thuẫn. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc trường ĐH2 thuộc khối sức khỏe tại Hà Nội)*

*Lấy ví dụ như chương trình nghị sự của Đức tôi làm đề tài hợp tác quốc tế giữa 8 quốc gia trên thế giới thì cái việc này nằm trong contract trong đó có các điều khoản bắt buộc các quốc gia phải thống nhất, ví dụ như là công bố quốc tế, số liệu của mình là copyright của dự án và phải gửi về dự án, công bố tại 8 nước chứ không phải chỉ công bố ở Việt Nam. Trong đó cũng có điều khoản số liệu mình được quyền lấy là số liệu của Việt Nam thôi, không được lấy của nước khác. Đó là cách họ hạn chế xung đột lợi ích. Ai là người đứng trong danh mục author, bài báo đó được thảo luận rất kỹ. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc trường ĐH khối sức khỏe tại Huế)*

*Quản lý xung đột lợi ích trong nghiên cứu sử dụng cho đào tạo*

Nếu là đề tài nghiên cứu do nước ngoài tài trợ đều theo thông lệ quốc tế qui định về vấn đề tác giả khi đăng bài báo tạp chí và có thỏa thuận rõ ràng trong hợp đồng nghiên cứu với nhà tài trợ và nghiên cứu sinh, được nhà trường quản lý chặt chẽ. Nếu là đề tài nghiên cứu nguồn nhà nước thì có quy định bắt buộc về trách nhiệm đào tạo sau đại học của nghiên cứu và nghiên cứu sinh phải có các bài báo công bố kết quả trước khi bảo vệ luận án.

**Các sản phẩm trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT**

Các trường đại học có thể mạnh trong việc sử dụng các kết quả nghiên cứu để xuất bản các bài báo trên các tạp chí trong nước và quốc tế. Tuy nhiên, các kết quả này lại không có các hình thức và các kênh chuyên tải để cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế. Trong khi đó Viện nghiên cứu của Bộ Y tế đã thành công trong việc sử dụng các kết quả nghiên cứu của mình trong việc cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách. Viện đã có các kênh thông tin và các hình thức đa dạng để cung cấp bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách. Rất nhiều các báo cáo đề xuất chính sách của Viện đã được sử dụng trong việc xây dựng, sửa đổi, bổ sung chính sách y tế. (Bảng 1)

**Bảng 1: Các sản phẩm trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT theo báo cáo của một số cơ quan/đơn vị được nghiên cứu**

	Viện nghiên cứu của Bộ Y tế	Trường ĐH1 khối SK tại Hà Nội	Đơn vị NC CS&HTYT của Trường ĐH2 khối SK tại Hà Nội	Đơn vị NC CS&HTYT của Trường ĐH khối SK tại Huế	Trung tâm nghiên cứu tư nhân
<b>Các dự án nghiên cứu CS&amp;HTYT bắt đầu từ năm:</b>					
2015	8	12	2	4	1
2016	7	18	2	5	1
2017	9	20	2	4	1
<b>Các sản phẩm đầu ra của nghiên cứu CS&amp;HTYT</b>					
<b>Bài báo trong nước + Bài báo quốc tế xuất bản năm:</b>					
2015	17+1	58+31	10+7	32+9	0+1
2016	28+4	95+64	13+3	36+1	0+7
2017	25+1	145+31	28+20	15+7	0+1
<b>Các báo cáo đề xuất chính sách cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách (HĐCS) năm:</b>					
2015	8 (1 đã được dùng)	0	1	0	0
2016	9 (4 đã được dùng)	0	1	0	0
2017	19 (3 đã được dùng)	0	0	0	0

Các bài báo trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT xuất bản trong nước trên các tạp chí Y học thực hành, Y tế công cộng, Y học dự phòng, Y học Việt Nam, Chính sách Y tế từ 2014-2017 tập hợp được là 1665 bài. Các bài viết được chia theo các chủ đề, trong đó chủ đề y tế công cộng có số lượng nhiều nhất là 795 bài, tiếp đến

là nhân lực y tế 296 bài và dịch vụ y tế 256 bài, quản trị hệ thống 115 bài. Lĩnh vực tài chính y tế bao gồm cả đánh giá công nghệ y tế có 87 bài, thông tin y tế có 85 bài và tiếp cận thuốc là 54 bài. Trong khi đó các bài báo về Đánh giá việc triển khai chính sách chỉ có 3 bài vào năm 2014 và 2015. (Bảng 2)

**Bảng 2: Các bài báo trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT xuất bản trong nước từ 2014-2017 theo năm và theo chủ đề**

Chủ đề	Năm				
	2014	2015	2016	2017	Tổng
Tiếp cận thuốc	3	18	20	13	54
Tài chính y tế (bao gồm HTA)	9	16	36	26	87
Nhân lực y tế	17	55	96	128	296
Quản trị hệ thống	8	29	41	37	115
Thông tin y tế	2	6	22	25	55
Dịch vụ y tế	13	73	98	72	256
Năng lực NC CS&HTYT	0	0	0	0	0
Y tế công cộng	28	168	320	279	795
Đánh giá việc triển khai chính sách	1	2	0	0	3
Trang thiết bị y tế	0	0	4	0	4
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>367</b>	<b>637</b>	<b>580</b>	<b>1665</b>

Các bài báo trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT ở Việt Nam xuất bản quốc tế từ 2014-2017 thu thập được 254 bài. Trong đó, chủ đề y tế công cộng có số bài nhiều nhất là 81 bài,

dịch vụ y tế 51 bài, tài chính y tế (cả HTA) là 32 bài, còn lại các chủ đề khác đều trong khoảng từ 10-20 bài. (Bảng 3)

**Bảng 3: Các bài báo trong lĩnh vực nghiên cứu CS&HTYT ở Việt Nam xuất bản quốc tế từ 2008-2017 theo năm và theo chủ đề**

Chủ đề	Năm				
	2014	2015	2016	2017	Tổng
Tiếp cận thuốc	2	6	2	9	19
Tài chính y tế (bao gồm HTA)	6	10	5	11	32
Nhân lực y tế	2	3	2	4	11
Quản trị hệ thống	2	3	0	6	11
Thông tin y tế	1	1	5	5	12
Dịch vụ y tế	9	12	12	18	51
Năng lực NC CS&HTYT	1	4	5	1	11
Sức khỏe tình dục và SKSS	0	3	5	3	11
HIV/AIDS	0	6	7	2	15
Y tế công cộng	25	20	21	15	81
<b>Tổng</b>	<b>48</b>	<b>68</b>	<b>64</b>	<b>74</b>	<b>254</b>

## KẾT LUẬN

Các yêu cầu về số lượng và chất lượng các nghiên cứu CS&HTYT ở Việt Nam ngày càng gia tăng. Nhân lực nghiên cứu được đào tạo chính quy, đa số có bằng sau đại học và thông thạo ngoại ngữ. Kinh phí nghiên cứu một phần đến từ nguồn ngân sách nhà nước, còn đa phần từ các nguồn tài trợ bên ngoài. Các chủ đề nghiên cứu đa dạng bao gồm hầu hết các cấu phần của hệ thống y tế và theo các định hướng của ngành cũng như các yêu cầu của nhà tài trợ. Chất lượng nghiên cứu đã được quản lý theo các quy định chung và qui trình chuẩn. Tuy nhiên, các sản

phẩm nghiên cứu vẫn mang tính hàn lâm của báo cáo khoa học mà chưa được chuyển tải dưới dạng làm bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế. Việc cung cấp bằng chứng còn thụ động tại các đơn vị nghiên cứu thuộc các trường đại học. Duy nhất chỉ có Viện nghiên cứu của Bộ Y tế chủ động trong việc đề xuất nghiên cứu và chuyển giao kết quả nghiên cứu cho việc xây dựng, sửa đổi, bổ sung chính sách. Các cơ quan/đơn vị nghiên cứu CS&HTYT cần nâng cao năng lực trong cung cấp bằng chứng cho hoạch định y tế ở Việt Nam./.



## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quốc hội (2008), *Luật số 17/2008/QH12 ngày 03/06/2008 về Luật Ban hành VBQPPL*
2. Quốc hội (2015), *Luật số 80/2015/QH13 ngày 22/06/2015 về Luật Ban hành VBQPPL*
3. Chính phủ (2016), *Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14/05/2016 về Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Ban hành VBQPPL*
4. Bộ Y tế (2017), *Báo cáo tổng quan ngành Y tế 2016 (JAHR 2016)*

# TỔNG QUAN VỀ CÁC LOẠI HÌNH VĂN BẢN VÀ QUY TRÌNH BAN HÀNH CÁC VĂN BẢN TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH CỦA CÁC CẤP ỦY ĐẢNG VÀ CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG

*ThS. Trần Thị Ngọc Bích<sup>14</sup>, CN. Vũ Thị Thanh Nga<sup>14</sup>, TS. Nguyễn Văn Hùng<sup>14</sup>,  
ThS. Nguyễn Thị Tố Quyên<sup>14</sup>, ThS. Nguyễn Thị Thanh<sup>14</sup>*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để triển khai có hiệu quả những chủ trương, chính sách lớn của Đảng và Nhà nước về Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (DS - KHHGD), ngoài trách nhiệm cơ quan nhà nước ở Trung ương còn đòi hỏi phải có sự tham gia tích cực và linh hoạt của các cấp ủy Đảng, chính quyền tại mỗi địa phương. Do đó, vai trò chủ động, sáng tạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương trong ban hành văn bản triển khai thực hiện nhằm cụ thể hóa đường lối, chủ trương của Đảng, Nhà nước về DS - KHHGD vào bối cảnh thực tiễn có ý nghĩa đặc biệt quan trọng nhằm xác định các giải pháp phù hợp với đặc thù tại mỗi địa bàn và nâng cao vai trò trách nhiệm của các cơ quan, ban ngành, đoàn thể, xã hội và cộng đồng dân cư.

Hoạt động ban hành văn bản lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng và các văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL), văn bản hành chính của chính quyền địa phương là một trong những phương thức quan trọng để thực hiện các chủ trương, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước về lĩnh vực DS - KHHGD, nhằm duy trì ổn định quy mô dân số, nâng cao chất lượng dân số góp phần phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội, nâng cao đời sống vật chất và tinh thần của nhân dân.

## II. LÝ LUẬN CHUNG VỀ CÁC THỂ LOẠI VĂN BẢN VÀ QUY TRÌNH BAN HÀNH CÁC VĂN BẢN CỦA CÁC CẤP ỦY ĐẢNG VÀ CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG

### 1. Các thể loại văn bản và quy trình ban hành văn bản của các cấp ủy Đảng tại địa phương

#### 1.1. Các thể loại văn bản của các cấp ủy Đảng tại địa phương

Điều lệ Đảng Cộng sản Việt Nam (thông qua tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI của Đảng ngày 19/1/2011 và được Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XII của Đảng ngày 28/1/2016 biểu quyết không sửa đổi Điều lệ Đảng) quy định: Đảng lãnh đạo Nhà nước, Mặt trận Tổ quốc và đoàn thể chính trị - xã hội bằng Cương lĩnh chính trị, chiến lược, chính sách, chủ trương; bằng công tác tư tưởng, tổ chức, cán bộ và kiểm tra, giám sát việc thực hiện (Điều 41). Đồng thời, Hiến pháp năm 2013 cũng quy định Đảng Cộng sản Việt Nam là lực lượng lãnh đạo Nhà nước và xã hội (Điều 4)[5].

Căn cứ vào Quy định về thể loại văn bản, thẩm quyền ban hành và thể thức văn bản của Đảng tại Quyết định số 66/-QĐ/TW ngày 6/2/2017 (thay thế Quyết định số 31-QĐ/TW ngày 1/10/1997 của Bộ Chính trị và Quyết định số 91-QĐ/TW,

<sup>14</sup> Khoa Dân số và Phát triển - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

ngày 16/02/2004 của Ban Bí thư khóa IX bổ sung thẩm quyền ban hành văn bản trong một số điều của “Quy định về thể loại, thẩm quyền ban hành và thể thức văn bản của Đảng): *Văn bản của Đảng* là loại hình tài liệu được thể hiện bằng ngôn ngữ viết bằng tiếng Việt để ghi lại hoạt động của các tổ chức đảng, do các cấp ủy, tổ chức, cơ quan có thẩm quyền của Đảng ban hành (hoặc phối hợp ban hành) theo quy định của Điều lệ Đảng và của Trung ương (Điều 1).

Văn bản của Đảng có 33 thể loại (Điều 4, 5). Trong đó:

- + 25 loại hình văn bản: Cương lĩnh chính trị; Điều lệ Đảng; Chiến lược; Nghị quyết; Quyết định; Chỉ thị; Kết luận; Quy chế; Quy định; Thông tri; Hướng dẫn; Thông báo; Thông cáo; Tuyên bố; Lời kêu gọi; Báo cáo; Kế hoạch; Quy hoạch; Chương trình; Đề án; Phương án; Dự án; Tờ trình; Công văn; Biên bản.
- + 08 loại hình văn bản, giấy tờ hành chính: Giấy giới thiệu; Giấy chứng nhận; Giấy đi đường; Giấy nghỉ phép; Phiếu gửi; Giấy mời; Phiếu chuyên; Thư công.

Thẩm quyền ban hành:

Ban Chấp hành đảng bộ tỉnh, thành phố (gọi tắt là tỉnh ủy, thành ủy) ban hành: Nghị quyết, Quyết định, Kết luận, Quy chế, Quy định, Thông báo, Thông cáo, Báo cáo, Kế hoạch, Quy hoạch, Chương trình, Đề án, Phương án, Dự án, Tờ trình, Công văn, Biên bản (Điều 7).

Ban Thường vụ tỉnh ủy, thành ủy ban hành: Nghị quyết, Quyết định, Kết luận, Quy chế, Quy định, Thông báo, Thông cáo, Báo cáo, Kế hoạch, Quy hoạch, Chương trình, Đề án, Phương án, Dự án, Tờ trình, Công văn, Biên bản (Điều 7).

Ban Chấp hành đảng bộ huyện (gọi tắt là huyện ủy) ban hành: Nghị quyết, Quyết định, Kết luận, Quy chế, Quy định, Thông tri, Hướng dẫn, Thông báo, Báo cáo, Kế hoạch, Quy hoạch,

Chương trình, Đề án, Phương án, Dự án, Tờ trình, Công văn, Biên bản (Điều 7).

Ban Thường vụ huyện ủy ban hành : Nghị quyết, Quyết định, Chỉ thị, Kết luận, Quy chế, Quy định, Thông báo, Thông cáo, Báo cáo, Kế hoạch, Quy hoạch, Chương trình, Đề án, Phương án, Dự án, Tờ trình, Công văn, Biên bản (Điều 7).

Các thể loại văn bản được Ban Thường vụ tỉnh ủy, thành ủy, Ban Chấp hành đảng bộ huyện ủy và Ban Thường vụ huyện ủy ban hành cụ thể:

### **1.2. Quy trình ban hành văn bản của cơ quan Đảng:**

*Hiện nay không có quy định cụ thể về quy trình ban hành văn bản của các cấp ủy Đảng tại địa phương, chỉ có quy định về thẩm quyền và thể thức ban hành văn bản của cơ quan Đảng quy định tại Quyết định số 66/-QĐ/TW ngày 6/2/2017 của Ban Chấp hành Trung ương. Tuy nhiên, Điều lệ Đảng quy định: “Nghị quyết của các cơ quan lãnh đạo của Đảng chỉ có giá trị thi hành khi có hơn một nửa số thành viên trong cơ quan đó tán thành. Trước khi biểu quyết, mỗi thành viên được phát biểu ý kiến của mình. Đảng viên có ý kiến thuộc về thiểu số được quyền bảo lưu và báo cáo lên cấp ủy cấp trên cho đến Đại hội đại biểu toàn quốc. Tổ chức đảng quyết định các vấn đề thuộc phạm vi quyền hạn của mình, song không được trái với nguyên tắc, đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước và nghị quyết của cấp trên” (Điều 9).*

Như vậy, trong các loại văn bản của các cấp ủy đảng, Nghị quyết là văn bản có giá trị cao nhất và việc ban hành đáp ứng các yêu cầu chặt chẽ nhất. Căn cứ vào các Nghị quyết của các cấp ủy Đảng đã ban hành cho thấy văn bản Nghị quyết theo trình tự sau:

- + *Soạn thảo nghị quyết: Thông thường có 3 phần gồm: phần 1 đánh giá tình hình thực tiễn (thành tựu, yếu kém, nguyên nhân); phần*

2 phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp; phần 3 tổ chức thực hiện. Như vậy, để soạn thảo nghị quyết cơ quan và cán bộ soạn thảo nghị quyết cần phải nghiên cứu kỹ đường lối, chủ trương của Đảng, chính sách và luật pháp của Nhà nước liên quan đến nhiệm vụ của cơ quan, đơn vị. Nghiên cứu và nắm vững nội dung nghị quyết, chỉ thị, mệnh lệnh, ý kiến chỉ đạo, hướng dẫn của cấp uỷ cấp trên, nhất là nghị quyết lãnh đạo của cấp uỷ cấp trên trực tiếp. Đồng thời phải nắm chắc nhiệm vụ và tình hình thực tế. Đặc biệt là phải xác định rõ được các nhiệm vụ trọng yếu cần tập trung lãnh đạo, cũng như những hạn chế, khuyết điểm nổi cộm cần tập trung giải quyết.

- Lấy ý kiến dự thảo nghị quyết
- Thông qua nghị quyết.

## **2. Các thể loại văn bản quy phạm pháp luật và quy trình ban hành văn bản quy phạm pháp luật của chính quyền địa phương**

### **2.1. Văn bản quy phạm pháp luật của địa phương:**

Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 được xây dựng trên cơ sở kế thừa và phát triển hai Luật hiện hành là Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2008 và Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật của Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân năm 2004, hợp nhất thành một Luật áp dụng thống nhất cho việc xây dựng, ban hành văn bản quy phạm pháp luật từ Trung ương đến địa phương.

Văn bản quy phạm pháp luật là văn bản có chứa quy phạm pháp luật, được ban hành theo đúng thẩm quyền, hình thức, trình tự, thủ tục quy định trong Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật. Quy phạm pháp luật là quy tắc xử sự chung, có hiệu lực bắt buộc chung, được áp dụng lặp đi lặp lại nhiều lần đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phạm vi cả nước hoặc đơn vị hành

chính nhất định, do cơ quan nhà nước, người có thẩm quyền quy định trong Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật và được Nhà nước bảo đảm thực hiện.

*Nghị quyết của Hội đồng nhân dân cấp tỉnh/huyện* là văn bản quy phạm pháp luật. Hội đồng nhân dân (HĐND) cấp tỉnh/huyện ban hành nghị quyết để quy định chi tiết điều, khoản, điểm được giao trong văn bản quy phạm pháp luật của cơ quan nhà nước cấp trên; Chính sách, biện pháp nhằm bảo đảm thi hành Hiến pháp, luật, văn bản quy phạm pháp luật của cơ quan nhà nước cấp trên; Biện pháp nhằm phát triển kinh tế - xã hội, ngân sách, quốc phòng, an ninh ở địa phương; Biện pháp có tính chất đặc thù phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của địa phương.

*Quyết định của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh/huyện* là văn bản quy phạm pháp luật. Ủy ban nhân dân (UBND) cấp tỉnh/huyện ban hành quyết định để quy định chi tiết điều, khoản, điểm được giao trong văn bản quy phạm pháp luật của cơ quan nhà nước cấp trên; Biện pháp thi hành Hiến pháp, luật, văn bản của cơ quan nhà nước cấp trên, nghị quyết của HĐND cùng cấp về phát triển kinh tế - xã hội, ngân sách, quốc phòng, an ninh ở địa phương; Biện pháp thực hiện chức năng quản lý nhà nước ở địa phương.

### **2.2. Quy trình ban hành văn bản quy phạm pháp luật của HĐND và UBND (quy định tại Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015):**

*2.2.1 Quy trình ban hành văn bản của HĐND cấp tỉnh/huyện cơ bản gồm các bước sau:*

Quy trình ban hành Nghị quyết của HĐND cấp tỉnh và huyện được thực hiện theo các bước sau đây:

- Soạn thảo dự thảo nghị quyết;
- Lấy ý kiến về dự thảo nghị quyết;

- Thẩm định dự thảo nghị quyết;
- UBND cấp tỉnh/huyện xem xét, thảo luận và biểu quyết về việc trình dự thảo nghị quyết;
- Thẩm tra dự thảo nghị quyết;
- HĐND cấp tỉnh/huyện xem xét, thông qua dự thảo nghị quyết; Chủ tịch HĐND cấp tỉnh/huyện ký chứng thực nghị quyết;
- Đăng công báo (cấp tỉnh) và niêm yết (cấp huyện)
- **Đối với Nghị quyết của HĐND cấp tỉnh** quy định chặt chẽ hơn, cụ thể là cơ quan đề nghị xây dựng nghị quyết có nhiệm vụ tổng kết việc thi hành pháp luật hoặc đánh giá các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành có liên quan đến đề nghị xây dựng nghị quyết; khảo sát, đánh giá thực trạng quan hệ xã hội liên quan đến nội dung chính của dự thảo nghị quyết. Trong trường hợp cần thiết, đề nghị cơ quan, tổ chức có liên quan tổng kết, đánh giá việc thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật thuộc lĩnh vực do cơ quan, tổ chức đó phụ trách hoặc cung cấp tài liệu, thông tin liên quan đến dự thảo nghị quyết; Tổ chức nghiên cứu thông tin, tư liệu, điều ước quốc tế có liên quan; đánh giá tác động của chính sách; dự kiến nguồn lực, điều kiện bảo đảm cho việc thi hành nghị quyết sau khi được thông qua; Chuẩn bị hồ sơ đề nghị xây dựng nghị quyết; Tổ chức lấy ý kiến cơ quan, tổ chức có liên quan về đề nghị xây dựng nghị quyết; tổng hợp, nghiên cứu, giải trình tiếp thu ý kiến góp ý.
- **Soạn thảo nghị quyết:**
  - + Nghị quyết HĐND tỉnh: theo quy định tại Điều 118 Luật năm 2015, Thường trực HĐND cấp tỉnh xem xét đề nghị xây dựng nghị quyết, nếu chấp thuận thì phân công cơ quan, tổ chức trình dự thảo nghị quyết và quyết định thời hạn trình HĐND cấp

tỉnh dự thảo nghị quyết. Cơ quan, tổ chức trình phân công cơ quan, tổ chức chủ trì soạn thảo, cơ quan phối hợp soạn thảo dự thảo nghị quyết. Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức chủ trì soạn thảo: xây dựng dự thảo nghị quyết bảo đảm sự thống nhất với các chính sách đã được thông qua đối với nghị quyết, phù hợp với nội dung được giao; xây dựng dự thảo tờ trình nghị quyết; tổ chức lấy ý kiến về dự thảo nghị quyết cơ quan, tổ chức có liên quan, đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của nghị quyết.

+ Nghị quyết HĐND cấp huyện: do UBND cùng cấp soạn thảo và trình, UBND cấp huyện phân công cơ quan chủ trì soạn thảo. Trách nhiệm của cơ quan chủ trì soạn thảo: xây dựng dự thảo nghị quyết, dự thảo tờ trình nghị quyết; tổ chức lấy ý kiến về dự thảo nghị quyết cơ quan, tổ chức có liên quan, đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của nghị quyết. Điểm khác biệt lớn nhất so với Luật năm 2004 là Luật năm 2015 giới hạn phạm vi ban hành văn bản quy phạm pháp luật của chính quyền cấp huyện. Theo đó, HĐND cấp huyện chỉ được ban hành văn bản quy phạm pháp luật trong trường hợp được luật giao (Điều 30).

- **Lấy ý kiến về dự thảo nghị quyết:** Nghị quyết của HĐND cấp tỉnh: Luật năm 2015 quy định dự thảo phải được đăng tải toàn văn trên cổng thông tin điện tử của tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trong thời hạn ít nhất là 30 ngày để các cơ quan, tổ chức, cá nhân góp ý kiến; Cơ quan chủ trì soạn thảo tổ chức lấy ý kiến của cơ quan, tổ chức có liên quan. Trong trường hợp lấy ý kiến của đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của nghị quyết thì cơ quan lấy ý kiến có trách nhiệm xác định những vấn đề cần lấy ý kiến và bảo đảm ít nhất là 30 ngày (đối với nghị quyết HĐND tỉnh) và 7 ngày (đối với nghị quyết HĐND huyện) kể



từ ngày tổ chức lấy ý kiến để các đối tượng được lấy ý kiến góp ý vào dự thảo văn bản. Cơ quan, tổ chức được lấy ý kiến có trách nhiệm trả lời bằng văn bản trong thời hạn 10 ngày (đối với nghị quyết HĐND tỉnh) và ít nhất 7 ngày (đối với nghị quyết HĐND huyện) kể từ ngày nhận được dự thảo văn bản.

**- *Thẩm định dự thảo nghị quyết :***

+ Cơ quan soạn thảo có trách nhiệm gửi dự thảo nghị quyết đến Sở Tư pháp (tỉnh) và Phòng Tư pháp (huyện) để thẩm định chậm nhất là 20 ngày trước ngày UBND cấp tỉnh họp 10 ngày và trước ngày UBND cấp huyện họp. Đối với dự thảo nghị quyết liên quan đến nhiều lĩnh vực hoặc do Sở Tư pháp chủ trì soạn thảo thì Giám đốc Sở Tư pháp thành lập hội đồng tư vấn thẩm định, bao gồm đại diện các cơ quan, tổ chức có liên quan, các chuyên gia, nhà khoa học. Trưởng Phòng Tư pháp có trách nhiệm tổ chức thẩm định dự thảo nghị quyết của HĐND cấp huyện. Đối với dự thảo có nội dung phức tạp, liên quan đến nhiều ngành, lĩnh vực thì trước khi tiến hành thẩm định, Phòng Tư pháp có thể tổ chức cuộc họp lấy ý kiến của các cơ quan, ban, ngành, các chuyên gia, nhà khoa học. Trên cơ sở nghiên cứu và kết quả cuộc họp Hội đồng tư vấn, Sở Tư pháp và Phòng Tư pháp có trách nhiệm hoàn thành báo cáo thẩm định gửi cơ quan soạn thảo. Trường hợp Sở Tư pháp và Phòng Tư pháp kết luận dự thảo chưa đủ điều kiện trình thì phải nêu rõ lý do trong báo cáo thẩm định. Cơ quan chủ trì soạn thảo có trách nhiệm giải trình, tiếp thu ý kiến thẩm định để chỉnh lý, hoàn thiện dự thảo nghị quyết và đồng thời gửi báo cáo giải trình, tiếp thu kèm theo dự thảo văn bản đã được chỉnh lý đến Sở Tư pháp và Phòng Tư pháp khi trình UBND cấp tỉnh và cấp huyện dự thảo nghị quyết.

**- *UBND cấp tỉnh xem xét, quyết định trình HĐND dự thảo nghị quyết***

Cơ quan soạn thảo có trách nhiệm chỉnh lý và gửi hồ sơ dự thảo nghị quyết đến UBND cấp tỉnh/huyện. UBND cấp tỉnh/huyện có trách nhiệm xem xét, thảo luận và biểu quyết về việc trình dự thảo nghị quyết ra HĐND cùng cấp. UBND cấp tỉnh có trách nhiệm tham gia ý kiến bằng văn bản đối với dự thảo nghị quyết không do UBND cấp tỉnh trình.

**- *Thẩm tra dự thảo nghị quyết***

Ban của HĐND có trách nhiệm thẩm tra dự thảo nghị quyết của HĐND cấp tỉnh/huyện trước khi trình HĐND. Cơ quan trình có trách nhiệm gửi dự thảo nghị quyết đến Ban của HĐND được phân công thẩm tra chậm nhất là 15 ngày (cấp tỉnh) và 10 ngày (cấp huyện) trước ngày khai mạc kỳ họp HĐND. Báo cáo thẩm tra được gửi đến Thường trực HĐND để chuyển đến các đại biểu HĐND chậm nhất là 10 ngày (cấp tỉnh) và 7 ngày (cấp huyện) trước ngày khai mạc kỳ họp.

**- *HĐND xem xét, thông qua dự thảo nghị quyết***

+ Nghị quyết HĐND cấp tỉnh: Thường trực HĐND cấp tỉnh chỉ đạo việc chuẩn bị hồ sơ dự thảo nghị quyết để gửi đại biểu HĐND. Việc xem xét, thông qua dự thảo nghị quyết tại kỳ họp HĐND cấp tỉnh được quy định như sau: Đại diện UBND thuyết trình dự thảo nghị quyết; Đại diện Ban của HĐND được phân công thẩm tra trình bày báo cáo thẩm tra; HĐND thảo luận; Thường trực HĐND cấp tỉnh chỉ đạo Ban của HĐND được phân công thẩm tra chủ trì, phối hợp cơ quan, tổ chức trình, Sở Tư pháp giải trình, tiếp thu, chỉnh lý dự thảo nghị quyết; HĐND thảo luận và biểu quyết thông qua dự thảo nghị quyết. Dự thảo nghị quyết được thông qua khi có quá nửa tổng số đại biểu HĐND biểu quyết tán thành. Chủ tịch HĐND ký chứng thực nghị quyết.

- + Nghị quyết HĐND cấp huyện: xem xét, thông qua dự thảo nghị quyết tại kỳ họp HĐND cấp huyện được quy định như sau: (1) Đại diện UBND thuyết trình dự thảo nghị quyết; (2) Đại diện Ban của HĐND được phân công thẩm tra trình bày báo cáo thẩm tra; (3) HĐND thảo luận và biểu quyết thông qua dự thảo nghị quyết. Dự thảo nghị quyết được thông qua khi có quá nửa tổng số đại biểu HĐND biểu quyết tán thành; (4) Chủ tịch HĐND ký chứng thực nghị quyết.

**- *Đăng công báo/niêm yết***

Nghị quyết của HĐND cấp tỉnh, chính quyền địa phương ở đơn vị hành chính- kinh tế đặc biệt phải được đăng Công báo cấp tỉnh và phải được đưa tin trên các phương tiện thông tin đại chúng ở địa phương.

Văn bản quy phạm pháp luật của HĐND cấp huyện phải được niêm yết công khai và phải được đưa tin trên các phương tiện thông tin đại chúng ở địa phương. Thời gian và địa điểm niêm yết công khai do Chủ tịch UBND cấp huyện quyết định. Nghị quyết của HĐND cấp huyện được niêm yết là văn bản chính thức. Trường hợp có sự khác nhau giữa văn bản được niêm yết và văn bản từ nguồn khác thì sử dụng văn bản được niêm yết.

**2.2.2. Quy trình ban hành văn bản của UBND các cấp cơ bản gồm các bước sau:**

- Soạn thảo quyết định;
- Lấy ý kiến về dự thảo quyết định;
- Thẩm định dự thảo quyết định;
- Xem xét, thông qua dự thảo quyết định;
- Đăng công báo (cấp tỉnh)/niêm yết (cấp huyện)
- ***Đối với Quyết định của UBND tỉnh quy định thêm một thủ tục là đề nghị xây dựng quyết định của UBND cấp tỉnh:*** Cơ quan chuyên môn thuộc UBND cấp tỉnh, Chủ tịch UBND

cấp huyện có trách nhiệm đề nghị xây dựng quyết định của UBND cấp tỉnh. Đề nghị xây dựng quyết định phải nêu rõ tên gọi, sự cần thiết ban hành, đối tượng, phạm vi điều chỉnh, nội dung chính của quyết định, dự kiến thời gian ban hành, cơ quan chủ trì soạn thảo. Đối với quyết định quy định những vấn đề được giao quy định chi tiết, cơ quan đề xuất phải rà soát văn bản quy phạm pháp luật do cơ quan nhà nước trung ương và nghị quyết của HĐND cùng cấp để xác định rõ nội dung, phạm vi giao quy định cụ thể. Văn phòng UBND cấp tỉnh chủ trì phối hợp với Sở Tư pháp xem xét kiểm tra việc đề nghị ban hành quyết định, báo cáo Chủ tịch UBND cấp tỉnh quyết định.

- ***Soạn thảo quyết định:*** Đối với cấp tỉnh Chủ tịch UBND cấp tỉnh phân công cơ quan chủ trì soạn thảo quyết định. Cơ quan chủ trì soạn thảo có các nhiệm vụ sau đây: Khảo sát, đánh giá thực trạng quan hệ xã hội ở địa phương; nghiên cứu đường lối, chủ trương của Đảng, chính sách của Nhà nước, văn bản của cơ quan nhà nước cấp trên, nghị quyết của HĐND cùng cấp và tài liệu có liên quan đến dự thảo quyết định; Xây dựng dự thảo và tờ trình dự thảo quyết định; Đánh giá tác động văn bản trong trường hợp dự thảo quyết định có quy định cụ thể các chính sách đã được quy định trong văn bản của cơ quan nhà nước cấp trên; đánh giá tác động của thủ tục hành chính trong trường hợp được luật giao, đánh giá tác động về giới (nếu có); Tổng hợp, nghiên cứu tiếp thu ý kiến, chỉnh lý hoàn thiện dự thảo quyết định.

Đối với cấp huyện: Chủ tịch UBND cấp huyện phân công và chỉ đạo cơ quan chuyên môn thuộc UBND soạn thảo. Cơ quan soạn thảo có trách nhiệm xây dựng dự thảo quyết định và dự thảo tờ trình.

- ***Lấy ý kiến về dự thảo quyết định:*** Cơ quan chủ trì soạn thảo tổ chức lấy ý kiến của cơ

quan, tổ chức có liên quan. Trong trường hợp lấy ý kiến của đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của quyết định thì cơ quan lấy ý kiến có trách nhiệm xác định những vấn đề cần lấy ý kiến và bảo đảm ít nhất là 30 ngày (cấp tỉnh) và 7 ngày (cấp huyện) kể từ ngày tổ chức lấy ý kiến để các đối tượng được lấy ý kiến góp ý vào dự thảo văn bản. Cơ quan, tổ chức được lấy ý kiến có trách nhiệm trả lời bằng văn bản trong thời hạn 10 ngày (cấp tỉnh) và 7 ngày (cấp huyện) kể từ ngày nhận được dự thảo văn bản. Đối với quyết định của UBND cấp tỉnh phải được đăng tải toàn văn trên cổng thông tin điện tử của tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trong thời hạn ít nhất là 30 ngày để các cơ quan, tổ chức, cá nhân góp ý kiến.

- **Thẩm định dự thảo quyết định:** Cơ quan soạn thảo có trách nhiệm gửi dự thảo quyết định đến Sở Tư pháp (cấp tỉnh) để thẩm định chậm nhất là 20 ngày trước ngày UBND cấp tỉnh họp và dự thảo quyết định đến Phòng Tư pháp (cấp huyện) để thẩm định trước khi trình UBND cấp huyện. Đối với dự thảo quyết định cấp tỉnh liên quan đến nhiều lĩnh vực hoặc do Sở Tư pháp chủ trì soạn thảo thì Giám đốc Sở Tư pháp thành lập hội đồng tư vấn thẩm định, bao gồm đại diện các cơ quan, tổ chức có liên quan, các chuyên gia, nhà khoa học. Đối với cấp huyện, Trưởng Phòng Tư pháp có trách nhiệm tổ chức thẩm định dự thảo quyết định. Đối với dự thảo có nội dung phức tạp, liên quan đến nhiều ngành, lĩnh vực thì trước khi tiến hành thẩm định, Phòng Tư pháp có thể tổ chức cuộc họp lấy ý kiến của các cơ quan, ban, ngành, các chuyên gia, nhà khoa học. Trên cơ sở nghiên cứu và kết quả cuộc họp thẩm định về dự thảo, Sở Tư pháp (cấp tỉnh) và Phòng Tư pháp (cấp huyện) có trách nhiệm hoàn thành báo cáo thẩm định gửi cơ quan soạn thảo. Trường hợp Sở Tư pháp (cấp tỉnh) và Phòng Tư pháp (cấp huyện) kết luận dự thảo chưa đủ điều kiện trình thì phải nêu rõ lý do trong báo cáo thẩm định.

- **Xem xét, thông qua dự thảo quyết định:** Để các thành viên UBND có thời gian nghiên cứu dự thảo trước khi xem xét, thông qua, Luật năm 2015 quy định cụ thể tại Điều 131 và Điều 140 như sau: “*Cơ quan soạn thảo gửi hồ sơ dự thảo quyết định đến các thành viên UBND chậm nhất là 03 ngày trước ngày UBND họp*”. Dự thảo quyết định được thông qua khi có quá nửa tổng số thành viên ủy ban nhân dân biểu quyết, tán thành.

- **Đăng công báo (cấp tỉnh)/niêm yết (cấp huyện):** Quyết định của UBND cấp tỉnh, chính quyền địa phương ở đơn vị hành chính - kinh tế đặc biệt phải được đăng Công báo cấp tỉnh và phải được đưa tin trên các phương tiện thông tin đại chúng ở địa phương.

Quyết định của UBND cấp huyện được niêm yết là văn bản chính thức. Trường hợp có sự khác nhau giữa quyết định đã được niêm yết và văn bản từ nguồn khác thì sử dụng quyết định được niêm yết.

### 3. Các thể loại văn bản hành chính và quy trình ban hành văn bản hành chính tại địa phương

#### 3.1. Văn bản hành chính tại địa phương

Văn bản hành chính thông thường là những văn bản mang tính thông tin điều hành nhằm triển khai thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật hoặc dùng để giải quyết các tác nghiệp cụ thể, phản ánh tình hình, giao dịch, trao đổi, ghi chép công việc... của các cơ quan hành chính nhà nước (1). Văn bản hành chính thông thường có các hình thức cũng như nội dung phong phú, đa dạng, có thể liệt kê một số loại chủ yếu như: công văn hành chính (là công cụ giao dịch chính thức giữa các cơ quan: mời họp, đề xuất hoặc trả lời các yêu cầu, câu hỏi, chất vấn, hoặc kiến nghị... hoặc dùng để đôn đốc, nhắc nhở cấp dưới triển khai thi hành công việc theo kế hoạch hay theo thẩm quyền pháp luật quy định...); thông cáo, thông báo, điện báo, biên bản, giấy đi đường, giấy giới thiệu...

Văn bản hành chính là phương tiện không thể thiếu được trong các hoạt động tác nghiệp cụ thể của các cơ quan nhà nước, các tổ chức kinh tế, chính trị, xã hội. Mặc dù có tầm quan trọng và giá trị pháp lý thấp hơn các văn bản quy phạm pháp luật nhưng văn bản hành chính là cơ sở thực tiễn cho các cơ quan nhà nước có thẩm quyền điều chỉnh sửa đổi hoặc ban hành văn bản quy phạm pháp luật [12].

Nghị định số 09/2010/NĐ-CP ngày 08/02/2010 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 110/2004/NĐ-CP về công tác văn thư thì văn bản hành chính gồm 32 loại sau: Nghị quyết (cá biệt), Quyết định (cá biệt), Chỉ thị, Quy chế, Quy định, Thông cáo, Thông báo, Hướng dẫn, Chương trình, Kế hoạch, Phương án, Đề án, Dự án, Báo cáo, Biên bản, Tờ trình, Hợp đồng, Công văn, Công điện, Bản ghi nhớ, Bản cam kết, Bản thỏa thuận, Giấy chứng nhận, Giấy uỷ quyền, Giấy mời, Giấy giới thiệu, Giấy nghỉ phép, Giấy đi đường, Giấy biên nhận hồ sơ, Phiếu gửi, Phiếu chuyển, Thư công (Điều 1).

### **3.2. Quy trình ban hành văn bản hành chính quy định tại Nghị định 104/2004/NĐ-CP ngày 8/4/2004 của Chính phủ, cụ thể:**

- Soạn thảo văn bản: Căn cứ tính chất, nội dung của văn bản cần soạn thảo, người đứng đầu cơ quan, tổ chức giao cho đơn vị hoặc cá nhân soạn thảo hoặc chủ trì soạn thảo. Đơn vị hoặc cá nhân có trách nhiệm thực hiện các công việc sau:
  - + Xác định hình thức, nội dung và độ mật, độ khẩn của văn bản cần soạn thảo;
  - + Thu thập, xử lý thông tin có liên quan;
  - + Soạn thảo văn bản;
  - + Trong trường hợp cần thiết, đề xuất với người đứng đầu cơ quan, tổ chức việc tham khảo ý kiến của các cơ quan, tổ chức hoặc

đơn vị, cá nhân có liên quan; nghiên cứu tiếp thu ý kiến để hoàn chỉnh bản thảo;

+ Trình duyệt bản thảo văn bản kèm theo tài liệu có liên quan.

- Duyệt bản thảo, việc sửa chữa, bổ sung bản thảo đã duyệt: Bản thảo văn bản phải do người có thẩm quyền ký văn bản duyệt. Trường hợp sửa chữa, bổ sung bản thảo văn bản đã được duyệt phải trình người duyệt xem xét, quyết định.
- Kiểm tra văn bản trước khi ký ban hành: Thủ trưởng đơn vị hoặc cá nhân chủ trì soạn thảo văn bản phải kiểm tra và chịu trách nhiệm về độ chính xác của nội dung văn bản và chịu trách nhiệm về hình thức, thể thức, kỹ thuật trình bày và thủ tục ban hành văn bản.
- Ký văn bản và ban hành văn bản.

## **III. TÌNH HÌNH BAN HÀNH VĂN BẢN TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH DÂN SỐ CỦA CÁC CẤP ỦY ĐẢNG VÀ CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG VÀ MỘT SỐ KIẾN NGHỊ**

### **1. Tình hình ban hành văn bản triển khai chương trình Dân số - KHHGD của các cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương**

Để có thể thực hiện tốt Pháp lệnh Dân số (PLDS) và các mục tiêu của Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản (DS - SKSS) giai đoạn 2011-2020, tại các địa phương, hầu hết các tỉnh đều tiến hành cụ thể hóa các chính sách của Trung ương về công tác DS-KHHGD thành các văn bản của tỉnh để chỉ đạo thực hiện, kể cả các văn bản của tỉnh để thực hiện và ra các văn bản chỉ đạo công tác DS-KHHGD trong phạm vi huyện.

Sau 10 năm ban hành Pháp lệnh Dân số, các tỉnh, thành phố đã ban hành 735 văn bản, gồm các văn bản do HĐND, Tỉnh/thành ủy, UBND, Sở Y tế, Chi cục Dân số-KHHGD ban hành dưới các hình thức Nghị quyết, Chỉ thị, Chương trình,



kế hoạch, kết luận, Thông báo, Báo cáo, Quyết định, Hướng dẫn, Công văn ... với mục đích quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành PLDS và việc cụ thể hóa một số chính sách, chế độ, biện pháp phù hợp với đặc điểm của địa phương (Báo cáo đánh giá 10 năm thực hiện Pháp lệnh Dân số của Tổng cục Dân số - KHHGĐ). Đồng thời, kết quả đánh giá thực hiện Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020 tại 6 tỉnh, trong giai đoạn từ năm 2011-2015, tỉnh ủy/ thành ủy, HĐND, UBND, Sở Y tế đã ban hành 128 văn bản chỉ đạo, điều hành để triển khai thực hiện Chiến lược (Báo cáo đánh giá chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 - 2020, Viện Chiến lược và Chính sách y tế).

Nhìn chung, các kết quả đánh giá trên đây cho thấy các văn bản triển khai thực hiện chương trình dân số của các cấp ủy, chính quyền địa phương được ban hành tạo cơ sở pháp lý cho việc quản lý nhà nước về dân số ngày càng đầy đủ, chặt chẽ. Các văn bản được ban hành đã thể hiện cam kết trách nhiệm về chương trình DS-KHHGĐ của các cấp ủy Đảng, HĐND và UBND các cấp. Các văn bản đã được các địa phương ban hành kịp thời và khá đồng bộ, phù hợp với quy định của pháp luật về lĩnh vực dân số và quy định của pháp luật khác có liên quan; đã thể chế hoá được các chính sách lớn của Đảng và Nhà nước nhằm thúc đẩy sự phát triển ngành Dân số và tăng cường công tác quản lý nhà nước về dân số.

Bên cạnh những mặt đạt được, việc ban hành các văn bản triển khai chương trình Dân số - KHHGĐ tại các địa phương vẫn còn những hạn chế thể hiện ở một số điểm sau:

*Thứ nhất*, các văn bản của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương thường sao chép lại các quy định của trung ương, của cấp trên nên nhìn chung tính khả thi của các văn bản địa phương sau khi ban hành không cao. Một điểm dễ nhận thấy là nhiều địa phương sao chép các nội dung và giải pháp từ các văn bản của Trung ương và

cấp trên mà không có đánh giá xem xét những điểm cần ưu tiên và trọng tâm của địa phương để tập trung giải quyết mà dàn trải theo chính sách chung. Thực tế là trong nhiều năm qua các văn bản của địa phương vẫn chỉ tập trung vào thực hiện mục tiêu giảm sinh ngay cả khi mức sinh tại địa phương đã ổn định và đạt mức sinh thay thế. Do đó, nội dung nâng cao chất lượng dân số và lồng ghép dân số vào kế hoạch phát triển chưa dành được sự quan tâm. Hàng năm việc đánh giá tổng kết việc triển khai thực hiện các văn bản và kết quả của chương trình chỉ tập trung vào chỉ tiêu giảm tỷ suất sinh thô, giảm tỷ lệ sinh con thứ ba trở lên. Cơ quan quản lý về công tác DS-KHHGĐ địa phương cũng chưa tham mưu và phối hợp với các ngành liên quan trong việc sử dụng thông tin để đánh giá hiệu quả, mức độ tác động của chương trình dân số với các chương trình kinh tế-xã hội khác.

*Thứ hai*, tổ chức bộ máy làm công tác dân số tại các địa phương có nhiều biến động, thiếu ổn định trong thời gian qua gây những bất lợi trong quản lý điều hành, ảnh hưởng đến tâm lý, tinh thần làm việc của đội ngũ cán bộ làm công tác DS - KHHGĐ và khó khăn cho công tác tham mưu cho cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương ban hành văn bản chỉ đạo, thực hiện các chương trình, chỉ tiêu về dân số/SKSS/KHHGĐ.

*Thứ ba*, công tác giám sát, kiểm tra tình hình thực hiện văn bản còn một số hạn chế nhất định như việc theo dõi, đôn đốc các cơ quan, đơn vị thực hiện các kết luận sau giám sát, kiểm tra chưa thực hiện quyết liệt. Nhiều địa phương việc ban hành văn bản triển khai thực hiện Pháp lệnh Dân số và Chiến lược Dân số - SKSS giai đoạn 2011-2020 còn chưa bám sát vào điều kiện thực tiễn, không rà soát, không phân tích các bằng chứng thực tế cũng như chưa lường trước được những vấn đề phát sinh cùng những thách thức mới về biến động dân số trong thực tiễn nên việc xác định các giải pháp và chỉ tiêu không khả thi, không phù hợp.



*Thứ tư*, sau khi PLDS và Chiến lược Dân số - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 được ban hành, một số địa phương chậm ban hành các văn bản triển khai thực hiện. Sau khi ban hành, một số cấp ủy, chính quyền địa phương chưa chủ động, quyết liệt trong lãnh đạo, chỉ đạo triển khai thi hành văn bản. Công tác chỉ đạo thực hiện việc tuyên truyền, phổ biến các văn bản tại một số cơ quan, đơn vị chưa được thường xuyên; việc triển khai phổ biến các văn bản mới tới cán bộ, nhân dân tại một số nơi chưa được kịp thời, một số sở, ban, ngành chưa thực hiện được vai trò của mình trong tổ chức phổ biến văn bản thuộc ngành, lĩnh vực quản lý tới cán bộ, công chức và nhân dân trên địa bàn tỉnh.

*Thứ năm*, trong việc thực hiện quy trình xây dựng, ban hành văn bản, một số cơ quan tại địa phương chưa tổ chức được việc khảo sát, đánh giá thực trạng quan hệ xã hội, tổ chức lấy ý kiến nhưng đối tượng lấy ý kiến hẹp, chất lượng lấy ý kiến không cao.

*Thứ sáu*, năng lực của một số cán bộ, công chức tham gia soạn thảo văn bản nhìn chung còn hạn chế, một số cán bộ làm công tác pháp chế ở các sở, ngành vẫn chưa phát huy được vai trò, hiệu quả. Công chức làm công tác tham mưu soạn thảo văn bản vừa thiếu, vừa yếu, trong khi khối lượng công việc tham mưu xây dựng văn bản, tổ chức thực hiện lớn dẫn đến quá tải. Công tác đào tạo, bồi dưỡng cán bộ còn bất cập, chưa thực sự đáp ứng nhu cầu. Đồng thời, công tác bồi dưỡng, tập huấn nghiệp vụ không được thực hiện thống nhất và thường xuyên cũng là một nguyên nhân dẫn đến tình trạng soạn thảo văn bản kém chất lượng, sử dụng văn bản tùy tiện trong công việc.

*Thứ bảy*, một số văn bản của các bộ, ngành trung ương ban hành còn có sự chồng chéo, thiếu linh hoạt, thiếu tính kịp thời..., điều đó ít nhiều gây ảnh hưởng tới quá trình ban hành văn bản thực thi của địa phương.

## **2. Một số kiến nghị nâng cao chất lượng ban hành văn bản triển khai chương trình Dân số - KHHGD tại địa phương**

Để nâng cao chất lượng ban hành văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại các địa phương, qua tổng hợp các quy định và kết quả một số nghiên cứu đánh giá về thực hiện Pháp lệnh Dân số, Chiến lược DS - KHHGD giai đoạn 2001 - 2010 và 5 năm thực hiện Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020, xin đề xuất một số kiến nghị sau:

Một là, cơ quan chuyên môn về dân số các cấp cần thường xuyên rà soát văn bản của các cấp ủy Đảng, của HĐND, UBND thuộc lĩnh vực để kịp thời tham mưu ban hành mới, sửa đổi, bổ sung, thay thế, bãi bỏ văn bản cho phù hợp với chính sách hiện hành. Khi văn bản Trung ương, cấp trên ban hành thì tiến hành ngay việc rà soát, soạn thảo văn bản để tham mưu ban hành có hiệu lực cùng thời điểm với văn bản cấp trên nhằm đảm bảo tính đồng bộ, kịp thời.

Hai là, trước khi soạn thảo văn bản, cơ quan được giao soạn thảo cần nghiên cứu kỹ cơ sở pháp lý và thẩm quyền ban hành. Đồng thời, tổ chức được việc khảo sát, đánh giá điều kiện kinh tế, thực trạng quan hệ xã hội tại địa phương theo cách tiếp cận dựa trên bằng chứng; tổ chức lấy ý kiến nhưng đối tượng bị tác động, các cơ quan, tổ chức có liên quan; phân tích, đánh giá để kịp thời bám sát và giải quyết các vấn đề mới phát sinh trong thực tế, lựa chọn các giải pháp phù hợp với bối cảnh thực tế và nguồn lực tại địa phương

Ba là, phát huy vai trò tham mưu nhạy bén, sáng tạo của các cơ quan chuyên môn (Sở Y tế, Chi cục Dân số - KHHGD) và cùng với huy động sự tham gia của nhiều bên liên quan, nhà hoạch định chính sách, chuyên gia tư vấn, các nhà chuyên môn cung cấp dịch vụ SKSS, các tổ chức xã hội để định hướng các chỉ tiêu, mục tiêu cho phù hợp với điều kiện thực tiễn tại mỗi tỉnh, TP.

Bốn là, cấp uỷ Đảng và chính quyền địa phương cần nghiên cứu giao trách nhiệm cụ thể, phù hợp cũng như giám sát việc triển khai thực hiện của các cơ quan, ban, ngành, đoàn thể, phát huy sức mạnh của các tổ chức, cộng đồng và mọi người dân, huy động tối đa các nguồn lực trong cộng đồng và xã hội để thực hiện tốt các chính sách về dân số.

Năm là, cần coi trọng công tác tuyên truyền, phổ biến chính sách dân số của Nhà nước và các

văn bản triển khai chương trình Dân số - KHHGD của địa phương để nâng cao nhận thức của cán bộ, nhân dân trong việc chấp hành các văn bản của các cơ quan nhà nước các cấp tại địa phương.

Sáu là, chất lượng đội ngũ cán bộ, công chức tham mưu và soạn thảo văn bản cần được quan tâm, đào tạo bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ, kỹ năng soạn thảo văn bản để đáp ứng được công việc một cách hiệu quả.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Tư pháp, Sổ tay nghiệp vụ soạn thảo, ban hành văn bản quy phạm pháp luật của Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp, Hà Nội, 2007.
2. Bộ Y tế (2013), Báo cáo tổng kết 10 năm thực hiện Pháp lệnh Dân số, Hà Nội.
3. Điều lệ Đảng Cộng sản Việt Nam, Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI thông qua ngày 19/01/2011.
4. Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật của Hội đồng nhân dân và Ủy ban nhân dân năm 2004, số 31/2004/QH11 ngày 03/12/2014, Quốc hội nước CHXHCNVN.
5. Luật Ban hành các văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, số 80/2015/QH13 ngày 22/6/2015, Quốc hội nước CHXHCNVN.
6. Nghị quyết số 47-NQ/TW về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình”, Bộ Chính trị ban hành ngày 22 tháng 3 năm 2005.
7. Pháp lệnh Dân số (2003), số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 9/1/2003, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Hà Nội.
8. Tổng cục Dân số - KHHGĐ (2011), Công tác DS - KHHGĐ Việt Nam, 50 năm xây dựng và phát triển (1961 - 2011), Hà Nội.
9. Tổng cục Dân số - KHHGĐ (2011), Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 – 2020, Hà Nội.
10. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014), Đánh giá 9 năm triển khai thực hiện Nghị quyết 47/NQ-TW của Bộ Chính trị về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGĐ, Hà Nội.
11. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2017), Báo cáo đánh giá 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược Dân số, Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 (đánh giá giữa kỳ)
12. Viện Dân số và các vấn đề xã hội (2011), Báo cáo đánh giá chiến lược dân số Việt Nam 2001-2010, Hà Nội.

# THỰC TRẠNG VỀ CHẤT LƯỢNG VĂN BẢN TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH TẠI ĐỊA PHƯƠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP

ThS. Trần Thị Ngọc Bích<sup>15</sup>, CN. Vũ Thị Thanh Nga<sup>15</sup>, TS. Nguyễn Văn Hùng<sup>15</sup>,  
ThS. Nguyễn Thị Tố Quyên<sup>15</sup>, ThS. Nguyễn Thị Thanh<sup>15</sup>

## TÓM TẮT

Kết quả được trình bày trong bài báo này là một phần của nghiên cứu “Đánh giá thực trạng ban hành văn bản triển khai chương trình Dân số - Kế hoạch hóa gia đình tại địa phương” do Khoa Dân số và Phát triển thực hiện. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng, định tính, thu thập và phân tích văn bản đã ban hành của địa phương tại 8 tỉnh. Kết quả cho thấy: 1) Các văn bản của cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương về lĩnh vực Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (DS - KHHGD) ban hành trong thời gian qua đã đảm bảo tính hợp hiến, hợp pháp và phù hợp với đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước; 2) Hầu hết các văn bản của cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương đều phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của địa phương, đáp ứng được các tiêu chí về tính cụ thể, công khai, minh bạch và khả thi. Song, văn bản chính quyền địa phương vẫn còn tồn tại một số hạn chế như tính dự báo không cao, hầu như mới chỉ giải quyết được vấn đề hiện tại mà chưa có khả năng giải quyết được vấn đề trong tương lai và vẫn còn phụ thuộc văn bản từ Trung ương. Bên cạnh đó, một số văn bản hành văn dài dòng, ngôn ngữ văn xuôi, diễn đạt không rõ. Cũng có những văn bản đưa ra nhiều chính sách, giải pháp rất tốt nhưng không có nguồn lực để thực hiện nên cũng không khả thi. Có lĩnh vực hay vấn đề được ban hành rất nhiều văn bản như vấn đề về giảm sinh nhưng lại thiếu vắng những văn bản về các lĩnh vực dân số khác như nâng cao chất lượng dân số, di cư, chăm sóc người cao tuổi, chăm sóc sức khỏe sinh sản cho VTN/TN... Khuyến nghị đưa ra bao gồm: tăng cường sự cam kết chính trị thông qua khẳng định vai trò của cấp ủy Đảng, cơ quan trong ban hành văn bản triển khai thực hiện chính sách DS/SKSS/KHHGD tại địa phương; Tăng cường hơn nữa vai trò tham mưu của các cơ quan thường trực DS-KHHGD các cấp trong việc ban hành các văn bản sao cho khả thi, phù hợp với tình hình thực tiễn và đẩy mạnh xây dựng chính sách theo cách tiếp cận dựa trên bằng chứng để kịp thời bám sát và giải quyết các vấn đề mới phát sinh trong thực tế.

**Từ khóa:** chất lượng văn bản, dân số - KHHGD, giải pháp

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách thể hiện sự quan tâm toàn diện đến vấn đề DS - KHHGD. Theo đó, với sự chỉ đạo sâu sát của

các cấp ủy đảng, chính quyền, sự tham gia tích cực của Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể và sự hưởng ứng mạnh mẽ của nhân dân, chính sách DS - KHHGD đã thực sự đi vào cuộc sống và đạt được những kết quả quan trọng: nhận thức

<sup>15</sup> Khoa Dân số và Phát triển, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

của toàn xã hội về quy mô gia đình đã có bước chuyển biến rõ rệt, mức sinh thay thế đã được duy trì ổn định trong nhiều năm qua.

Từ năm 2003 đến nay, bên cạnh việc duy trì ổn định quy mô dân số, chương trình DS - KHHGD ở nước ta đã có sự chuyển hướng tập trung vào nâng cao chất lượng dân số. Đảng và Nhà nước đã ban hành nhiều văn bản nhằm tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS - KHHGD trong phạm vi cả nước. Trong các văn bản này đều đã quy định về trách nhiệm của các cấp ủy Đảng, chính quyền trong việc ban hành các chính sách, biện pháp tổ chức thực hiện công tác DS - KHHGD ở địa phương theo chủ trương, định hướng của Đảng và quy định pháp luật của Nhà nước.

Hiện nay, mức sinh ở nước ta mặc dù đã giảm rõ rệt so với những thập niên trước và đã duy trì ổn định trong nhiều năm liền nhưng còn rất khác biệt giữa các vùng miền, địa phương. Tại một số địa phương, tình trạng mất cân bằng giới tính vẫn đang còn ở mức đáng báo động. Quá trình già hóa dân số đã và đang diễn ra với tốc độ nhanh chóng. Di cư và đô thị hóa diễn ra ngày càng mạnh mẽ như một xu thế tất yếu trong quá trình phát triển đã, đang và sẽ là những thách thức lớn đối với chương trình DS - KHHGD ở nước ta trong thời gian sắp tới.

Để triển khai có hiệu quả những chủ trương, chính sách lớn của Đảng và Nhà nước về DS - KHHGD nhằm đáp ứng những thách thức nêu trên ngoài trách nhiệm cơ quan nhà nước ở Trung ương còn đòi hỏi phải có sự tham gia tích cực và linh hoạt của các cấp ủy đảng chính quyền tại mỗi địa phương. Do đó, vai trò chủ động, sáng tạo của các cấp ủy đảng, chính quyền địa phương trong ban hành văn bản triển khai thực hiện nhằm cụ thể hóa đường lối, chủ trương của Đảng, Nhà nước về DS - KHHGD vào bối cảnh thực tiễn có ý nghĩa đặc biệt quan trọng nhằm xác định các giải pháp phù hợp với đặc thù tại

mỗi địa bàn và nâng cao vai trò trách nhiệm của các cơ quan, ban ngành, đoàn thể, xã hội và cộng đồng dân cư.

Tuy nhiên, trên thực tế vẫn còn một số địa phương cấp ủy, chính quyền các cấp chưa nhận thức đầy đủ về tính chất lâu dài, khó khăn, phức tạp, tầm quan trọng và ý nghĩa của công tác dân số đối với phát triển kinh tế - xã hội; trong nhận thức và hành động còn nặng về công tác KHHGD, tư duy về dân số và phát triển còn hạn chế, nguồn lực cho hoạt động dân số, KHHGD hạn hẹp (Kết luận số 119-KL/TW của Ban Bí thư ngày 4/1/2016). Do đó, việc chỉ đạo của một số cấp ủy, chính quyền địa phương còn thiếu tập trung, thiếu giải pháp thiết thực, chưa phát huy tốt vai trò của cơ quan tham mưu nòng cốt.

Vì vậy, tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng ban hành văn bản và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng ban hành văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại địa phương là cần thiết góp phần thực thi có hiệu quả chính sách dân số tại địa phương.

### **1. Phương pháp nghiên cứu và tiêu chí đánh giá chất lượng văn bản ban hành triển khai chương trình DS - KHHGD tại địa phương**

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5/2016 - 5/2018. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Công cụ chủ yếu là phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và thu thập văn bản tại địa phương.

Căn cứ vào các tiêu chí chung về đánh giá chất lượng văn bản của Đảng, văn bản quy phạm pháp luật, văn bản hành chính và tiêu chí đánh giá chính sách tốt của lý thuyết chu trình chính sách, tiêu chí đánh giá chất lượng văn bản trong nghiên cứu này như sau:

- Tính phù hợp (phù hợp với đường lối của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước;



phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội của địa phương; phù hợp với quy định về thẩm quyền, thể thức, trình tự, thủ tục.

- Tính công khai, minh bạch: có sự tham gia của cơ quan, tổ chức và người dân; tuyên truyền, phổ biến văn bản sau khi ban hành.
- Tính cụ thể: không quy định lặp lại các văn bản của cơ quan cấp trên.
- Tính khả thi: đạt được mục tiêu; các giải pháp được thực hiện phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của địa phương; huy động được nguồn lực tổ chức thực hiện.

## **2. Tình hình ban hành các văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại một số địa phương khảo sát**

Để thực thi Pháp lệnh Dân số năm 2003, Nghị quyết 47-NQ/TW và Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 - 2020, ở các tỉnh khảo sát các cơ quan có thẩm quyền ở địa phương đều ban hành các văn bản hướng dẫn thi hành phù hợp với các chính sách lớn của Đảng và Nhà nước nhằm tăng cường công tác quản lý nhà nước về dân số. Tại các địa phương khảo sát, kết quả tổng hợp tại 8 tỉnh từ năm 2005 đến năm 2017 đã ban hành 63 văn bản do Tỉnh ủy, HĐND và UBND tỉnh ban hành.

**Bảng 1: Số lượng văn bản ban hành tại các địa phương khảo sát**

STT	TỈNH	TỔNG SỐ	TỈNH/THÀNH ỦY					HĐND	UBND		
			NQ	CHỈ THỊ	KH	T.TRI	C.TR	NQ	QĐ	KH	C.TR
1	Bắc Ninh	8		1			2		2	3	
2	Hải Dương	12		3	3		1	1	2	1	1
3	Bắc Kạn	5	1	1					1	1	1
4	Điện Biên	7	1	1	1				1	2	1
5	Đắk Nông	10		1			1	1	5	1	1
6	Kon Tum	6					1	1	2	2	
7	Tiền Giang	6		1		1		3	1		
8	An Giang	9					1	1	5	2	
	<b>Tổng</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

Số lượng các văn bản được các cơ quan Đảng và chính quyền tỉnh ban hành để triển khai Nghị quyết 47-NQ/TW của BCH Trung ương Đảng chiếm hơn một nửa tổng số văn bản triển khai chương trình Dân số tại các tỉnh. Pháp lệnh Dân số là văn bản xuyên suốt của chính sách Dân số, song khi ban hành văn bản thì cơ sở pháp lý để ban hành thường không được các tỉnh nêu trong

phần căn cứ nên số lượng văn bản được thống kê chỉ có 7 văn bản.

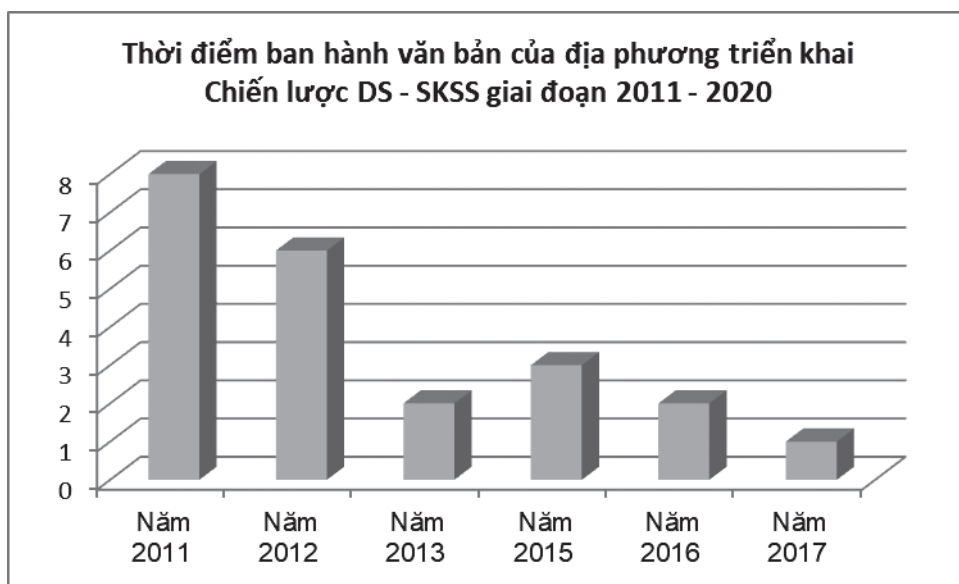
Thời điểm ban hành các văn bản của các cơ quan địa phương để triển khai các văn bản định hướng, chỉ đạo chính sách dân số của Đảng và Nhà nước thường được ban hành ngay sau thời điểm ban hành văn bản của cơ quan Trung ương. Nghị quyết 47-NQ/TW ban hành ngày

22/3/2005, sau khoảng 3 tháng, Tỉnh ủy và các cơ quan chính quyền của các tỉnh đều ban hành văn bản triển khai tại địa phương. Sau 3 năm và 5 năm các cơ quan Tỉnh ủy địa phương có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn các cơ quan trong tỉnh sơ kết, tổng kết tình hình thực hiện Nghị quyết 47-NQ/TW tại địa phương.

Chỉ có 3 tỉnh Hải Dương, Đắk Nông và Tiền Giang khi ban hành văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương có căn cứ pháp lý

là Pháp lệnh Dân số và các thời điểm ban hành trong khoảng thời gian từ 2007 đến 2012.

Thời điểm các địa phương ban hành văn bản triển khai Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 - 2020 hầu hết vào cuối năm 2011 hoặc đầu năm 2012 và các năm sau đó triển khai một số tỉnh cũng ban hành các văn bản triển khai một số chương trình cụ thể liên quan đến thực hiện Chiến lược này tại địa phương.



**Biểu 1: Thời điểm ban hành văn bản của địa phương triển khai Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020**

Hơn một nửa tổng số văn bản các địa phương đã ban hành để điều chỉnh nội dung về quy mô dân số (mà chủ yếu là để đạt được các chỉ tiêu về giám sinh). Tại một số tỉnh như Bắc Ninh, Hải Dương do tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh cao nên Tỉnh ủy và UBND tỉnh đã ban hành các văn bản nhằm giải quyết vấn đề này tại địa phương. Các văn bản điều chỉnh cả 3 nội dung được các địa phương ban hành hầu hết là các văn bản triển khai thực hiện Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 - 2020.

### **3. Chất lượng văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại địa phương**

#### **3.1. Tính phù hợp**

Tính phù hợp là yếu tố quan trọng nhất, quyết định trực tiếp chất lượng, sự hoàn thiện của các văn bản nói chung và văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD nói riêng tại các địa phương, đồng thời cũng là tiền đề quyết định hiệu quả của việc tổ chức thực hiện triển khai trên thực tế. Tính phù hợp của các văn bản triển khai chương trình dân số của các cấp ủy Đảng, chính

quyền địa phương có thể được xem xét dưới các góc độ sau:

***Thứ nhất, sự phù hợp của văn bản triển khai chương trình dân số của địa phương với đường lối, chủ trương của Đảng Cộng sản Việt Nam.***

Các văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương phải đảm bảo phù hợp với đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng về các vấn đề kinh tế, văn hóa, xã hội, an ninh, trật tự,... liên quan đến từng yếu tố cụ thể, nhất là các chủ trương, chính sách về dân số và phát triển.

Kết quả thu thập và đánh giá các văn bản được ban hành của Tỉnh ủy, HĐND và UBND các địa phương khảo sát cho thấy, tất cả các văn bản được ban hành đều phù hợp với đường lối, chủ trương của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước. Các văn bản đều căn cứ vào các quan điểm lãnh đạo, chỉ đạo của văn bản Trung ương cụ thể là Nghị quyết 47-NQ/TU, Pháp lệnh Dân số, Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 và các quy định của văn bản pháp luật khác quy định về thẩm quyền, trình tự, thủ tục ban hành văn bản.

**Bảng 2: Căn cứ ban hành văn bản địa phương**

Căn cứ ban hành văn bản	Số lượng
Nghị quyết 47	34
Pháp lệnh Dân số	7
Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020	22
<b>Tổng</b>	<b>63</b>

Qua thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu cho thấy các văn bản triển khai chương trình dân số tại các địa phương phù hợp với đường lối, chủ trương của Đảng, chính sách và pháp luật của

Nhà nước là do trong quá trình đề xuất, soạn thảo và thẩm định thông qua, các địa phương rất chú trọng việc nghiên cứu, xem xét cụ thể các văn bản và quan điểm chỉ đạo của Trung ương:

*“Các lĩnh vực khác thì có thể không dựa vào các văn bản của Trung ương, nhưng về lĩnh vực dân số vẫn chủ yếu dựa vào các quan điểm, định hướng, chỉ đạo của Trung ương. Tất cả các văn bản của Tỉnh ủy ban hành về lĩnh vực Dân số vẫn bám sát tinh thần chỉ đạo và các giải pháp chủ yếu của Nghị quyết 47-NQ/TU”.*

(PVS Ban Tuyên giáo tỉnh Bắc Ninh)

Nghị quyết số 04-NQ/HNTW, ngày 14 tháng 01 năm 1993 của Hội nghị lần thứ tư Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (khoá VII) về chính sách DS-KHHGĐ đề ra 5 quan điểm cơ bản. Nghị quyết Đại hội Đảng lần thứ IX xác định quan điểm về mở rộng mục tiêu

của chính sách dân số là: “Chính sách dân số nhằm chủ động kiểm soát quy mô và tăng chất lượng dân số phù hợp với những yêu cầu phát triển KT - XH. Nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm SKSS - KHHGĐ; giải quyết tốt mối quan hệ giữa phân bố dân cư hợp lý với quản lý dân

số và phát triển nguồn nhân lực”. Nghị quyết số 47-NQ/TW xác định 3 quan điểm chỉ đạo nhằm tiếp tục quán triệt và kiên quyết thực hiện các quan điểm cơ bản của NQTV4. Các văn bản của Tỉnh ủy tại các địa phương khảo sát đã đảm bảo đúng các quan điểm, chỉ đạo của Nghị quyết 47-NQ/TW.

“*Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020*” với 05 quan điểm chỉ đạo, 01 mục tiêu tổng quát, 11 mục tiêu cụ thể và 07 nhóm giải pháp ưu tiên đối với chương trình DS-SKSS của Việt Nam trong cả thập kỷ, đánh dấu bước ngoặt về định hướng đối với chính sách về dân số; từ chỗ trước đây chỉ tập trung vào các dịch vụ KHHGD nay đã chuyển sang quan tâm đáp ứng cả những nhu cầu về SKSS, SKTD và quyền sinh sản. Tại các địa phương khảo sát, các Quyết định hoặc Kế hoạch của UBND tỉnh triển khai thực hiện Chiến lược tại địa phương đã bám sát quan điểm chỉ đạo, mục tiêu và các giải pháp chủ yếu.

**Tóm lại,** các cấp ủy Đảng, chính quyền tại các địa phương đã nhận thức được tầm quan trọng của chương trình DS-KHHGD/SKSS nên đã có những cam kết chính trị mạnh mẽ để từng bước triển khai Nghị quyết, Pháp lệnh Dân số và Chiến lược vào thực tiễn cuộc sống. Các văn bản đã được ban hành phù hợp với đường lối, chủ trương của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước tạo cơ sở chính trị và hành lang pháp lý cho việc triển khai thực hiện chương trình dân số tại địa phương.

**Thứ hai, sự phù hợp của các văn bản triển khai thực hiện chính sách về dân số của các cấp ủy Đảng, chính quyền với điều kiện KT - XH của địa phương.**

Pháp lệnh Dân số là văn bản pháp luật có hiệu lực pháp lý cao nhất về lĩnh vực Dân số, là hành lang pháp lý điều chỉnh toàn bộ các vấn đề của dân số bao gồm: quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số, các biện pháp

thực hiện công tác dân số và quản lý nhà nước về dân số. Nghị quyết 47-NQ/TW được ban hành, phổ biến, quán triệt tới các cấp ủy Đảng, Chính quyền, các ngành, đoàn thể từ trung ương đến địa phương, từng cán bộ, đảng viên đều với mục tiêu “ổn định quy mô dân số, đồng thời từng bước nâng cao chất lượng dân số Việt Nam”. Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2022 đặt mục tiêu “Nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng sức khỏe sinh sản, duy trì mức sinh thấp hợp lý, giải quyết tốt những vấn đề về cơ cấu dân số và phân bố dân số, góp phần thực hiện thắng lợi sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước”.

Căn cứ vào quan điểm chỉ đạo của 3 văn bản lớn này, các địa phương đã ban hành các văn bản chỉ đạo, điều hành và triển khai chương trình DS - KHHGD tại địa phương. Hầu hết, các văn bản của cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương đều phù hợp với điều kiện KT-XH của địa phương trên cơ sở đánh giá, phân tích thực trạng của địa phương trước khi ban hành văn bản. Các văn bản Nghị quyết, Chỉ thị của Tỉnh ủy, Nghị quyết của HĐND và Quyết định, Chỉ thị của UBND tỉnh đều dành phần đầu tiên của văn bản phân tích tình hình thực hiện công tác dân số của địa phương, những mặt đạt được, những tồn tại, hạn chế và nguyên nhân. Phần lớn các đánh giá, phân tích tình hình dân số địa phương dựa vào những nội dung chính đã nêu trong các văn bản của Trung ương, địa phương chỉ thay số liệu của địa phương để đánh giá tình hình của địa phương. Một số địa phương việc phân tích đánh giá tình hình thực tế của địa phương khá tốt nên văn bản sau khi ban hành phù hợp với điều kiện KT-XH của địa phương và có phân bổ kinh phí để đảm bảo thực thi văn bản sau khi ban hành.

Đặc biệt, ở tỉnh Bắc Ninh và tỉnh Hải Dương, trước vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh ở địa phương quá cao, Sở Y tế và Chi cục Dân số đã có những tham mưu thành công cho Tỉnh ủy và UBND ban hành văn bản chỉ đạo thực hiện,

đưa ra các giải pháp và bố trí nguồn kinh phí của địa phương nhằm khống chế tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh tại địa phương.

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy đề ra được văn bản triển khai chương trình DS -

KHHGD tại địa phương, các cơ quan địa phương đã có những hoạt động đánh giá, phân tích tình hình công tác dân số địa phương để khi ban hành văn bản triển khai được trên thực tế.

*“Sau khi văn bản Trung ương ban hành, để triển khai địa phương, Ban Tuyên giáo sẽ tham mưu Tỉnh ủy xem xét có cần thiết ban hành văn bản chỉ đạo hay không. Để tham mưu sẽ phải đánh giá tình hình hiện tại của địa phương, kết quả thực hiện hoạt động dân số như thế nào, cái gì đã làm được, cái gì chưa được, nguyên nhân, tình trạng, bài học kinh nghiệm... Do đó, văn bản được ban hành sát với thực tế và phù hợp với điều kiện KT-XH của địa phương”.*

(Ban Khoa giáo, Tỉnh ủy An Giang)

Song, ở một số địa phương, khi đánh giá tình hình dân số dựa vào những đánh giá trong các văn bản của Trung ương nên chưa đánh giá, phân tích sát với tình hình của địa phương nên ban hành văn bản chứa đựng những nội dung không phù hợp, vì thế giải pháp đưa ra chưa tập trung thực sự vào vấn đề địa phương đang cần giải quyết. Bên cạnh đó, có địa phương ban hành văn bản gần như sử dụng các giải pháp trong các văn bản của Trung ương nhưng các giải pháp còn chung chung, thiếu cụ thể hơn so với giải pháp của Trung ương.

***Thứ ba, sự phù hợp các quy định về thẩm quyền, thể thức, trình tự, thủ tục ban hành.***

Một văn bản ban hành có chất lượng tốt là văn bản đảm bảo các tiêu chí tạo được đồng thuận ủng hộ của nhân dân; huy động được sự tham gia đóng góp ý kiến của các Đảng viên, cơ quan,

tổ chức và nhân dân; sát với thực tế và khả thi; giải quyết được những khó khăn, thách thức; bảo đảm tính ổn định và bền vững; tính phù hợp bối cảnh KT-XH và phù hợp với chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của mình và cần phải phù hợp về thể loại và đúng về thể thức.

Tại các địa phương, việc ban hành các văn bản của Tỉnh ủy, HĐND và UBND các cấp đều đảm bảo đúng quy trình, thủ tục và thẩm quyền theo quy định của pháp luật. Công tác soạn thảo đã thu thập, phân tích khá tốt các thông tin, số liệu của địa phương làm cơ sở xây dựng nội dung văn bản, đồng thời chú trọng tiếp thu các ý kiến của các ban, ngành, đoàn thể. Công tác thẩm định quy trình, thủ tục, thẩm quyền và thể thức văn bản cũng được thực hiện khá nghiêm túc. Các dự thảo văn bản được tiếp thu, chỉnh sửa trước khi cơ quan có thẩm quyền thông qua và ban hành.

*“Tùy loại văn bản, với các lĩnh vực được phân công theo dõi Ban Tuyên giáo sẽ tham mưu ban hành văn bản đúng với thẩm quyền, trình tự, thủ tục và thể thức. Về lĩnh vực Dân số, Huyện ủy chủ yếu ban hành 2 loại văn bản là Chỉ thị và Kế hoạch. Cơ sở ban hành văn bản căn cứ vào văn bản của cấp trên, Huyện ủy sẽ ban hành văn bản triển khai trên địa bàn huyện. Với Nghị quyết 47-NQ/TU, Huyện ủy đánh giá kết quả thực hiện 10 năm công tác dân số và phối hợp với Trung tâm dân số huyện thu thập số liệu để xây dựng nội dung và giải pháp”.*

(PVS Ban Tuyên giáo huyện Kinh Môn, Hải Dương)



Mặc dù, cơ bản các văn bản được ban hành đúng thẩm quyền, quy trình, thủ tục và thể thức nhưng ở mỗi giai đoạn ở quy trình còn có những

văn bản chưa đáp ứng đúng yêu cầu, điển hình là quy trình lấy ý kiến của các ban ngành, đoàn thể:

*“Việc lấy ý kiến của các ban ngành, đoàn thể vào dự thảo văn bản nhiều khi chưa đảm bảo chất lượng do thời gian gửi lấy ý kiến quá gấp hoặc các cơ quan, đoàn thể chỉ quan tâm lĩnh vực ngành mình nên việc tham gia góp ý kiến còn mang tính hình thức hoặc không góp ý”.*

(TLN HĐND tỉnh Điện Biên)

Đồng thời, khi xây dựng dự thảo văn bản còn thiếu rà soát, đối chiếu với quy định của cấp trên; thiếu khâu điều tra, khảo sát, phân tích đánh giá tình hình thực tế. Bên cạnh đó là khả năng phân tích đường lối, chủ trương của Đảng và chính

sách, pháp luật của Nhà nước còn hạn chế nên các văn bản ban hành còn quá phụ thuộc vào văn bản Trung ương mà không đánh giá, phân tích lựa chọn những vấn đề cần tập trung giải quyết tại địa phương.

*“Nhiều năm nay, các chính sách và văn bản của Trung ương về lĩnh vực dân số vẫn tập trung chỉ đạo giảm sinh bởi còn nhiều địa phương mức sinh cao. Việc nâng cao chất lượng dân số và lồng ghép dân số vào kế hoạch hóa phát triển cũng đã được các văn bản Trung ương chỉ đạo nhưng một số địa phương khi mức sinh thấp và ổn định nhiều năm nhưng vẫn ban hành những văn bản chú trọng đến giảm sinh mà chưa tập trung vào các nội dung trên. Hàng năm việc đánh giá kết quả của chương trình chỉ tập trung vào chỉ tiêu giảm tỷ suất sinh thô, giảm tỷ lệ sinh con thứ ba trở lên. Việc này cũng do năng lực tham mưu cơ quan quản lý về công tác DS-KHHGD địa phương và do cơ quan này chưa phối hợp với các ngành liên quan trong việc sử dụng thông tin để đánh giá hiệu quả, mức độ tác động của chương trình dân số với các chương trình kinh tế-xã hội khác”.*

(PVS Ban Tuyên giáo tỉnh Bắc Ninh)

Bên cạnh đó, kỹ thuật soạn thảo văn bản của Tỉnh ủy/Huyện ủy, HĐND tỉnh/huyện và UBND tỉnh/huyện về lĩnh vực dân số hiện nay cũng còn nhiều vấn đề tồn tại về văn phong, bố cục. Đa phần các văn bản được soạn thảo theo hướng sao chép nội dung chính các văn bản của cơ quan Trung ương, cơ quan cấp trên hoặc các đề án, báo cáo nên không hướng dẫn cụ thể chi tiết với tình hình địa phương hoặc cách hành văn dài dòng, ngôn ngữ văn xuôi, diễn đạt không rõ trong khi về yêu cầu văn bản cần được soạn thảo với ngôn ngữ có độ chính xác tối đa. Nội dung của văn bản

không thể chuyển tải đúng nếu cách thể hiện của chúng không chính xác, không khoa học. Qua phân tích các văn bản thu thập được tại các địa phương khảo sát thì phần lớn các văn bản quán triệt, triển khai Nghị quyết 47-NQ/TU và Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 thì bố cục, văn phong, mục tiêu, chỉ tiêu, giải pháp gần như sử dụng theo nội dung của 2 văn bản chính này, chỉ giảm một số chỉ tiêu thấp hơn so với chỉ tiêu trong văn bản của Trung ương trong khi phần phân tích thực trạng không có số liệu thực tế ở địa phương về nội dung này.

### 3.2. Tính công khai, minh bạch

Văn bản của cấp ủy Đảng và các cấp chính quyền địa phương ban hành để triển khai thực hiện chương trình dân số được xem là đảm bảo yêu cầu công khai, minh bạch nếu các quy định trong các văn bản đó đảm bảo tính rõ ràng, rành mạch, dễ hiểu, đồng thời các văn bản đó phải được công khai cho mọi người cùng biết và nắm bắt được các quyền và nghĩa vụ của mình để tuân thủ nghiêm túc và thực hiện theo các quy định của các văn bản. Nội dung cơ bản của việc đảm bảo công khai, minh bạch đối với văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương của các cấp ủy Đảng và chính quyền phải công khai, minh bạch trong giai đoạn lập đề xuất xây dựng văn bản; công khai, minh bạch trong giai đoạn soạn thảo văn bản quy phạm pháp luật; công khai, minh bạch trong giai đoạn quán triệt và phổ biến thực hiện văn bản.

Tại các tỉnh khảo sát, sau khi Nghị quyết 47-NQ/TU ban hành các cấp ủy đảng, chính quyền đã ban hành các văn bản triển khai thực hiện tại địa phương. Đồng thời, tổ chức quán triệt, học tập Nghị quyết 47-NQ/TW và phổ biến văn bản triển khai thực hiện Nghị quyết của cơ quan có thẩm quyền của địa phương đến từng cơ quan, chi bộ, đội ngũ cán bộ đảng viên và cán bộ nhà nước để nghiêm túc thực hiện.

Thông tin từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy, các địa phương đều đã khẳng định việc phổ biến quán triệt Nghị quyết 47-NQ/TW và các văn bản triển khai thực hiện Nghị quyết 47-NQ/TU của địa phương là việc làm cần thiết, một nhiệm vụ quan trọng của các cấp ủy đảng, chính quyền trong thời gian qua nhằm tăng cường sự cam kết chính trị để thực hiện thành công các chỉ tiêu DS - KHHGD.

*“Chúng tôi thường xuyên đi kiểm tra, giám sát việc phổ biến quán triệt, cơ quan, đơn vị, tổ chức cơ sở Đảng trong việc phổ biến quán triệt và triển khai thực hiện Nghị quyết 47-NQ/TU và Nghị quyết, chỉ thị của địa phương triển khai thực hiện Nghị quyết này...”*

(TLN Ban Tuyên giáo tỉnh Điện Biên)

Đồng thời, Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 và các văn bản triển khai của các cấp chính quyền địa phương cũng đã có sự tham gia lấy ý kiến từ giai đoạn dự thảo văn bản và sau khi ban hành được phổ biến, thông tin cho các cơ quan, tổ chức, đoàn thể xã hội nắm rõ tham gia

phối hợp cùng với ngành Y tế - Dân số thực hiện Chiến lược tại địa phương. Cán bộ lãnh đạo quản lý tại nhiều địa phương cũng xác định rõ chương trình Dân số - KHHGD cần có sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị, đây là trách nhiệm của cả cấp ủy, chính quyền và các ban ngành đoàn thể.

*“Để thực hiện Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 cần sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị, khi Chiến lược không đạt chỉ tiêu thuộc về trách nhiệm của tất cả các ban ngành chứ không chỉ là trách nhiệm của cơ quan chuyên trách dân số. Do đó, ngay trong quá trình soạn thảo văn bản đã lấy ý kiến của các ban ngành, đoàn thể liên quan và sau khi ban hành văn bản thì tổ chức phổ biến, quán triệt cho các ban ngành, đoàn thể được biết và tham gia thực hiện trách nhiệm quy định trong văn bản. Thực hiện tốt việc này là cơ sở để địa phương có cơ chế trong hỗ trợ nguồn nhân lực và cơ chế cho các địa phương trong triển khai thực hiện...”*

(TLN UBND tỉnh Bắc Ninh)

Trên thực tế, sau khi văn bản được ban hành, hoạt động phối hợp các ngành thành viên làm công tác DS-KHHGD cũng được các địa phương triển khai khá đều đặn, đáp ứng được các yêu cầu, nội dung của Chiến lược. Nhiều mô hình truyền thông của Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, Đoàn TNCS Hồ Chí Minh, Mặt trận Tổ quốc các địa phương được triển khai có hiệu quả rõ rệt, như: câu lạc bộ tiền hôn nhân, câu lạc bộ gia đình trẻ (của Đoàn TNCS Hồ Chí Minh), câu lạc bộ phụ nữ không sinh con thứ 3 (Hội Liên hiệp Phụ nữ), mô hình đưa chính sách dân số vào hương ước, quy ước thôn bản, tuyên truyền nhóm nhỏ, tư vấn trực tiếp tại hộ gia đình trong độ tuổi sinh đẻ và vị thành niên, thanh niên... Các hoạt động phối hợp này đã góp phần tích cực vào việc thực hiện mục tiêu của Chiến lược. Phong trào xây dựng hương ước được thực hiện khá rầm rộ trên

cả nước, gần như toàn bộ các thôn, xóm, bản đều đã xây dựng được hương ước, trong đó có lồng các nội dung về DS-KHHGD.

Tuy nhiên, việc lấy ý kiến của người dân vào các văn bản của các cấp uỷ Đảng, chính quyền địa phương về lĩnh vực dân số không thực hiện được. Điều này cho thấy việc ban hành văn bản về dân số của cấp uỷ Đảng, chính quyền địa phương trong một số trường hợp vẫn chưa phản ánh được yêu cầu khách quan của thực tiễn, chưa phản ánh được nguyện vọng của nhân dân, có nguyên nhân trực tiếp từ việc nhân dân không được bàn về những văn bản liên quan đến lợi ích của mình. Các cơ quan địa phương cũng nhận thức được đây là một hạn chế trong ban hành văn bản của địa phương và thấy rằng việc lấy ý kiến của người dân trong quá trình soạn thảo văn bản địa phương về lĩnh vực dân số là cần thiết.

*“Hiện tại thì trong quá trình ban hành văn bản chưa có yêu cầu bắt buộc phải lấy ý kiến người dân, chỉ có yêu cầu đánh giá tình hình dân số địa phương nên chủ yếu sử dụng thông tin cung cấp của bên cơ quan dân số. Việc lấy ý kiến của người dân trong các văn bản ban hành về dân số là chưa thực hiện. Theo quan điểm cá nhân tôi thì thấy việc lấy ý kiến của người dân trong quá trình ban hành văn bản về lĩnh vực dân số là rất cần thiết. Có thể việc lấy ý kiến vào dự thảo văn bản trên thực tế khó thực hiện thì trước khi xây dựng dự thảo có thể lấy ý kiến bằng phiếu hỏi của người dân đối với các nội dung dự kiến sẽ ban hành liên quan đến quyền và nghĩa vụ của người dân, lấy đó làm nguồn thông tin làm cơ sở cho xây dựng dự thảo văn bản”.*

(PVS Lãnh đạo Ban Tuyên giáo tỉnh Bắc Ninh)

Mặc dù, việc lấy ý kiến của người dân trong quá trình soạn thảo văn bản không được thực hiện nhưng việc phổ biến, tuyên truyền cho người dân nắm được các đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về dân số tại

các địa phương thực hiện khá tốt thông qua các kênh truyền thông đại chúng (truyền hình, phát thanh, báo chí...), các tổ chức đoàn thể xã hội, các tài liệu truyền thông, truyền thông trực tiếp tại hộ gia đình.

*“Tại Thị trấn tổ chức các hoạt động tuyên truyền vận động cho người dân qua phương tiện truyền thông đại chúng, băng rôn, khẩu hiệu và các hình thức, họp nhóm, họp tổ, các CLB phụ nữ như CLB Gia đình phát triển bền vững, tư vấn cho phụ nữ mang thai, truyền thông về sàng lọc trước sinh, sơ sinh, thanh niên truyền thông tư vấn về khám sức khoẻ tiền hôn nhân nên người dân nhận thức tốt chính sách của Nhà nước và địa phương về dân số”.*

(TLN Ban Chỉ đạo Dân số thị trấn An Châu, Châu Đốc, An Giang)

Tóm lại, các văn bản của các cấp uỷ Đảng, chính quyền địa phương ban hành về lĩnh vực dân số thời gian qua đã đáp ứng yêu cầu công khai, minh bạch, rành mạch, rõ ràng và công khai đối với mọi người dân, phù hợp với các quy định của tổ chức Đảng và quy định của pháp luật ban hành văn bản của Nhà nước.

Trong tiêu chí đánh giá một văn bản đảm bảo chất lượng khi đáp ứng được tính cụ thể. Sự rõ ràng, cụ thể của các quy định trong văn bản để

có thể hiểu đúng, hiểu thống nhất, thuận tiện khi thực hiện và áp dụng được ngay khi văn bản có hiệu lực thi hành mà không phải ban hành văn bản quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành.

Về cơ bản, các văn bản của các cấp uỷ Đảng, chính quyền địa phương ban hành triển khai thực hiện Pháp lệnh Dân số, Nghị quyết 47-NQ/TU và Chiến lược DS - SKSS giai đoạn 2011 - 2020 đáp ứng tính cụ thể. Các văn bản sau khi ban hành ở địa phương có hiệu lực triển khai thực hiện.

*“Khi Tỉnh ủy ra văn bản, thì Huyện ủy cũng xây dựng Nghị quyết và triển khai xuống các đơn vị thuộc Huyện ủy. Sau khi có Nghị quyết của Huyện ủy, thì UBND huyện có kế hoạch hành động của Ủy ban. Trong kế hoạch của UBND huyện đều có chỉ tiêu kế hoạch cụ thể về DS - KHHGD. Như vậy, khi Huyện ủy và UBND huyện có văn bản chỉ đạo rồi sẽ chỉ đạo tới các chi bộ ở xã, UBND các xã để triển khai thực hiện đối với người dân. Các cơ quan chuyên môn và ban ngành đoàn thể tại xã tổ chức hội nghị, hoạt động tuyên truyền”.*

(TLN Ban Tuyên giáo huyện Tiên Du, Bắc Ninh)

Tuy nhiên, ở một số địa phương việc việc ban hành văn bản có những vi phạm lỗi về tính cụ thể. Chẳng hạn, khi nội dung các nghị quyết của HĐND là những quy định mang tính quy phạm pháp luật thường rất cụ thể, rõ ràng nên không giao cho UBND ban hành văn bản hướng dẫn hoặc quy định cụ thể thêm. Nhưng trên thực tế hiện nay ở một số địa phương thì sau khi HĐND ban hành các nghị quyết theo phân cấp thẩm quyền, UBND lại tiếp tục ban hành quyết định quy định lại các nội dung nghị quyết của HĐND đã quy định. Điều này dẫn đến một thực trạng là các nghị quyết của HĐND không được áp dụng trực tiếp mà chỉ làm căn cứ pháp lý để UBND ban hành quyết định. Mặc dù trong nghị quyết của HĐND quy định nghị quyết có hiệu lực thi hành sau 10 ngày kể từ ngày ban hành, song do không được áp dụng trực tiếp nên thực tế các quy định trong nghị quyết chỉ được thực hiện khi quyết định của UBND có hiệu lực. Các cơ quan chuyên môn của UBND và chính quyền cấp dưới chỉ quan tâm đến quyết định

của UBND, ít khi để ý đến nghị quyết của HĐND dẫn đến nghị quyết của HĐND chỉ mang tính hình thức. Theo quy định, cả nghị quyết của HĐND và quyết định của UBND đều phải được cơ quan tư pháp cùng cấp thẩm định trước khi ban hành. Như vậy, với thực trạng này thì cơ quan tư pháp thực hiện thẩm định hai lần về cùng một vấn đề. Nguyên nhân của tình trạng này do tại Khoản 2 Điều 2 Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật của HĐND, UBND năm 2004 quy định: “UBND ban hành văn bản quy phạm pháp luật trong những trường hợp sau đây: Để thi hành nghị quyết của HĐND cùng cấp về phát triển KT - XH, củng cố quốc phòng- an ninh...”. Đây là lý do mà UBND ban hành quyết định sau khi HĐND đã ban hành nghị quyết.

Nhìn chung, các văn bản triển khai chương trình dân số của các cấp uỷ Đảng, chính quyền địa phương đã đáp ứng được yêu cầu đảm bảo tính cụ thể. Ở một số địa phương do chưa hiểu đúng quy định của luật nên có sự ban hành văn bản chồng



chéo về cùng một vấn đề dẫn đến chậm hiệu lực thi hành văn bản trên thực tế.

### **3.3. Tính khả thi**

Tính khả thi có thể được hiểu là các quy định của văn bản có khả năng thực hiện trên thực tế, tính khả thi là tiêu chí quyết định hiệu quả điều chỉnh thực tế của văn bản. Tính khả thi có mối liên hệ chặt chẽ với các yêu cầu về tính toàn diện, tính thống nhất, tính phù hợp và kỹ thuật xây dựng văn bản. Nếu các văn bản của cấp ủy và chính quyền địa phương bao quát được các quan hệ xã hội phát sinh từ công tác dân số địa phương thì có khả năng tác động đồng bộ khi được tổ chức thực hiện trên thực tế. Các văn bản triển khai chương trình dân số phù hợp với điều kiện KT - XH địa phương, với đường lối chủ trương, chính sách của Đảng hay yêu cầu khách quan của công tác dân số là điều kiện tiên quyết để văn bản được triển khai có hiệu quả trên thực tế. Nếu các quy định, nội dung của các văn bản không thống nhất, các quy định tối nghĩa, đa nghĩa, thiếu cụ thể cũng ảnh hưởng đến tính khả thi. Ngoài ra, tính khả thi của các văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương còn được thể hiện là các nội dung điều chỉnh phù hợp với đặc điểm của điều kiện vật chất, nhân sự của

các cơ quan nhà nước, tổ chức thực hiện công tác dân số tại địa phương, phù hợp với trình độ hiểu biết, khả năng kinh tế của cá nhân, gia đình thực hiện quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số. Khả năng hài hòa lợi ích của các bên trong công tác dân số cũng là yếu tố đảm bảo tính khả thi của các văn bản này.

Về cơ bản, các văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại các địa phương khảo sát đã đạt được các mục tiêu và thực hiện các giải pháp phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội của địa phương.

Ở một số tỉnh, với mức sinh khá cao nên từ nhiều năm nay, các văn bản ban hành chủ yếu tập trung vào mục tiêu giảm sinh nên các hoạt động trong lĩnh vực dân số đã tập trung chỉ đạo vào việc phân đầu để giảm sinh với quyết tâm rất cao như các tỉnh Điện Biên, Đắk Nông, Kon Tum và kết quả đạt được phản ánh nỗ lực của địa phương trong thực hiện giảm sinh như TFR giảm, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai tăng qua các năm. Song, mặt hạn chế ở các địa phương này là chưa thực hiện được các mục tiêu và giải pháp về nâng cao chất lượng dân số như trong các văn bản của địa phương ban hành triển khai thực hiện Chiến lược DS - KHHGD giai đoạn 2011 - 2020.

*“Về xây dựng hoàn thiện chỉ báo đánh giá, hoàn thiện chất lượng chương trình thì chúng tôi cũng chưa xây dựng cái này, chúng tôi chỉ đánh giá một số chỉ tiêu đó là giảm sinh và giảm sinh con thứ 3. Để đánh giá chung chương trình thì Kon Tum trong chức năng nhiệm vụ thì cũng chưa thực hiện hết được, về chất lượng dân số hiện nay là chưa triển khai nhiều hoạt động gì. Về phối hợp với các ngành liên quan để sử dụng thông tin hiệu quả vào phát triển kinh tế thì cũng chưa có đánh giá nào về sử dụng thông tin”.*

(Lãnh đạo Chi cục DS-KHHGD tỉnh Kon Tum)

Bên cạnh đó, một số tỉnh như Bắc Ninh và Hải Dương có tỷ số giới tính khi sinh cao, các cấp ủy Đảng, chính quyền đã nhận thức được hậu quả, hệ lụy lâu dài đến phát triển kinh tế địa phương nên đã ban hành văn bản với quyết tâm chỉ đạo, tập trung nguồn lực để thực hiện các giải

pháp nhằm không chế tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh tại tỉnh. Các đề án, chương trình về công tác dân số trong đó có Đề án “Giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh” do UBND tỉnh ban hành đã góp phần khống chế sự gia tăng của tỷ số này tại địa phương.



*“Tại tỉnh Bắc Ninh, các chỉ tiêu về dân số, đặc biệt là chỉ tiêu về mất cân bằng giới tính khi sinh đã được đưa vào Nghị quyết Đại hội Đảng các cấp. Hàng năm HĐND, UBND các cấp đã đưa các mục tiêu, chỉ tiêu công tác dân số vào kế hoạch phát triển KT-XH của địa phương mình. Một số cơ quan, tổ chức trong tỉnh đã đưa chỉ tiêu kế hoạch thực hiện công tác dân số là một trong những chỉ tiêu thi đua trong kế hoạch hoạt động, hàng năm của cơ quan, tổ chức”.*

(PVS lãnh đạo Chi cục Dân số tỉnh Bắc Ninh)

Tuy nhiên, ở một số địa phương mức sinh đã đạt dưới mức sinh thay thế nhưng địa phương vẫn chưa chuyển trọng tâm của công tác dân số sang nâng cao chất lượng dân số và lồng ghép các biến dân số vào lập kế hoạch phát triển của địa phương. Hàng năm việc đánh giá kết quả của chương trình chỉ tập trung vào chỉ tiêu giảm tỷ suất sinh thô, giảm tỷ lệ sinh con thứ ba trở lên. Cơ quan quản lý về công tác DS-KHHGD cũng

chưa phối hợp với các ngành liên quan trong việc sử dụng thông tin để đánh giá hiệu quả, mức độ tác động của chương trình dân số với các chương trình KT-XH khác. Thực tế là địa phương chưa ban hành được những văn bản pháp quy hướng dẫn thực hiện việc lồng ghép dân số vào kế hoạch hóa phát triển, đảm bảo cho các chính sách dân số gắn với các quá trình phát triển.

*“Giảm sinh thì có rất nhiều văn bản, đặc biệt là không sinh con thứ ba. Cho nên chính sách của Ủy ban đối với giảm sinh là rất nhiều. Vấn đề cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số là mình chưa có tham mưu được, chưa quan tâm đến. Bởi vì những vấn đề này hiện nay còn có nhiều phân tán, không tập trung. Nguyên nhân: gồm nhiều vấn đề, trong đó khâu tổ chức cũng rất quan trọng”.*

(PVS Trung tâm Dân số Châu Thành, An Giang)

Như vậy, các văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương có bản đã đáp ứng được yêu cầu về tính khả thi. Song, tính khả thi của văn bản chính quyền địa phương vẫn còn tồn tại một số hạn chế như tính dự báo không cao, hầu như mới chỉ giải quyết được vấn đề hiện tại mà chưa có khả năng giải quyết được vấn đề trong tương lai vẫn còn phụ thuộc và chờ đợi ban hành văn bản từ Trung ương. Bên cạnh đó, nhiều văn bản không còn phù hợp với thực tiễn nữa nhưng chậm được sửa đổi, bổ sung. Cũng có những văn bản đưa ra nhiều chính sách, giải pháp rất tốt nhưng không có nguồn lực để thực hiện nên cũng không khả thi. Nhiều lĩnh vực, nhiều vấn

đề được ban hành rất nhiều văn bản như vấn đề về giảm sinh nhưng lại thiếu vắng những văn bản về các lĩnh vực dân số khác như nâng cao chất lượng dân số, di cư, chăm sóc người cao tuổi, chăm sóc sức khỏe sinh sản cho VTN/TN...

#### **4. Đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng ban hành văn bản triển khai chương trình DS - KHHGD tại địa phương**

- **Tăng cường năng lực của cơ quan chuyên môn Y tế - Dân số. Cụ thể:**
- ✓ Cơ quan chuyên môn về dân số các cấp cần thường xuyên rà soát văn bản của các cấp ủy

- Đảng, của HĐND, UBND thuộc lĩnh vực đề  
kịp thời đề xuất với có quan có thẩm quyền tại  
địa phương ban hành mới, sửa đổi, bổ sung,  
thay thế, bãi bỏ văn bản cho phù hợp với chính  
sách hiện hành.
- ✓ Tăng cường tổ chức hoạt động khảo sát đánh giá thực trạng dân số địa phương để nắm bắt được tình hình thực hiện dân số có sự khác biệt giữa các địa bàn trong địa phương cũng như nắm bắt được nhu cầu, nguyện vọng của các đối tượng thực hiện chính sách dân số giúp cho việc tham mưu ban hành văn bản sát với thực tiễn và thực thi hiệu quả.
  - ✓ Tăng cường cung cấp thông tin, số liệu về tình hình dân số cho các cấp ủy Đảng, chính quyền với nhiều hình thức đa dạng (báo cáo, hội thảo chuyên đề, bản tin thường xuyên, tập huấn, đào tạo...) để các cơ quan này cập nhật thường xuyên, liên tục về tình hình dân số địa phương cũng như công tác dân số trong tình hình mới theo định hướng chính sách của Đảng và Nhà nước.
  - ✓ Tăng cường tham mưu cho cơ quan có thẩm quyền tại địa phương ban hành và tổ chức thực hiện chương trình, đề án, dự án về dân số và phát triển phù hợp với tình hình thực tế của địa phương.
  - ✓ Tăng cường sự phối hợp với Mặt trận Tổ quốc, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức xã hội nghề nghiệp, các đoàn thể và cả cộng đồng nhằm đẩy mạnh sự tham gia phối hợp trong công tác dân số nói chung và tạo sự quan tâm, ủng hộ trong ban hành văn bản triển khai về lĩnh vực dân số tại địa phương. Xây dựng chương trình, kế hoạch với các nhiệm vụ, biện pháp cụ thể; phân công trách nhiệm rõ ràng đối với từng ngành, cơ quan, đoàn thể.
  - ✓ Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát; định kỳ sơ kết, tổng kết, đánh giá kết quả thực hiện các văn bản triển khai chương trình dân số tại địa phương.
- ✓ Tập huấn kiến thức, kỹ năng tư vấn cho cán bộ dân số đáp ứng yêu cầu chuyển hướng trọng tâm chính sách dân số từ KHHGD sang dân số và phát triển;
  - ✓ Tổ chức hội thảo, giao lưu chia sẻ kinh nghiệm tham mưu về công tác dân số - KHHGD giữa các địa phương để học hỏi cách làm của các địa phương thực hiện tốt.
  - ✓ Mô hình tổ chức bộ máy làm công tác dân số/SKSS/KHHGD cần được nhanh chóng ổn định tại các tuyến và nên thống nhất một mô hình tổ chức trong phạm vi cả nước. Ban hành các chính sách tuyển dụng và sử dụng phù hợp để thu hút nhân lực có chất lượng cho mạng lưới các đơn vị làm công tác DS/SKSS/KHHGD tại các địa phương.
- ***Nâng cao chất lượng ban hành văn bản triển khai chương trình dân số - KHHGD tại địa phương***
- Tiếp tục tăng cường sự cam kết chính trị thông qua khẳng định vai trò của cấp ủy Đảng, cơ quan trong ban hành văn bản triển khai thực hiện chính sách dân số /SKSS/KHHGD tại địa phương. Đưa công tác dân số/SKSS/KHHGD thành một nội dung quan trọng, thường xuyên trong chương trình hành động của các cấp ủy đảng, chính quyền.
  - Tăng cường cung cấp thông tin nâng cao nhận thức của các cấp ủy Đảng chính quyền về tầm quan trọng của công tác dân số có ảnh hưởng lớn và trực tiếp tới sự phát triển kinh tế- xã hội và có ý nghĩa quyết định tới sự bền vững của các thành tựu đã đạt được và những chuyển hướng chính sách dân số của Việt Nam từ chỗ chỉ tập trung vào kiểm soát sinh nhằm giảm sinh, sang định hướng chính sách dân số toàn diện (dân số và phát triển), tập trung nguồn lực đáp ứng nhu cầu về sức khỏe sinh sản và tránh thai, xây dựng hệ thống an sinh xã hội, chuẩn bị cho một xã hội già hóa; tận dụng cơ hội lực lượng lao động đông đảo để tạo ra tích

lũy cho xã hội và cho người dân để chuẩn bị cho tuổi già của chính mình.

- Kiện toàn, ổn định tổ chức bộ máy chuyên trách làm công tác dân số nhằm đảm bảo thực hiện chức năng quản lý và điều phối có hiệu quả công tác dân số trong tình hình mới. Tổ chức bộ máy làm công tác dân số phải đặt dưới sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy đảng, chính quyền địa phương, đồng thời thực hiện quản lý chuyên môn thống nhất.
- Cùng với thực hiện Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, các cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương và các cơ quan chuyên môn Y tế - dân số cần thực hiện nghiêm túc phương thức xây dựng chính sách theo cách tiếp cận dựa trên bằng chứng để kịp thời bám sát và giải quyết các vấn đề mới phát sinh trong thực tế. Lựa chọn các chỉ báo, chỉ tiêu ưu tiên phù hợp với bối cảnh thực tiễn để xây dựng ban hành văn bản quy phạm pháp luật, chính sách, phù hợp nhu cầu, đặc thù của chương trình dân số /SKSS/KHHGD của địa phương cho từng thời điểm và giai đoạn...
- Thực hiện nghiêm quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 về quy trình xây dựng có sự tham gia của các bên liên quan. Mở rộng, phát huy trí tuệ toàn dân, đặc biệt là đội ngũ nhà khoa học, chuyên gia, cơ quan chuyên môn có trách nhiệm, tránh việc lấy ý kiến hình thức. Nâng cao chất lượng, hiệu quả của việc sự tham gia, góp ý của các cơ quan, tổ chức và toàn thể nhân dân trong quá trình xây dựng, ban hành văn bản quy phạm pháp luật là một trong những giải pháp quan trọng để đảm bảo nguyên tắc dân chủ trong xây dựng chính sách và pháp luật về dân số, để đáp ứng mục tiêu xây dựng hệ

thống chính sách, pháp luật thống nhất, đồng bộ, minh bạch, khả thi, dễ tiếp cận, hiệu lực và hiệu quả. Củng cố cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin; nâng cấp công nghệ thông tin điện tử, tích hợp các phần mềm ứng dụng trong quản lý và cung cấp các dịch vụ về dân số nhằm đáp ứng nhu cầu sử dụng, khai thác thông tin về dân số và phát triển, ưu tiên phát triển cung cấp dịch vụ dân số qua mạng, tạo thuận lợi cho người dân.

- *Về năng lực soạn thảo văn bản:* nâng cao năng lực của đội ngũ cán bộ tham gia vào công tác xây dựng và soạn thảo thông qua các hoạt động đào tạo tập huấn về kiến thức pháp luật, kiến thức quản lý nhà nước, kiến thức dân số và kỹ năng soạn thảo văn bản.
- *Về nguồn lực:* văn bản Trung ương cần quy định cụ thể về tỷ lệ huy động ngân sách địa phương trong triển khai thực hiện chương trình dân số/SKSS để xác định trách nhiệm và cam kết chính trị của các tỉnh/TP đối với lĩnh vực này. Cơ chế rõ ràng để các tỉnh/TP bố trí ngân sách của địa phương, tăng cường xã hội hóa công tác dân số/SKSS/KHHGD, huy động nguồn lực của cá nhân, gia đình, cộng đồng để tăng đầu tư cho chương trình dân số/SKSS/KHHGD nhất là các vùng đông dân có mức sinh cao và các vùng khó khăn.
- *Về giám sát thực hiện:* Cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương cần nghiên cứu giao trách nhiệm cụ thể, phù hợp cũng như giám sát việc triển khai thực hiện của các cơ quan, ban, ngành, đoàn thể, phát huy sức mạnh của các tổ chức, cộng đồng và mọi người dân, huy động tối đa các nguồn lực trong cộng đồng và xã hội để thực hiện tốt các chính sách về dân số./.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2013), Báo cáo tổng kết 10 năm thực hiện Pháp lệnh Dân số, Hà Nội.
2. Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật của Hội đồng nhân dân và Ủy ban nhân dân năm 2004, số 31/2004/QH11 ngày 03/12/2014, Quốc hội nước CHXHCNVN.
3. Luật Ban hành các văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, số 80/2015/QH13 ngày 22/6/2015, Quốc hội nước CHXHCNVN.
4. Lê Thị Hoài Ân và cộng sự (2015), Mô hình tổ chức chính quyền địa phương tại một số nước trên thế giới, Tạp chí Tổ chức Nhà nước - Bộ Nội vụ, số 03.
5. Nghị quyết số 47-NQ/TW về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình”, Bộ Chính trị ban hành ngày 22 tháng 3 năm 2005.
6. Pháp lệnh Dân số (2003), số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 9/1/2003, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Hà Nội.
7. Tổng cục Dân số - KHHGĐ (2011), Công tác Dân số - KHHGĐ Việt Nam, 50 năm xây dựng và phát triển (1961 - 2011), Hà Nội.
8. Tổng cục Dân số - KHHGĐ (2011), Chiến lược Dân số - SKSS giai đoạn 2011 - 2020, Hà Nội.
9. Tổng cục Dân số - KHHGĐ (2004), Những nội dung chính của Pháp lệnh Dân số, Nhà xuất bản Lao động - Xã hội, Hà Nội.
10. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014), Đánh giá 9 năm triển khai thực hiện Nghị quyết 47/NQ-TW của Bộ Chính trị về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách Dân số -KHHGĐ, Hà Nội.
11. Viện Dân số và các vấn đề xã hội (2011), Báo cáo đánh giá chiến lược dân số Việt Nam 2001-2010, Hà Nội.
12. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2018), Đánh giá 5 năm thực hiện Chiến lược Dân số - SKSS giai đoạn 2011 – 2020.

# TỔNG QUAN KINH NGHIỆM THẾ GIỚI VỀ HÌNH THỨC TỔ CHỨC, PHÂN TUYỂN VÀ XẾP LOẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>16</sup>, ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>17</sup>,  
ThS. Hoàng Ly Na<sup>17</sup> & CS

Thực hiện Quyết định số 894/QĐ-CP ngày 26 tháng 5 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt phương án đơn giản hóa thủ tục hành chính, quy định liên quan đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) thuộc chức năng quản lý của Bộ Y tế, Bộ Y tế được Chính phủ giao chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan hoàn thành việc soạn thảo dự án sửa đổi bổ sung Luật KBCB trình Chính phủ xem xét, quyết định. Bộ Y tế đã phối hợp với Văn phòng Chính phủ, Bộ Tư pháp, Bộ Ngoại giao và Bộ Nội vụ và các Bộ, ngành có liên quan xây dựng Dự án Luật KBCB sửa đổi. Đồng thời, Bộ Y tế cũng thực hiện đánh giá tác động của chính sách liên quan tới dự án Luật KBCB sửa đổi. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế được giao làm đầu mối phối hợp với Vụ Tổ chức cán bộ và Vụ Pháp chế thực hiện việc đánh giá các nội dung chính sách về các hình thức tổ chức cơ sở KCB, về phân tuyển và về xếp hạng các cơ sở KCB.

Để cung cấp thêm các thông tin cho việc thực hiện đánh giá tác động chính sách liên quan, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện tổng quan kinh nghiệm thế giới về hình thức tổ chức, phân tuyển và xếp loại các cơ sở KCB. Bài báo này trình bày tổng quan kinh nghiệm thế giới về hình thức tổ chức các cơ sở KCB và các khuyến nghị về việc điều chỉnh, bổ sung các hình thức tổ chức của các cơ sở KCB phù hợp với thực tiễn Việt Nam.

**Từ khóa:** kinh nghiệm thế giới, hình thức tổ chức, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

## 1. Khái niệm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Luật pháp các nước Qatar, Hàn Quốc, Singapore, Philippines và một số bang của Mỹ không sử dụng định nghĩa/khái niệm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (**KBCB**). Các khái niệm được sử dụng là cơ sở **chăm sóc sức khỏe/y tế/cung cấp dịch vụ y tế** trong đó có thể có tiêu chí loại trừ những cơ sở không thuộc phạm vi điều chỉnh của luật, cụ thể như sau:

- Qatar, Singapore và Hàn Quốc: sử dụng khái niệm chung bao trùm, cụ thể như sau: Cơ sở **CSSK**-Healthcare facilities (Qatar), cơ sở **y khoa** - medical institutions và cơ sở y tế công cộng - public health institutions (Hàn Quốc), cơ sở chăm sóc sức khỏe (**CSSK**) - healthcare institutions (Singapore) (SSO 2011, Qatar MoH 2019, KRLI 2016).

<sup>16</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>17</sup> Khoa Xã hội học Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế



- Ở Philippines, khái niệm “*bệnh viện và cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK* - hospital and health service establishments” (trước năm 2012) hoặc “*bệnh viện và cơ sở y tế* - hospital and health facilities” (Philippines DoH 2012) (từ năm 2012 đến nay) được sử dụng như một cụm danh từ chung, không tách rời.

Về nội hàm, so với khái niệm KBCB của Luật KBCB, nội hàm CSSK/dịch vụ y tế/cơ sở y tế ở

một số nước (Philippines, Singapore) rộng hơn, bao gồm cả các cơ sở cung cấp dịch vụ mang tính chất *chăm sóc sức khỏe* hoặc triển khai công đoạn chăm sóc, hỗ trợ chu trình KCB. Từ nội hàm này, có thể thấy nguyên tắc chung trong việc cấp phép các cơ sở CSSK là bất cứ cơ sở nào cung cấp dịch vụ liên quan đến sức khỏe đều cần phải được thẩm định và cấp phép trước khi cung cấp dịch vụ.

**Bảng 1: Thuật ngữ chung về cơ sở chăm sóc sức khỏe/y tế/cung cấp dịch vụ y tế ở một số nước**

	<b>Qatar</b>	<b>Singapore</b>	<b>Philippines</b>	<b>Mỹ</b>	<b>Hàn Quốc</b>
V Luật	Law on Regularizing the Healthcare Facilities 11/1982	Luật về BV tư và phòng khám y khoa (2013)	- Luật cấp phép BV và cơ sở CSSK 2004 - Lệnh về quy định quản lý phân loại mới đối với BV và các cơ sở y tế năm 2012	Luật pháp của từng bang	Luật Dịch vụ Y tế - Medical service Act cập nhật 2016
Thuật ngữ/ khái niệm	<i>Cơ sở CSSK (Healthcare facilities)</i> là nơi được chuẩn bị để điều trị hoặc khám/kiểm tra hoặc chăm sóc điều dưỡng hoặc tiếp nhận điều trị hay cung cấp nơi dưỡng bệnh bất kể có thu phí hay miễn phí.	<i>Cơ sở chăm sóc sức khỏe (Healthcare institutions)</i>	<i>Bệnh viện và cơ sở cung cấp dịch vụ y tế (Hospital and Health service establishment);</i> Cơ sở cung cấp dịch vụ y tế là các tổ chức không bao gồm bệnh viện, cung cấp các dịch vụ chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng và/ hoặc các dịch vụ CSSK khác.	<i>Cơ sở y khoa (medical care facilities)</i> Là nơi, tòa nhà, cơ quan, đơn vị tiến hành các dịch vụ y tế nhằm dự phòng, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chấn thương, các cơn đau hoặc các bệnh khác của cơ thể.	<i>Cơ sở y khoa: Medical institutions:</i> Là nơi nhân viên y tế cung cấp các dịch vụ y khoa hoặc hộ sinh (gọi chung là dịch vụ y khoa) Cơ sở Y tế công cộng: public health institution

**2. Hình thức tổ chức cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK/y tế/KBCB thuộc danh mục cần cấp phép hoạt động**

Trong 5 nước nghiên cứu, có 2 xu hướng phân nhóm hình thức tổ chức các cơ sở y tế/CSSK. Philippines và Singapore phân chia các cơ sở

cung cấp dịch vụ y tế/CSSK thành 2 hoặc 3 nhóm chính như bệnh viện, phòng khám và nhóm hình thức khác. Mỗi nhóm chính này sẽ bao gồm các loại hình khác/tiểu nhóm nhỏ. Tuy nhiên, Qatar và một số bang ở Mỹ không phân loại cơ sở CSSK thành các hình thức tổ chức

chính mà liệt kê tất cả các loại hình cơ sở cần cấp phép. Hiện nay Qatar đang bổ sung thêm một số loại hình mới để đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân bản xứ và công người lao động đến từ các quốc gia khác và đáp ứng nhu cầu hỗ trợ CSSK của người dân (Qatar Supreme Council of Health 2013). Tại Mỹ, số lượng loại hình cơ sở CSSK được cấp phép của các bang có thể khác nhau, lên đến hơn 20 loại hình (South Carolina DOHEC 2019).

Năm 2012, Philippines đã tiến hành rà soát các dịch vụ và trang thiết bị hiện có của tất cả các bệnh viện trong cả nước nhằm xác định các loại hình dịch vụ mà người dân có nhu cầu cao nhất và tiến hành phân hạng bệnh viện. Trong bối cảnh nhu cầu CSSK của người dân ngày càng cao và đa dạng, nhiều dịch vụ y tế mới xuất hiện và nhiều loại hình cơ sở y tế mới ra đời, Philippines đã tiến hành phân loại hình thức tổ chức cơ sở y tế theo nguyên tắc: ***Các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ tương đồng nhau sẽ được xếp vào cùng nhóm hình thức tổ chức. Nguyên tắc này được thực hiện với mục tiêu đơn giản hóa hệ thống và quy trình cấp giấy phép hoạt động đối với các cơ sở y tế, góp phần triển khai có hiệu quả và hiệu suất các quy định quản lý nhà nước đối với cơ sở và dịch vụ y tế*** (Philippines DoH 2012). Để đáp ứng với thực tiễn trong tương lai một số loại hình cơ sở sẽ tiếp tục xuất hiện, Philippines sử dụng nhóm từ ngữ: “bao gồm nhưng không giới hạn” khi liệt kê các loại hình cơ sở y tế thuộc một hình thức tổ chức tương ứng (xem bảng 2). Với kỹ thuật soạn thảo văn bản này, nếu một loại hình cơ sở mới xuất hiện thì dựa trên tính chất loại dịch vụ cơ sở đó cung cấp để xếp vào nhóm hình thức tổ chức tương ứng.

Phân nhóm hình thức tổ chức cơ sở cung cấp dịch vụ y tế của Philippines và Singapore tương đồng nhau với 2 nhóm chủ chốt sau và nhóm “khác”.

- Bệnh viện: đa khoa hoặc chuyên khoa, đặc thù có giường bệnh và phục vụ bệnh nhân nội trú.
- Phòng khám: đa khoa hoặc chuyên khoa phục vụ chủ yếu là bệnh nhân ngoại trú, thường không có giường bệnh.

Trong 5 nước, Philippines là quốc gia ban hành Luật riêng về cấp phép hoạt động đối với bệnh viện và các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, và đã sửa đổi Luật 2 lần để phù hợp với nhu cầu mới. Nguyên tắc phân nhóm, khái niệm và phạm vi của các hình thức tổ chức, loại hình dịch vụ của các loại hình cơ sở trong phân nhóm được trình bày rất rõ ràng. Tuy nhiên, chưa tìm thấy báo cáo tổng kết phản ánh tác động của những thay đổi này.

Có thể thấy một số điểm tương đồng của tất cả các nước thuộc nghiên cứu là thay đổi về mô hình bệnh tật và già hóa dân số cũng như sự ra đời của các trang thiết bị, kỹ thuật CSSK mới đã dẫn đến nhu cầu ra đời các loại hình cơ sở y tế/CSSK mới. Báo cáo cung ứng hoặc quy hoạch cơ sở cung cấp dịch vụ y tế của Philippines, Qatar, Hàn Quốc cho thấy sự ra đời của các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK và chức năng sống cho người cao tuổi, người khuyết tật, người mắc các bệnh mạn tính hoặc hình thành các cơ sở ngoại trú cung cấp dịch vụ chuyên khoa độc lập khỏi bệnh viện mới vốn chưa bao gồm trong các văn bản luật gốc/ban đầu, ví dụ như:

1) Các cơ sở cung cấp các dịch vụ chăm sóc dài hạn dưới dạng bệnh viện hoặc tại cộng đồng (có hoặc không cung cấp dịch vụ lưu trú/chỗ ở) với hình thức rất đa dạng theo nhóm dịch vụ tương ứng như:

- Các cơ sở hỗ trợ chức năng sống (theo dõi thuốc men, chuyên chở đi khám bác sĩ và một số chức năng sống khác) cho người vẫn còn khả năng tự lo những nhu cầu căn bản như tắm rửa, thay quần áo, đi vệ sinh, ăn uống.

- Nhà dưỡng lão.
- Cơ sở chăm sóc ban ngày cho người cao tuổi và bệnh nhân thuộc một số nhóm bệnh như bại não, cơ sở chăm sóc trẻ tự kỷ.
- Cơ sở chăm sóc cuối đời/chăm sóc giảm nhẹ.
- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi và bệnh nhân suy giảm chức năng.

2) Cơ sở cung cấp các dịch vụ ngoại trú chuyên biệt có nhu cầu ngày càng cao như: cơ sở lọc máu, chạy thận nhân tạo, các cơ sở tế bào gốc, cơ sở dịch vụ về máu, phòng khám/cơ sở hóa trị ung thư (Philippines DoH 2019).

3) Ngoài ra các cơ sở phục hồi chức năng và điều trị lạm dụng chất gây nghiện, trung tâm chăm sóc cộng đồng, cơ sở y tế với chức năng chuyên biệt tại địa phương có đông khách du lịch, các bệnh viện cung cấp dịch vụ du lịch chữa bệnh (Hàn Quốc, Philippines), cơ sở cung cấp dịch vụ chẩn đoán hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị đã được bổ sung hoặc đang được nghiên cứu đưa vào danh mục cơ sở y tế **đúng độc lập** và cần được cơ quan quản lý nhà nước về dịch vụ y tế cấp phép.

4) Một số bang ở Mỹ quản lý cấp phép đối với cơ sở cung cấp dịch vụ thẩm mỹ xâm hình và xô khuyên (Rhode Island DoH 2019).

**Bảng 2: Tóm tắt các loại hình cơ sở CSSK/y tế của Mỹ, Qatar và phân nhóm cơ sở y tế theo hình thức tổ chức ở Singapore và Philippines và Hàn Quốc**

Singapore	Hàn Quốc	Philippines	Qatar	Mỹ (một số bang)
<p><b>4 hình thức:</b> <i>Nhóm 1:</i> <u>Bệnh viện</u> tư với 3 loại hình:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bệnh viện,</li> <li>Cơ sở sản khoa hộ sinh- maternity home,</li> <li>Cơ sở đón tiếp và cung cấp dịch vụ chăm sóc (nursing house) cho người ốm, phục hồi sau ốm, chấn thương hoặc người già yếu.</li> </ol> <p><i>Nhóm 2:</i> <u>Phòng khám (PK)</u> y khoa: 4 loại</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>PK nha khoa</li> <li>PK y khoa khác</li> <li>PK y khoa và nha khoa</li> <li>TT sức khỏe cộng đồng (SKCD); Trung tâm SKCD là một dạng PK y khoa chỉ cung</li> </ol>	<p><b>3 hình thức:</b> <i>Nhóm 1:</i> CS KCB ở cấp độ <u>bệnh viện</u> nơi bác sỹ hoặc nha sỹ hoặc bác sỹ y học cổ truyền cung cấp dịch vụ y tế chủ yếu cho người bệnh nội trú, gồm 5 loại hình sau:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>BV 30 giường+</li> <li>BV nha khoa</li> <li>BV y học cổ truyền</li> <li>BV tâm thần và phục hồi chức năng y khoa</li> <li>BV đa khoa</li> <li>BV chăm sóc dài hạn</li> </ol> <p><i>Nhóm 2:</i> Cơ sở dưới dạng <u>PK y khoa</u> nơi bác sỹ hoặc nha sỹ hoặc bác sỹ y học cổ truyền cung cấp dịch vụ y khoa chủ yếu dành cho người bệnh ngoại trú, gồm 3 loại hình</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>PK nha khoa</li> </ol>	<p><b>2 hình thức:</b> <i>Nhóm 1:</i> <u>Bệnh viện</u>: BV là nơi dành chủ yếu cho việc duy trì và hoạt động của các cơ sở y tế (facilities) trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc các cá nhân bị ốm, mắc bệnh, chấn thương hoặc dị tật, <b>HOẶC</b> cần chăm sóc sản khoa, chăm sóc y khoa (medical care) và điều dưỡng. Thuật ngữ “bệnh viện” cũng được hiểu là bất kỳ cơ sở (institutions) hoặc nơi có giường bệnh (hoặc giường cũi, nôi) cho bệnh nhân sử dụng trong hai mươi bốn giờ hoặc lâu hơn để điều trị bệnh; gồm 2 loại hình:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Đa khoa (mức 1, mức 2 và mức 3; Mức 3 có chức năng đào tạo)</li> <li>Chuyên khoa</li> </ol> <p><i>Nhóm 2:</i> Cơ sở y tế khác, gồm 4 loại hình:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Nhóm A:</i> Cơ sở CSSK ban đầu: <i>Dịch vụ cơ bản và cấp cứu</i>: Gồm 1) Cơ sở có giường bệnh nhưng thời gian lưu bệnh &lt;= 3 ngày; 2) Nhà hộ sinh và 3) PK ngoại trú y khoa, PK y khoa cho công nhân và ngư dân nước ngoài, PK nha</li> <li><i>Nhóm B:</i> Cơ sở <i>chăm sóc dài hạn</i>- Custodial care facility: cho bệnh nhân với bệnh lý tâm thần và bệnh mạn tính, cần phục hồi chức năng do lạm dụng chất gây nghiện, cần chăm sóc y tế và điều dưỡng</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Bệnh viện</li> <li>PK đa khoa</li> <li>PK nha khoa/Trung tâm điều trị đa/Trung tâm dinh dưỡng</li> <li>PK y khoa</li> <li>Phòng xét nghiệm y tế/X-quang</li> <li>PK công ty/xí nghiệp</li> <li>Đơn vị sơ cứu</li> <li>Trung tâm chăm sóc dài hạn</li> </ol>	<p><b>Bang Colorado:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Các loại hình cơ sở cấp phép ở bang Colorado:</li> <li><u>Bệnh viện</u> các loại: đa khoa, tâm thần và phục hồi chức năng</li> <li>Các <u>PK</u> (clinics): PK cộng đồng có hoặc ko có phòng cấp cứu;</li> <li>PK lọc máu</li> <li>Cơ sở điều trị bệnh/vấn đề sức khỏe cấp tính</li> <li>Trung tâm cấp cứu ngoại khoa</li> <li>Cơ sở hỗ trợ chức năng sống có dịch vụ lưu trú Trung tâm sản/hộ sinh</li> <li>Trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng</li> <li>Cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK dựa vào cộng đồng: (1) Chăm sóc ban ngày dành cho người lớn; (2) Chăm sóc ban ngày cho bệnh nhân chấn thương sọ não, (3) chăm sóc trẻ tự kỷ</li> <li>Trung tâm an dưỡng</li> <li>Các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà</li> <li>Cơ sở CSSK cuối đời</li> <li>Các cơ sở trực thuộc BV</li> </ol>

Singapore	Hàn Quốc	Philippines	Qatar	Mỹ (một số bang)
<p>cấp dịch vụ hỗ trợ cho việc điều trị của một thầy thuốc (thí dụ như các dịch vụ do nhân viên y tế khác hỗ trợ bác sỹ quản lý bệnh mạn tính hoặc chấn thương)</p> <p><b>Nhóm 3:</b> cơ sở xét nghiệm/labô lâm sàng</p> <p><b>Nhóm 4:</b> Các hình thức cơ sở CSSK khác: là cơ sở cung cấp dịch vụ hoặc thực hiện/triển khai quy trình (procedure) liên quan đến chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bị chấn thương, bệnh và tàn tật) và được Bộ Y tế công bố trên Công báo</p>	<p>(2) PK y khoa (3) PK y học cổ truyền (Oriental medical clinic)</p> <p><b>Nhóm 3:</b> Các PK sản (midwife clinic): nơi nữ hộ sinh hỗ trợ sinh đẻ và các dịch vụ y tế, giáo dục và tư vấn cho bà mẹ mang thai, phụ nữ sau sinh và trẻ sơ sinh</p> <p><b>Nhóm 4:</b> Cơ sở cung cấp dịch vụ SKCD y tế công cộng- public health institutions có tham gia cung cấp các dịch vụ khám sức khỏe định kỳ theo Luật khám sức khỏe định kỳ.</p>	<p>do suy giảm chức năng mạn tính và bệnh nhân bị suy giảm khả năng độc lập thực hiện các hoạt động sống hàng ngày, <b><u>bao gồm nhưng không giới hạn 4 loại hình sau:</u></b> Cơ sở chăm sóc BN tâm thần dài hạn, Trung tâm phục hồi chức năng và điều trị lạm dụng chất gây nghiện, nhà điều dưỡng/dưỡng lão, Sanutarium/ Leprosanum</p> <p>(3): <b>Nhóm C:</b> Cơ sở cung cấp dịch vụ chẩn đoán/trị liệu, gồm 3 loại: Cơ sở là phòng xét nghiệm (Laboratory facilities) (6 loại hình); Chẩn đoán hình ảnh (2 loại hình) và Cơ sở y học hạt nhân</p> <p>(4) <b>Nhóm D:</b> Cơ sở ngoại trú chuyên khoa với 7 loại : 1. Lọc máu: Dialysis 2. PK cấp cứu ngoại khoa- 3. Trung tâm Hỗ trợ kỹ thuật sinh sản (thụ tinh ống nghiệm) In-vitro fertilization center 4. Cơ sở tế bào gốc 5. PK/trung tâm hóa trị liệu ung thư 6. Các cơ sở điều trị ung thư bằng phương pháp xạ trị- 7. Phục hồi chức năng và y học thể thao</p>	<p>13. Cơ sở lọc máu 14. Cơ sở chăm sóc dài hạn: nhà dưỡng lão; Trung tâm sức khỏe tâm thần; Trung tâm điều trị chất gây nghiện</p>	<p>14. Trung tâm chăm sóc cho người bị khuyết tật tiến triển (developmental disabled) 15. Viện dưỡng lão 16. Cơ sở chăm sóc có lưu trú cho người bị khuyết tật tiến triển 17. Các PK y tế nông thôn 18. Ngoài các loại hình cơ sở phổ biến như ở bang Colorado, một số bang khác còn có các loại hình sau: <b>Bang South Carolina:</b> 1. Trung tâm điều trị phụ thuộc/lạm dụng chất gây nghiện hướng thần 2. Trung tâm chăm sóc cộng đồng có dịch vụ lưu trú 3. Cơ sở chẩn đoán hình ảnh =Xquang 4. Cơ sở nạo thai (dưới dạng phòng khám) 5. Cơ sở xăm hình và xô khuôn cơ thể (tattoo and body piercing): Là bất cứ phòng, không gian, địa điểm, doanh nghiệp hoặc bộ phận nào của những nơi này có tiến hành xăm hình và xô khuôn trên các bộ phận của cơ thể <b>Bang Rhode island:</b> - Phòng y tế/Trung tâm y tế tại trường học - Cơ sở xăm hình và xô khuôn</p>



### 3. Kết luận và khuyến nghị

#### ➤ **Kết luận:**

Hình thức tổ chức và loại hình cơ sở CSSK/y tế cần cấp phép hoạt động của các nước khá đa dạng, tuy nhiên đều thống nhất theo nguyên tắc và một số xu hướng sau:

- Cơ sở cung cấp bất cứ dịch vụ, kỹ thuật KCB, CSSK, tư vấn hay thẩm mỹ nào mà có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của người sử dụng/khách hàng thì đều cần được cấp phép hoạt động.
- Các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ tương đồng nhau được phân nhóm vào cùng nhóm hình thức tổ chức/loại hình cơ sở. Nguyên tắc này được thực hiện với mục tiêu đơn giản hóa hệ thống và quy trình cấp giấy phép hoạt động đối với các cơ sở y tế, góp phần triển khai có hiệu quả và hiệu suất các công cụ quản lý cấp phép đối với cơ sở và dịch vụ y tế, đảm bảo cung cấp dịch vụ có chất lượng và an toàn cho khách hàng.
- Xu hướng thành lập mới các cơ sở độc lập với bệnh viện cung cấp một số *dịch vụ ngoại trú chuyên khoa trước đây vốn chỉ được cung cấp tại bệnh viện nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân*: ví dụ *cơ sở lọc máu, phòng khám/cơ sở hóa trị ung thư, cơ sở tế bào gốc và các loại hình cơ chăm sóc dài hạn cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho người bệnh với bệnh/tật/chấn thương mạn tính và tàn tật, suy giảm các chức năng sống*.

#### ➤ **Khuyến nghị**

Nội hàm của khái niệm cơ sở KBCB trong Luật KBCB sửa đổi cần bổ sung các hình thức cơ sở cung cấp các dịch vụ mang tính chất CSSK và các dịch vụ chăm sóc y tế cho đối tượng là người người cao tuổi, người khuyết tật, người mắc các bệnh mạn tính suy giảm chức năng sống. Cần đưa vào cấp phép hoạt động đối với các loại hình

cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế trong nhóm dịch vụ chăm sóc dài hạn được triển khai tại các cơ sở đứng độc lập với bệnh viện, bao gồm: nhà dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời, cơ sở chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc ban ngày dành cho người lớn; chăm sóc ban ngày cho bệnh nhân chấn thương sọ não, chăm sóc trẻ tự kỷ.

Về các phương án cần đánh giá tác động của đề án sửa đổi Luật KBCB:

- Phương án thu gọn các hình thức tổ chức cơ sở KBCB (chỉ còn 3 hình thức: Bệnh viện, phòng khám và cơ sở dịch vụ y tế khác) sẽ có tác động góp phần đơn giản hóa thủ tục cấp phép *khi và chỉ khi* loại hình dịch vụ mà các cơ sở trong cùng một nhóm nhỏ tương đồng nhau, khiến cho hệ thống và quy trình cấp phép tương đồng nhau, giảm được nguồn nhân lực và vật lực cần huy động trong quy trình cấp phép.
- Hiện nay, theo Nghị định 155, các cơ sở cung cấp dịch vụ giám định y khoa, cơ sở giám định pháp y, có thực hiện KBCB thì phải tổ chức theo hình thức tổ chức phòng khám đa khoa; Cơ sở giám định pháp y tâm thần có thực hiện KBCB y học gia đình thì phải tổ chức theo hình thức tổ chức dưới dạng hoặc BV, hoặc phòng khám đa khoa hoặc phòng khám chuyên khoa pháp y tâm thần; cơ sở y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức có thực hiện việc KBCB thì phải thực hiện hình thức tổ chức dưới dạng phòng khám đa khoa hoặc phòng khám nội tổng hợp; và Trung tâm y tế có chức năng KBCB thì cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là bệnh viện đa khoa hoặc phòng khám đa khoa. ***Như vậy ngoài hình thức tổ chức dưới dạng bệnh viện (đa khoa, chuyên khoa) và phòng khám (đa khoa, chuyên khoa), hiện còn 5 hình thức tổ chức riêng biệt khác***, gồm: 1) Bệnh xá thuộc ngành công an, 2) Nhà hộ sinh, 3) Cơ sở KBCB y học gia đình (hoặc cơ KBCB theo nguyên lý YHGĐ), 4) Trạm y tế cấp xã

- và 5) Cơ sở dịch vụ y tế (6 loại hình). Ngoài ra còn có các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế trong nhóm dịch vụ chăm sóc dài hạn (gồm chăm sóc y tế và chăm sóc xã hội) cần bổ sung trong Luật KBCB sửa đổi như đã đề xuất ở trên.
- Có thể dựa trên nguyên tắc phân loại theo loại hình dịch vụ cung cấp và tính chất dịch vụ (nội trú/ngoại trú) hoặc có giường bệnh/không có giường bệnh, cung cấp dịch vụ ban ngày/dịch vụ 24h để phân nhóm các cơ sở này.
  - Nên sử dụng kỹ thuật soạn thảo văn bản mở: ví dụ như sử dụng cụm từ bao gồm nhưng không giới hạn hoặc cơ sở dưới dạng loại hình bệnh viện khác/phòng khám đa khoa khác/hoặc cơ sở y tế khác để có thể bổ sung các loại hình bệnh viện, phòng khám và cơ sở cung cấp dịch vụ y tế mới khác sẽ xuất hiện trong tương lai và quy định cơ quan chịu trách nhiệm xây dựng văn bản quy phạm pháp luật dưới luật hướng dẫn cấp phép hoạt động đối với các loại hình cơ sở mới./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colorado DoH 2019. Health facilities. <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/categories/services-and-information/health/health-facilities>
2. Philippines Congress 2004. Hospital and health service establishment licensure Act.
3. Philippines DoH 2012. Administrative Order Number 2012: Rules and regulations Governing the new classification of Hospitals and Health facilities in the Philippines.
4. Philippine DoH 2019. Philippin Health facilities development plan
5. Qatar MoH 2019. Health care facility licensing. <https://www.moph.gov.qa/health-services/Pages/healthcare-facilities-licensing-n-accreditation.aspx>
6. Qatar Supreme Council of Health 2013. Quatar Health facilities Master plan 2013-2033
7. Singapore status online 2011. Private hospital and medical clinics regulation Act 2011
8. Singapore status online 2013. Private hospital and medical clinics regulation Act 2013- Singapore
9. KRLI 2016. Private hospitals and medical clinics act (2011)– South Korea
10. KRLI 2019. PUBLIC HEALTH CONTROL ACT. [https://elaw.klri.re.kr/eng\\_service/lawView.do?hseq=37688&lang=ENG](https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=37688&lang=ENG)
11. WHO 2000. World Health report
12. South Caroline DOHEC 2019. Healthcare facilities licensing. <https://scdhec.gov/health-regulation/healthcare-facility-licensing>
13. Rhode Island DoH 2019. Health Licensing. <http://www.health.ri.gov/licenses/>
14. WHOSEA 2018. The Philippines health system review

## TỔNG QUAN QUỐC TẾ VỀ MÔ HÌNH TỔ CHỨC VÀ CÁC ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN CẤP CỨU NGOÀI BỆNH VIỆN

*TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu<sup>18</sup>, TS. Khương Anh Tuấn<sup>19</sup>,  
TS. Lương Ngọc Khuê<sup>20</sup>, CN. Nguyễn Huệ Anh<sup>21</sup>,  
CN. Mai Xuân Thu<sup>22</sup>, ThS. Nguyễn Thị Thanh Ngọc<sup>23</sup>*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo khái niệm Hiệp hội Cấp cứu y tế Quốc tế và đại đa số các nước, “Cấp cứu y tế trước viện” (pre-hospital emergency medicine) là cấp cứu y tế thực hiện trong giai đoạn từ khi nhận được thông tin yêu cầu trợ giúp y tế của nạn nhân/bệnh nhân đến khi tiếp cận cơ sở y tế đầu tiên [1],[2],[3]. Việc phát triển hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện có vai trò quan trọng giúp tăng khả năng tiếp cận được chăm sóc y tế kịp thời, giảm thiểu nguy cơ tử vong và mức độ thương tật cho người bệnh, đặc biệt đối với các trường hợp nguy kịch, từ đó giảm gánh nặng bệnh tật và tài chính cho mỗi cá nhân, gia đình và xã hội [20], [44]. Tại Mỹ sau khi phát triển hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện, tỷ lệ tử vong do chấn thương chung đã giảm 21,4 % và chấn thương do tai nạn giao thông giảm 26,4%. Còn tại Hàn Quốc, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện tiếp cận được với trung tâm chấn thương phù hợp cao gần gấp đôi nhóm bệnh nhân sử dụng phương tiện cá nhân [12].

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, mạng lưới cấp cứu ngoài bệnh viện ngoài các Trung tâm vận chuyển cấp cứu 115, tổ vận chuyển cấp

cứu ngoài bệnh viện của các cơ sở y tế công lập còn có sự tham gia của tư nhân với nhiều loại hình vận chuyển cấp cứu khác nhau [4], [5]. Việc đa dạng hóa các loại hình cung ứng dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện đã góp phần đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe (CSSK) ngày một tăng của người dân, tuy nhiên năng lực của hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện vẫn chưa đáp ứng được phần lớn nhu cầu cả về số lượng và chất lượng dịch vụ. Theo báo cáo của Ủy ban An toàn giao thông Quốc gia, có 30,16% nạn nhân tai nạn giao thông không được xử trí y tế trước khi chuyển đến cơ sở y tế và chỉ có 37,5% được vận chuyển bằng xe cứu thương chuyên dụng [6]. Các Trung tâm 115 ở các thành phố lớn như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh cũng mới chỉ đáp ứng được từ 5-10% nhu cầu vận chuyển cấp cứu [4], [7], [8].

Nhằm cung cấp thêm các thông tin cho việc đề xuất, xây dựng các giải pháp chính sách cũng như mô hình cấp cứu ngoài bệnh viện phù hợp với thực tế Việt Nam, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện tổng quan kinh nghiệm quốc tế về tổ chức hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện. Nội dung của bài báo trình bày một phần kết quả tổng quan tài liệu về mô hình tổ chức cấp cứu ngoài bệnh viện ở một số nước phát triển và

<sup>18</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>19</sup> Phó viện trưởng, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>20</sup> Cục trưởng, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

<sup>21</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>22</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>23</sup> Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

một số nước trong khu vực có bối cảnh kinh tế-xã hội và văn hóa gần với Việt Nam.

## PHƯƠNG PHÁP

Tổng quan tài liệu mô tả, sử dụng các công cụ tìm kiếm như Google, Google Scholar, Pubmed, ScienceDirect. Các từ khóa tìm kiếm chính được sử dụng trong quá trình tìm kiếm bao gồm: “emergency medical service systems”, “EMS across the world”, “modeling and simulation of EMS system”, “ambulance systems”, “EMS literature reviews”, “ambulance dispatch”, “equipment for ambulance”, “international EMS system”, “ambulance guidance”. Các kết quả tổng hợp được tổng hợp và trình bày từ khái niệm và định hướng chung đến chi tiết cụ thể từng mô hình.

## KẾT QUẢ

### 1. Mô hình tổ chức cấp cứu ngoài bệnh viện trên thế giới

Từ những năm 1970, hệ thống cung ứng dịch vụ cấp cứu y tế trước viện ở các quốc gia trên thế giới đã được phát triển theo hai mô hình với những điểm khác biệt nổi bật là: Mô hình Franco-German (mô hình Pháp-Đức) và Mô hình Anglo-America (mô hình Anh-Mỹ). Hai mô hình cấp cứu ngoài bệnh viện được phân biệt dựa trên sự khác biệt về cấp độ chăm sóc y tế hỗ trợ sự sống cho bệnh nhân là: hỗ trợ sự sống cơ bản (Basic Life Support) hoặc hỗ trợ sự sống nâng cao (Advanced Life Support) [9]. Những khác biệt này thể hiện rõ trong các hệ thống dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện cho đến hết thế kỷ XX. Ngày nay, rất ít quốc gia còn giữ mô hình theo hướng nguyên bản nêu trên mà phần lớn có xu hướng xây dựng hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện có sự lồng ghép của hai mô hình.

**Bảng 1. So sánh hai mô hình cấp cứu Franco-German và Anglo-America[22]**

Nội dung	Mô hình Franco-German	Mô hình Anglo-America
Bệnh nhân	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đa số bệnh nhân được xử trí tối đa ngay tại cộng đồng</li> <li>- Chỉ có số ít bệnh nhân phải chuyển tới bệnh viện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ số ít bệnh nhân được xử trí y khoa tại hiện trường hoặc tại cộng đồng</li> <li>- Hầu hết bệnh nhân được ưu tiên chuyển ngay tới bệnh viện</li> </ul>
Nhân viên y tế	Bác sỹ với sự hỗ trợ của các cứu hộ viên	Kỹ thuật viên cấp cứu (EMT-Basic, EMT-Intermediate, EMT-paramedics) làm việc dưới sự giám sát y khoa của trung tâm điều phối.
Nguyên tắc chính	Đưa dịch vụ tới bệnh nhân	Đưa bệnh nhân tới bệnh viện
Nơi chuyển bệnh nhân đến trong bệnh viện	Thường chuyển thẳng bệnh nhân đến các chuyên khoa trong bệnh viện. Ít phải đưa bệnh nhân vào khoa cấp cứu	Chuyển tất cả bệnh nhân vào khoa cấp cứu của bệnh viện trước khi chuyển sang các khoa nội trú
Cơ quan chủ quản	Là một phần của hệ thống y tế công cộng	Là một phần của hệ thống an ninh công cộng



1.1. *Mô hình Franco-German (Mô hình Pháp-Đức)*: nguyên lý “xử trí tại chỗ”. Mô hình này có khả năng cung cấp được cả những dịch vụ hỗ trợ sự sống nâng cao (Advanced Life Support). Mục tiêu của mô hình là đưa bệnh nhân tới bệnh viện [10]. Mô hình cấp cứu này được vận hành bởi các bác sĩ được đào tạo chuyên biệt, có hệ thống thiết bị công nghệ cao cùng với nhiều phương thức vận chuyển gồm có xe cứu thương, máy bay trực thăng và xe cứu thương, thuyền cứu thương chuyên dụng dành cho vùng biển và ven biển. Đây là mô hình được áp dụng rộng rãi ở Châu Âu. Các bác sĩ có khả năng đánh giá lâm sàng tốt, có quyền đưa ra những quyết định xử trí, điều trị thậm chí can thiệp phẫu thuật cho bệnh nhân tại hiện trường hoặc trên phương tiện cứu thương [11]. Những bệnh nhân sau khi được điều trị, can thiệp trong quá trình vận chuyển cấp cứu hầu như được chuyển thẳng vào các khoa điều trị nội trú trong bệnh viện mà không cần vào khoa cấp cứu. Một số trường hợp sau khi được cấp cứu, đội cấp cứu ngoài bệnh viện có thể quyết định để theo dõi ngay tại nhà hoặc tại phòng khám bác sĩ gia đình mà không cần nhập viện. Mô hình này hiện đang được áp dụng thành công ở các nước như: Đức, Pháp, Hi Lạp, Malta và Áo [12], [13], [14], [15], [16].

1.2. *Mô hình Anglo-America (Mô hình Anh-Mỹ)*: xây dựng trên nguyên lý “thu nhận và chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện” [11]. Mô hình này chú trọng đến cung ứng các dịch vụ hỗ trợ sự sống cơ bản (Basic Life Support). Bệnh nhân chỉ được sơ cấp cứu ban đầu đảm bảo các yếu tố sống còn và vận chuyển một cách nhanh nhất tới bệnh viện. Khi tiếp cận với bệnh viện, bệnh nhân thường được đưa vào các khoa cấp cứu trước khi vào các khoa nội trú của bệnh viện. Các dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện của mô hình Anglo-America hầu hết được kết hợp với các dịch vụ an ninh công cộng khác như cảnh sát, cứu hỏa [17]. Những nhân viên cứu hộ (cảnh sát, cứu hỏa) và kỹ thuật viên cấp cứu y tế sẽ là

người thực hiện cấp cứu tại hiện trường dưới sự giám sát lâm sàng chặt chẽ của các chuyên gia y tế ở trung tâm điều phối. Những nhân viên này có thể có bằng cấp chuyên ngành y hoặc không nhưng đều phải được đào tạo và có chứng chỉ về cấp cứu ngoài bệnh viện. Mô hình này chủ yếu sử dụng xe cứu thương. Còn dịch vụ cấp cứu bằng trực thăng hoặc thuyền thường vẫn do bác sĩ đảm trách. Ở những nước đi theo mô hình này, thông thường cấp cứu ngoài bệnh viện được công nhận và tổ chức như một chuyên ngành độc lập. Các nước sử dụng mô hình này để cung ứng dịch vụ cấp cứu y tế bao gồm: Mỹ, Canada, New Zealand, Vương quốc Hồi giáo Oman và Úc [18], [19], [17], [20], [21].

## 2. Điều kiện để thực hiện cấp cứu ngoài bệnh viện

Các nước luôn coi hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện là một phần quan trọng của hệ thống chăm sóc sức khỏe và luôn có sự kết nối chặt chẽ với các cơ sở y tế. Vì vậy, chức năng nhiệm vụ của bên liên quan và điều kiện cơ bản nhất để mạng lưới cấp cứu ngoài bệnh viện hoạt động được quy định cụ thể trong các Luật về Dịch vụ khẩn cấp hoặc Luật về Y tế [25],[24]. Các điều kiện cơ bản nhất để mạng lưới cấp cứu ngoài bệnh viện hoạt động hiệu quả bao gồm nhân lực, nguồn tài chính, điều phối quản lý và các quy định, tiêu chuẩn:

*Về tài chính*, tại nhiều nước, dịch vụ cấp cứu được coi như dịch vụ an sinh xã hội nên thường do Nhà nước điều hành và chi trả [24]. Một số nước dịch vụ cấp cứu được thanh toán trong gói dịch vụ bảo hiểm y tế.

*Về tổ chức điều phối*, mặc dù có những nước khuyến khích sự tham gia của nhiều tổ chức, đơn vị cả công và ngoài công lập vào hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện nhưng về nguyên tắc luôn có một đơn vị điều phối chung thuộc hệ thống công lập hoặc thuộc chính quyền địa phương.

Trung tâm tiếp nhận và điều phối cũng là yếu tố góp phần đáng kể trong việc tối ưu hóa hoạt động của hệ thống cấp cứu [22].

*Về nhân lực và đào tạo*, nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện ở các nước đều có những chương trình đào tạo và được cấp chứng chỉ hành nghề riêng có tính đặc thù. Nội dung và chương trình đào tạo cho nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện có nhiều cấp độ khác nhau từ cơ bản (EMT-Basic) đến mức trung bình (EMT-Intermediate) và cao nhất là EMT- Paramedic[23].

*Về phạm vi chuyên môn* của hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện mỗi nước cũng có những quy định và danh mục kỹ thuật khác nhau. Từ phạm vi chuyên môn, các tiêu chuẩn trang thiết bị, thuốc, xe cứu thương sẽ được quy định để phù hợp với phạm vi chuyên môn và mô hình hoạt động cấp cứu của từng nước.

*Hệ thống đánh giá và kiểm soát chất lượng dịch vụ* đóng một vai trò rất quan trọng đảm bảo cho việc điều phối, điều hành, trợ giúp kỹ thuật và gắn kết với mạng lưới cơ sở khám chữa bệnh một cách thông suốt. Để kiểm soát chất lượng cấp cứu, các nước thường có những quy định, tiêu chuẩn, công cụ, phần mềm đánh giá rất cụ thể về xe cấp cứu, năng lực cán bộ và thời gian đáp ứng cho từng trường hợp cấp cứu[24].

## KẾT LUẬN

Một số kinh nghiệm Việt Nam cần xem xét bao gồm:

- Cấp cứu ngoài bệnh viện luôn phải là một mắt xích quan trọng trong mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện cần được coi là một dịch vụ an sinh xã hội nên phải được được đầu tư, vận hành bởi nguồn tài chính công trong đó chủ yếu là từ ngân sách nhà nước.
- Hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện có những yêu cầu năng lực và phạm vi chuyên môn có tính đặc thù nên cần có những quy định riêng bao gồm yêu cầu năng lực của đội ngũ cán bộ, chương trình và nội dung đào tạo cũng như các yêu cầu, quy định về cơ sở vật chất, trang thiết bị. Để vận hành được mô hình cấp cứu ngoài bệnh viện một cách hiệu quả cần tập trung nâng cao chất lượng đội cấp cứu thông qua đào tạo và xây dựng các quy định tiêu chuẩn chuyên môn phù hợp.
- Hệ thống đánh giá và kiểm soát chất lượng cũng là một phần không thể thiếu của hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Office of Strategic Health Authorities. Emergency Services Review: A Comparative Review of International Ambulance Service Best Practice 2009.
2. Wilson MH. HK, Wright C., Hughes A., Davies G., Imray CH., . Pre-hospital emergency medicine. The Lancet 2015;386:2526-34.
3. Holliman J. Emergency Medical Services (EMS) Prototypes around the World. 2016.
4. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo thống kê xe cứu thương năm 2015. 2016.
5. Nguyễn Đạt Anh. Hệ thống cấp cứu Việt Nam: Thách thức và Giải pháp. Bệnh viện Bạch Mai 2010.
6. Ủy ban An toàn Giao thông Quốc gia. Chiến lược phát triển hệ thống cấp cứu y tế - Nghiên cứu tổng thể An toàn Giao thông đường bộ Việt Nam. 2015.
7. Hà Thanh Hà và cộng sự. Khảo sát đặc điểm dịch tễ, sự phân bố bệnh của các trường hợp cấp cứu được tiếp nhận, xử trí qua hệ thống cấp cứu 115 tại Tp. HCM. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 2011;15.
8. Hội đồng Nhân dân Thành phố Hà Nội. Báo cáo Kết quả khảo sát tại Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội. 2018.
9. Moore L. Measuring quality and effectiveness of prehospital EMS. Prehosp Emerg Care 1999;3:325-31.
10. Tan Huiyi. A study on prehospital emergency medical service system status in Guangzhou. Hong Kong: University of Hong Kong; 2007.
11. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med 2003;18:29-35; discussion -7.
12. Adnet F. LF. International EMS systems: France. Resuscitation 2004;63:7-9.
13. Papaspyrou E. SD, Grosomanidis V., Manikis D., Boutlis D., Ressos C. International EMS systems: Greece. Resuscitation 2004;63:255-9.
14. Roessler M. ZO. EMS systems in Germany. Resuscitation 2006;68:45-9.
15. Spiteri A. EMS systems in Malta. Resuscitation 2008;76:165-7.
16. Weninger P. HH, Mauritz W., International EMS: Austria. Resuscitation 2005;65:249-54.
17. Pozner CN. ZR, Nelson SJ., Levine M. International EMS systems: The United States: past, present, and future. Resuscitation 2004;60:239-44.
18. Al-Shaqsi SZ. EMS in the Sultanate of Oman. Resuscitation 2009;80:740-2.
19. Hay HI. EMS in New Zealand. Emerg Med Serv 2000;29:95-7&109.
20. Symons P. SM. International EMS Systems: Canada. Resuscitation 2004;63:119-22.
21. Trevithick S. FA, Tall G., Webber CF. International EMS systems: New South Wales, Australia. Resuscitation 2003;59:165-70.
22. Sultan Al-Shaqsi. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. Oman Med J 2010;10:320-3.
23. Michael Van Milligen MJ, Tucker J., Arkedis J., Carvalho D. An Analysis of Prehospital Emergency Medical Services as an Essential Service And as a Public Good in Economic Theory. In: National Highway Traffic Safety Administration, editor. Washington 2014.
24. Worcester Polytechnic Institute. Analysis of Emergency Medical Systems Across the World. 2013.
25. Nik Hisamuddin Rahman HT, Sang Do Shin, Yih Yng Ng, Thammapad Piyasuwanukul, Chih-Hao Lin, Marcus Eng Hock Ong. Emergency medical services key performance measurement in Asian cities. Int J Emerg Med 2015:8-12.

## BÃI BỎ MỘT SỐ VĂN BẢN TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

*ThS. Nguyễn Hải Hà<sup>24</sup>*

Ngày 06/08/2018, Chính phủ đã ban hành Quyết định số 33/2018/QĐ-TTg về việc bãi bỏ một số văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực y tế thuộc thẩm quyền ban hành của Thủ tướng Chính phủ. Quyết định này có hiệu lực vào ngày 20/09/2018.

Theo đó, từ ngày 20/9 tới, 05 Quyết định và 06 Chỉ thị của Thủ tướng Chính phủ trong lĩnh vực y tế sẽ bị bãi bỏ do hết hiệu lực pháp luật gồm:

- Quyết định số 185/2002/QĐ-TTg ngày 19/2/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt danh sách các ủy viên kiêm nhiệm Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em.
- Quyết định số 09/2006/QĐ-TTg ngày 10/1/2006 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 của Bộ Chính trị về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số và kế hoạch hóa gia đình.
- Quyết định số 240/2006/QĐ-TTg ngày 25/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ thực hiện chế độ bảo hiểm y tế tự nguyện đối với cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn.
- Quyết định số 151/2007/QĐ-TTg ngày 12/9/2007 của Thủ tướng Chính phủ ban hành quy định về việc nhập khẩu thuốc chưa có số đăng ký tại Việt Nam.
- Quyết định số 42/2013/QĐ-TTg ngày 15/7/2013 của Thủ tướng Chính phủ quy định về quản lý thuốc dùng cho người theo đường xuất khẩu, nhập khẩu phi mậu dịch và sửa đổi, bổ sung một số điều của quy định về việc nhập khẩu thuốc chưa có số đăng ký tại Việt Nam ban hành kèm theo Quyết định số 151/2007/QĐ-TTg ngày 12/9/2007 của Thủ tướng Chính phủ.
- Chỉ thị số 08/1999/CT-TTg ngày 15/4/1999 của Thủ tướng Chính phủ tăng cường công tác bảo đảm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.
- Chỉ thị số 26/2004/CT-TTg ngày 5/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc tăng cường công tác phòng, chống dịch sốt xuất huyết.
- Chỉ thị số 34/2005/CT-TTg ngày 15/10/2005 của Thủ tướng Chính phủ tập trung triển khai thực hiện đồng bộ, có hiệu quả Kế hoạch hành động khẩn cấp phòng, chống khi xảy ra dịch cúm gia cầm H5N1 và đại dịch cúm ở người.
- Chỉ thị số 29/2006/CT-TTg ngày 8/8/2006 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường công tác phòng, chống dịch cúm gia cầm và cúm A (H5N1) ở người.
- Chỉ thị số 13/2007/CT-TTg ngày 6/6/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc tăng cường thực hiện Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW.
- Chỉ thị số 23/2008/CT-TTg ngày 4/8/2008 của Thủ tướng Chính phủ về việc tiếp tục đẩy mạnh công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình.

<sup>24</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## NGUYÊN TẮC CẤP MÃ CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

*Nguyễn Phương Thảo<sup>25</sup>*

Ngày 01/02/2019, Bộ Y tế ra Quyết định 384/QĐ-BYT ban hành Nguyên tắc cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Theo đó, mã cơ sở khám chữa bệnh gồm 05 ký tự số, trong đó:

- 02 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương theo quy định của pháp luật. Riêng cơ sở khám, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng sử dụng mã ký tự là 97, thuộc Bộ Công an sử dụng mã ký tự là 98.

- 03 ký tự tiếp theo là thứ tự của cơ sở khám, chữa bệnh trong tỉnh, thành phố.

Để được cấp mã, các cơ sở khám, chữa bệnh phải cung cấp thông tin về: Tên cơ sở, địa chỉ, số giấy phép hoạt động, hình thức tổ chức...

Ngoài ra, Quyết định còn quy định cụ thể về cơ quan thực hiện cấp mã cơ sở khám, chữa bệnh; đầu mối hướng dẫn, triển khai việc cấp mã...

Quyết định có hiệu lực từ ngày 01/02/2019.

---

<sup>25</sup> Văn phòng Bộ Y tế



## DANH MỤC CÁC DỊCH VỤ KỸ THUẬT KHÁM, CHỮA BỆNH CÓ CHI PHÍ TƯƠNG ĐƯƠNG

*Ths.Nguyễn Kim Anh<sup>26</sup>*

Ngày 15/01/2019, Bộ Y tế ra Quyết định 140/QĐ-BYT ban hành Danh mục các dịch vụ kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh được xếp tương đương về quy trình kỹ thuật và chi phí thực hiện theo Thông tư 37/2018/TT-BYT.

Theo đó, ban hành Danh mục gồm 9.190 dịch vụ kỹ thuật khám, chữa bệnh tương đương về kỹ thuật và chi phí thuộc các tuyến A, B, C, D như sau:

- Chọc, hút dịch, khí trung thất tương đương với dịch vụ chọc, hút khí màng phổi;
- Nội soi màng phổi sinh thiết tương đương với dịch vụ nội soi màng phổi, sinh thiết màng phổi;

- Nội soi khí phế quản cấp cứu tương đương với dịch vụ nội soi phế quản gây mê không sinh thiết;
- Thủy châm điều trị động kinh, đau đầu, đau nửa đầu, mất ngủ tương đương với dịch vụ thủy châm...

Ngoài ra, Quyết định còn quy định cụ thể về mã tương đương, tên theo Danh mục quy định tại Thông tư 37/2019/TT-BYT của các dịch vụ nói trên.

Quyết định có hiệu lực từ ngày 15/01/2019.

<sup>26</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## BỘ Y TẾ BÃI BỎ 05 THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

*Lý Mai Hà<sup>27</sup>*

Ngày 31/01/2019, Bộ Y tế ban hành Quyết định 433/QĐ-BYT về việc công bố Thủ tục hành chính mới ban hành/sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế/bãi bỏ trong lĩnh vực y tế dự phòng thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế.

Theo đó, bãi bỏ 05 thủ tục hành chính cấp Trung ương thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế, cụ thể:

- 1) Thủ tục đề nghị xuất, nhập khẩu mẫu bệnh phẩm;
- 2) Thủ tục cấp mới giấy chứng nhận cơ sở xét nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học cấp III, IV;
- 3) Thủ tục cấp lại giấy chứng nhận cơ sở xét

nh nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học cấp III, IV do hết hạn;

- 4) Thủ tục cấp lại giấy chứng nhận cơ sở xét nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học cấp III, IV do bị hỏng, mất;
- 5) Thủ tục cấp lại chứng nhận cơ sở xét nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học cấp III, IV do thay đổi tên của cơ sở xét nghiệm.

Ngoài ra, Quyết định còn ban hành kèm theo Danh mục các thủ tục hành chính mới và các thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế...

Quyết định có hiệu lực từ ngày 12/11/2018.

---

<sup>27</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## HỒ SƠ BỆNH ÁN ĐIỆN TỬ

Hoàng Văn Nhật<sup>28</sup>

Nhằm phục vụ công việc chăm sóc sức khỏe cho người dân được tốt hơn, ngày 28/12/2018, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 46/2018/TT-BYT quy định về hồ sơ bệnh án điện tử. Thông tư này có hiệu lực từ ngày 1/3/2019 và sẽ được triển khai đến tất cả các cơ sở khám - chữa bệnh thuộc Bộ Y tế.

Theo Thông tư này, việc lập, sử dụng và quản lý hồ sơ bệnh án điện tử tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Nguyên tắc thực hiện là mỗi người bệnh chỉ có một mã số quản lý, lưu trữ hồ sơ bệnh án điện tử tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hồ sơ bệnh án điện tử phải đáp ứng các yêu cầu như: Phải ghi nhận toàn bộ nội dung thông tin như hồ sơ bệnh án giấy; phải có chữ ký số của người chịu trách nhiệm nội dung thông tin được nhập vào hồ sơ bệnh án điện tử.

Hồ sơ bệnh án điện tử phải tuân thủ việc bảo vệ thông tin cá nhân theo quy định tại Mục 2, Chương II Luật An toàn thông tin mạng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép sử dụng, lưu trữ hồ sơ bệnh án điện tử thay cho hồ sơ bệnh án giấy khi đáp ứng các quy định tại Thông tư này.

Hồ sơ bệnh án điện tử bao gồm hồ sơ bệnh án nội trú, hồ sơ bệnh án ngoại trú và các loại hồ sơ bệnh án khác theo quy định của Bộ Y tế.

Thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa 12 giờ, kể từ khi có y lệnh khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp thời gian khám, chữa bệnh kéo dài trên 12 giờ hoặc có sự cố về công nghệ thông tin thì thời gian cập nhật hồ sơ bệnh án điện tử tối đa không quá 24 giờ.

Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động xây dựng kế hoạch và triển khai hồ sơ bệnh án điện tử tại cơ sở theo quy định của Thông tư này. Trên cơ sở kết quả tư vấn của Hội đồng chuyên môn được quy định hoặc của đơn vị tư vấn độc lập, Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc quản lý, lưu trữ hồ sơ bệnh án điện tử thay cho bệnh án giấy, lưu trữ và truyền tải hình ảnh y tế thay cho in phim và lưu trữ thông tin xét nghiệm thay cho việc in giấy.

Trước khi thực hiện việc lưu trữ hồ sơ bệnh án điện tử thay cho lưu trữ hồ sơ bệnh án giấy; lưu trữ và truyền tải hình ảnh y tế thay cho việc in phim và lưu trữ thông tin xét nghiệm thay cho việc in giấy, Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản thông báo với Cục Công nghệ thông tin - Bộ Y tế để đăng tải thông tin trên Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế và Trang thông tin điện tử của Cục Công nghệ thông tin.

Lộ trình thực hiện bệnh án điện tử như sau:

### - Giai đoạn 2019 - 2023:

Các cơ sở khám, chữa bệnh hạng I trở lên chủ động nâng cấp hệ thống thông tin tại cơ sở để triển khai hồ sơ bệnh án điện tử; Cơ sở khám, chữa bệnh khác căn cứ vào nhu cầu, năng lực thực tế để chuẩn bị các điều kiện cần thiết cho việc triển khai hồ sơ bệnh án điện tử.

### - Giai đoạn 2024 - 2028:

Tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh trên toàn quốc phải triển khai hồ sơ bệnh án điện tử. Trường hợp chưa triển khai được phải có văn bản báo cáo Bộ Y tế nhưng phải hoàn thành trước ngày 31/12/2030.

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 01/03/2019./.

<sup>28</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## HỢP NHÓM ĐỐI TÁC Y TẾ VỚI CHỦ ĐỀ “ĐỔI MỚI CHÍNH SÁCH Y TẾ”

*ThS. Nguyễn Kim Anh<sup>29</sup>*

Sáng 17/4/2019, tại Hà Nội, Bộ Y tế đã tổ chức cuộc họp Nhóm đối tác Y tế đầu tiên trong năm 2019 với chủ đề về “Đổi mới chính sách y tế Việt Nam”. PGS. TS. Nguyễn Thị Kim Tiến, Bộ trưởng Bộ Y tế; TS. Kidong Park, Trưởng Đại diện Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam; và TS. Eric Sidgwick, Giám đốc quốc gia Ngân hàng phát triển châu Á (ADB) tại Việt Nam đồng chủ trì cuộc họp. Đến tham dự cuộc họp còn có đại diện lãnh đạo các Vụ, Cục, Văn phòng, đơn vị thuộc và trực thuộc Bộ Y tế; các Bộ, ban, ngành liên quan; các Đối tác phát triển trong nước và nước ngoài; các Đại sứ quán tại Việt Nam...

Tại cuộc họp, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến đã có những chia sẻ và cập nhật về đổi mới chính sách của ngành Y tế Việt Nam, những khó khăn, thách thức mà y tế Việt Nam đang phải giải quyết trong thời gian tới, từ đó mong muốn các tổ chức quốc tế, các đối tác tiếp tục tư vấn, hỗ trợ, góp ý cho ngành Y tế Việt Nam. Theo Bộ trưởng, trong 5 năm trở lại đây, ngành Y tế Việt Nam đã có nhiều nỗ lực đổi mới trong đó có một số thay đổi được xã hội đánh giá cao như đổi mới thái độ phục vụ người bệnh, đổi mới môi trường y tế, bệnh viện xanh sạch đẹp, đổi mới tài chính... Trong đó, một số đổi mới nhận được sự hỗ trợ của quốc tế như hỗ trợ nguồn nhân lực... Việt Nam rất cần sự hỗ trợ quốc tế trong phát triển hạ tầng công nghệ thông tin trong lĩnh vực y tế, hiện đại hóa việc chăm sóc sức khỏe tại

các bệnh viện và cơ sở y tế. Bộ trưởng cũng cho rằng, y tế Việt Nam hiện còn nhiều bất cập, như tỷ lệ những người mắc bệnh nhẹ, bệnh có thể dự phòng chiếm đa số, nhưng không được dự phòng và khám chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở. Trong khi người dân đổ dồn về tuyến y tế trung ương để điều trị bệnh, kể cả bệnh nhẹ hoặc bệnh thông thường, từ đó gây ra nhiều hệ quả cho y tế tuyến trên như quá tải cho bệnh viện, người dân tốn kém chi phí y tế không cần thiết, tăng khả năng nhiễm trùng bệnh viện... Điều này còn dẫn tới tình trạng nhiều người có điều kiện không lựa chọn y tế trong nước điều trị mà ra nước ngoài mặc dù công nghệ, kỹ thuật, trang thiết bị và trình độ y tế của các y bác sĩ Việt Nam không thua gì thế giới. Bộ Y tế Việt Nam mong muốn, đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu hướng đến bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, tiến tới đổi mới cơ chế tài chính, trên nền tảng là 4 trụ cột là các vấn đề dinh dưỡng, hành vi lối sống, phòng chống các bệnh mới nổi, phòng chống các bệnh không lây nhiễm. Đây là mô hình ngôi nhà sức khỏe Việt Nam mà Bộ Y tế đang muốn hướng tới.

TS. Kidong Park, Trưởng đại diện Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam nhận định, Bộ Y tế Việt Nam đã đưa ra ưu tiên và định hướng trong chính sách phát triển y tế trong những năm tới. Những mục tiêu rất cao của ngành Y tế Việt Nam phù hợp và có liên quan tới mục tiêu phát triển bền vững SDG và những cam kết quốc tế của Việt Nam qua bao phủ sức khỏe toàn dân cải

<sup>29</sup> Văn phòng Bộ Y tế

thiện hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường hoạt động của hệ thống y tế cơ sở và đổi mới tài chính y tế. WHO cam kết hỗ trợ, đồng hành với Việt Nam nhằm xây dựng các chương trình đảm bảo tài chính cho người dân, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và đảm bảo an toàn, hiệu quả thuốc thiết yếu cho mọi người đồng thời kêu gọi các đối tác y tế đồng hành với WHO trên con đường đi đến mục tiêu của Việt Nam. TS. Eric Sidgwick, Giám đốc quốc gia Ngân hàng phát triển châu Á (ADB) tại Việt Nam cũng cho biết, ADB sẽ tiếp tục hỗ trợ kỹ thuật xây dựng tầm nhìn cho chương trình bảo hiểm y tế, các khuyến

ngợi chính sách chuẩn bị việc sửa đổi luật về y tế, hỗ trợ các dự án chăm sóc dài hạn, các hỗ trợ liên quan đến chăm sóc cho người cao tuổi .... phù hợp với chương trình chăm sóc y tế cho Việt Nam... tiếp tục hỗ trợ hiệu quả cho ngành Y tế Việt Nam.

Tại cuộc họp, các tổ chức quốc tế, các đối tác phát triển, các Bộ, ngành đã thảo luận, đưa ra các cam kết, khuyến nghị về phối hợp liên ngành, tăng cường hợp tác đối tác và hỗ trợ của các đối tác nhằm thực hiện có hiệu quả các chính sách và ưu tiên của ngành Y tế Việt Nam./.



## BỘ Y TẾ VÀ ỦY BAN CHỮ THẬP ĐỎ QUỐC TẾ KÝ KẾT BIÊN BẢN GHI NHỚ

*Hoàng Văn Nhật<sup>30</sup>*

Ngày 07/3/2018, tại Hà Nội, Bộ Y tế và Ủy ban Chữ thập đỏ Quốc tế (ICRC) đã ký kết Biên bản thỏa thuận hợp tác giữa hai Bên.

Tham dự Lễ ký kết có Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Trường Sơn; Trưởng diện phái đoàn khu vực của Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế Christoph Sutter; Trưởng đại diện Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế tại Việt Nam Gianni Volpin; Đại diện lãnh đạo các Vụ, Cục, Ban Chỉ huy phòng chống thiên tai và tìm kiếm cứu nạn (Bộ Y tế), Hội Chữ thập đỏ Việt Nam, Văn phòng thường trực Ủy ban quốc gia ứng phó sự cố thiên tai và tìm kiếm cứu nạn; Văn phòng thường trực Ban Chỉ đạo Trung ương về phòng chống thiên tai; Cục Quân y (Tổng cục Hậu cần); Cục Y tế (Bộ Công an); Viện Pháp y Quốc gia; Viện Pháp y Quân đội...

Nhằm chia sẻ các nhiệm vụ chung và tạo điều kiện cho việc triển khai các hoạt động hợp tác trong lĩnh vực liên quan, góp phần nâng cao, củng cố khả năng sẵn sàng ứng phó thiên tai, thảm họa và các tình huống khẩn cấp, Bộ Y tế và Ủy ban Chữ thập đỏ Quốc tế (ICRC) đã ký kết Biên bản thỏa thuận hợp tác giữa hai Bên. Các lĩnh vực sẽ hợp tác bao gồm:

- Tập huấn ban đầu về quản lý tử thi cho cán bộ ứng phó khẩn cấp;
- Tập huấn về quản lý tử thi và nhận dạng nạn nhân thảm họa (DVI) cho các cán bộ chuyên môn tham gia ứng phó thiên tai, thảm họa và các tình huống khẩn cấp;

- Soạn thảo và Ban hành tài liệu cấp Quốc gia và cấp địa phương về bảo quản tử thi và nhận dạng nạn nhân khi có thiên tai, thảm họa và các tình huống khẩn cấp;
- Cung cấp các trang thiết bị cần thiết để quản lý tử thi có hiệu quả trong thiên tai thảm họa và các tình huống khẩn cấp;
- Thúc đẩy và lồng ghép các hướng dẫn về quản lý tử thi vào công tác phòng ngừa và ứng phó thiên tai thảm họa và các tình huống khẩn cấp trên phạm vi quốc gia;
- Hỗ trợ các cán bộ chuyên môn và cán bộ quản lý của Việt Nam tham gia vào các sự kiện quốc tế và khu vực về quản lý tử thi hoặc pháp y;
- Xem xét việc phối hợp tổ chức Hội nghị, Hội thảo cấp quốc tế/khu vực liên quan đến bảo quản tử thi/pháp y tại Việt Nam;
- Các Bên sẽ tìm kiếm cơ hội để mở rộng phạm vi hợp tác trong các lĩnh vực khác khi cả hai Bên cùng quan tâm.

Việc triển khai thành công Bản ghi nhớ hợp tác này sẽ góp phần vào nỗ lực chung của Nhà nước và toàn xã hội trong công tác ứng phó hiệu quả với các loại hình thiên tai, thảm họa và các tình huống khẩn cấp..../.

<sup>30</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## BỘ Y TẾ YÊU CẦU KHÔNG THỰC HIỆN CÁC KHÓA ĐÀO TẠO ĐỊNH HƯỚNG CHUYÊN KHOA

*ThS. Nguyễn Kim Anh<sup>31</sup>*

Ngày 09/7/2019, Bộ Y tế có Công văn 3928/ BYT -K2ĐT gửi Sở Y tế, các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, cơ sở giáo dục đại học khối ngành sức khỏe về việc không thực hiện đào tạo định hướng chuyên khoa.

Theo đó, Bộ Y tế đã xây dựng các qui định về tổ chức chương trình đào tạo chuyên khoa I, chuyên khoa II, bác sĩ nội trú và đã được áp dụng từ lâu. Ngoài ra, các cơ sở đào tạo nhân lực y tế còn tổ chức các khóa đào tạo định hướng chuyên khoa (chuyên khoa sơ bộ), cấp chứng chỉ cho các bác sĩ bắt đầu định hướng vào một chuyên khoa cụ thể ở mức độ nhất định để bắt đầu khám chữa bệnh, chưa đòi hỏi chuyên khoa sâu. Các khóa đào tạo này có thời gian đào tạo từ 6 tháng đến 1 năm. Tuy nhiên, đến nay không có bất kỳ văn bản quy phạm pháp luật nào của cơ quan có thẩm quyền quy định về đào tạo định hướng chuyên khoa. Việc đào tạo định hướng chuyên khoa hầu hết là do các bệnh viện, trường đại học y dược tự tổ chức để đáp ứng nhu cầu của người học và cơ sở khám chữa bệnh.

Chương trình đào tạo định hướng chuyên khoa do các trường đại học y dược, các bệnh viện tự xây dựng, thẩm định, ban hành và tổ chức đào tạo. Do vậy, việc đào tạo định hướng chuyên khoa hiện nay không được kiểm soát về chất lượng của cơ sở đào tạo, người giảng dạy,

chương trình đào tạo và chưa có chuẩn năng lực chung để đảm bảo chất lượng đào tạo.

Trong thời gian gần đây, Bộ Y tế đã nhận được phản hồi từ một số Sở Y tế và hội nghề nghiệp về việc cơ sở đào tạo cấp chứng chỉ, chứng nhận sai đối tượng, không đúng qui định, gây khó khăn cho việc cấp chứng chỉ hành nghề trong lĩnh vực khám chữa bệnh, ảnh hưởng chất lượng nguồn nhân lực. Vì vậy, Bộ Y tế đề nghị các cơ sở đào tạo không thực hiện các khóa đào tạo định hướng chuyên khoa.

Hiện nay, Bộ Y tế đang được giao xây dựng Nghị định qui định về đào tạo chuyên sâu trong lĩnh vực sức khỏe và đã trình Chính phủ xem xét ban hành. Trong đó có qui định về đào tạo chuyên sâu để cấp chứng chỉ đào tạo chuyên khoa sâu đối với khóa đào tạo có khối lượng học tập tối thiểu 15 tín chỉ, tương đương tối thiểu 6 tháng học tập trung.

Nghị định cũng qui định các yêu cầu đối với cơ sở đào tạo, người giảng dạy chuyên sâu, chương trình đào tạo, tổ chức đào tạo cấp chứng chỉ để đảm bảo chất lượng đào tạo, đáp ứng yêu cầu đổi mới đào tạo nhân lực y tế theo hướng hội nhập quốc tế. Do đó, Bộ Y tế đề nghị các cơ sở đào tạo không thực hiện các khóa đào tạo định hướng chuyên khoa./.

<sup>31</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## TĂNG MỨC ĐÓNG BHYT CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN NĂM HỌC 2019-2020

*Nguyễn Phương Thảo<sup>32</sup>*

Do mức lương cơ sở tăng từ 1/7/2019 nên mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên sẽ tăng trong năm học 2019-2020.

Trong công văn gửi Bảo hiểm xã hội (BHXH) các địa phương về đẩy mạnh công tác tuyên truyền BHYT học sinh, sinh viên (HSSV) năm học 2019-2020, BHXH Việt Nam cho biết năm học 2018-2019, có nhiều trường học đã đạt tỉ lệ 100% HSSV tham gia BHYT. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều HSSV chưa tham gia BHYT, nhất là đối tượng sinh viên.

Ông Trần Đình Liệu, Phó Tổng giám đốc BHXH Việt Nam, cho biết HSSV là một trong những đối tượng được Nhà nước hỗ trợ khi tham gia BHYT. Chính sách này được thực hiện với mục đích chăm sóc sức khỏe cho những chủ nhân tương lai của đất nước. HSSV được ngân sách Nhà nước hỗ trợ bằng 30% mức đóng, đối tượng đóng 70% còn lại. Với việc điều chỉnh lương cơ sở từ ngày 1/7/2019 thì mức đóng BHYT của

HSSV trong năm 2019-2020 cũng có sự thay đổi.

Theo Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, mức lương cơ sở được điều chỉnh tăng từ 1/7/2019 nên mức đóng BHYT đối với học sinh, sinh viên cũng sẽ tăng lên. Khoản 1 Điều 7 Nghị định 146/2018/NĐ-CP, mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên bằng 4,5% mức lương cơ sở.

Như vậy, mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên trong năm học 2019-2020 là 67.050 đồng/tháng, trong đó học sinh, sinh viên chỉ phải đóng 46.935 đồng/tháng, còn nhà nước hỗ trợ 20.115 đồng.

Mức đóng BHYT cho 9 tháng là 603.450 đồng (được hỗ trợ 181.035 đồng, HSSV chỉ phải đóng 422.415 đồng).

Năm học 2018-2019, học sinh và sinh viên phải đóng 43.785 đồng/tháng. Cả năm học (9 tháng) là 394.065 đồng./.

---

<sup>32</sup> Văn phòng Bộ Y tế

# BỘ Y TẾ XÂY DỰNG DỰ THẢO THÔNG TƯ QUY ĐỊNH TRÁCH NHIỆM, TRÌNH TỰ THÔNG BÁO KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HIV DƯƠNG TÍNH

Lý Mai Hà<sup>33</sup>

Bộ Y tế đang dự thảo Thông tư quy định trách nhiệm, trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

Theo dự thảo, chỉ được thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính khi kết quả này được khẳng định bởi phòng xét nghiệm đã được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính tại Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV.

Việc thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính phải được thực hiện chậm nhất là 72 giờ kể từ khi người chịu trách nhiệm thông báo kết quả xét nghiệm nơi người bệnh được lấy mẫu xét nghiệm nhận được phiếu trả lời kết quả xét nghiệm HIV dương tính, trừ các trường hợp sau đây: 1. Chưa đến thời điểm hẹn nhưng người được xét nghiệm đến nhận kết quả xét nghiệm; 2. Người được xét nghiệm không đến nhận kết quả xét nghiệm.

Về trình tự thông báo kết quả xét nghiệm, theo dự thảo, đối với các trường hợp đến xét nghiệm HIV tại cơ sở y tế thuộc hệ y tế dự phòng, sau khi có kết quả xét nghiệm HIV dương tính, người phụ trách bộ phận xét nghiệm chuyển kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người phụ trách bộ phận tư vấn.

Sau khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính, người phụ trách bộ phận tư vấn trực tiếp thực hiện việc tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm hoặc phân công và chuyển kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người trực tiếp thực hiện việc tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm cho người được xét nghiệm.

Đối với các trường hợp được lấy mẫu xét

nghiệm HIV tại các cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện, sau khi có kết quả xét nghiệm HIV dương tính, người đứng đầu cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện chuyển kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người phụ trách bộ phận tư vấn.

Sau khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính, người phụ trách bộ phận tư vấn trực tiếp thực hiện việc tư vấn hoặc phân công người khác thực hiện việc tư vấn trước khi thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm.

Đối với trường hợp người được xét nghiệm HIV là người đến khám tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, sau khi có kết quả xét nghiệm, người phụ trách bộ phận xét nghiệm chuyển kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho bác sỹ chịu trách nhiệm khám cho người bệnh.

Sau khi nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính, bác sỹ chịu trách nhiệm khám cho người bệnh có trách nhiệm trực tiếp thực hiện việc tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm: Trường hợp người bệnh không phải nhập viện, bác sỹ trả kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người bệnh; trường hợp người bệnh phải nhập viện để điều trị, bác sỹ chuyển bệnh án kèm theo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho điều dưỡng viên trưởng của khoa hoặc phòng nơi người xét nghiệm sẽ được chuyển đến để điều trị.

Điều dưỡng viên trưởng của khoa hoặc phòng nơi người được xét nghiệm điều trị có trách nhiệm báo cáo trưởng khoa để thông báo về tình trạng nhiễm HIV của người bệnh cho bác sỹ và điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc, điều trị cho người bệnh...

<sup>33</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## THẺ LỆ VIẾT VÀ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bài gửi đăng Tạp chí Chính sách Y tế là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode.

Tên bài báo ngắn gọn (không quá 2 dòng), súc tích, cô đọng nêu bật được nội dung của bài báo, không bị lặp từ; và được viết chữ in hoa, đậm.

Dung lượng bài viết từ 4 - 12 trang in khổ A4, có danh mục tài liệu tham khảo (gồm các tài liệu tham khảo sử dụng cho bài viết). Tài liệu tham khảo trình bày theo cỡ chữ 11 Times New Roman được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

Đối với các tài liệu là bài báo trong tạp chí: tên tác giả, tên bài báo, tên tạp chí (in nghiêng), tập, năm xuất bản, trang đầu của bài báo.

Đối với các tài liệu là sách: tên tác giả, tên sách (in nghiêng), nhà xuất bản, nơi xuất bản, năm xuất bản.

Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam, chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên.

### I. Với các công trình nghiên cứu khoa học

- Tên người tham gia nhóm nghiên cứu:* theo thứ tự lần lượt tương ứng với mức độ đóng góp của mỗi thành viên.
- Tóm tắt kết quả nghiên cứu:* Tóm tắt nêu mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu với độ dài tối đa là 350 từ (in nghiêng).

Cuối phần Tóm tắt phải có từ khóa.

VD: Tên bài báo: “Đặc điểm của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam”.

Từ khóa: Đặc điểm, quá trình già hóa dân số, Việt Nam

- Đặt vấn đề nghiên cứu:* Nêu ngắn gọn, rõ ràng tầm quan trọng, sự cần thiết và mục đích của nghiên cứu với độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*

- Trình bày đối tượng nghiên cứu cụ thể, rõ ràng, phân biệt rõ đối tượng nghiên cứu và khách thể nghiên cứu.
- Trình bày rõ ràng, ngắn gọn các phương pháp nghiên cứu song phải đủ thông tin để người đọc hiểu được quy trình triển khai nghiên cứu: xác định cỡ mẫu, tiêu chí chọn mẫu, cách thức chọn mẫu, phương pháp thu thập thông tin, phương pháp xử lý thông tin, đạo đức nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu.
- Độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

- Kết quả và bàn luận:*

- Đối với bài báo đăng Tạp chí, cần nêu những kết quả và bàn luận chính của nghiên cứu sao cho đáp ứng được mục tiêu của bài báo (không cần viết lại toàn bộ kết quả nghiên cứu của đề tài). Trình bày kết quả trong bài báo không quá 5 bảng và hình vẽ, mỗi bảng tối đa 10 dòng, 6 cột, có tên bảng, tên hình và chú thích rõ nguồn viện dẫn; kết quả đã trình bày bảng thì không trình bày lại bằng hình vẽ. Phần bàn luận giải thích và nêu ý nghĩa của những thông tin trong kết quả thu được, so sánh với các nghiên cứu khác liên quan; ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu (nếu có).
- Có thể gộp kết quả và bàn luận thành 1 mục chung hoặc tách thành 2 mục riêng.
- Độ dài 5 - 6 trang A4.

- Kết luận và khuyến nghị:*

Kết luận ngắn gọn theo từng mục tiêu của nghiên cứu đã được phê duyệt, không liệt kê lại toàn bộ kết quả nghiên cứu. Đề xuất khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu; khuyến nghị cần có đối tượng, có địa chỉ cụ thể và có tính khả thi.

### II. Các bài trao đổi - quản lý, hoặc các bài viết tổng hợp, chuyên sâu:

- Có nội dung tập trung theo chủ đề, hoặc chuyên sâu liên quan đến chính sách y tế
- Có tài liệu tham khảo có độ tin cậy.

*Bài không được đăng, Tạp chí không trả lại bản thảo.*

**Địa chỉ liên hệ:** *Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*

*Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội*

**ĐT:** 024.3823 4167; **máy lẻ:** 5445

**Email:** tapchichinhsachyte@hspi.org.vn





