

Số: 52 /CV-BVTN

Thanh Hoá, ngày 25 tháng 7 năm 2021

Vv: Kiến nghị, phản ánh những quy định, chính sách pháp luật trong lĩnh vực y tế.

Kính gửi: Đồng chí Phạm Minh Chính
Ủy viên Bộ Chính trị, Thủ tướng Chính phủ.

Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam (Hiệp hội) xin gửi lời chào trân trọng và cảm ơn Thủ tướng Chính phủ đã luôn quan tâm, chỉ đạo, tháo gỡ những khó khăn, vướng mắc mà Hiệp hội đã kiến nghị, phản ánh tới Chính phủ trong thời gian qua.

Thực hiện chủ trương xã hội hoá lĩnh vực y tế của Đảng, Chính phủ, trong những năm qua, hệ thống y tế tư nhân Việt Nam đã có những bước phát triển mạnh cả về quy mô và chất lượng, đóng góp tích cực vào sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân. Với nhu cầu khám, chữa bệnh (KCB) nhân dân ngày càng cao, ngành y tế Việt Nam đã có nhiều đổi mới mạnh mẽ, thông thoáng trong thực hiện quy định, chính sách pháp luật về y tế, đáp ứng yêu cầu thực tiễn phát triển kinh tế - xã hội của đất nước trong xu thế hội nhập với thế giới, tuy nhiên, bên cạnh chính sách đổi mới vẫn còn một số quy định pháp luật lĩnh vực y tế không còn phù hợp, một số thông tư dù được ban hành đã lâu, có văn bản pháp luật ra đời gần 10 năm, nhưng đến nay vẫn được áp dụng, chưa được điều chỉnh để phù hợp với thực tiễn, thậm chí nặng nề tư tưởng áp đặt, định kiến công - tư, kéo chậm sự đổi mới, tạo rào cản và đầy lùi sự phát triển của hệ thống y tế tư nhân, chưa tạo được động lực, sức hút đối với nhà đầu tư về lĩnh vực này.

Trong bối cảnh dịch bệnh COVID-19 diễn biến hết sức phức tạp, tác động tiêu cực đến kinh tế - xã hội, đời sống nhân dân và doanh nghiệp, việc cần thiết phải thay đổi, điều chỉnh các quy định pháp luật lạc hậu, không còn phù hợp với thực tiễn là vô cùng quan trọng, không chỉ tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh, thúc đẩy cải cách thủ tục hành chính, tạo thêm nguồn lực đầu tư mà còn giúp hệ thống y tế tư nhân Việt Nam hiện nay đủ sức duy trì hoạt động ổn định, tiếp tục góp phần xây dựng nền y tế Việt Nam phát triển ngang tầm thế giới.

Trên cơ sở tổng hợp ý kiến phản ánh của hội viên, Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam xin đề xuất Thủ tướng Chính phủ quan tâm, xem xét và chỉ đạo xử lý những vấn đề như sau:

- Sửa đổi kịp thời Điều 6 Thông tư số 43/2013/TT-BYT, trong đó giao thẩm quyền phê duyệt Danh mục kỹ thuật của các bệnh viện tư nhân cho các Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, đảm bảo sự công bằng, minh bạch, thông thoáng, đơn giản hoá thủ tục thành phần hồ sơ thẩm định, tạo cơ hội thuận lợi cho lực lượng y bác sỹ và các bệnh viện tư nhân phấn đấu, mở rộng nâng cao năng lực, trình độ chuyên môn. Trường hợp Sở Y tế chưa đủ khả năng thẩm định về chuyên môn các danh mục kỹ thuật cao, kỹ thuật mới được áp dụng lần đầu tại Việt Nam thì Sở Y tế có thể mời các chuyên gia trung ương cùng tham gia thẩm định, phê duyệt.

- Bỏ quy định về nguyên tắc hai bước “*Áp dụng thí điểm và áp dụng chính thức*” đối với kỹ thuật mới, phương pháp mới (quy định tại Thông tư số 07/2015/TT-BYT), chỉ nên thực hiện một quy trình thẩm định duy nhất là áp dụng chính thức hoặc chỉ thí điểm đối với những phương pháp mới, kỹ thuật mới lần đầu áp dụng thực hiện tại Việt Nam, đồng thời giao thẩm quyền cho Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện phê duyệt.

- Thống nhất có quy định chung về việc phân tuyến, phân hạng giữa cơ sở y tế tư nhân và công lập, tránh chông chéo chính sách pháp luật. Cơ sở y tế tư nhân và công lập đều có quyền lợi, nghĩa vụ, trách nhiệm KCB trong khả năng cho phép, theo đúng phạm vi và các danh mục kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt, Chính phủ, Nhà nước nên khuyến khích các đơn vị phát huy năng lực, nâng cao hiệu quả quản lý, chất lượng chuyên môn bằng các tiêu chí đánh giá cụ thể, tránh trường hợp lợi dụng thẩm quyền phê duyệt nâng hạng để được hưởng chính sách KCB BHYT, đảm bảo ổn định hoạt động của Quỹ BHYT.

- Trong khi chờ Bộ Y tế và các đơn vị liên quan tiếp tục hoàn thiện dự thảo Luật KCB (sửa đổi), đề nghị Thủ tướng Chính phủ xem xét, ban hành quy định giao thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động bệnh viện tư nhân cho Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện.

- Sửa đổi kịp thời Thông tư 30/2018/TT-BYT theo hướng cho phép các bệnh viện tuyến dưới được làm các kỹ thuật của bệnh viện tuyến trên đối với các bệnh thuộc lĩnh vực Nội khoa, giúp các bệnh viện tư nhân có điều kiện phát triển chuyên môn, kỹ thuật, góp phần giảm áp lực về tình trạng quá tải đối với bệnh viện tuyến trên, giúp người bệnh tiết kiệm được thời gian, chi phí điều trị mà vẫn được hưởng đúng, đủ chính sách BHYT, nhất là thuốc và vật tư y tế trong quá trình điều trị.

- Sửa đổi những bất cập quy định tại khoản 1 và khoản 2, Điều 10 của Thông tư Liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐT BXH, không chỉ phù hợp với

thực tế, đảm bảo quyền, lợi ích của khối y tế tư nhân mà còn thực hiện theo đúng chủ trương cắt bỏ các điều kiện không cần thiết trong thủ tục hành chính, giúp các đối tượng người bệnh có bệnh, tật, dị dạng, dị tật liên quan đến phơi nhiễm chất độc hóa học thuận lợi hơn trong quá trình hoàn chỉnh hồ sơ giám định y khoa để được hưởng chế độ chính sách hỗ trợ của Nhà nước đối với người có công với cách mạng.

- Điều chỉnh, sửa đổi Điều 4 Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ và Khoản 2 Điều 3 Thông tư liên tịch số 33/2013/TTLT-BYT-BTC ban hành ngày 18/10/2013 của Liên Bộ Y tế - Tài chính theo hướng người nghèo điều trị nội trú tại các cơ sở y tế công lập và tư nhân đều được hưởng chính sách hỗ trợ một phần tiền ăn, tiền đi lại và một phần chi phí KCB BHYT theo quy định Nhà nước như nhau, tạo được sự bình đẳng trong thụ hưởng của người nghèo, bình đẳng giữa cơ sở y tế công lập, tư nhân trong việc KCB cho nhân dân.

- Đề nghị Chính phủ cơ chế, chính sách ưu tiên giải quyết mở rộng thêm chỉ tiêu liên thông trình độ trung cấp lên đại học đối với khối ngành sức khỏe, trong đó ưu tiên tuyển sinh đào tạo theo địa chỉ và nhu cầu xã hội đối với đối tượng cán bộ y sĩ đang công tác tại các cơ sở y tế tư nhân hiện nay, góp phần giúp đỡ các cơ sở y tế tư nhân khắc phục thực trạng thiếu nguồn nhân lực bác sĩ, tiếp tục nâng cao chất lượng dịch vụ KCB cho người dân, giảm tình trạng vượt tuyến.

- Đề nghị trong tất cả các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản hành chính nhà nước không đề cập đến các khái niệm, từ ngữ: cơ sở ngoài công lập, cơ sở y tế tư nhân, bệnh viện tư nhân, phòng khám tư nhân... chỉ nên thống nhất chung một khái niệm là cơ sở y tế (với các hình thức tổ chức của cơ sở KCB theo quy định) được phân hạng và phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trên cơ sở đánh giá năng lực, chất lượng của các cơ sở y tế.

Để làm rõ những kiến nghị đề xuất nêu trên, Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam xin báo cáo, giải trình, phân tích từng vấn đề cụ thể như sau:

1. Về thẩm quyền phê duyệt điều chỉnh, bổ sung danh mục dịch vụ kỹ thuật đối với bệnh viện tư nhân.

Theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở KCB, Bộ trưởng Bộ Y tế có thẩm quyền phê duyệt lần đầu và phê duyệt bổ sung Danh mục kỹ thuật của cơ sở KCB trực thuộc Bộ Y tế, cơ sở KCB của các Bộ, ngành khác và *cơ sở KCB tư nhân* do Bộ Y tế cấp giấy phép hoạt động. Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (Sở Y tế) có thẩm quyền phê duyệt Danh

mục kỹ thuật lần đầu và Danh mục kỹ thuật bổ sung của cơ sở KCB thuộc Sở Y tế, cơ sở KCB của Bộ, ngành khác trên địa bàn và cơ sở KCB tư nhân (*các phòng khám tư nhân*) do Sở Y tế cấp giấy phép hoạt động (*tại Điều 6*).

Theo ý kiến của các bệnh viện tư nhân, Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 ra đời cách đây đã gần 10 năm, trong đó ***quy định về thẩm quyền phê duyệt Danh mục kỹ thuật của cơ sở KCB đến nay không còn phù hợp***, gây rất nhiều bất cập, tạo sự phân biệt và vướng mắc cho bệnh viện tư nhân trong quá trình hoạt động. Một số bệnh viện tư nhân bức xúc đặt vấn đề: *Vì sao cùng một dịch vụ kỹ thuật nhưng phải phân biệt Sở Y tế phê duyệt cho bệnh viện công lập, trong khi bệnh viện tư nhân phải trình lên Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt, cho dù danh mục kỹ thuật đó đã được áp dụng thường quy ở nhiều cơ sở KCB trên cùng địa bàn, cùng phân tuyến chuyên môn kỹ thuật.*

Một số ý kiến hội viên cũng cho rằng, thủ tục trình thẩm định, phê duyệt Danh mục kỹ thuật đối với bệnh viện tư nhân cũng vô cùng nặng tính hành chính, gây phiền hà, thậm chí tạo kẽ hở để ra đời “*cơ chế xin – cho*”, phát sinh các “*chi phí không chính thức*”. Cụ thể, khi Bộ Y tế nhận được hồ sơ trình thẩm định, phê duyệt danh mục kỹ thuật của bệnh viện tư nhân, Bộ Y tế xem xét và có thể giao quyền cho Sở Y tế địa phương tổ chức đoàn thẩm định. Khi Sở Y tế tổ chức thẩm định xong sẽ gửi Tờ trình báo cáo kết quả với Bộ Y tế, sau đó, Bộ Y tế tổ chức nghiên cứu, xem xét. Nếu hồ sơ trình thẩm định “*đảm bảo đầy đủ*”, Bộ Y tế sẽ ban hành quyết định phê duyệt, ngược lại nếu hồ sơ chưa đảm bảo yêu cầu, Bộ Y tế tiếp tục yêu cầu kiểm tra, xem xét và tổ chức thẩm định lại. Quy trình này kéo dài trong nhiều tháng, gây rất nhiều khó khăn, bức xúc, áp lực cho bệnh viện tư nhân với lý do cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực... đã được bệnh viện tư nhân vay vốn ngân hàng để đầu tư, vô tình phải chịu cảnh thấp thỏm chờ đợi.

Xin được lấy ví dụ đối với dịch vụ kỹ thuật “*Nội soi khớp chân đoán*”. Đây là dịch vụ kỹ thuật thường quy, được nhiều bệnh viện hạng 3 tuyến huyện thực hiện áp dụng triển khai cho bệnh nhân trong nhiều năm qua. Thế nhưng, theo quy định của Thông tư số 43/2013/TT-BYT, đối với các bệnh viện công lập (*trong đó có cả các cơ sở KCB của Bộ, ngành khác trên địa bàn*) thì chỉ cần Giám đốc Sở Y tế tổ chức thẩm định phê duyệt là có thể triển khai áp dụng thực hiện ngay, nhưng ngược lại đối với các bệnh viện tư nhân buộc phải làm thủ tục trình tới Bộ trưởng Bộ Y tế tổ chức thẩm định. Điều này hoàn toàn vô lý và không phù hợp với thực tiễn phát triển, đổi mới, kiến tạo.

2. Về trình tự thủ tục và thẩm quyền cho phép bệnh viện tư nhân áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong hoạt động KCB.

- *Thứ nhất:* Theo Thông tư số 07/2015/TT-BYT ngày 03/04/2015 của Bộ Y tế quy định chi tiết về điều kiện, thủ tục cho phép áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong KCB, Cục Quản lý KCB Bộ Y tế là cơ quan được giao trách nhiệm tiếp nhận, giải quyết hồ sơ đề nghị áp dụng thí điểm và áp dụng chính thức kỹ thuật mới, phương pháp mới của các bệnh viện tư nhân. Ngược lại, Sở Y tế tiếp nhận hồ sơ của các cơ sở KCB trên địa bàn quản lý đối với trường hợp đề nghị áp dụng thí điểm và áp dụng chính thức kỹ thuật mới, phương pháp mới. (tại Khoản 5 Điều 10).

Quy định này tạo nên sự bất bình đẳng giữa các bệnh viện công và bệnh viện tư nhân trên địa bàn. Bởi nếu Sở Y tế có thể tiếp nhận, giải quyết hồ sơ áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới của các công lập hạng 1 tuyến tỉnh trên địa bàn quản lý thì hoàn toàn có đủ năng lực để tiếp nhận, giải quyết hồ sơ áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới cho các bệnh viện tư nhân hạng 3 tuyến huyện hoặc hạng 2, hạng 1 tuyến tỉnh trên địa bàn. Một số ý kiến hội viên cho rằng: *Nếu tiếp tục giữ quan điểm Bộ Y tế tiếp nhận, giải quyết hồ sơ đối với bệnh viện tư nhân là không đổi mới và lạc hậu, bảo thủ, làm tăng cơ chế xin - cho, gây khó dễ cho bệnh viện tư nhân.*

- *Thứ hai:* Tại Khoản 3 Điều 2 và Điều 3 Thông tư số 07/2015/TT-BYT quy định, kỹ thuật mới, phương pháp mới là những kỹ thuật, phương pháp đã được Bộ Y tế phân loại phẫu thuật, thủ thuật là loại đặc biệt, loại I, lần đầu tiên áp dụng tại cơ sở KCB. Việc áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong KCB được thực hiện theo hai bước: Áp dụng thí điểm và áp dụng chính thức (tại Khoản 2 Điều 3).

Như vậy, để được áp dụng chính thức những phẫu thuật loại đặc biệt, loại I, bệnh viện tư nhân trải qua ít nhất 02 lần thẩm định, cấp phép của Bộ Y tế. Quy định “*thí điểm – chính thức*” như trên quá phiền hà về thủ tục và quy trình thẩm định, không chỉ làm gia tăng thêm thủ tục hành chính mà còn cản trở việc phát triển, áp dụng kỹ thuật chuyên sâu ở các bệnh viện tư nhân hiện nay.

3. Về quy định phân hạng cơ sở KCB BHYT

Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 của Bộ Y tế quy định về đăng ký KCB BHYT ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT quy định phân tuyến, phân hạng như sau: (tại Điều 4, Điều 5).

Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng 1, tương đương hạng 2 được xem là cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyến tỉnh hoặc tương đương. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng 3, tương đương hạng 4 hoặc chưa được xếp hạng

tương đương được xem là cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyển huyện và tương đương.

Trong khi đó, Bệnh viện đa khoa công lập cấp huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh được xem là cơ sở KCB BHYT ban đầu là tuyển huyện hoặc tương đương. Bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa, Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương được xem là cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyển tỉnh và tương đương.

Hiện nay, việc phân hạng đối với các đơn vị y tế công lập được quy định tại Thông tư 23/2005/TT-BYT ngày 25/8/2005 của Bộ Y tế hướng dẫn tiêu chuẩn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế và Thông tư 03/2007/TT-BYT ngày 8/2/2007 của Bộ Y tế về sửa đổi khoản 3 Mục IV Thông tư số 23/2005/TT-BYT ngày 25/8/2005 của Bộ Y tế hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế. Việc phân hạng đối với cơ sở y tế tư nhân được thực hiện theo Quyết định số 6062/QĐ-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế ban hành Bảng chấm điểm phân tuyển chuyên môn kỹ thuật và xếp hạng tương đương đối với các cơ sở KCB bệnh tư nhân.

Tuy nhiên, việc phân hạng theo các quy định như trên không chỉ khiến văn bản pháp luật bị chông chéo mà có thể phát sinh thêm các vấn đề như sau:

- ***Bệnh viện công lập hiện nay được quy định là cơ sở KCB BHYT ban đầu phân theo địa giới hành chính*** (theo tuyển). Cụ thể, bệnh viện tuyển huyện, thị xã, thành phố trực thuộc quản lý của đơn vị hành chính cấp tương đương và do Sở Y tế quản lý về hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ. Trường hợp bệnh viện công lập thay đổi hạng bệnh viện thì tuyển cơ sở KCB BHYT ban đầu vẫn không thay đổi. Ví dụ: Bệnh viện đa khoa công lập A là cơ sở KCB BHYT ban đầu được xếp hạng 3 tuyển huyện, khi Bệnh viện A nâng quy mô lên hạng 2 thì vẫn là cơ sở KCB BHYT ban đầu tuyển huyện. Từ đây sẽ phát sinh tình trạng nhiều bệnh viện công lập thuộc tuyển huyện và tương đương “***đua nhau lên hạng***” hạng 2, hạng 1 để được hưởng chính sách thanh toán chi phí dịch vụ BHYT cao hơn như: thuốc, vật tư y tế, công khám, tiền giường bệnh... Trong khi thực tế, nhiều cơ sở y tế công lập tuyển huyện, thị xã, thành phố cơ sở vật chất còn nghèo nàn, khả năng đáp ứng nhu cầu KCB còn hạn chế, nhưng lại thu dung bệnh nhân quá khả năng, tốn nguồn lực, ngân sách nhà nước, tạo áp lực đối với Quỹ BHYT.

- Ngược lại, ***bệnh viện tư nhân được quy định là cơ sở KCB BHYT ban đầu phân theo tuyển khi thay đổi hạng***, do Bộ Y tế quản lý về hoạt động chuyên môn và Sở Y tế địa phương giám sát quá trình thực hiện quy định pháp luật về lĩnh vực y tế. Khi Bệnh viện tư nhân nâng hạng, đồng nghĩa sẽ nâng tuyển cơ sở

KCB BHYT ban đầu. Ví dụ: Bệnh viện tư nhân C là cơ sở KCB BHYT ban đầu hạng 3 tuyến huyện, khi Bệnh viện C nâng lên hạng 2, đồng nghĩa sẽ nâng lên thành tuyến tỉnh. Chính vì lý do này mà trong thời gian qua, nhiều bệnh viện tư nhân có tâm lý không dám nâng hạng bệnh viện, sẽ mất thẻ KCB BHYT ban đầu, chấp nhận cảnh “lao đao, vất vả” vì chính sách phân hạng – phân tuyến nêu trên, dẫn tới muốn nâng cao năng lực KCB, đưa dịch vụ y tế chất lượng đến với người dân cũng phải dè chừng bởi rào cản chính sách.

Bên cạnh đó, thẩm quyền phê duyệt phân hạng giữa cơ sở y tế tư nhân và cơ sở y tế công lập cũng còn nhiều bất cập, phân biệt. Cụ thể, bệnh viện tư nhân muốn nâng hạng bệnh viện buộc phải làm thủ tục thẩm định trình Bộ Y tế phê duyệt, trong khi cơ sở y tế công lập thuộc thẩm quyền của Sở Y tế và UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Điều này vừa gây phiền hà, dễ phát sinh những nhiễu trong thủ tục hành chính vừa cản trở cơ sở y tế tư nhân phát triển.

4. Về thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động bệnh viện tư nhân.

Theo quy định của Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009 được Quốc hội thông qua ngày 23/11/2009 và Nghị định 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB, Bộ trưởng Bộ Y tế có thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB thuộc Bộ Y tế, **bệnh viện tư nhân** hoặc thuộc các bộ khác. Giám đốc Sở Y tế có thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB trên địa bàn. Như vậy, tất cả các bệnh viện tư nhân có quy mô dù lớn hay nhỏ, mức đầu tư như thế nào khi muốn cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đều phải làm thủ tục hồ sơ trình xin phép Bộ trưởng Y tế.

Theo phản ánh, doanh nghiệp không lo lắng về chi phí đầu tư, mà vấn đề đáng lo ngại nhất là trình tự thủ tục hành chính và thẩm quyền giải quyết các thủ tục hồ sơ thẩm định, phê duyệt mất rất nhiều thời gian, công sức, thậm chí cả “*chi phí không chính thức*” của doanh nghiệp.

Ví dụ: Bệnh viện A đã được Bộ Y tế cấp phép hoạt động với quy mô 30 giường bệnh. Trong quá trình hoạt động, Bệnh viện A muốn nâng quy mô lên 50 giường bệnh (quy trình điều chỉnh giấy phép hoạt động). Sau khi được UBND tỉnh chấp thuận điều chỉnh chủ trương đầu tư, Bệnh viện A tiến hành hoàn chỉnh Hồ sơ đề nghị Bộ Y tế điều chỉnh giấy phép hoạt động. Theo quy định, trước thời điểm nộp hồ sơ trình thẩm định, Bệnh viện A phải đảm bảo đã hoàn thành đầu tư cơ sở vật chất, máy móc, trang thiết bị y tế, nguồn nhân lực... Trong thời hạn 90

ngày (tròn 03 tháng), kể từ ngày nhận đủ hồ sơ của Bệnh viện A, Bộ trưởng Bộ Y tế sẽ tổ chức thành lập đoàn thẩm định tại Bệnh viện A (trong một số trường hợp, Bộ Y tế sẽ giao cho Sở Y tế thành lập Đoàn thẩm định). Sau khi có kết quả thẩm định của Sở Y tế (nếu quá trình thẩm định không phát sinh vướng mắc), Bộ Y tế sẽ ban hành quyết định điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với Bệnh viện A.

Như vậy trong thời gian 03 tháng, mặc dù đã hoàn thành việc đầu tư cơ sở vật chất, máy móc, trang thiết bị y tế, nguồn nhân lực... nhưng vì quy định của Luật mà Bệnh viện A phải chấp nhận chờ đợi Bộ Y tế phê duyệt thay đổi quy mô bệnh viện, không được phép hoạt động. Việc này gây nên sự lãng phí, tốn kém và vô cùng bất cập đối với nhà đầu tư.

Trong khi đó, cũng trên cùng địa bàn, trong trường hợp một bệnh viện công lập hạng 2 cấp tỉnh có quy mô 600 giường bệnh có nhu cầu nâng cấp lên 1.000 giường bệnh. Cũng trong thời gian và thủ tục như vậy nhưng chỉ cần Giám đốc Sở Y tế ban hành quyết định phê duyệt. Điều này đã tạo ra sự phân biệt đối xử giữa bệnh viện công và bệnh viện tư trên cùng một địa bàn hoạt động, đồng thời đặt ra vấn đề về năng lực thẩm định của Sở Y tế đối với các bệnh viện tư nhân.

Thực hiện Quyết định số 792/QĐ-TTg ngày 28/6/2018 của Thủ tướng Chính phủ phân công cơ quan chủ trì soạn thảo, thời hạn trình các dự án luật được điều chỉnh trong Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2018, các dự án luật thuộc Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2019, Bộ Y tế đã chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, địa phương và các cơ quan, tổ chức có liên quan tiến hành xây dựng Dự án Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi).

Ngày 06/3/2020, Chính phủ đã có Tờ trình số 75/TTr-CP trình Quốc hội dự án Luật KCB (sửa đổi). Theo đó, trong nội dung Luật KCB (sửa đổi), cơ quan soạn thảo đã tiếp thu, sửa đổi nội dung này theo hướng giao quyền cho Sở Y tế địa phương cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động bệnh viện tư nhân trên địa bàn.

Tuy vậy, ngày 24/4/2020, Tổng thư ký Quốc hội đã có văn bản số 3571/TB-TTKQH thông báo kết luận của Ủy ban thường vụ Quốc hội tại phiên họp thứ 44 (tháng 4/2020) - đợt 1, trong đó nêu: *Tạm thời rút dự án Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) ra khỏi Chương trình kỳ họp thứ 9 để Chính phủ, ngành y tế tập trung dành thời gian cho công tác phòng, chống dịch bệnh COVID-19. Đề nghị Chính phủ chỉ đạo cơ quan soạn thảo nghiên cứu kỹ lưỡng, tổng kết, đánh giá bổ sung, lấy ý kiến rộng rãi các đối tượng có liên quan, hoàn thiện hồ sơ bảo đảm chất lượng, tạo sự đồng thuận giữa các cơ quan có liên quan. Ủy ban thường vụ*

Quốc hội sẽ quyết định việc bổ sung vào Chương trình trình Quốc hội sau khi xem xét, cho ý kiến về nội dung dự án Luật.

Ngày 10/6/2020, Quốc hội ban hành Nghị quyết số 106/2020/QH14 chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2021, điều chỉnh Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2020. Theo đó, trong Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2021 và 2022, không có dự thảo Luật KCB (sửa đổi). Như vậy, dự án Luật KCB (sửa đổi) sẽ tiếp tục được cơ quan soạn thảo nghiên cứu, hoàn thiện bảo đảm chất lượng trong thời gian tới.

5. Về vướng mắc thực hiện thanh toán chi phí thuốc vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật và phân hạng bệnh viện tại các bệnh viện tư nhân.

Ngày 30/10/2018, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 30/2018/TT-BYT về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT (Thông tư 30/2018/TT-BYT) kèm theo Danh mục thuốc hoá dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT. Theo đó, tại Điểm d Khoản 1 Điều 2 nêu rõ:

“Trường hợp cơ sở KCB thực hiện được các dịch vụ kỹ thuật của tuyến cao hơn theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật thì được sử dụng các thuốc theo danh mục thuốc quy định đối với tuyến cao hơn, phù hợp với dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Cơ sở KCB tổng hợp, gửi danh mục thuốc cho cơ quan BHXH để làm cơ sở thanh toán”.

Thực tế, Thông tư 30/2018/TT-BYT ra đời đã khuyến khích được các cơ sở tuyến dưới (nhất là các bệnh viện tư nhân phân tuyến chuyên môn kỹ thuật hạng 3 tuyến huyện) thực hiện các dịch vụ kỹ thuật của tuyến cao hơn, đặc biệt đối với các dịch vụ kỹ thuật thuộc lĩnh vực Ngoại khoa khi điều trị các trường hợp bệnh nhân nặng như: Chấn thương sọ não, Thay khớp gối, khớp háng, Phẫu thuật cột sống,...góp phần giảm áp lực về tình trạng quá tải đối với bệnh viện tuyến trên, đồng thời giúp người bệnh tiết kiệm được thời gian, chi phí điều trị mà vẫn được hưởng đúng, đủ chính sách BHYT và vật tư y tế trong quá trình điều trị.

Tuy nhiên, theo phản ánh của hội viên, vấn đề hạn chế, vướng mắc của Thông tư 30/2018/TT-BYT hiện nay là Bộ Y tế (hoặc Sở Y tế) chỉ phê duyệt và cho phép các bệnh viện tuyến dưới được làm các kỹ thuật của bệnh viện tuyến trên đối với các bệnh thuộc lĩnh vực Ngoại khoa, còn rất nhiều các bệnh thuộc lĩnh vực Nội khoa hiện nay không có quy định, hướng dẫn nào, và hiện cũng chưa có tiêu chí, cơ sở để Bộ Y tế (hoặc Sở Y tế) phê duyệt phân loại các mặt bệnh nào thuộc phạm vi điều trị của bệnh viện hạng 3, hạng 2 hoặc hạng 1. Các bệnh Nội

khoa này được điều trị ở đâu phụ thuộc vào năng lực chuyên môn của bệnh viện và khả năng tài chính của người bệnh.

Ví dụ: đối với các bệnh nhân bị Viêm tụy cấp thể hoại tử, Nhiễm tụ cầu kháng methicilin, Nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng liên quan đến vi khuẩn đa kháng,... Đây là những bệnh nội khoa rất nặng, theo đúng phác đồ điều trị của Bộ Y tế quy định, cần phải sử dụng những loại thuốc đặc trị chuyên biệt để điều trị cho bệnh nhân như: Meropenem, Imipenem + Cilastatin, Vancomycin, Colistin..... Tuy nhiên, trong Danh mục thuốc hoá dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT của Thông tư 30/2018/TT-BYT, những loại thuốc này chỉ được sử dụng tại bệnh viện hạng 2 tuyến tỉnh hoặc tương đương trở lên. Do vậy, để kịp thời chữa trị cho bệnh nhân đảm bảo quyền lợi người bệnh tham gia BHYT, Bệnh viện hạng 3 buộc phải chuyển bệnh nhân lên bệnh viện hạng 2 tuyến tỉnh. Tuy vậy trong nhiều trường hợp, bệnh nhân không đồng ý chuyển tuyến vì không có điều kiện kinh tế và khả năng chi trả trong quá trình điều trị ở tuyến trên. Bên cạnh đó, trong 2 năm qua, do dịch bệnh Covid-19 diễn biến phức tạp, một số bệnh viện tuyến trên đề nghị bệnh viện tuyến dưới hạn chế chuyển tuyến hoặc tạm thời không tiếp nhận bệnh nhân tuyến dưới để đảm bảo các tiêu chí, quy định trong công tác phòng, chống dịch theo chỉ đạo của ngành y tế. Trong điều kiện như vậy, các bệnh viện tư nhân hạng 3 buộc phải tiếp nhận và tự chủ động mua các loại thuốc nói trên tiếp tục điều trị cho bệnh nhân, đảm bảo theo đúng quy trình chuyên môn khi điều trị.

Cũng từ đây lại phát sinh thêm vấn đề khi cơ sở y tế thực hiện thanh quyết toán chi phí KCB BHYT với cơ quan BHXH, hầu hết các loại thuốc điều trị lĩnh vực Nội khoa thuộc tuyến trên khi được thực hiện tuyến dưới đều không được cơ quan BHXH chấp nhận và bị xuất toán.

Hiện nay, thực hiện Quyết định số 6062/QĐ-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế ban hành Bảng chấm điểm phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và xếp hạng tương đương đối với các cơ sở KCB bệnh tư nhân, đa số các bệnh viện tư nhân đều phân tuyến chuyên môn kỹ thuật hạng 3 tuyến huyện hoặc tương đương. Mặc dù các bệnh viện tư nhân đã có báo cáo, giải trình, xin ý kiến các cơ quan có thẩm quyền nhưng đến nay vẫn chưa nhận được ý kiến phản hồi, giải quyết, trong khi đó việc sử dụng thuốc vượt hạng vẫn đang diễn ra tại hầu hết các bệnh viện tư nhân hạng 3 và nguy cơ bị cơ quan BHXH xuất toán thường trực hàng ngày.

6. Về việc công nhận kết quả khám, điều trị của bệnh viện tư nhân đối với người bệnh có bệnh, tật, dị dạng, dị tật liên quan đến phơi nhiễm chất độc hóa học.

Hiện nay, rất nhiều đối tượng tham gia hoạt động kháng chiến, người có công với cách mạng trong quá trình KCB tại các bệnh viện tư nhân đã phát hiện có bệnh, tật, dị dạng, dị tật liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học. Sau đó làm hồ sơ giám định y khoa lần đầu (có kèm bệnh án điều trị tại bệnh viện tư nhân) nộp cho Hội đồng giám định y khoa tỉnh để giám định bị phơi nhiễm với chất độc hóa học để được hưởng chính sách hỗ trợ của Nhà nước.

Tuy nhiên, Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh không chấp nhận và không xem kết quả khám, điều trị ghi trong bệnh án của bệnh viện tư nhân là căn cứ để xác định người bệnh có bệnh, tật, dị dạng, dị tật liên quan đến phơi nhiễm chất độc hóa học, mà yêu cầu các đối tượng phải có Bản tóm tắt Bệnh án điều trị nội trú hoặc Bản tóm tắt quá trình điều trị ngoại trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên theo mẫu quy định. Các giấy tờ trên do Thủ trưởng đơn vị hoặc người được ủy quyền ký tên, đóng dấu của đơn vị và được Sở LĐTB&XH sao và xác nhận...

Đây là một phần nội dung quy định tại Khoản 1, Khoản 2 Điều 10 của Thông tư Liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/06/2016 do Liên Bộ Y tế, Bộ LĐTB&XH ban hành hướng dẫn khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học đối với người hoạt động kháng chiến và con đẻ của họ (*thay thế Thông tư Liên tịch số 41/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 18/11/2013*). Quy định trên đây vô tình khiến cho các đối tượng tham gia hoạt động kháng chiến, có công với cách mạng gặp khó khăn, vất vả, khiến các đối tượng phải chờ đợi.

Bên cạnh không phù hợp với thực tế, thiếu công tâm, quy định nêu trên còn xem nhẹ vai trò của khối bệnh viện tư nhân, ưu tiên cho bệnh viện công, không đúng với chủ trương của Đảng, Nhà nước, Chính phủ về xây dựng nguyên tắc cạnh tranh bình đẳng, không phân biệt công - tư trong cung cấp dịch vụ y tế. Trong khi đó, hiện nay, dưới sự kiểm tra, giám sát chặt chẽ của cơ quan quản lý Nhà nước về lĩnh vực y tế, nhiều bệnh viện tư nhân đã đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện đại, nguồn nhân lực chất lượng cao, đáp ứng đầy đủ các tiêu chí, yêu cầu của Bộ y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và xếp hạng tương đương với các tuyến huyện, tuyến tỉnh. Thậm chí, một số bệnh viện tư nhân được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật tương đương hạng I tuyến tỉnh, có cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế đầu tư tốt hơn so với một số bệnh viện công lập cùng tuyến. Mặc dù vậy, kết quả khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học cho các đối tượng đều không được cơ quan nhà nước có thẩm quyền công nhận.

7. Về chính sách hỗ trợ KCB cho người nghèo, làm khó người nghèo vì quy định phân biệt công – tư.

Theo phản ánh của một số bệnh viện tư nhân, trong những năm qua, nhiều người nghèo (*bao gồm: Người thuộc hộ nghèo; Đồng bào dân tộc thiểu số đang sinh sống ở xã, phường, thị trấn thuộc vùng khó khăn; Người thuộc diện được hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật và người đang được nuôi dưỡng tại các cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước; Người mắc bệnh ung thư, chạy thận nhân tạo, mổ tim hoặc các bệnh khác gặp khó khăn do chi phí cao mà không đủ khả năng chi trả viện phí*) có thẻ BHYT hộ nghèo mặc dù ở ngay sát bệnh viện tư nhân khi đi khám, điều trị bệnh nội trú tại bệnh viện tư nhân lại không được hưởng chính sách hỗ trợ một phần tiền ăn, tiền đi lại và một phần chi phí KCB BHYT theo quy định.

Các đối tượng này nếu muốn được hưởng chính sách hỗ trợ của Nhà nước buộc phải đi khám, điều trị nội trú tại các ***cơ sở y tế của Nhà nước từ tuyến huyện trở lên***, tuy nhiên, điều chớ trên là các bệnh viện công lập có thể cách nơi ở của người dân nghèo hàng chục kilomet. Trong trường hợp người nghèo tự lựa chọn cơ sở KCB (trái tuyến, vượt tuyến) hoặc KCB theo yêu cầu thì phải tự thực hiện việc thanh toán chi phí KCB theo quy định hiện hành.

Đây là vấn đề bất cập và vướng mắc được quy định tại Điều 4 Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ (*sửa đổi, bổ sung một số điều của Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ về KCB cho người nghèo*) và Khoản 2 Điều 3 Thông tư liên tịch số 33/2013/TTLT-BYT-BTC ban hành ngày 18/10/2013 của Liên Bộ Y tế - Tài chính (*hướng dẫn tổ chức thực hiện Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ về khám, chữa bệnh cho người nghèo*).

Quy định về chế độ hỗ trợ đối tượng người nghèo tại Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ đến nay ra đời đã 9 năm không còn phù hợp, gây thêm khó khăn, bất cập cho người nghèo trong quá trình đi KCB nội trú. Cụ thể, người nghèo có thẻ BHYT ở gần bệnh viện tư nhân nhẽ ra khi đi KCB nội trú tại bệnh viện tư nhân vừa không phải đi xa nhưng vẫn được hưởng chính sách hỗ trợ của nhà nước, đồng thời giảm được chi phí, ngân sách của Quỹ KCB cho người nghèo của địa phương. Ngược lại, nếu vẫn áp dụng chế độ hỗ trợ đối tượng người nghèo tại Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg, người

nghèo vừa khó khăn, vất vả khi đi KCB, vừa gây tốn kém chi phí, ngân sách của Quỹ KCB cho người nghèo.

8. Về phát triển nguồn nhân lực bác sĩ đối với bệnh viện tư nhân

Theo thống kê, cả nước hiện có trên 300 bệnh viện tư nhân, trong đó nhiều bệnh viện có quy mô từ 200 đến hơn 1.000 giường bệnh. Hầu hết các bệnh viện đã đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị tiên tiến, hiện đại đáp ứng nhu cầu chẩn đoán, điều trị, chăm sóc bệnh nhân. Nhiều bệnh viện tư nhân vẫn đang tiếp tục đầu tư xây dựng mới, mở rộng, nâng cấp quy mô hoạt động, nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng tăng cao, giảm tình trạng vượt tuyến, quá tải bệnh viện tuyến trên hiện nay.

Để công tác đầu tư mở rộng quy mô và nâng cao chất lượng KCB đảm bảo theo đúng tiêu chí, quy định pháp luật đầu tư lĩnh vực y tế, cơ sở y tế tư nhân phải đảm bảo đủ nguồn lực bác sĩ cơ hữu hoạt động. Tuy nhiên, đây là vấn đề khó khăn, bất cập nhất hiện nay của bệnh viện tư nhân nói riêng và hệ thống y tế tư nhân Việt Nam nói chung.

Theo kết quả khảo sát của Hiệp hội, nguồn nhân lực có trình độ Trung cấp y sĩ hiện đang tham gia làm việc, công tác tại các cơ sở KCB tư nhân chiếm tỷ lệ rất lớn. Hầu hết các đối tượng cán bộ y sĩ này đều có mong muốn, nguyện vọng được nâng cao nghiệp vụ chuyên môn, học tập liên thông lên đại học trình độ bác sĩ đa khoa để tiếp tục đóng góp, gắn bó công tác lâu dài trong ngành y tế.

Ngày 31/5/2017, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 18/2017/QĐ-TTg quy định về liên thông giữa trình độ trung cấp, trình độ cao đẳng với trình độ đại học. Trong đó, tại Điều 5 quy định “...*chỉ tiêu tuyển sinh liên thông chính quy, chỉ tiêu tuyển sinh liên thông vừa làm vừa học không vượt quá 20% chỉ tiêu tuyển sinh chính quy, chỉ tiêu tuyển sinh vừa làm vừa học tương ứng theo ngành đào tạo. Trường hợp đặc biệt cần đào tạo liên thông để thực hiện nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm an ninh, quốc phòng của đất nước, Bộ Giáo dục và Đào tạo tổng hợp, báo cáo Thủ tướng Chính phủ quyết định*”. Trong bối cảnh hiện nay, khi Chính phủ, Bộ GD-ĐT đã giao quyền tự chủ cho các Trường Đại học thì quy định như trên phần nào hạn chế chỉ tiêu tuyển sinh của các trường khối ngành sức khỏe, đặc biệt trong giai đoạn dịch bệnh COVID-19 phức tạp và tình hình bệnh tật diễn biến như hiện nay.

Trên đây là tổng hợp những khó khăn, vướng mắc và giải trình về các quy định, chính sách pháp luật trong lĩnh vực y tế đã ra đời lâu năm, chông chéo, bất cập, không phù hợp thực tiễn, gây khó khăn, kìm hãm sự phát triển đối với hệ thống y tế tư nhân, có nội dung đã Hiệp hội kiến nghị, đề xuất nhiều lần đến Quốc

hội, Chính phủ và các bộ, ngành quan tâm, chỉ đạo nhưng đến nay vẫn chưa được xem xét, giải quyết. Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam trân trọng báo cáo Thủ tướng Chính phủ quan tâm, chỉ đạo giải quyết.

Xin trân trọng cảm ơn!

Nơi nhận:

- Như trên;
 - Ủy ban Thường vụ Quốc hội;
 - Đ/c Nguyễn Thuý Anh, Chủ nhiệm Ủy ban Về CVĐXH của Quốc hội;
 - Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long;
 - Bộ trưởng Bộ Tư pháp Lê Thành Long;
 - UBTWMTTQ Việt Nam;
 - Tổ công tác của Thủ tướng CP rà soát văn bản quy phạm pháp luật;
 - Văn phòng Chính phủ;
 - Phòng TMCN Việt Nam;
 - Hội viên Hiệp hội;
 - Lưu VP.
- (để b/c);

**TM. BAN CHẤP HÀNH
CHỦ TỊCH**



TS. Nguyễn Văn Đệ
Ủy viên UBTW MTTQ Việt Nam