|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  Số: /BC-BYT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Hà Nội, ngày 06 tháng 10 năm 2023* |

**BÁO CÁO ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH**

**TRONG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NĂM 2023**

# **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PHẦN I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP TỔNG QUAN**

**I. BỐI CẢNH XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH**

Ngày 09 tháng 01 năm 2023, Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) đã được Quốc hội thông qua.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã giao Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành các nội dung sau:

- Khoản 4 Điều 21 về Sử dụng ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 3 Điều 23 về Thực hành khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 24 về Kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 29 về Thừa nhận giấy phép hành nghề do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền của nước ngoài cấp;

- Khoản 6 Điều 30 về Cấp mới giấy phép hành nghề;

- Khoản 5 Điều 31 về Cấp lại giấy phép hành nghề;

- Khoản 6 Điều 32 về Gia hạn giấy phép hành nghề;

- Khoản 5 Điều 33 về Điều chỉnh giấy phép hành nghề;

- Khoản 4 Điều 34 về Đình chỉ hành nghề;

- Khoản 3 Điều 35 về Thu hồi giấy phép hành nghề;

- Khoản 3 Điều 38 về Trách nhiệm trong đăng ký hành nghề;

- Khoản 3 Điều 48 về Hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 50 về Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 52 về Cấp mới giấy phép hoạt động;

- Khoản 4 Điều 53 về Cấp lại giấy phép hoạt động;

- Khoản 5 Điều 54 về Điều chỉnh giấy phép hoạt động;

- Khoản 5 Điều 55 về Đình chỉ hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 2 Điều 56 về Thu hồi giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 9 Điều 61 về bảo đảm kinh phí cho hoạt động cấp cứu;

- Khoản 6 Điều 72 về chi trả chi phí nuôi dưỡng, chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh không có thân nhân;

- Khoản 3 Điều 73 về việc xử lý trưởng hợp người nước ngoài tử vong mà không có thân nhân và việc chi trả chi phí mai táng đối với các trường hợp tử vong mà không có giấy tờ tuỳ thân hoặc có giấy tờ tuỳ thân mà không liên hệ được với thân nhân hoặc người bệnh tử vong mà không có người nhận hoặc từ chối tiếp nhận;

- Khoản 3 Điều 79 về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh lưu động;

- Khoản 3 Điều 80 về khám bệnh, chữa bệnh từ xa và hoạt động hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa;

- Khoản 4 Điều 88 về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo và khám bệnh, chữa bệnh không vì mục đích lợi nhuận;

- Khoản 3 Điều 90 về chuyển giao kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 3 Điều 93 về điều kiện áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 99 về nguyên tắc và thẩm quyền phê duyệt thử nghiệm lâm sàng;

- Khoản 4 Điều 104 về cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 5 Điều 105 về đào tạo, bồi dưỡng người hành nghề;

- Khoản 2 Điều 108 về tự chủ đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước;

- Khoản 5 Điều 109 về xã hội hoá trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 10 Điều 110 về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;

- Khoản 4 Điều 113 về thiết bị y tế;

- Khoản 3 Điều 116 về huy động, điều động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham gia hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm hoạ, dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A hoặc tình trạng khẩn cấp;

- Khoản 4 Điều 117 về cơ chế tài chính đối với hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm hoạ, dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A hoặc tình trạng khẩn cấp;

- Khoản 15 Điều 121 về quy định chuyển tiếp.

Theo quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, hầu hết các chính sách liên quan đã được đánh giá tác động trong quá trình soạn thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Nghị định của Chính phủ quy định chi tiết một số nội dung trên mà không làm thay đổi chính sách mới đã được quy định trong Luật. Tuy nhiên, khi xây dựng các quy định chi tiết, dự thảo Nghị định đã làm rõ, quy định chi tiết một số nội dung mà Luật đã giao, trong đó có một số nội dung chính sách mới cần đánh giá tác động, bao gồm:

- Nhóm chính sách liên quan đến người hành nghề, bao gồm: mở rộng các đối tượng phải cấp giấy phép hành nghề, cấp giấy phép hành nghề đối với bác sĩ theo 4 nhóm chức danh khác nhau, điều chỉnh thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh trước khi cấp giấy phép hành nghề.

-Nhóm chính sách liên quan đến quy định cụ thể hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cấp giấy phép hoạt động, cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đánh giá chất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới;

-Nhóm chính sách về điều kiện bảo đảm hoạt động khám bệnh, chữa bệnh: lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;

# **II. MỤC TIÊU XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH TRONG NGHỊ ĐỊNH QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**1. Mục tiêu chung**

Xây dựng Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật khám bệnh, chữa bệnh nhằm cụ thể hóa một số nội dung cần được quy định chi tiết phù hợp với thực tiễn, khắc phục những khó khăn, bất cập trong khám bệnh, chữa bệnh.

**2. Mục tiêu cụ thể**

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

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

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

2.4. Tăng cường phân cấp, phân quyền, đơn giản hoá thủ tục hành chính, điều kiện kinh doanh tạo thuận lợi cho người dân và doanh nghiệp tham gia trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

2.5. Khắc phục những khó khăn, vướng mắc, tồn tại trong quá trình triển khai thực hiện những quy định trước đây liên quan đến cấp giấy phép hành nghề, cấp giấy phép hoạt động, thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong tình huống thiên tai, thảm hoạ, dịch bệnh tạo hành lang pháp lý phù hợp cho công tác khám bệnh, chữa bệnh.

**III. CÁC CHÍNH SÁCH MỚI CẦN ĐÁNH GIÁ**

Căn cứ các quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, một số chính sách mới trong dự thảo Nghị định bao gồm các nội dung đã được cụ thể hoá trong dự thảo Nghị định mà nội dung này chưa được hướng dẫn chi tiết trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh:

- Chính sách 1: Mở rộng các đối tượng phải cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

- Chính sách 2: Cấp giấy phép hành nghề đối với bác sĩ với 4 nhóm chức danh khác nhau

- Chính sách 3: Điều chỉnh thời gian thực hành hành nghề trước khi cấp giấy phép hành nghề;

- Chính sách 4: Quy định cụ thể các hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động.

- Chính sách 5: Đánh giá chất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Chính sách 6: Phân cấp chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Chính sách 7: Lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế đối với các cơ sở khảm bệnh, chữa bệnh công lập.

# **Phần 2 ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH TRONG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

# **Mục 1 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 1: BỔ SUNG CÁC CHỨC DANH CHUYÊN MÔN PHẢI CÓ GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ MỚI LIÊN QUAN ĐẾN BỔ SUNG CÁC CHỨC DANH CHUYÊN MÔN PHẢI CÓ GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ VÀ KIỂM TRA ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC NGƯỜI HÀNH NGHỀ**

Tính đến nay, sau hơn 12 năm thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định số 109/2016/NĐ-CP và các văn bản hướmg dẫn, theo thống kê từ hệ thống quản lý hành nghề của Bộ Y tế, các cơ quan quản lý nhà nước đã thực hiện việc cấp chứng chỉ hành nghề cho 531.814 trường hợp, trong đó 139.436 bác sỹ; 91.647 y sỹ; 213.698 điều dưỡng, số lượng còn lại là các đối tượng khác gồm: hộ sinh, kỹ thuật viên, lương y, người có bài thuốc gia truyền, phương pháp chữa bệnh gia truyền và các đối tượng khác. Trong số 531.814 người hành nghề, có 407.852 làm việc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập, 123.962 làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân. Trong số người hành nghề làm việc trong khối công lập, có 43.741 tham gia làm việc tại cơ sở KBCB tư nhân ngoài giờ.

Trong quy định mới của Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2023, đã bổ sung thêm 3 chức danh mới phải cấp giấy phép hành nghề đó là: (1) dinh dưỡng lâm sàng; (2) tâm lý lâm sàng và (3) cấp cứu viên ngoại viện.

Việc bổ sung các chức danh phải cấp giấy phép hành nghề là một trong những bước quan trọng nâng cao năng lực chuyên môn và chuẩn hoá năng lực người hành nghề trong 3 lĩnh vực: dinh dưỡng lâm sàng, tâm lý trị liệu và cấp cứu ngoại viện, dựa trên quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm và thực hiện mục tiêu nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ:**

Bổ sung các chức danh hành nghề mới nhằm nâng cao chất lượng của người hành nghề trong lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu ngoại viện và tâm lý trị liệu, tăng sự thu hút nhân lực tham gia vào các lĩnh vực này nhằm nâng cao chất lượng điều trị, cấp cứu và chăm sóc sức khoẻ tâm thần cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỀ XUẤT ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Để giải quyết vấn đề nâng cao chất lượng nhân lực trong lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu ngoại viện và tâm lý trị liệu, có một số giải pháp, trong đó có việc cấp giấy phép hành nghề cho 3 đối tượng: dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện và tâm lý lâm sàng;

Việc bổ sung 3 chức danh này trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã được đánh giá tác động chính sách đối với 2 đối tượng là dinh dưỡng lâm sàng và cấp cứu ngoại viện, tuy nhiên chưa có đánh giá cụ thể đối với chức danh tâm lý lâm sàng và việc bổ sung chức danh này được tiếp thu trong quá trình chỉnh lý Luật thông qua thảo luận tiếp thu ý kiến trong quá trình soạn thảo Luật.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

1. ***Tác động về kinh tế:***
   1. *Tác động đối với nhà nước:*
2. *Tác động tích cực:*

Việc cấp giấy phép hành nghề cho thêm 3 chức danh hành nghề góp phần tăng cường hiệu lực, hiệu quả quản lý nhà nước của Bộ Y tế, Sở Y tế và các cơ quan có liên quan trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh theo hướng nâng cao và chú trọng về quản lý chất lượng người hành nghề, dịch vụ y tế.

Bên cạnh đó, việc bổ sung thủ tục cấp giấy phép hành nghề đối với 3 chức danh nêu trên còn tạo nên sự bình đẳng trong quá trình hành nghề giữa các chức danh với nhau. Phí, lệ phí xin cấp Giấy phép hành nghề của các chức danh sẽ góp phần tăng ngân sách nhà nước

1. *Tác động tiêu cực*

Các chức danh hành nghề bổ sung cấp giấy phép hành nghề sẽ tạo thêm gánh nặng về quản lý nhà nước do tăng thêm số người hành nghề phải cấp giấy phép. Để có thể cấp giấy phép, 3 chức danh này phải trải qua 6 tháng thực hành và từ năm 2029, các chức danh này phải qua kỳ kiểm tra đánh giá năng lực. Dự kiến mỗi năm sẽ có khoảng 200 dinh dưỡng lâm sàng, 200 tâm lý lâm sàng và 100 cấp cứu viên ngoại viện được cấp giấy phép hành nghề. Cơ quan cấp giấy phép hành nghề sẽ có thêm công việc trong xét cấp giấy phép hành nghề cho 3 nhóm chức danh này. Tuy nhiên, số lượng cấp mới cho 3 chức danh hành nghề này cũng không nhiều nếu so với các chức danh bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật y.

* 1. *Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe:*

1. *Tác động tích cực:*

Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, việc cấp giấy phép hành nghề cho 3 chức danh dinh dưỡng lâm sàng, tâm lý lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện sẽ tạo điều kiện chính thức công nhận và bổ sung thêm 3 nhóm nhân lực được cấp giấy phép. Lực lượng hành nghề mới được chính thức công nhận chức danh sẽ bổ sung góp phần bổ sung và chuyên nghiệp hoá các chức danh này trong hoạt động hành nghề, đảm bảo tính ổn định tương đối về nguồn nhân lực và chất lượng đối với các chức danh này. Cấp cứu viên ngoại viện là chức danh hoàn toàn mới, bổ sung cho lực lượng bác sĩ, điều dưỡng hiện đang tham gia các đội cấp cứu ngoại viện nhưng chưa có lực lượng chuyên nghiệp là các cấp cứu viên ngoại viện được đào tạo bài bản, chuyên nghiệp. Hiện nay, cả nước chỉ có 642 bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu-chống độc. Với sự thiếu hụt lực lượng bác sĩ tâm thần hiện nay với tổng số 631 bác sĩ chuyên khoa tâm thần đã được cấp chứng chỉ hành nghề trên toàn quốc là con số rất khiêm tốn so với nhu cầu hiện nay về chăm sóc sức khoẻ tâm thần, đặc biệt qua đại dịch COVID-19 vừa qua, nhu cầu chăm sóc sức khoẻ tâm thần rất lớn đối với cả người bệnh, người dân và nhân viên y tế. Số lượng bác sĩ dinh dưỡng còn ít hơn nữa với chỉ có 107 bác sĩ dinh dưỡng, không thể đáp ứng nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Đối với các cơ sở đào tạo, đặc biệt các cơ sở thuộc khối ngành sức khoẻ có thể mở thêm các mã ngành mới là tâm lý lâm sàng, cấp cứu ngoại viện bên cạnh chuyên ngành dinh dưỡng đã có mã ngành đào tạo từ trước, đáp ứng nhu cầu xã hội và tạo thêm việc làm cho các trường đào tạo thuộc khối ngành sức khoẻ, tăng sức thu hút học sinh đăng ký tuyển sinh vào chuyên ngành tâm lý học tại các trường đào tạo cử nhân tâm lý.

1. *Tác động tiêu cực:*

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phát sinh thêm chi phí, thủ tục để hỗ trợ người làm tại khoa dinh dưỡng, làm về tâm lý lâm sàng và cấp cứu viên ngoại viện làm thủ tục cấp giấy phép hành nghề theo quy định. Tuy nhiên, số lượng không nhiều nên tác động không lớn đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và nhóm cá nhân chịu sự điều chỉnh của chính sách này.

* 1. *Tác động đối với người dân và người bệnh*

1. *Tác động tích cực:*

Người dân và người bệnh được hưởng lợi do có thêm lực lượng làm về dinh dưỡng, chăm sóc tâm lý và lực lượng cấp cứu ngoại viện chính thức tham gia vào các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, nâng cao chất lượng cấp cứu, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc:

Dinh dưỡng lâm sàng có tác dụng trực tiếp đến quá trình điều trị người bệnh, là một bộ phận không thể thiếu trong các biện pháp điều trị tổng hợp. Mọi loại thuốc điều trị chỉ có thể phát huy tối đa công dụng khi thể chất của người bệnh đạt trạng thái ổn định, không bị suy kiệt vì thiếu hụt dinh dưỡng.

Bên cạnh bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng cũng có vai trò giúp đỡ người bệnh, định hướng cho họ và giúp họ giải toả những vướng mắc, bế tắc trong cuộc sống. Nhà tâm lý lâm sàng sẽ tiếp xúc với người bệnh thông qua việc quan sát, lắng nghe lời nói, hành vi, cử chỉ của người bệnh để từ đó có cái nhìn toàn diện về người bệnh, giúp người bệnh nhìn nhận được những sai phạm, thiếu hụt trong hành vi của mình để từ đó có những điều chỉnh phù hợp. Người làm tâm lý lâm sàng còn giúp đỡ và tư vấn tâm lý cho ngay chính các nhân viên y tế, nhất là những nhân viên làm việc ở môi trường chịu nhiều áp lực trong công việc và cuộc sống.

Cấp cứu viên ngoại viện có vai trò giảm thiểu nguy cơ tử vong và giảm mức độ thương tật cho người bệnh. Đặc biệt là đối với những trường hợp người bệnh nguy kịch, cấp cứu viên ngoại viện có vai trò rất quan trọng, góp phần giảm gánh nặng về bệnh tật và tài chính cho người dân.

Như vậy, có thể thấy cả 3 lĩnh vực cấp cứu ngoại viện, dinh dưỡng lâm sàng và tâm lý trị liệu đều là những lĩnh vực quan trọng và thiết yếu đối với người bệnh và người dân.

1. *Tác động tiêu cực:*

Không phát sinh tác động tiêu cực đối với người dân khi có thêm 3 lực lượng dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện và tâm lý lâm sàng tham gia vào cấp cứu, chăm sóc dinh dưỡng và chăm sóc sức khoẻ tâm thần. Đây là 3 lĩnh vực còn nhiều khó khăn, thách thức cả về số lượng và chất lượng nhân lực tham gia đòi hỏi ngành y tế tập trung nâng cao chất lượng.

* 1. *Tác động đối với người hành nghề*

1. *Tác động tích cực:*

Người hành nghề trong lĩnh vực dinh dưỡng lâm sàng, tâm lý lâm sàng và cấp cứu ngoại viện khi được cấp giấy phép hành nghề và đáp ứng yêu cầu về năng lực sẽ có thêm cơ hội học tập, cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ và chuẩn hoá năng lực chuyên môn, nhất là sau khi triển khai kiểm tra đánh giá năng lực (từ ngày 01/01/2029). Ngoài ra, sau khi có giấy phép hành nghề và có đủ điều kiện có thể đứng ra thành lập cơ sở dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu ngoại viện, tâm lý lâm sàng tương ứng, tạo điều kiện cho người hành nghề phát huy tay nghề, tăng thêm thu nhập chính đáng và tạo điều kiện thêm gắn bó với nghề và phục vụ tốt hơn đối với người bệnh và người dân có nhu cầu.

1. *Tác động tiêu cực:*

Người hành nghề dinh dưỡng lâm sàng, tâm lý lâm sàng và cấp cứu ngoại viện phải thực hiện các thủ tục đăng ký hành nghề, cấp phép hành nghề, gia hạn giấy phép hành nghề và đặc biệt từ năm 2029 muốn được cấp giấy phép hành nghề phải trải qua và đạt kết quả kiểm tra đánh giá năng lực người hành nghề, đòi hỏi phải nỗ lực học tập, nâng cao trình độ và phải đáp ứng yêu cầu về năng lực tối thiểu của người hành nghề do Hội đồng Y khoa Quốc gia quy định.

1. **Tác động về xã hội**

Việc bổ sung 3 chức danh hành nghề thuộc 3 lĩnh vực chuyên môn có vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khoẻ đã thể hiện rất rõ quan điểm, định hướng trong chính sách của Đảng và Nhà nước ta trong phát triển y tế theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm, từng bước nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, xây dựng đội ngũ người hành nghề có đủ năng lực chuyên môn đồng thời bổ khuyết những vấn đề còn đang thiếu hụt trong khám bệnh, chữa bệnh hiện nay. Điều này có ý nghĩa rất lớn trong tác động xã hội theo hướng tích cực.

1. **Tác động về giới:**

Về cơ bản chính sách quy định về bổ sung thêm 3 chức danh hành nghề không có quy định riêng đối với từng giới. Việc bổ sung 3 chức danh này tạo cơ hội việc làm cho nam giới và nữ giới đều bình đẳng như nhau. Về tính chất công việc của 3 chức danh này, dinh dưỡng lâm sàng và tâm lý lâm sàng sẽ có thiên hướng phù hợp hơn với giới nữ và cấp cứu viên ngoại viện phù hợp hơn với giới nam. Mặc dù vậy, cả 2 giới đều có cơ hội làm tốt các chức danh chuyên môn này mà không có bất kỳ sự phân biệt nào.

1. **Tác động về thủ tục hành chính:**

Việc ban hành chính sách sẽ phát sinh thêm các thủ tục hành chính sau đây:

- Thủ tục hành chính liên quan đến cấp mới, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho 3 chức danh hành nghề;

- Thủ tục thẩm định hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hành nghề của cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền.

- Thủ tục đăng ký hành nghề đối với các chức danh cấp giấy phép hành nghề được bổ sung đối với cơ quan quản lý đăng ký hành nghề và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:**

Chính sách bổ sung 3 chức danh hành nghề phải cấp giấy phép hành nghề giúp hoàn thiện thể chế và tạo hành lang pháp lý cho hoạt động liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của 3 lĩnh vực hành nghề dinh dưỡng, cấp cứu ngoại viện và tâm lý trị liệu, thể hiện sự thống nhất trong quy định liên quan đến người hành nghề và có vai trò từng bước chuẩn hoá năng lực người hành nghề, bảo đảm sự bình đẳng trước pháp luật trong cấp giấy phép hành nghề đối với tất cả những người tham gia trong khám bệnh, chữa bệnh và có can thiệp trực tiếp đến người bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN**

Triển khai thực hiện cấp giấy phép hành nghề cho 3 chức danh dựa trên văn bằng chuyên môn được quy định như trong dự thảo Nghị định từ 01/01/2024, thực hiện kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề theo lộ trình quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh, bắt đầu từ ngày 01/01/2029.

# **Mục 2 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 2: CẤP GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ ĐỐI VỚI BÁC SĨ VỚI 4 NHÓM CHỨC DANH KHÁC NHAU**

Theo quy định tại khoản 1 Điều 26, có 10 chức danh chuyên môn phải có giấy phép hành nghề, bao gồm: bác sĩ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu ngoại viện, tâm lý lâm sàng, lương y, người có bài thuốc gia truyền hoặc phương pháp chữa bệnh gia truyền.

Đối với chức danh bác sĩ, dự thảo Nghị định đã quy định cụ thể 4 chức danh bác sỹ, bao gồm: bác sĩ y khoa (bác sĩ đa khoa), bác sĩ răng hàm mặt, bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng

1. **XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Đối với chức danh hành nghề bác sĩ, ngay từ khi tuyển sinh đào tạo đại học y đã phân nhóm riêng theo 4 văn bằng chuyên môn. Nếu chỉ cấp 1 loại giấy phép hành nghề sẽ không phù hợp, vì vậy, việc chia 4 nhóm để cấp giấy phép hành nghề là cần thiết với yêu cầu văn bằng chuyên môn bác sỹ nào thì được cấp giấy phép hành nghề bác sỹ tương ứng.

1. **MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Phân chia 4 nhóm để cấp giấy phép hành nghề bác sĩ tuỳ thuộc vào văn bằng chuyên môn theo đúng năng lực hành nghề với phạm vi hành nghề tương ứng nhằm bảo đảm chất lượng hành nghề phù hợp với chương trình đào tạo của từng chức danh.

1. **CÁC GIẢI PHÁP ĐỀ XUẤT ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

3.1. Phương án 1:

Thực hiện cấp giấy phép hành nghề bác sĩ theo 4 chức danh chuyên môn tuỳ thuộc vào văn bằng đào tạo để bảo đảm an toàn và chất lượng chuyên môn.

3.2. Phương án 2: Không thực hiện phân nhóm khi cấp giấy phép hành nghề.

1. **ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG CÓ LIÊN QUAN**
   1. **Tác động về kinh tế:**
   2. ***Tác động đối với Nhà nước:***
2. Tác động tích cực

Việc chia ra 4 nhóm đối tượng bác sĩ để cấp giấy phép hành nghề với 4 chức danh hành nghề bác sĩ khác nhau không làm ảnh hưởng đến hoạt động cấp giấy phép hành nghề của các cơ quan có thẩm quyền và không thay đổi hay có tác động gì về kinh tế khi so sánh với việc không phân chia bác sỹ thành 4 nhóm đối tượng. Việc chia nhóm đối tượng căn cứ vào văn bằng chuyên môn được đào tạo để cấp giấy phép hành nghề.

Cụ thể: Do có bác sĩ dự phòng, các hoạt động về dự phòng bệnh tật được tăng cường, bác sĩ y học dự phòng có thể xử trí sơ cứu, cấp cứu, khám và điều trị các bệnh thông thường ngay tại cộng đồng nên:

- Nhà nước sẽ hạn chế phải tăng chi ngân sách cho hoạt động chống dịch. - Cơ sở y tế không phải bố trí nhân lực và kinh phí để phục vụ cho các hoạt động chống dịch.

- Doanh nghiệp và người dân được hưởng lợi từ việc sức khỏe được bảo đảm nên không bị gián đoạn công việc và ảnh hưởng đến thu nhập.

Việc áp dụng chính sách đã thể chế hóa quan điểm của Đảng về chăm sóc sức khỏe toàn diện, không chỉ đem lại lợi ích trong phòng bệnh mà còn giúp làm giảm nghèo và ổn định an ninh trật tự. Giảm được gánh nặng về chi phí quản lý và chi phí chống dịch cho nhà nước, tăng năng suất lao động của người dân, góp phần vào sự nghiệp phát triển kinh tế - xã hội của đất nước

1. Tác động tiêu cực

Phương án 1

Một vấn đề phát sinh là với 4 nhóm bác sĩ theo quy định đòi hỏi Hội đồng Y khoa Quốc gia phải xây dựng 4 bộ công cụ kiểm tra đánh giá năng lực cho 4 nhóm này riêng, đưa số bộ công cụ kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề cho 8 chức danh lên thành 11 bộ công cụ (4+7), sẽ phát sinh chi phí xây dựng thêm 3 bộ công cụ. Ngoài chức danh bác sĩ đa khoa và bác sĩ nha khoa có sự tương đồng với nhiều quốc gia trên thế giới thì 2 chức danh: bác sĩ y học cổ truyền và bác sĩ y học dự phòng là 2 chức danh khá đặc thù ở Việt Nam. Tuy nhiên, việc xây dựng riêng từng bộ công cụ kiểm tra cho 4 nhóm bác sĩ cũng được dựa trên chuyên ngành riêng biệt của từng nhóm.

+ Với 4 chức danh này, Bộ Y tế cần xây dựng quy định phạm vi hoạt động chuyên môn riêng cho 4 chức danh với năng lực và phạm vi khác nhau.

Phương án 2:

+ Việc sát hạch đánh giá năng lực khi cấp Giấy phép hành nghề sẽ có khó khăn vì căn bản các chuyên ngành đào tạo bác sĩ đa khoa, bác sĩ răng hàm mặt và bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng có nhiều sự khác biệt.

* 1. ***Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở đào tạo:***

1. Tác động tích cực:

Việc tách chức danh hành nghề bác sĩ thành 4 nhóm không ảnh hưởng nhiều đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Đối với các cơ sở đào tạo, với 4 chức danh hành nghề yêu cầu 4 loại văn bằng chuyên môn khác nhau và 4 mã ngành đào tạo khác nhau sẽ tổ chức tuyển sinh với đầu vào có thể có nhiều sự khác biệt, trong đó, mã ngành đào tạo bác sỹ y học cổ truyền và bác sỹ y học dự phòng thường có điểm tuyển sinh thấp hơn so với bác sĩ đa khoa và bác sĩ răng hàm mặt và dễ tuyển sinh hơn.

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phát sinh thêm chi phí cho việc hỗ trợ cấp giấy phép hành nghề cho 4 chức danh này

1. Tác động tiêu cực:

Để thu hút đối tượng sinh viên các cơ sở đào tạo cần mở nhiều mã ngành đào tạo cho từng nhóm đối tượng học theo từng chuyên ngành riêng biệt

* 1. ***Tác động đối với người hành nghề:***

1. *Tác động tích cực:*

Người hành nghề được quyền lựa chọn và được đào tạo theo 4 chức danh bác sĩ do đó người hành nghề sẽ được học chuyên sâu ngay từ đầu là cơ sở để hình thành nền tảng kiến thức chuyên môn. Người hành nghề bác sĩ y học dự phòng với nhiệm vụ chính là dự phòng vẫn được tham gia khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi cho phép từ đó sẽ giảm sự thiếu hụt bác sỹ làm việc trong lĩnh vực này.

Người hành nghề với chức danh bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề theo đúng văn bằng chuyên môn và phải trải qua kỳ thi đánh giá năng lực từ năm 2027 theo quy định của Luật. Với 4 chức danh này, người hành nghề bác sĩ chỉ được cấp giấy phép hành nghề thuộc 1 trong 4 chức danh chuyên môn theo loại văn bằng được cấp. Có một vấn đề phát sinh trong thời gian vừa qua, đó là một số bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng đi học thêm một số chuyên khoa khác (như mắt, tâm thần, phục hồi chức năng, xét nghiệm…) ảnh hưởng đến chất lượng đào tạo do kiến thức nền tảng giữa bác sĩ y khoa, bác sĩ y học cổ truyền và bác sĩ y học dự phòng khác nhau.

Theo quy định mới của Nghị định, bác sĩ có văn bằng chuyên môn là bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng được bổ sung, thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn đối với một số chuyên ngành có sự phù hợp với chuyên môn đào tạo như: y học gia đình, tâm thần, phục hồi chức năng, v.v…

* 1. ***Tác động đối với người bệnh:***

Sự phân nhóm mang tính chuyên khoa hoá để đào tạo bác sĩ ngay từ đầu vào sẽ tạo lực lượng hành nghề chuyên môn theo 4 lĩnh vực như trên sẽ tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp cận sớm với một số nhóm bác sĩ chuyên khoa như y học cổ truyền, răng hàm mặt và y học dự phòng.

Việc phân nhóm bác sĩ làm cơ sở cấp giấy phép hành nghề của từng chuyên ngành độc lập cũng góp phần tạo nên nguồn nhân lực được đào tạo nền tảng chuyên sâu của từng lĩnh vực, từ đó người bệnh được hưởng lợi về dịch vụ chuyên môn có tính chuyên sâu, chất lượng.

1. **Tác động về xã hội:**

Việc phân nhóm bác sĩ theo từng chuyên khoa chuyên biệt cũng có vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân, thể hiện rất rõ quan điểm, định hướng trong chính sách của Đảng và Nhà nước ta trong phát triển y tế theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm, từng bước nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, xây dựng đội ngũ người hành nghề có đủ năng lực chuyên môn, hành nghề dựa trên nền tảng kiến thức chuyên môn được đào tạo bài bản chuyên sâu ngay từ ban đầu. Điều này cũng góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ngày càng phát triển chuyên sâu, có ý nghĩa rất lớn trong tác động xã hội theo hướng tích cực.

Việc phân nhóm bác sĩ theo từng chuyên khoa chuyên biệt người dân được hưởng lợi từ việc được cung cấp dịch vụ bởi đội ngũ y, bác sỹ đã được cấp CCHN, có đủ năng lực chuyên môn, hành nghề dựa trên nền tảng kiến thức chuyên môn được đào tạo bài bản chuyên sâu ngay từ ban đầu, bảo đảm chất lượng dịch vụ về KBCB, yên tâm hơn khi đến KBCB tại các cơ sở y tế.

Việc thực hiện chính sách có thể sẽ làm tăng thu cho ngân sách do để thực hiện chính sách có thể bao gồm cả việc ban hành các chính sách về thuế hoặc phí đối với các dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn Do vậy, việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế.

1. **Tác động về giới**

Việc phân nhóm bác sĩ đào tạo theo từng chuyên ngành làm cơ sở cấp giấy phép hành nghề không dựa trên sự phân biệt về giới. Vì vậy, chính sách này cũng không có sự tác động về giới, không gây ra các yếu tố bất bình đẳng giữa nam và nữ trong quá trình lựa chọn học tập, hành nghề.

1. **Tác động của thủ tục hành chính**

Khi thực hiện phân nhóm bác sĩ đào tạo chuyên ngành làm cơ sở cấp giấy phép hành nghề sẽ không làm phát sinh thêm các thủ tục hành chính trong quá trình sát hạch cấp giấy phép hành nghề và đăng ký hành nghề

1. **Tác động đối với hệ thống pháp luật**

Chính sách cấp giấy phép hành nghề cho 4 nhóm chức danh đào tạo bác sĩ: giúp cho việc cụ thể hóa các thể chế quy định pháp lý cụ thể về điều kiện căn bản trong việc xem xét cấp giấy phép hành nghề. Điều này góp phần định hướng rõ ràng, tạo sự thống nhất trong việc triển khai áp dụng các quy định pháp luật trong hoạt động cấp giấy phép hành nghề và thực hành hành nghề đối với từng nhóm chức danh bác sĩ.

Cụ thể: Khi 4 chuyên môn trên được phân định rõ về hồ sơ, trình tự, thủ tục cũng như cơ quan có thẩm quyền thực hiện việc cấp giấy phép thì các cơ sở đào tạo sẽ căn cứ vào các quy định đó xây dựng, định hướng chuyên môn đầu vào đối với người học.

1. **KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN**

Lựa chọn Phương án 1. cấp giấy phép hành nghề cho bác sĩ theo 4 chức danh chuyên môn gồm bác sĩ đa khoa, bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng và bác sĩ chuyên khoa răng hàm mặt theo như dự thảo Nghị định.

**MỤC 3.**

**ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH 3: GIẢM THỜI GIAN THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Điều 5 dự thảo Nghị định quy định:

*“****Điều 5. Thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn***

*1. Thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn:*

*a) Bác sỹ: 12 tháng;*

*b) Y sỹ: 9 tháng;*

*c) Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, dinh dưỡng lâm sàng, tâm lý lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện: 6 tháng.*

*2. Cơ sở thực hành có trách nhiệm bảo đảm người thực hành được làm việc theo chế độ làm việc của cơ sở, bảo đảm 08 giờ mỗi ngày và 05 ngày mỗi tuần hoặc bảo đảm đủ 40 giờ thực hành mỗi tuần. Trong quá trình thực hành vì lý do sức khỏe hoặc bất khả kháng, người thực hành được tạm dừng thực hành trong thời gian tối đa 12 tháng và được bảo lưu các kết quả thực hành trước đó.*

*3. Việc bảo lưu kết quả thực hành thực hiện như sau:*

*a) Người thực hành có văn bản đề nghị bảo lưu kết quả thực hành và gửi kèm theo các tài liệu chứng minh lý do đề nghị bảo lưu;*

*b) Căn cứ đề nghị của người thực hành, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xem xét, quyết định việc cho phép bảo lưu; trường hợp không đồng ý phải có văn bản trả lời, nêu rõ lý do;*

*c) Trong thời gian 30 ngày sau khi hết thời gian bảo lưu, nếu người thực hành không có văn bản đề nghị tiếp tục thực hành hoặc đề nghị gia hạn thời gian bảo lưu thì kết quả bảo lưu không còn giá trị (tổng thời gian của các lần bảo lưu không quá 12 tháng).*

*4. Trường hợp người thực hành chuyển cơ sở hướng dẫn thực hành khác thì không được bảo lưu kết quả thực hành ở cơ sở trước đó, trừ trường hợp các cơ sở thực hành này có ký hợp đồng hợp tác đào tạo thực hành”.*

Theo dự thảo Nghị định, thời gian thực hành trước khi kiểm tra đánh giá năng lực của người hành nghề được rút ngắn còn 12 tháng đối với bác sĩ (Theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 và Nghị định số 109/2016/NĐ-CP, thời gian thực hành đối với bác sĩ là 18 tháng). Đối với y sỹ, hộ sinh, kỹ thuật y, điều dưỡng giảm thời gian thực hành xuống còn 6 tháng (trước đây là 12 tháng đối với y sỹ và 9 tháng với các chức danh còn lại). Với các chức danh: dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện, tâm lý lâm sàng, thời gian thực hành là 6 tháng, tương đương với chức danh điều dưỡng.

1. **XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Trong quá trình triển khai Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 và Nghị định số 109/2016/NĐ-CP, các quy định này ấn định thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh là 18 tháng đối với bác sĩ, 12 tháng đối với y sỹ, hộ sinh và kỹ thuật y, 9 tháng đối với điều dưỡng. Qua tổng hợp y kiến từ các địa phương, đơn vị, có nhiều ý kiến cho rằng thời gian thực hành như vậy là quá dài, ảnh hưởng đến thời gian bác sĩ được chính thức hành nghề. Với quy định như vậy, một bác sĩ sau khi học 6 năm tốt nghiệp bác sĩ, cần 18 tháng thực hành và cộng thêm 60 ngày làm thủ tục cấp chứng chỉ hành nghề, như vậy mất khoảng gần 8 năm học và thực hành mới được cấp chứng chỉ hành nghề. Đối với bác sĩ chuyên khoa, sau khi được cấp chứng chỉ hành nghề đa khoa, phải học thêm từ 2-4 năm tuỳ chuyên khoa, như vậy phải mất từ 10 đến 12 năm mới có chứng chỉ hành nghề bác sĩ chuyên khoa. Vì vậy, có nhiều kiến nghị rút ngắn thời gian thực hành tạo thuận lợi cho bác sĩ sớm được chính thức hành nghề.

1. **MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Quy định thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh phù hợp vừa bảo đảm chất lượng thực hành, vừa tiết kiệm chi phí và nguồn lực.

1. **CÁC GI ẢI PHÁP ĐỀ XUẤT GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Có 2 phương án đề xuất về thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

***Phương án 1***: Rút ngắn thời gian thực hành đối với bác sĩ từ 18 tháng xuống còn 12 tháng; y sĩ từ 12 tháng xuống còn 6 tháng; điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện, tâm lý lâm sàng thực hành 6 tháng.

***Phương án 2:*** Giữ nguyên như hiện nay: bác sĩ thực hành 18 tháng, y sĩ thực hành 12 tháng, các chức danh còn lại thực hành 9 tháng.

1. **ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**
2. **Tác động về kinh tế**
   1. ***Tác động đối với Nhà nước:***
3. Tác động tích cực:

Đối với phương án 1: Việc rút ngắn thời gian thực hành giúp giảm chi phí đầu tư đối với các cơ sở thực hành khám bệnh, chữa bệnh, trong đó bao gồm chi phí trả lương cho người hướng dẫn thực hành, các chi phí phát sinh trong quá trình thực hành hành nghề, giảm lưu lượng người đăng ký thực hành tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Đối với phương án 2: Chi phí cho quá trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh không thay đổi so với trước đây.

1. Tác động tiêu cực:

Việc rút ngắn thời gian thực hành có thể ảnh hưởng đến chất lượng người hành nghề, làm tăng nguy cơ và rủi ro đối với người bệnh và làm phát sinh chi phí để xử lý sự cố y khoa do năng lực người hành nghề hạn chế, nhất là trong giai đoạn chuyển tiếp khi chưa tiến hành kiểm tra đánh giá năng lực.

* 1. ***Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở đào tạo thực hành***

1. Tác động tích cực:

Với phương án 1 rút ngắn thời gian thực hành khoảng 1/3 thời gian so với trước đây, với cùng số người hướng dẫn thực hành thì số lượng người thực hành tại một cơ sở thực hành có thể được tiếp nhận tăng thêm 1/3.

Với phương án 2: thời gian thực hành vẫn giữ như trước đây sẽ không có tác động gì đến cơ sở thực hành.

1. Tác động tiêu cực:

Các cơ sở thực hành khám bệnh, chữa bệnh sẽ phải điều chỉnh kế hoạch và phân công người thực hành phù hợp. Theo dự thảo Nghị định, trên nguyên tắc người thực hành được làm việc theo chế độ làm việc của cơ sở thực hành. Các cơ sở thực hành ở bệnh viện tuyến dưới sẽ có ít hơn cơ hội được tiếp nhận người thực hành do các bệnh viện tuyến trên có thể tiếp nhận người thực hành tăng thêm khoảng 1/3 công suất.

* 1. ***Tác động đến người hành nghề***

1. Tác động tích cực:

Với phương án 1, khi thời gian thực hành được rút ngắn, đối với bác sĩ, mỗi người thực hành có thời gian thực hành giảm đi 6 tháng, sẽ tiết kiệm khoản chi phí 10.000.000đ mỗi người/tháng và trong 6 tháng tiết kiệm mỗi người 60.000.000 đ x 10.000 người thì mỗi năm tiết kiệm khoảng 600.000.000.000đ (sáu trăm tỷ đồng). Với các chức danh còn lại (khoảng 20.000 người) mỗi người thực hành giảm 3 tháng sẽ tiết kiệm một khoản chi phí rất lớn. Với mỗi 1 người thực hành, tính trung bình mỗi tháng chi phí (cả học phí và chi phí sinh hoạt hàng tháng), nếu tính trung bình mỗi người phải chi 10.000.000 đ/tháng thì với 3 tháng rút ngắn sẽ tiết kiệm 30.000.000đ/người thì với khoảng 20.000 người mới ra trường hằng năm và tham gia thực hành tại các cơ sở thực hành, tổng chi phí tiết kiệm được cho người thực hành là 20.000 x 30.000.000đ = 600.000.000.000đ (Sáu trăm tỷ đồng). Như vậy, nếu tính cho tất cả các đối tượng thực hành thì mỗi năm sẽ tiết kiệm khoảng 1.200 tỷ đồng.

1. Tác động tiêu cực:

Việc rút ngắn thời gian thực hành sẽ ảnh hưởng một phần đến chất lượng thực hành, thời gian tham gia thực hành lâm sàng sẽ giảm đi 3-6 tháng cho các chức danh, trong khi đó, nội dung thực hành vẫn phải bảo đảm đủ các nội dung về kiến thức và kỹ năng hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, kỹ thuật hồi sức cấp cứu, an toàn người bệnh, xử lý sự cố y khoa, kiến thức pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, quy chế chuyên môn, đạo đức hành nghề, kỹ năng giao tiếp và ứng xử đối với người bệnh. Các cơ sở thực hành sẽ phải điều chỉnh thời lượng cho từng nội dung để bảo đảm đáp ứng yêu cầu thực hành.

* 1. ***Tác động đối với người bệnh***

1. Tác động tích cực:

Phương án 1. Người hành nghề được rút ngắn hơn thời gian thực hành sẽ tạo cơ hội được cấp giấy phép hành nghề sớm hơn, giúp giải quyết nhanh hơn tình trạng thiếu nhân lực chuyên môn ở hầu hết các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giúp người bệnh sớm được khám và điều trị, chăm sóc bởi bác sĩ có chứng chỉ hành nghề, tạo niềm tin cho người bệnh.

Phương án 2. Giữ nguyên như hiện nay thời gian thực hành dài hơn người hành nghề có thời gian thực hành tăng độ thành thạo về kỹ thuật, người bệnh sẽ ít rủi ro hơn khi người hành nghề có kỹ năng tốt hơn.

1. Tác động tiêu cực:

Phương án 1. Tăng độ rủi ro đối với người bệnh khi thời gian thực hành của người hành nghề giảm. Tuy nhiên, tác động này sẽ giảm đi và được khắc phục khi tiến hành kiểm tra đánh giá năng lực đối với người hành nghề, chỉ những người hành nghề đủ năng lực mới được cấp giấy phép hành nghề.

Phương án 2. Với thời gian thực hành giữ như hiện nay, lực lượng người hành nghề mới sẽ chậm được cấp giấy phép hành nghề

1. **Tác động về xã hội**

Giảm thời gian thực hành đối với người hành nghề khám bệnh chữa bệnh sẽ giúp tăng thu hút nhân lực tham gia hành nghề, tăng sức thu hút học sinh đăng ký và thi vào các trường khối ngành sức khoẻ, giảm nguy cơ thiếu hụt nhân lực y tế hiện nay.

Việc triển khai giảm thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn góp phần nâng cao năng lực cung ứng nhân lực y tế cho mạng lưới y tế cơ sở; đảm bảo cung ứng đầy đủ nhân lực y tế đang thiếu hụt trầm trọng thời điểm hiện tại đồng thời giảm bớt chi phí xã hội do người đang trong quá trình thực hành hành nghề phải tốn kém chi phí và không có thu nhập từ quá trình thực hành.

1. **Tác động về giới**

Việc triển khai giảm thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn không dựa trên sự phân biệt về giới. Vì vậy, chính sách này cũng không có sự tác động về giới, không gây ra các yếu tố bất bình đẳng giữa nam và nữ trong quá trình lựa chọn học tập, hành nghề.

1. **Tác động của thủ tục hành chính**

Việc triển khai giảm thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn làm cơ sở cấp giấy phép hành nghề sẽ không làm phát sinh thêm các thủ tục hành chính trong quá trình sát hạch cấp giấy phép hành nghề và đăng ký hành nghề.

1. **Tác động đối với hệ thống pháp luật**

Nhà nước có được một hành lang pháp lý toàn diện về quản lý hệ thống thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn được quản lý và kiểm soát tốt hơn các điều kiện hoạt động của các cơ sở KBCB, khắc phục được các khoảng trống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Việc triển khai giảm Thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn, giúp cho việc cụ thể hóa các thể chế quy định pháp lý cụ thể về thời gian thực hành để cấp giấy phép hành nghề. Điều này góp phần định hướng rõ ràng, tạo sự thống nhất trong việc triển khai áp dụng các quy định pháp luật trong hoạt động cấp giấy phép hành nghề và thực hành hành nghề đối với các chức danh chuyên môn.

1. **KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN**

Qua đánh giá phân tích như trên, phương án 1 giảm thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh hành nghề đối với bác sĩ từ 18 tháng xuống còn 12 tháng, y sỹ từ 12 tháng xuống còn 6 tháng, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện, tâm lý lâm sàng có thời gian thực hành là 6 tháng.

# **Mục 4 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 4: HÌNH THỨC TỔ CHỨC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vai trò rất quan trọng trong hệ thống y tế với sự phong phú, đa dạng về loại hình, số lượng lớn và có sự phát triển nhanh trong thời gian gần đây, đặc biệt là các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân. Tính đến 30/9/2023, đã có 1.527 bệnh viện được cấp giấy phép hoạt động, trong đó có 1.209 bệnh viện công lập và 328 bệnh viện tư nhân. Nếu chia theo loại hình bệnh viện thì có 1.047 bệnh viện đa khoa (831 bệnh viện nhà nước và 216 bệnh viện tư nhân) và 490 bệnh viện chuyên khoa (378 bệnh viện nhà nước và 112 bệnh viện tư nhân). Có tổng số 2.010 phòng khám đa khoa, trong đó có 455 phòng khám đa khoa khu vực của nhà nước và 1.555 phòng khám đa khoa tư nhân. Các phòng khám chuyên khoa có số lượng đông với 34.790 phòng khám, trong đó có 34.729 phòng khám tư nhân và chỉ có 61 phòng khám chuyên khoa của nhà nước. Ngoài ra có 8.196 phòng chẩn trị, phòng khám y học cổ truyền, 969 phòng xét nghiệm, 1.113 phòng chẩn đoán hình ảnh, 184 phòng khám tư vấn và điều trị dự phòng, 70 phòng khám bệnh nghề nghiệp và 5.863 cơ sở dịch vụ y tế, trong đó có 2.178 cơ sở dịch vụ tiêm chích, thay băng, 550 cơ sở chăm sóc sức khoẻ tại nhà, 1.289 cơ sở dịch vụ thẩm mỹ (tự công bố). Toàn hệ thống đã có 10.919 trạm y tế xã và tương đương và 484 y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức và một số cơ sở y tế khác. Như vậy đã có tổng số 66.438 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động trên phạm vi toàn quốc, trong đó có 13.184 cơ sở KBCB của nhà nước và 53.233 cơ sở KBCB tư nhân.

Dự thảo Nghị định có bổ sung một số hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong đó có một số hình thức mới: phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sĩ y khoa, phòng khám y sỹ, phòng khám đa khoa khu vực và đưa cơ sở thẩm mỹ vào cấp giấy phép hoạt động.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Bổ sung một số hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cấp phép và quản lý hoạt động, bảo đảm công bằng, nâng cao chất lượng, an toàn người bệnh và đáp ứng nhu cầu thực tiễn.

**III. CÁC PHƯƠNG ÁN ĐỂ LỰA CHỌN**

**1. Phương án 1:**

Bổ sung một số hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong đó có một số hình thức mới: phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sĩ y khoa, phòng khám y sỹ, phòng khám đa khoa khu vực và đưa cơ sở thẩm mỹ vào cấp giấy phép hoạt động.

1. **Phương án 2:**

Giữ nguyên các hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như quy định tại Nghị định số 109/2016/NĐ-CP và Nghị định số 155/2018/NĐ-CP.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

1. Tác động tích cực:

Việc bổ sung thêm các loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sỹ y khoa, phòng khám y sỹ, phòng khám đa khoa khu vực của nhà nước và đưa cơ sở thẩm mỹ vào đối tượng cấp phép sẽ bảo đảm quản lý chặt chẽ hơn, đa dạng hoá thêm các loại hình khám bệnh, chữa bệnh, đáp ứng nhu cầu người dân, hạn chế tai biến y khoa làm tăng chi phí y tế xử lý các tai biến y khoa, nhất là các cơ sở thẩm mỹ hoạt động không đăng ký, không tự công bố, gây ảnh hưởng đến sức khoẻ người bệnh. Đối với loại hình phòng khám đa khoa khu vực của nhà nước hiện vẫn đang hoạt động với 455 phòng khám, nhưng trước đây xếp chung vào nhóm phòng khám đa khoa nên việc quy định bổ sung này không ảnh hưởng gì, tuy vậy, có tên loại hình riêng sẽ được quy định điều kiện riêng sẽ tạo thuận lợi cho công tác quản lý, nhất là các vấn đề liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

1. Tác động tiêu cực:

Vấn đề có ảnh hưởng nhiều nhất là đưa cơ sở thẩm mỹ vào loại hình cơ sở khám bệnh được cấp phép hoạt động. Trên thực tế, nhiều cơ sở thẩm mỹ không tự công bố theo quy định mà tự hoạt động. Nhiều cơ sở tiến hành nhiều can thiệp vượt quá phạm vi của loại hình này, bao gồm các can thiệp xâm lấn và đúng quy định phải được thực hiện ở phòng khám hoặc tại bệnh viện, gây ra những sự cố đáng tiếc, ảnh hưởng đến tính mạng, sức khoẻ và chi phí của người bệnh. Tuy vậy, khi đưa loại hình này vào cơ sở được cấp phép hoạt động thì cơ quan quản lý sẽ phát sinh thêm công việc tiếp nhận hồ sơ, thẩm định và cấp phép, đồng thời phải thực hiện kiểm tra giám sát thường xuyên.

*1.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Các cơ sở khám bệnh mới bổ sung như: phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám, bác sĩ y khoa, phòng khám y sỹ sẽ được thành lập do các bác sĩ, y sỹ đủ năng lực chịu trách nhiệm thành lập sẽ bổ sung thêm loại hình cung ứng dịch vụ đáp ứng nhu cầu người dân. Với phòng khám liên chuyên khoa, thay vì từng bác sĩ chuyên khoa mở phòng khám riêng, các bác sĩ chuyên khoa có thể liên kết sử dụng chung 1 cơ sở với các phòng khám khác nhau trên cùng địa điểm, có thể sử dụng chung một số dịch vụ sẽ tiết kiệm chi phí: ví dụ: điện, nước, vệ sinh, xử lý chất thải, tiếp đón người bệnh, thu ngân v.v…

1. Tác động tiêu cực:

Cơ sở thẩm mỹ không được tự công bố mà phải qua thủ tục cấp phép hoạt động và phải đáp ứng các điều kiện và phải nộp phí thẩm định đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Mỗi cơ sở thành lập phải nộp phí theo quy định hiện nay áp dụng tương tự cho phòng khám là 3.010.000đ (Thông tư số 44/2023/TT-BTC ngày 29 tháng 6 năm 2023).

1.3. Tác động đối với người hành nghề:

a) Tác động tích cực: các bác sĩ chuyên khoa, bác sĩ y khoa và y sỹ có thêm cơ hội được mở cơ sở phòng khám phục vụ người dân, tăng thu nhập chính đáng và thêm cơ hội được cống hiến khả năng chuyên môn của mình phục vụ người bệnh, thêm gắn bó và yêu nghề.

b) Tác động tiêu cực:

Người làm việc tại cơ sở thâm mỹ bắt buộc phải đáp ứng yêu cầu về chuyên môn quy định điều kiện cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở thẩm mỹ, phải thực hiện thủ tục hành chính phức tạp hơn việc tự công bố cơ sở thẩm mỹ.

1.4. Tác động đối với người bệnh:

a) Tác động tích cực:

Người bệnh có thêm cơ sở phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sĩ y khoa, phòng khám y sỹ và đặc biệt việc quản lý chặt chẽ các cơ sở thẩm mỹ là nhu cầu bức thiết của người bệnh. Vấn đề này đã được nhiều cơ quan truyền thông phản ánh và bức xúc trong thời gian vừa qua. Việc quản lý chặt chẽ cơ sở thẩm mỹ, được cấp phép với các điều kiện cụ thể giúp các sở y tế có thêm công cụ và căn cứ pháp lý để quản lý chặt chẽ cơ sở này, bảo đảm an toàn cho người bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

**2. Tác động với xã hội**

Người dân có thêm sự lựa chọn đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Thêm niềm tin, độ an toàn khi sử dụng dịch vụ thẩm mỹ và có nhiều thuận lợi trong tiếp cận dịch vụ y tế.

1. **Tác động về giới**

Trong phương án này không có yếu tố phân biệt về giới. Tuy nhiên, với xu thế hiện nay, người hưởng lợi từ chính sách này chủ yếu là nữ giới vị nhu cầu làm đẹp hiện đang tập trung vào đối tượng này.

1. **Tác động về thủ tục hành chính**

Phát sinh thêm thủ tục hành chính về cấp phép cho cơ sở thẩm mỹ, phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sĩ y khoa, phòng khám y sĩ.

1. **Tác động đối với hệ thống pháp luật:**

Về cơ bản không có tác động lớn đến hệ thống pháp luật chung. Riêng đối với quy định pháp luật liên quan đến quản lý cơ sở thẩm mỹ thì quy định này là một bước đặt ra quy định chặt chẽ hơn để bảo đảm an toàn cho người bệnh, mang lại lợi ích chung cho cộng đồng.

# **V. KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## Lựa chọn phương án bổ sung loại hình phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám bác sĩ y khoa, phòng khám y sỹ, phòng khám đa khoa khu vực của nhà nước. Đưa cơ sở thẩm mỹ vào đối tượng cấp giấy phép hoạt động vì sự an toàn và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng đối với người bệnh.

**Mục 5.   
ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 5: QUY ĐỊNH VỀ CẤP CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

**1. Về phân tuyến và xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:**

Với quy định như hiện nay, việc phân tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không theo chức năng chăm sóc sức khỏe của từng tuyến mà phân theo tuyến hành chính.Việc xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đồng nhất giữa các tuyến, các loại hình bệnh viện (Bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa), không xếp hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau giữa các tuyến, khác nhau theo bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa.

Trong cùng tuyến có thể có các bệnh viện được xếp hạng khác nhau. Ví dụ các bệnh viện tuyến huyện có thể được xếp hạng từ Hạng IV tới Hạng I. Bệnh viện chuyên khoa ở tuyến tỉnh cũng có thể được xếp hạng từ hạng III đến Hạng I. Do vậy có những bệnh viện tuyến huyện được xếp hạng cao hơn so với bệnh viện tuyến tỉnh. Điều này đã gây ra nhiều bất cập trong việc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và gây cản trở đối với việc quản lý điều hành có hiệu quả mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước. Tính liên kết giữa các tuyến chuyên môn cũng vì thế mà không được đảm bảo.

Bên cạnh đó, danh mục kỹ thuật, danh mục trang thiết bị, danh mục thuốc thiết yếu được quy định phân theo tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã) mà không phân theo hạng (đặc biệt, I, II, III,…) dẫn đến sự chồng chéo giữa phân tuyến và xếp hạng trong khi giá dịch vụ lại phân theo hạng.

Quy định về xếp hạng bệnh viện và tự chủ về tài chính, nhân sự, tổ chức bộ máy dẫn tới xu hướng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ chú trọng đầu tư cho các kỹ thuật có thu hơn là đầu tư cho các kỹ thuật theo chức năng chăm sóc sức khỏe của tuyến chuyên môn mà cơ sở trực thuộc (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến dưới (huyện) không chú trọng đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản và hỗ trợ chăm sóc sức khỏe ban đầu, có sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương ít chú trọng đến hoạt động đào tạo và nghiên cứu khoa học…

Phân hạng bệnh viện là căn cứ để xác định mức giá khám bệnh, ngày giường điều trị là không công bằng với bệnh viện tuyến cao hơn, thực hiện kỹ thuật cao hơn nhưng ở hạng thấp hơn

**2. Về chuyển tuyến:**

Theo các quy định hiện hành, mọi người dân có quyền được tiếp cận dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ở bất cứ cơ sở y tế thuộc tuyến nào. Đối với người bệnh có bảo hiểm y tế thì phải đồng chi trả ở các mức độ khác nhau theo Luật bảo hiểm y tế và các quy định có liên quan. Theo Luật bảo hiểm y tế (sửa đổi) thì từ năm 2016, người bệnh có bảo hiểm y tế được thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến huyện và xã. Việc chồng chéo trong phân tuyến và xếp hạng theo quy định hiện nay đã gây nên nhiều khó khăn cho người bệnh trong chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh, giữa bệnh viện đa khoa và chuyên khoa. Bệnh viện tuyến huyện có năng lực kỹ thuật cao, thực hiện nhiều kỹ thuật vượt tuyến nhưng không được xếp ở mức cao; còn bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt các bệnh viện chuyên khoa năng lực kỹ thuật thấp hơn một số bệnh viện tuyến huyện, nhưng vẫn là nơi bệnh viện tuyến huyện phải chuyển người bệnh lên vì theo quy định chuyển tuyến bảo hiểm y tế là từ tuyến dưới lên tuyến trên.

Theo thống kê của Bộ Y tế, hiện nay có 6 bệnh viện hạng đặc biệt, 152 bệnh viện hạng I (trong đó 33 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, 103 bệnh viện tỉnh, 6 bệnh viện huyện và 10 bệnh viện thuộc các bộ, ngành khác), 489 bệnh viện hạng II, 856 bệnh viện hạng III, 3 bệnh viện hạng IV và 41 bệnh viện chưa phân hạng. Việc xếp hạng bệnh viện dựa trên Thông tư số 23/2005/TT-BYT xếp hạng đơn vị sự nghiệp y tế và Quyết định số 6062/QĐ-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế ban hành tiêu chí phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với bệnh viện tư nhân.

Việc phân biệt các tiêu chí phân hạng và tuyến chuyên môn kỹ thuật khác nhau giữa bệnh viện công lập và tư nhân chưa thể hiện đúng quan điểm không phân biệt đối xử. Hiện nay, Bộ Y tế đang sửa đổi lại Thông tư số 23/2005/TT-BYT đối với các đơn vị sự nghiệp công lập, trong đó đối với bệnh viện sẽ áp dụng tương tự cho cả bệnh viện công lập và tư nhân dựa trên 4 nhóm tiêu chí đã được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Hiện các nước trong khu vực và các nước phát triển thường phân cấp hệ thống khám chữa bệnh thành 3 tuyến dựa trên chức năng (không theo phân cấp hành chính) bao gồm tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuyến chăm sóc cơ bản và tuyến chăm sóc chuyên sâu. Theo đó, tuyến chăm sóc ban đầu (primary care): là các cơ sở y tế thuộc xã như các trạm y tế xã, trung tâm y tế xã, hoặc phòng khám đa khoa thuộc xã; tuyến chăm sóc cấp 2 (secondary care): là các bệnh viện thực hiện các dịch vụ nội trú, ngoại trú ở mức độ cơ bản; tuyến chăm sóc cấp 3 (tertiary care): là các bệnh viện thực hiện các dịch vụ nội trú, ngoại trú ở mức độ chuyên sâu.

Điều 104 Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định:

*“ 1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân được chia thành 03 cấp chuyên môn kỹ thuật như sau:*

*a) Cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, điều trị ngoại trú, chăm sóc sức khỏe ban đầu; quản lý bệnh tật, phục hồi chức năng tại cộng đồng;*

*b) Cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, điều trị ngoại trú, nội trú tổng quát; đào tạo thực hành tổng quát, tổ chức cập nhật kiến thức y khoa liên tục cho người hành nghề;*

*c) Cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu thực hiện nhiệm vụ khám bệnh, điều trị ngoại trú, nội trú chuyên sâu; đào tạo thực hành chuyên sâu; nghiên cứu, đào tạo liên tục chuyên sâu; chuyển giao kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.*

*2. Các cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh được tổ chức bảo đảm tính liên tục, liên thông trong cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo tình trạng, mức độ bệnh và bảo đảm các nguyên tắc sau đây:*

*a) Một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được xếp vào một cấp chuyên môn kỹ thuật; trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện được nhiệm vụ của cả 03 cấp chuyên môn kỹ thuật thì được xếp vào cấp chuyên sâu; trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện được nhiệm vụ của cấp ban đầu và cấp cơ bản thì được xếp vào cấp cơ bản;*

*b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp nào phải tập trung thực hiện các nhiệm vụ của cấp đó và được thực hiện kỹ thuật chuyên môn của cấp khác nếu đáp ứng đủ điều kiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; thực hiện nhiệm vụ của cấp chuyên môn kỹ thuật khác phù hợp với đặc thù của ngành, lĩnh vực theo quy định của Chính phủ.*

*3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp vào cấp chuyên môn kỹ thuật theo các tiêu chí sau đây:*

*a) Năng lực cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn;*

*b) Năng lực tham gia đào tạo thực hành y khoa;*

*c) Năng lực tham gia hỗ trợ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác;*

*d) Năng lực nghiên cứu khoa học về y học.*

*4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.”*

Với định hướng như trên, để quy định chi tiết về cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh dựa trên các tiêu chí đã được quy định trong Luật, cần đưa ra phương án tối ưu để đáp ứng yêu cầu tinh gọn, hiệu quả, hội nhập nhưng không gây xáo trộn hệ thống.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm tinh gọn, hiệu quả, chất lượng và hội nhập quốc tế.

**III. CÁC PHƯƠNG ÁN ĐỂ LỰA CHỌN**

**1. Phương án 1:**

Thực hiện việc phân cấp chuyên môn kỹ thuật dựa trên năng lực chuyên môn kỹ thuật, thực hành đào tạo chuyên môn y tế, hỗ trợ chuyên môn cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và năng lực nghiên cứu khoa học, bao gồm:

**“Quy định về xếp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo cấp chuyên môn kỹ thuật**

1. Cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu gồm các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có điều trị nội trú. Các cơ sở này được xếp vào hạng IV.

2. Cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản bao gồm 02 mức dựa trên chất lượng:

a) Mức cơ bản nâng cao gồm các bệnh viện, bệnh xá được xếp vào hạng II;

b) Mức cơ bản gồm các bệnh viện, bệnh xá được xếp vào hạng III.

3. Cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu bao gồm 02 mức dựa trên chất lượng:

a) Mức chuyên sâu kỹ thuật cao gồm các bệnh viện được xếp vào hạng đặc biệt;

b) Mức chuyên sâu gồm các bệnh viện được xếp vào hạng I.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phân hạng và xếp cấp chuyên môn kỹ thuật là cấp chuyên sâu được thực hiện kỹ thuật của cấp cơ bản và cấp ban đầu phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phân hạng và xếp cấp chuyên môn kỹ thuật là cấp cơ bản được thực hiện kỹ thuật của cấp chuyên sâu và cấp ban đầu phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Việc thực hiện kỹ thuật của cấp chuyên sâu chỉ được thực hiện khi đã thực hiện đầy đủ các kỹ thuật thuộc cấp cơ bản và đáp ứng đủ điều kiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phân hạng và xếp cấp chuyên môn kỹ thuật là cấp ban đầu chỉ được thực hiện kỹ thuật của cấp cơ bản khi đã thực hiện đầy đủ các kỹ thuật thuộc cấp ban đầu và đáp ứng đủ điều kiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Phân loại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hạng**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phân loại theo hạng, bao gồm: Hạng đặc biệt; Hạng I; Hạng II; Hạng III; Hạng IV.

Việc phân loại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hạng được thực hiện dựa trên các tiêu chí

1. Nhóm tiêu chí về năng lực cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn:

a) Quy mô giường bệnh;

b) Tỷ lệ người bệnh nội trú thuộc đối tượng chăm sóc cấp một;

c) Tỷ lệ người bệnh thuộc đối tượng chăm sóc cấp một được chăm sóc toàn diện;

d) Nhân lực: Tỷ lệ nhân lực theo trình độ đào tạo;

đ) Tỷ lệ kỹ thuật có thể cung cấp;

e) Cơ sở hạ tầng và thiết bị y tế;

2. Nhóm tiêu chí về năng lực tham gia đào tạo thực hành y khoa:

a) Năng lực tham gia, thực hiện đào tạo thực hành trình độ đại học và sau đại học lĩnh vực sức khỏe;

b) Năng lực tham gia, thực hiện đào tạo thực hành trình độ cao đẳng lĩnh vực sức khỏe;

c) Năng lực tham gia, thực hiện đào tạo bồi dưỡng, đào tạo liên tục.

3. Nhóm tiêu chí về năng lực tham gia hỗ trợ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:

a) Số lượng cơ sở có thể hỗ trợ chuyên môn;

b) Mức độ hỗ trợ chuyên môn.

4. Nhóm tiêu chí về năng lực nghiên cứu khoa học về y học:

a) Chủ trì nhiệm vụ khoa học và công nghệ cấp Quốc gia đã được cơ quan có thẩm quyền nghiệm thu;

b) Chủ trì nhiệm vụ khoa học và công nghệ hoặc sáng kiến cấp Bộ, tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đã được cơ quan có thẩm quyền nghiệm thu;

c) Chủ trì nhiệm vụ khoa học và công nghệ cấp cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền nghiệm thu.

**2. Phương án 2:**

Không thực hiện việc phân cấp chuyên môn kỹ thuật theo hạng mà thực hiện việc phân cấp chuyên môn kỹ thuật theo loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ:

a) Cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu bao gồm các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có điều trị nội trú.

b) Cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản bao gồm các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú nhưng không được phân công chỉ đạo tuyến và giao nhiệm vụ là bệnh viện cấp quốc gia hay cấp vùng.

c) Cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu bao gồm các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú và được phân công chỉ đạo tuyến và giao nhiệm vụ là bệnh viện cấp quốc gia hay cấp vùng.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Việc xếp cấp chuyên môn kỹ thuật gắn với hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm việc gắn kết giữa năng lực chuyên môn kỹ thuật theo 4 nhóm tiêu chí đã được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm sự chuyển tiếp giữa các quy định hiện nay về phân hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào cấp chuyên môn kỹ thuật phù hợp, tạo thuận lợi cho các quy định về chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đúng nhu cầu về chuyên môn. Việc xếp hạng cơ sở khám bệnh theo 4 nhóm tiêu chí bao gồm chủ yếu là các tiêu chí thể hiện năng lực chuyên môn nên bảo đảm sự công bằng giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, không phân biệt giữa các cơ sở công lập và tư nhân, khuyến khích sự phát triển về chuyên môn kỹ thuật, tham gia là cơ sở thực hành đào tạo y khoa và thúc đẩy việc chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ giúp đỡ giữa các cơ sở chuyên sâu đối với các cơ sở ở cấp chuyên môn thấp hơn, từng bước thu hẹp khoảng cách về chuyên môn, nâng cao chất lượng trong khám bệnh, chữa bệnh và ít gây xáo trộn hệ thống. Việc điều chỉnh lại các tiêu chí phân hạng phù hợp với quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh sẽ tạo sự thống nhất và đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật, một quy định về phân hạng sẽ được áp dụng cho nhiều mục đích khác nhau, bao gồm phân cấp chuyên môn kỹ thuật, chuyển tuyến bảo hiểm y tế, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đồng thời có thể áp dụng cho xếp hạng đơn vị sự nghiệp tập trung vào các tiêu chí liên quan đến năng lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Tác động tiêu cực

Việc phân cấp cơ sở KBCB theo phân hạng đòi hỏi các cơ sở KBCB sẽ phải được xếp hạng lại theo các tiêu chí mới. Chi hành chính do Nhà nước đánh giá lại phân hạng theo định kỳ 05 năm/lần, ước tính trung bình chi phí tiền lương cho một hội đồng đánh giá khoảng 10,800,000 đồng/hội đồng thì chi lương khoảng 108 tỷ đồng/năm[[1]](#footnote-1).

Tăng thời gian làm việc đối với các cơ quan quản lý để tổ chức thẩm định xếp hạng, nhất là trong năm đầu tiên áp dụng tiêu chí xếp hạng mới.

*1.1.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Việc quy định phân cấp chuyên môn dựa vào năng lực chuyên môn, cơ sở thực hành y khoa, hỗ trợ kỹ thuật cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và năng lực nghiên cứu khoa học sẽ thúc đẩy nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cho toàn hệ thống, sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từng bước nâng cao năng lực chuyên môn, nhất là các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp cơ bản.

b) Tác động tiêu cực:

Các cơ sở có thể phải chi thêm chi phí để chuẩn bị hồ sơ, đánh giá, thẩm định, xếp hạng và phân cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm chi trả tiền công, tiền lương, chuẩn bị hồ sơ, tham gia báo cáo phục vụ thẩm định như hiện nay đang thực hiện.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Việc ban hành chính sách sẽ giúp người bệnh tiết kiệm chi phí do phải chuyển tuyến, vượt tuyến không cần thiết mà theo ước tính hiện nay số trường hợp chuyển tuyến, vượt tuyến chiếm khoảng 10% số lượt khám ngoại trú tương đương với khoảng trên 15 tỷ đồng/năm.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách có thể làm tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người dân do các chi phí để nâng cao chất lượng, khả năng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh sẽ được kết cấu vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước giải quyết được các tồn tại, bất cập liên quan đến chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như đã nêu tại phần xác định vấn đề từ đó giúp nâng cao hiệu quả quản lý điều hành mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước đồng thời đảm bảo tính công bằng, có thể áp dụng cho cả y tế công lập và tư nhân, nâng cao niềm tin của người dân, phù hợp mô hình hiện nay ở các nước tiên tiến.

- Về sức khỏe:

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở các tuyến cao hơn sẽ từng bước giảm việc cung cấp các dịch vụ cơ bản để tập trung nguồn lực cho việc cung cấp các dịch vụ chuyên sâu.

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp người dân có thêm thông tin trong việc lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mình thông qua việc phân định rõ ràng chức năng của từng cấp chuyên môn và chức năng của từng cơ sở trong cấp chuyên môn mà không dựa trên quy định về hành chính.

- Về việc làm: Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản từ đó sẽ tạo thêm cơ hội việc làm ở cấp xã và cấp huyện.

- Về giảm nghèo: qua thống kê hiện nay, tần suất khám bệnh, chữa bệnh ở nhóm đối tượng là người cận nghèo và người nghèo là khá lớn do vậy việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua việc chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản và cấp ban đầu từ đó giúp người dân giảm được các khoản chi phí cho việc phải di chuyển đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp chuyên môn cao hơn khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách sẽ ảnh hưởng một phần đến hệ thống phân tuyến hiện nay, thay đổi nơi khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của người có thẻ bảo hiểm cũng như việc chuyển tuyến nên Nhà nước phải thực hiện các giải pháp để bảo đảm quyền lợi của người bệnh cũng như hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*1.2.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đánh giá đúng năng lực cung cấp dịch vụ từ đó nâng cao khả năng thu hút người bệnh;

- Việc ban hành chính sách cũng giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường thu hút đầu tư để nâng cao chất lượng dịch vụ và từ đó nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ cho người dân. Các bệnh viện ở khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa sẽ có thêm cơ hội được hỗ trợ, chuyển giao kỹ thuật từ các bệnh viện cấp chuyên sâu sẽ nâng cao trình độ chuyên môn và tăng sức thu hút đối với người bệnh.

b) Tác động tiêu cực: tốn kém chi phí chuẩn bị hồ sơ, tài liệu và thủ tục thẩm định xếp hạng và phân cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong giai đoạn chuyển từ xếp hạng theo Thông tư số 23/2005/TT-BYT sang xếp hạng theo quy định mới.

*1.2.3. Tác động đối với người bệnh:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở các tuyến cao hơn sẽ từng bước giảm việc cung cấp các dịch vụ cơ bản để tập trung nguồn lực cho việc cung cấp các dịch vụ chuyên sâu, từ đó giúp người dân có thể tiếp cận tốt hơn, hạn chế việc phải di chuyển khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

- Việc ban hành chính sách sẽ giúp người dân thuận lợi hơn trong việc thực hiện chuyển tuyến.

b) Tác động tiêu cực:

Trong giai đoạn đầu thực hiện chính sách sẽ có một số đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế bị thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc thay đổi việc thực hiện chuyển tuyến.

***1.3. Tác động về giới:***

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc ban hành chính sách sẽ góp phần làm giảm các thủ tục hành chính liên quan đến chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Việc ban hành chính sách bảo đảm tính phù hợp với Hiến pháp, pháp luật về đầu tư cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Tuy nhiên, việc ban hành chính sách sẽ kéo theo việc phải sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến chuyển tuyến bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

**2. Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Về cơ bản Nhà nước không chịu tác động về kinh tế nếu thực hiện chính sách vì việc ban hành và áp dụng thực hiện chính sách đơn giản chỉ là việc sắp xếp lại thứ bậc của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh.

Việc sắp xếp lại này không làm tăng chi hay giảm thu của Nhà nước mà ngược lại sẽ giúp Nhà nước:

- Giảm chi hành chính do Nhà nước sẽ giảm số lượng các đợt phân hạng lại ngay sau khi quy định phân hạng mới được ban hành. Nếu ước tính trung bình chi phí tiền lương cho hội đồng thẩm định phân hạng bệnh viện khoảng 10,800,000 đồng/hội đồng thì Nhà nước sẽ giảm chi lương khoảng 108 tỷ đồng/năm[[2]](#footnote-2).

- Tăng thời gian làm việc cho các cơ quan quản lý do đã giảm bớt thời gian dành cho công tác đánh giá và phân hạng.

b) Tác động tiêu cực:

Do việc ban hành chính sách không giải quyết được các tồn tại, bất cập như đã nêu tại phần xác định vấn đề mà cụ thể là không đánh giá được đúng năng lực cung cấp dịch vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thậm chí còn đánh đồng tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp thành một tuyến nên sẽ không khuyến khích được tính chủ động trong đầu tư phát triển (không cần đầu tư cũng đương nhiên được xếp vào tuyến tỉnh và được hưởng giá theo tuyến tỉnh còn mặc dù có đầu tư nhưng vì là cấp huyện nên được xếp vào tuyến huyện và chỉ được hưởng giá theo cấp huyện) và từ đó kéo theo việc Nhà nước vẫn phải tiếp tục đầu tư để bảo đảm an sinh xã hội. Trường hợp sử dụng thêm công cụ đánh giá chất lượng để tính giá thì có thể giải quyết được vấn đề này nhưng vẫn không giải quyết được triệt để vấn đề chuyển tuyến do nếu có sửa Luật bảo hiểm y tế thì việc chuyển tuyến vẫn phải theo nguyên tắc chuyển từ tuyến dưới lên tuyến trên và từ đó Nhà nước sẽ phải tăng chi phí cho việc bảo đảm các hoạt động phục vụ việc chuyển tuyến như đường xá, phương tiện giao thông và hạ tầng khác.

Bên cạnh đó, do việc ban hành chính sách không tạo thêm cơ hội việc làm ở cấp xã và cấp huyện và thậm chí có thể tạo ra sự dịch chuyển nhân lực từ cấp xã và cấp tuyện lên cấp tỉnh và trung ương do các yếu tố tác động của cơ hội việc là, thu nhập dẫn đến tình trạng thiếu hụt nhân lực của tuyến dưới. Từ đó làm tăng chi phí của Nhà nước cho việc bảo đảm hoạt động chăm sóc sức khỏe của người dân, đặc biệt là ở các vùng kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.

*2.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Các cơ sở không phải chi thêm chi phí để tổ chức triển khai việc phân tuyến như đào tạo cán bộ, đầu tư hạ tầng…. do việc phân tuyến hoàn toàn theo cấp hành chính mà không cần thẩm định, đánh giá.

b) Tác động tiêu cực:

Việc quy định phân tuyến chuyên môn nếu không dựa vào khả năng và chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì sẽ dẫn đến việc làm giảm nguồn thu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt là đối với các bệnh viện chuyên khoa do phạm vi cung ứng dịch vụ hẹp.

*2.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Việc ban hành chính sách không làm tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người dân do không phát sinh các chi phí để nâng cao chất lượng, khả năng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nên sẽ không thay đổi giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Người bệnh vẫn phải chi trả chi phí do phải chuyển tuyến, vượt tuyến không cần thiết mà theo ước tính hiện nay số trường hợp chuyển tuyến, vượt tuyến chiếm khoảng 10% số lượt khám ngoại trú tương đương với khoảng trên 15 tỷ đồng/năm.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Việc ban hành chính sách không thay đổi toàn bộ hệ thống phân tuyến hiện nên Nhà nước không phải thực hiện các giải pháp để bảo đảm quyền lợi của người bệnh cũng như hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do việc thay đổi nơi khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của người có thẻ bảo hiểm cũng như việc chuyển tuyến hầu như không bị thay đổi.

b) Tác động tiêu cực:

- Do việc ban hành chính sách không giúp Nhà nước giải quyết được các tồn tại, bất cập liên quan đến chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như đã nêu tại phần xác định vấn đề nên sẽ không nâng cao hiệu quả quản lý điều hành mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước cũng như tính công bằng giữa công và tưvà không phù hợp mô hình hiện nay ở các nước tiên tiến.

- Về sức khỏe:

+ Việc ban hành chính sách sẽ không làm giảm việc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cao hơn cung cấp các dịch vụ cơ bản nên dẫn đến việc hạn chế sự phát triển của hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản và từ đó sẽ hạn chế sự tiếp cận của người dân đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

+ Việc ban hành chính sách không phân định rõ ràng chức năng của từng tuyến và chức năng của từng cơ sở trong tuyến nên sẽ hạn chế người dân trong việc lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mình.

- Về việc làm: Do việc ban hành chính sách không thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản nên sẽ không tạo thêm cơ hội việc làm ở cấp xã và cấp huyện và thậm chí có thể tạo ra sự dịch chuyển nhân lực từ cấp xã và cấp tuyện lên cấp tỉnh và trung ương do các yếu tố tác động của cơ hội việc là, thu nhập. Từ đó có thể xảy ra tình trạng thiếu hụt nhân lực của tuyến dưới.

- Về giảm nghèo: qua thống kê hiện nay, tần suất khám bệnh, chữa bệnh ở nhóm đối tượng là người cận nghèo và người nghèo là khá lớn do vậy việc ban hành chính sách gần như không có tác động đến giảm nghèo do việc chính sách không thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản nên sẽ không giúp người dân giảm được các khoản chi phí cho việc phải di chuyển đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cao hơn khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

*2.2.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Việc thực hiện chính sách sẽ không làm thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc thay đổi việc thực hiện chuyển tuyến.

b) Tác động tiêu cực:

- Do việc ban hành chính sách không giúp Nhà nước giải quyết được các tồn tại, bất cập liên quan đến chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như đã nêu tại phần xác định vấn đề nên sẽ không nâng cao hiệu quả quản lý điều hành mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước cũng như tính công bằng giữa công và tưvà không phù hợp mô hình hiện nay ở các nước tiên tiến.

- Không giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đánh giá đúng năng lực cung cấp dịch vụ nên sẽ hạn chế khả năng thu hút người bệnh;

- Không khuyến khích các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường thu hút đầu tư để nâng cao chất lượng dịch vụ cũng như khả năng cung cấp dịch vụ cho người dân.

*2.2.3. Tác động đối với người bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Việc thực hiện chính sách sẽ không làm thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc thay đổi việc thực hiện chuyển tuyến.

b) Tác động tiêu cực:

- Không làm giảm việc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cao hơn cung cấp các dịch vụ cơ bản nên dẫn đến việc hạn chế sự phát triển của hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản và từ đó sẽ hạn chế sự tiếp cận của người dân đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

- Không phân định rõ ràng chức năng của từng tuyến và chức năng của từng cơ sở trong tuyến nên sẽ hạn chế người dân trong việc lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mình.

***2.3. Tác động về giới:***

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

***2.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc ban hành chính sách sẽ không làm giảm các thủ tục hành chính liên quan đến chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

***2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Việc ban hành chính sách bảo đảm tính phù hợp với Hiến pháp, pháp luật về đầu tư cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên và không phải sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến chuyển tuyến bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

# **V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## 1. Kết luận:

Phương án 2 về cơ bản đều có ưu điểm chính là không làm xáo trộn hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, việc áp dụng Phương án 2 và sẽ không giải quyết được các tồn tại, bất cập như đã nêu tại phần xác định vấn đề bất cập của Báo cáo này

Phương án 1 có lợi thế so với phương án 2 ở chỗ mặc dù Nhà nước sẽ phải đầu tư ban đầu khoảng 170 tỷ đồng nhưng chi phí này sẽ được thu lại thông qua việc tính khấu hao vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đồng thời khi hệ thống đi vào hoạt động Nhà nước không phải bỏ chi phí cho việc duy trì hoạt động của hệ thống mà chi phí này sẽ được kết cấu vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách về lâu dài sẽ không chỉ giúp Nhà nước giảm chi cho hoạt động y tế mà còn có tác dụng trong việc giảm nghèo, tạo cơ hội việc làm cũng như tăng khả năng tiếp cận của người dân với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng.

## 2. Kiến nghị:

Đề xuất lựa chọn phương án 1:

Không thực hiện việc phân hạng theo pháp luật về bảo hiểm y tế cũng như phân tuyến theo cấp hành chính mà thực hiện việc phân cấp chuyên môn kỹ thuật dựa trên hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ vào năng lực cung cấp dịch vụ thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm các cấp chuyên môn sau đây:

1. Cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu gồm các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có điều trị nội trú. Các cơ sở này được xếp vào hạng IV.

2. Cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản bao gồm 02 mức dựa trên chất lượng:

a) Mức cơ bản nâng cao gồm các bệnh viện, bệnh xá được xếp vào hạng II;

b) Mức cơ bản gồm các bệnh viện, bệnh xá được xếp vào hạng III.

3. Cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu bao gồm 02 mức dựa trên chất lượng:

a) Mức chuyên sâu kỹ thuật cao gồm các bệnh viện được xếp vào hạng đặc biệt;

b) Mức chuyên sâu gồm các bệnh viện được xếp vào hạng I.

Tiêu chí xếp hạng được cụ thể hoá theo 4 nhóm năng lực như quy định trong Luật và do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành thực hiện thống nhất đối với cơ sở y tế công lập và tư nhân.

# **Mục 6. ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

# **I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ**

Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh thì việc đánh giá chất lượng là bắt buộc theo bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản do Bộ Y tế ban hành và khuyến khích áp dụng đối với bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao, tiêu chuẩn chất lượng đối với từng chuyên khoa hoặc dịch vụ kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành và các tiêu chuẩn chất lượng do tổ chức trong nước, tổ chức nước ngoài ban hành được Bộ Y tế thừa nhận.

Hiện nay, Bộ Y tế đã ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam bao gồm 83 tiêu chí, áp dụng cho bệnh viện bao gồm toàn bộ các bệnh viện nhà nước và tư nhân. Việc áp dụng Bộ 83 tiêu chí đã được thực hiện từ năm 2013 đến nay. Chất lượng và bộ mặt các bệnh viện đã có sự cải tiến rõ rệt.

Việc đánh giá và cải tiến theo Bộ tiêu chí đã góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh chất lượng lâm sàng đang dần được nâng lên. Bộ mặt chung của nhiều bệnh viện đã thay đổi, chỉ dẫn, đón tiếp tốt hơn, môi trường bệnh viện đang xanh hơn, nhà vệ sinh, cảnh quan sạch hơn, đẹp hơn. Mức chất lượng trung bình toàn quốc năm 2017 đạt 2.81/5, trong đó nhóm các tiêu chí phần Hướng đến người bệnh cao nhất đạt mức 3,18/5. Trung bình các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế đã đạt mức 3,49/5 và kết quả đánh giá năm 2018 đã có một số bệnh viện đã có bước tiến vượt bậc đạt mức 4/5. Kết quả khảo sát cho thấy có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ hài lòng của người bệnh, đạt khoảng 80% ở các loại khảo sát khác nhau[[3]](#footnote-3).

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

Việc đánh giá chất lượng hiện nay còn nhiều bất cập, ví dụ như chưa được chuẩn hoá về mặt tiêu chuẩn và trình độ của người đánh giá chất lượng, tổ chức đánh giá độc lập đến nay chưa được thành lập, việc đầu tư cải tiến chất lượng tại nhiều bệnh viện còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là các bệnh viện công lập do hạn chế về mặt kinh phí, nguồn lực đầu tư và nhận thức của lãnh đạo bệnh viện. Việc đánh giá chất lượng lâm sàng đối với các chuyên khoa, kỹ thuật cũng chưa phát triển. Hiện nay một vài hội nghề nghiệp đã xây dựng được tiêu chuẩn chất lượng, ví dụ Hội hỗ trợ sinh sản đã xây dựng tiêu chuẩn chất lượng trung tâm thụ tinh ống nghiệm, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh đã phối hợp với Hội đột quỵ Anh quốc xây dựng Tiêu chuẩn chất lượng đột quỵ. Tuy nhiên toàn bộ các tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng hiện nay chưa được Bộ Y tế phê duyệt và triển khai ở cấp độ quốc gia. Do vậy việc thực hiện kiểm định chất lượng lâm sàng cũng chưa được thực hiện..

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Tiếp tục nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua cải tiến, đánh giá và công nhận chất lượng, góp phần nâng cao hiệu quả và giảm chi phí điều trị cũng như hạn chế tai biến cho người bệnh.

**III. CÁC PHƯƠNG ÁN ĐỂ LỰA CHỌN**

## 1. Phương án 1

Cơ quan quản lý đánh giá các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản do Bộ Y tế ban hành. Tổ chức độc lập đánh giá chất lượng theo bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao, tiêu chuẩn chất lượng đối với từng chuyên khoa hoặc dịch vụ kỹ thuật.

## 2. Phương án 2

Tổ chức độc lập đánh giá chất lượng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản do Bộ Y tế ban hành, bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao, tiêu chuẩn chất lượng đối với từng chuyên khoa hoặc dịch vụ kỹ thuật.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- Giảm chi phí của Nhà nước cho việc chăm sóc, hỗ trợ người bị khuyết tật do lỗi y tế.

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới về sai sót trong tế tại Châu Âu cho thấy 50% đến 70,2% sai sót có thể được ngăn chặn thông qua việc áp dụng các phương pháp mang tính hệ thống, mà đánh giá chất lượng theo định kỳ mà một trong các phương pháp đó và việc áp dụng các phương pháp này sẽ ngăn ngừa hơn 750 000 lỗi y tế gây hại mỗi năm, dẫn đến việc phải nhập viện ít hơn 3,2 triệu ngày, ít hơn 260 000 sự cố khuyết tật vĩnh viễn và ít hơn 95000 ca tử vong mỗi năm.

Dưới đây là bảng Tổng chi phí có thể đo được của lỗi y tế do Hiệp hội chuyên gia y tế của Mỹ thực hiện, trong đó tất cả các chi phí trong báo cáo này thể hiện giá trị hiện tại của chi phí kể từngày xảy ra lỗi và giảm giá trị 3% mỗi năm. Chi phí y tế cho mỗi trường hợp bao gồm tăng chi phí cho điều trị nội trú, ngoại trú vàchi phí thuốc được tính cho đến năm năm sau đối với một lỗi dẫn đến phải điều trị nội trú và một năm sau đối với một lỗi dẫn đến phải điều trị ngoại trú. Chi phí tử vong cho mỗi trường hợp bao gồm ước tính giá trị hiện tại của thu nhập bị mất trong tương lai dựa trên tuổi vàgiới tính của bệnh nhân. Tỷ lệ tử vong chỉ bao gồm tử vong tại bệnh viện trong một năm sau khi xay ra lỗi y tế.Chi phí khuyết tật cho mỗi lỗi y tế thể hiện giá trị gia tăng của thu nhập bị mất do phải điều trị các khuyết tật.

b) Tác động tiêu cực:

Để thực hiện được chính sách, Nhà nước sẽ phải chi phí cho tổ chức thực hiện đánh giá, khoảng 150 tỷ để xây dựng phần mềm quản lý và trang bị hạ tầng cho hệ thống thông tin quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh. Ngoài ra cũng dự kiến phải chi 20 tỷ cho việc xây dựng bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản cho các loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như bệnh viện, phòng khám, trạm y tế, bộ công cụ phân cấp và xây dựng lại giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong đó có cấu phần quản lý chất lượng.

Các cơ quan quản lý như Bộ Y tế, Sở Y tế sẽ phải tổ chức các đoàn đánh giá chất lượng, việc này ảnh hưởng đến quỹ thời gian của các cơ quan.

*1.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Hiện nay, Việt Nam có dân số trên 100 triệu người; tỉ lệ người có bảo hiểm y tế chiếm trên 92% dân số; việc đánh giá, công nhận chất lượng sẽ nâng cao chất lượng, giúp quỹ BHYT giảm chi cho các chỉ định không thực sự cần thiết.

Bên cạnh đó, Quỹ bảo hiểm y tế cũng sẽ giảm được chi phí cho việc chăm sóc, hỗ trợ người bị khuyết tật do lỗi y tế như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*1.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Việc quy định bắt buộc đánh giá chất lượng và áp dụng bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tìm ra được các vấn đề cần khắc phục trong quản lý hành chính cũng như chuyên môn và từ đó sẽ giảm được các chi phí liên quan đến khắc phục, giải quyết các sự cố y khoa của cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước. Người bệnh và nhân viên y tế sẽ hài lòng hơn khi cơ sở cải tiến chất lượng KBCB.

b) Tác động tiêu cực:

Các cơ sở có thể phải chi thêm chi phí để phục vụ cho việc đánh giá theo định kỳ 03 năm/lần với ước tính chi phí khoảng 150 triệu/lần đánh giá[[4]](#footnote-4).

Việc cơ quan đánh giá là các cơ quan quản lý có thể có những sai số, chưa bảo đảm khách quan giữa các cơ sở công lập và tư nhân.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Người dân được biết bệnh viện nào đạt chất lượng để có sự lựa chọn phù hợp.

Việc ban hành chính sách sẽ giúp người bệnh tiết kiệm chi phí do phải chuyển tuyến, vượt tuyến không cần thiết mà theo ước tính hiện nay số trường hợp chuyển tuyến, vượt tuyến chiếm khoảng 10% số lượt khám ngoại trú tương đương với khoảng trên 15 tỷ đồng/năm.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách có thể làm tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người dân do các chi phí để nâng cao chất lượng, khả năng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh sẽ được kết cấu vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước giải quyết được các tồn tại, bất cập liên quan chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, từ đó giúp nâng cao hiệu quả quản lý điều hành mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước đồng thời đảm bảo tính công bằng, có thể áp dụng cho cả y tế công lập và tư nhân, nâng cao niềm tin của người dân, phù hợp mô hình hiện nay ở các nước tiên tiến.

- Về sức khỏe:

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh thông qua việc đánh giá, công nhận chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp người dân được hưởng dịch vụ đúng chất lượng theo mức giá.

- Về việc làm: Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản từ đó sẽ tạo thêm cơ hội việc làm ở cấp xã và cấp huyện.

- Về giảm nghèo: qua thống kê hiện nay, tần suất khám bệnh, chữa bệnh ở nhóm đối tượng là người cận nghèo và người nghèo là khá lớn do vậy việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua việc chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản từ đó giúp người dân giảm được các khoản chi phí cho việc phải di chuyển đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cao hơn khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách sẽ làm thay đổi việc tính giá khám bệnh, chữa bệnh cũng như việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nên Nhà nước phải thực hiện các giải pháp để bảo đảm quyền lợi của người bệnh cũng như hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*1.2.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đánh giá đúng năng lực cung cấp dịch vụ từ đó nâng cao khả năng thu hút người bệnh;

- Việc ban hành chính sách cũng giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường thu hút đầu tư để nâng cao chất lượng dịch vụ và từ đó nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ cho người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*1.2.3. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phải nâng cao khả năng cũng như chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, từ đó giúp người dân có thể tiếp cận tốt hơn, hạn chế việc phải di chuyển khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

Giúp người dân giảm chi phí cho việc chăm sóc, hỗ trợ người bị khuyết tật do lỗi y tế như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực:

Trong giai đoạn đầu thực hiện chính sách sẽ có một số đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế bị thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc thay đổi việc thực hiện chuyển tuyến.

***1.3. Tác động về giới:***

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc ban hành chính sách sẽ góp phần làm giảm các thủ tục hành chính liên quan đến chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó các thủ tục hành chính liên quan đánh giá, công nhận, công bố kết quả đánh giá cũng phát sinh thêm thủ tục hành chính.

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Việc ban hành chính sách bảo đảm tính phù hợp với Hiến pháp, pháp luật về đầu tư cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Tuy nhiên, việc ban hành chính sách sẽ kéo theo việc phải sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức chất lượng.

**2. Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- Giảm chi hành chính do Nhà nước sẽ giảm số lượng các đợt đánh giá lại phân hạng theo định kỳ 03 năm/lần. Nếu ước tính trung bình chi phí tiền lương cho một đoàn kiểm tra khoảng 10,800,000 đồng/đoàn thì Nhà nước sẽ giảm chi lương khoảng 108 tỷ đồng/năm[[5]](#footnote-5). Nếu tính chi phí đi lại thì Nhà nước sẽ giảm chi thêm khoảng 5,1 tỷ đồng/năm[[6]](#footnote-6).

- Tăng thời gian làm việc cho các cơ quan quản lý do đã giảm bớt thời gian dành cho công tác kiểm tra.

b) Tác động tiêu cực:

Các cơ quan quản lý như Bộ Y tế, Sở Y tế nếu không thực hiện đánh giá, giám sát sẽ ảnh hưởng tới chức năng quản lý nhà nước.

Trong trường hợp các tổ chức đánh giá độc lập không thành lập thì không có tổ chức thực hiện đánh giá chất lượng

*2.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Hiện nay, Việt Nam có dân số trên 100 triệu người; tỉ lệ người có bảo hiểm y tế chiếm trên 92% dân số; việc đánh giá, công nhận chất lượng sẽ nâng cao chất lượng, giúp quỹ BHYT giảm chi cho các chỉ định không thực sự cần thiết.

Bên cạnh đó, Quỹ bảo hiểm y tế cũng sẽ giảm được chi phí cho việc chăm sóc, hỗ trợ người bị khuyết tật do lỗi y tế như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước.

Việc giao nhiệm vụ đánh giá cho các tổ chức độc lập thúc đẩy cơ quan BHYT thành lập các tổ chức đánh giá chất lượng độc lập.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*2.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Các tổ chức độc lập đánh giá sẽ khách quan hơn giữa các cơ sở công lập và tư nhân và thúc đẩy các bệnh viện cải tiến chất lượng thực chất hơn.

Việc quy định bắt buộc đánh giá chất lượng và áp dụng bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tìm ra được các vấn đề cần khắc phục trong quản lý hành chính cũng như chuyên môn và từ đó sẽ giảm được các chi phí liên quan đến khắc phục, giải quyết các sự cố y khoa của cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước. Người bệnh và nhân viên y tế sẽ hài lòng hơn khi cơ sở cải tiến chất lượng KBCB.

b) Tác động tiêu cực:

Các cơ sở có thể phải chi thêm chi phí để phục vụ cho việc đánh giá cuả các tổ chức độc lập theo định kỳ 03 năm/lần với ước tính chi phí khoảng 150 triệu/lần đánh giá[[7]](#footnote-7).

*2.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Người dân được biết bệnh viện nào đạt chất lượng để có sự lựa chọn phù hợp.

Người dân tin tưởng vào kết quả của tổ chức độc lập hơn.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách có thể làm tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người dân do các chi phí để nâng cao chất lượng, khả năng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh sẽ được kết cấu vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- - Việc ban hành chính sách này sẽ khuyến khích thành lập các tổ chức độc lập, hướng tới xã hội dân sự, phù hợp với xu hướng phát triển tiên tiến trên thế giới, chia sẻ bớt công việc của các cơ quan quản lý.

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước giải quyết được các tồn tại, bất cập liên quan chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, từ đó giúp nâng cao hiệu quả quản lý điều hành mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước đồng thời đảm bảo tính công bằng, có thể áp dụng cho cả y tế công lập và tư nhân, nâng cao niềm tin của người dân, phù hợp mô hình hiện nay ở các nước tiên tiến.

- Về sức khỏe:

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh thông qua việc đánh giá, công nhận chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.

+ Việc ban hành chính sách sẽ giúp người dân được hưởng dịch vụ đúng chất lượng theo mức giá.

- Về việc làm: Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản từ đó sẽ tạo thêm cơ hội việc làm ở cấp xã và cấp huyện.

- Về giảm nghèo: qua thống kê hiện nay, tần suất khám bệnh, chữa bệnh ở nhóm đối tượng là người cận nghèo và người nghèo là khá lớn do vậy việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua việc chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản từ đó giúp người dân giảm được các khoản chi phí cho việc phải di chuyển đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cao hơn khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách sẽ làm tăng giá khám bệnh, chữa bệnh cũng như việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do chi phí đánh giá, công nhận chất lượng nên Nhà nước phải thực hiện các giải pháp để bảo đảm quyền lợi của người bệnh cũng như hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*1.2.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

- Việc ban hành chính sách sẽ giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đánh giá đúng năng lực cung cấp dịch vụ từ đó nâng cao khả năng thu hút người bệnh;

- Việc ban hành chính sách cũng giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường thu hút đầu tư để nâng cao chất lượng dịch vụ và từ đó nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ cho người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*1.2.3. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Việc ban hành chính sách sẽ giúp thúc đẩy phát triển hệ thống cơ sở khám bệnh, đặc biệt là tuyến khám bệnh, chữa bệnh cơ bản do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phải nâng cao khả năng cũng như chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, từ đó giúp người dân có thể tiếp cận tốt hơn, hạn chế việc phải di chuyển khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

Giúp người dân giảm chi phí cho việc chăm sóc, hỗ trợ người bị khuyết tật do lỗi y tế như đã phân tích ở phần tác động về kinh tế đối với Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực:

Trong giai đoạn đầu thực hiện chính sách sẽ có một số đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế bị thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc thay đổi việc thực hiện chuyển tuyến.

***2.3. Tác động về giới:***

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

***2.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc ban hành chính sách sẽ góp phần làm giảm các thủ tục hành chính liên quan đến chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó các thủ tục hành chính liên quan đánh giá, công nhận, công bố kết quả đánh giá cũng phát sinh thêm thủ tục hành chính.

***2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Việc ban hành chính sách bảo đảm tính phù hợp với Hiến pháp, pháp luật về đầu tư cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Tuy nhiên, việc ban hành chính sách sẽ kéo theo việc phải sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức chất lượng.

# **V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## 1. Kết luận:

Phương án 1 và Phương án 2 về cơ bản đều có ưu điểm chính là thúc đẩy việc cải tiến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, việc áp dụng Phương án 2 trong giai đoạn hiện nay khi chưa có bất kỳ tổ chức đánh giá chất lượng độc lập nào được thành lập sẽ không giải quyết được việc đánh giá chất lượng.

Phương án 1 có lợi thế là các cơ quản lý như Bộ Y tế, Sở Y tế đang thực hiện chức năng kiểm tra, giám sát định kỳ hằng năm. Việc đánh giá viên đào tạo, tập huấn sẽ giúp nâng cao chất lượng của việc đánh giá. Việc cải tiến theo các tiêu chuẩn chất lượng nâng cao, tiêu chuẩn dịch vụ kỹ thuật do các tổ chức độc lập thực hiện sẽ giúp các bệnh viện phát triển chất lượng ở cấp độ cao hơn.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách về lâu dài sẽ không chỉ giúp Nhà nước giảm chi cho hoạt động y tế, tăng khả năng thu hút đầu tư đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà còn có tác dụng trong việc giảm nghèo, tạo cơ hội việc làm cũng như tăng khả năng tiếp cận của người dân với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

## 2. Kiến nghị:

Đề xuất lựa chọn phương án 1:

Cơ quan quản lý đánh giá các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản do Bộ Y tế ban hành. Tổ chức độc lập đánh giá chất lượng theo bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao, tiêu chuẩn chất lượng đối với từng chuyên khoa hoặc dịch vụ kỹ thuật.

# **Mục 7 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 7: LỘ TRÌNH GIÁ DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Tại khoản 2 Điều 110 Luât KBCB số 15/2023/QH15 và tại Nghị định 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập, theo đó giá thành toàn bộ của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) bao gồm 4 yếu tố chi phí: (1) chi phí trực tiếp; (2) tiền lương; (3) chi phí quản lý và (4) khấu hao tài sản cố định, chi phí khác.

Hiện nay, giá dịch vụ KBCB thực hiện theo Thông tư số 13/2019/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số Điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc; Thông tư số 14/2019/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số Điều của Thông tư số 37/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước; trong đó đã quy định mức giá dịch vụ KBCB gồm 2 yếu tố, (1) chi phí trực tiếp và (2) tiền lương; ***chưa tính yếu tố*** (3) chi phí quản lý và (4) khấu hao tài sản cố định, chi phí khác. Đến nay, cả nước đã thực hiện mức giá bao gồm chi phí trực tiếp và tiền lương, bảo đảm công bằng trong chi trả chi phí khám, chữa bệnh giữa người có thẻ BHYT và không có thẻ BHYT.

Nghị định 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập; tại điểm 3 Điều 5 có quy định: “Đến hết năm 2021, cơ bản hoàn thành lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công (tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp, chi phí quản lý và khấu hao tài sản cố định, chi phí khác theo quy định của pháp luật về giá). Trường hợp do khó khăn khách quan cần xây dựng lộ trình khác, các bộ, cơ quan trung ương, Ủy ban nhân dân cấp tỉnh chủ trì, trình Thủ tướng Chính phủ xem xét, quyết định, sau khi có ý kiến thẩm định của Bộ Tài chính.

Riêng đối với giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập; giá dịch vụ giáo dục đào tạo và giáo dục nghề nghiệp tại cơ sở giáo dục đào tạo, giáo dục nghề nghiệp công lập: Trường hợp không thực hiện được lộ trình quy định tại điểm a khoản này, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chủ trì, báo cáo Thủ tướng Chính phủ trình cấp có thẩm quyền xem xét, quyết định, sau khi có ý kiến thẩm định của Bộ Tài chính.”

Bộ Y tế đã báo cáo Chính phủ, theo đó tại Thông báo số 26/TB-VPCP ngày 12/02/2023 của Văn phòng Chính phủ Thông báo kết luận của Phó Thủ tướng Trần Hồng Hà tại buổi làm việc với Bộ Y tế có giao “*Bộ Y tế chủ trì phối hợp với các Bộ/Ngành xây dựng, đề xuất quy định, phương án cụ thể của lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công để thực hiện chủ trương tính đúng tính đủ giá dịch vụ KBCB có bảo hiểm y tế phù hợp với mức đóng BHYT và khả năng cân đối quỹ BHYT. Bảo đảm công bằng, bình đẳng của người bệnh sử dụng dịch vụ được BHYT chi trả và dịch vụ cơ bản của người KCB không thanh toán bằng bảo hiểm; bảo đảm chế độ, chính sách, thu nhập của y bác sỹ, phù hợp quy luật thị trường*; tại Thông báo 276/TB-VPCP ngày 14/7/2023 của Văn phòng Chính phủ về ý kiến chỉ đạo của Phó Thủ tướng Trần Hồng Hà tại cuộc họp ngày 11/7/2023 tại Văn phòng Chính phủ về lộ trình thực hiện giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh “*Bộ Y tế khẩn trương chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính, Bộ Tư pháp và cơ quan liên quan, làm rõ các yếu tố hình thành giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; đánh giá tác động của chính sách thực hiện tính đúng, tính đủ giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với người dân, ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm y tế; trên cơ sở đó, đề xuất lộ trình thực hiện phù hợp trong quá trình xây dựng Nghị định quy định chi tiết hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cùng các văn bản quy phạm pháp luật khác (Thông tư liên quan định mức, đơn giá), trình Chính phủ theo đúng thời hạn được giao tại Quyết định số 172/QĐ- TTg ngày 03 tháng 3 năm 2023 của Thủ tướng Chính phủ*.”

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Xây dựng cụ thể lộ trình tính giá dịch vụ KBCB để thực hiện chủ trương tính đúng tính đủ giá dịch vụ KBCB có bảo hiểm y tế phù hợp với mức đóng BHYT và khả năng cân đối quỹ BHYT.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Xây dựng cụ thể lộ trình thực hiện trong dự thảo Nghị định như sau:

- Đến năm 2023: tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

- Đến năm 2024: tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp, chi phí quản lý vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

- Từ năm 2025 trở đi: từng bước kết cấu chi phí khấu hao vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. *Tác động về kinh tế:***

*1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

Việc thực hiện lộ trình giá dịch vụ KBCB là thực hiện chủ trương lớn của Nhà nước, không phải là tăng chi phí để thực hiện các dịch vụ mà chuyển các khoản chi trước đây nhà nước bao cấp trực tiếp cho các bệnh viện vào giá sang hỗ trợ người dân tham gia BHYT.

*1.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Các cơ sở y tế có thêm nguồn lực nên có kinh phí để có thể mua các loại thuốc, vật tư, hóa chất, test, kit xét nghiệm với chất lượng cao hơn, làm tăng chất lượng của dịch vụ y tế. Giá tính đủ chi phí bao gồm cả khấu hao sẽ giúp bệnh viện có nguồn kinh phí để đầu tư mua sắm TTB, cải tạo cơ sở hạ tầng nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Qua đánh giá cho thấy không phát hiện được tác động tiêu cực cực khi thực hiện phương án.

*1.3. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Giá tính đủ chi phí sẽ khuyến khích các bệnh viện triển khai, phát triển các kỹ thuật y tế nên người dân sẽ được thụ hưởng các dịch vụ này ngay trên địa bàn và được BHXH thanh toán, làm tăng quyền lợi của người có thẻ BHYT, đảm bảo công khai minh bạch, giảm phiền hà cho người bệnh. Giảm chi trả tiền túi của người bệnh.

Về cơ bản không ảnh hưởng nhiểu đến người dân, cụ thể:

- Người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng KTXH khó khăn, người sinh sống ở vùng KTXH đặc biệt khó khăn, trẻ em dưới 6 tuổi, người dân sinh sống tại huyện đảo, xã đảo; người có công với cách mạng, thân nhân là cha, mẹ, vợ, chồng, con của người có công với cách mạng, các đối tượng chính sách xã hội thuộc diện được Ngân sách nhà nước và các nguồn tài chính khác mua thẻ BHYT, khi đi KCB được BHYT thanh toán 100%: không bị ảnh hưởng.

- Đối với người cận nghèo: chỉ phải đồng chi trả 5% nên mức độ tác động không đáng kể.

- Các đối tượng có thẻ BHYT phải đồng chi trả 20% chi phí KCB BHYT thì có bị ảnh hưởng, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng không nhiều vì chỉ chi trả tăng thêm đối với phần thanh toán theo giá dịch vụ KBCB; tiền thuốc máu, vật tư thanh toán theo thực tế sử dụng thì không bị thay đổi.

- Với đối tượng không tham gia BHYT (khoảng 10% dân số chưa tham gia BHYT): chỉ ảnh hưởng đến phần thanh toán theo giá dịch vụ (tỷ lệ 46,5% trong tổng chi KCB). Tuy nhiên như vậy sẽ sẽ khuyến khích đối tượng này tham gia BHYT.

b) Tác động tiêu cực:

Người dân phải trả phần đồng chi trả cao hơn nhưng vẫn có khả năng chi trả vì thực hiện lộ trình điều chỉnh tiền lương.

*1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

Bộ Kế hoạch Đầu tư đã thông tin tại công văn 4124/BKHĐT-LĐVX ngày 01/6/2023 *“theo ước tính của Tổng Cục thống kê, nếu giá dịch vụ y tế tăng 10% sẽ tác động làm tăng chỉ số giá tiêu dùng chung tăng 0,41 điểm phần trăm*”. Căn cứ số liệu về cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT năm 2021 và 6 tháng đầu năm 2022 tại báo cáo 352/BC-CP ngày 27/9/2022 của Chính phủ về kết quả quản lý và sử dụng quỹ BHYT năm 2021. Bộ Y tế tính toán dự kiến:

- Nếu tính chi phí quản lý vào giá, thì tỷ lệ tăng bình quân của giá dịch vụ KBCB là 4%, chi quỹ BHYT tăng khoảng 2.180 tỷ đồng/năm.

- Nếu tính chi phí quản lý vào giá, thì tỷ lệ tăng bình quân của giá dịch vụ KBCB là 4%, chi quỹ BHYT tăng khoảng 2.180 tỷ đồng/năm.

Như vậy nếu thực hiện lộ trình giá KBCB như phương án thì đến 2025 thì Quỹ BHYT vẫn có khả năng cân đối.

***2. Tác động về xã hội***

*2.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Nhà nước đã xác định bảo hiểm y tế là một trong ba trụ cột của an sinh xã hội nên đã quy định bắt buộc người dân tham gia BHYT. Việc thực hiện lộ trình giá KBCB sẽ đưa giá dịch vụ y tế về đúng giá trị thật, sẽ khuyến khích người dân tham gia BHYT vì thực tế hiện nay, giá thấp nên nhiều người không thuộc diện được hỗ trợ mua thẻ BHYT sẽ không tham gia BHYT mà bỏ tiền túi ra chi trả, nhưng khi tính đúng, tính đủ giá dịch vụ, người dân sẽ thấy được lợi ích, tính nhân văn của BHYT là hàng năm chỉ phải đóng một mức nhỏ để mua BHYT, khi đau ốm sẽ được BHYT thanh toán, giảm bớt rủi ro.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

*2.2. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

Giá dịch vụ tính đủ chi phí, trong đó có tiền lương sẽ làm thay đổi nhận thức của cán bộ y tế, bệnh viện phải phục vụ tốt thì mới có nguồn thu để trả lương và thu nhập cho cán bộ. Đây là giải pháp quan trọng để nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ làm hài lòng người bệnh, từng bước nâng cao chất lượng dịch vụ.

b) Tác động tiêu cực:

Qua đánh giá cho thấy không phát hiện được tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện phương án.

***3. Tác động về giới:***

Chính sách không có thay đổi gì so với quy định hiện hành nên không có tác động về giới.

***4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Chính sách không có thay đổi gì so với quy định hiện hành nên không có tác động về thủ tục hành chính.

***5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Chính sách không có thay đổi gì so với quy định hiện hành nên không có tác động về hệ thống pháp luật.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

Việc thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ KBCB cần thận trọng, có lộ trình, phải đánh giá chỉ số CPI để vừa điều chỉnh được giá nhưng vẫn thực hiện được mục tiêu kiềm chế lạm phát, ổn định kinh tế vĩ mô, không gây xáo trộn, thúc đẩy lộ trình BHYT toàn dân. Việc điều chỉnh giá dịch vụ KBCB cũng cần căn cứ khả năng chi trả của người dân, khả năng cân đối quỹ BHYT. Hiện nay, thực hiện chỉ đạo của THủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế đã xây dựng và hoàn thiện Thông tư điều chỉnh giá dịch vụ KBCB theo mức lương cơ sở 1,8 triệu đồng nhưng vẫn cần phải đánh giá tác động để lựa chọn thời điểm điều chỉnh cho phù hợp.

Việc thực hiện tính toàn bộ các yếu tố chi phí vào giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh và thực hiện từ 01.01.2024 theo hiệu lực thi hành của Luật cần xem xét, đánh giá và hết sức thận trọng; nhất là nếu tính khấu hao vào giá KBCB thì sẽ làm giá tăng lên nhiều (khoảng 20% so với hiện tại). Do vậy, Bộ Y tế đề xuất thực hiện theo phương án trên. Khi Luật có hiệu lực, các cơ sỏ KBCB được tiếp tục thực hiện mức giá đã được cấp có thẩm quyền quy định cho đến khi được cấp có thẩm quyền quy định mức giá mới theo lộ trình này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Thủ tướng Chính phủ (để b/c);  - Các Phó Thủ tướng (để b/c);  - Bộ trưởng (để b/c);  - UB xã hội của QH;  - Bộ Tư pháp;  - VPCP: các PCN; các Vụ: KGVX, KTTH, KTN, QHQT;  - Các vụ, cục: KHTC, K2ĐT, YDCT, TCCB, PC  - Lưu: VT, KCB (5b). | **KT. BỘ TRƯỞNG**  **THỨ TRƯỞNG**  **Trần Văn Thuấn** |

1. Cách tính: thời gian trung bình hội đồng thẩm định một cơ sở là 4 tiếng (x) chi phí tiền lương trung bình năm 2023 là 6 triệu đồng/tháng tương ứng với 4,500 đồng/phút (x) 10 thành viên hội đồng (x) trung bình 10 đợt/năm(x) 63 tỉnh. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cách tính: thời gian trung bình kiểm tra một cơ sở là 4 tiếng (x) chi phí tiền lương trung bình năm 2018 là 6 triệu đồng/tháng tương ứng với 4,500 đồng/phút (x) 10 thành viên đoàn kiểm tra (x) trung bình 10 đợt/năm(x) 63 tỉnh [↑](#footnote-ref-2)
3. (1) Báo cáo Chỉ số PAPI năm 2016, 2017 cho thấy sự hài lòng của người dân về chất lượng bệnh viện tuyến huyện tăng đáng kể so với 2015. (2) Kết quả đo lường sự hài lòng tại 33 bệnh viện công lập (23 bệnh viện TW, 10 bệnh viện tỉnh) do Viện Chiến lược và Chính sách y tế thực hiện cho thấy 81,8% số người bệnh đã hài lòng với các dịch vụ y tế. Có sự gia tăng đáng kể tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử của nhân viên y tế, đặc biệt là với các bệnh viện tuyến TW (năm 2015 là 85,9%, năm 2017 là 92,1%). (3) Báo cáo chỉ số hài lòng người bệnh do Cục Quản lý khám chữa bệnh và Sáng kiến Việt Nam, Oxfam thực hiện sau khi phỏng vấn người bệnh nội trú đã xuất viện từ tháng 9/2016-11/2017 ở 29 bệnh viện tỉnh, huyện cho thấy chỉ số hài lòng trung bình đạt 3,98/5 (tương ứng 79,6%). Khảo sát trực tuyến sự hài lòng của người bệnh trên toàn quốc (http://chatluongbenhvien.vn) từ 12/2016-12/2017 có trên 1 triệu phiếu khảo sát, tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú đạt 75,6%, người bệnh ngoại trú đạt 66,3%. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ước tính theo biểu phí đánh giá công nhận phòng xét nghiệm y tế theo chuẩn ISO 15189. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cách tính: thời gian trung bình kiểm tra một cơ sở là 4 tiếng (x) chi phí tiền lương trung bình năm 2018 là 6 triệu đồng/tháng tương ứng với 4,500 đồng/phút (x) 10 thành viên đoàn kiểm tra (x) trung bình 10 đợt/năm(x) 63 tỉnh [↑](#footnote-ref-5)
6. Cách tính: Khoảng cách trung bình cho đi lại là 50km (x) chi phí tiền xăng 22,000 đồng/lít (x) định mức sử dụng xăng xe ô tô là 15 lít/100 km (x) 10 đợt (x) 63 tỉnh [↑](#footnote-ref-6)
7. Ước tính theo biểu phí đánh giá công nhận phòng xét nghiệm y tế theo chuẩn ISO 15189. [↑](#footnote-ref-7)