**NGUỒN LỰC ĐẦU TƯ CHO KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH & XÃ HỘI HÓA, HỢP TÁC CÔNG TƯ TRONG VẬN HÀNH HỆ THỐNG Y TẾ: THỰC TRẠNG VÀ**

**KIẾN NGHỊ SỬA ĐỔI, BỔ XUNG TRONG DỰ THẢO LUẬT KHÁM BỆNH-CHỮA BỆNH (SỬA ĐỔI)[[1]](#footnote-1)**

*BS.TS. Trần Tuấn*

*Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD)*

*trantuanrtccd@gmail.com*

Vấn đề xã hội hóa, hợp tác công tư trong vận hành hệ thống y tế là một chủ trương lớn của Đảng trong lĩnh vực y tế-xã hội. Thể hiện vấn đề này thế nào trong luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi), là bài toán đang xuất hiện nhiều lời giải từ các góc nhìn khác nhau.

Tham luận này phản ánh góc nhìn của một chuyên gia dịch tễ học với 30 năm nghiên cứu hệ thống chăm sóc y tế và giảm đói nghèo phát triển cộng đồng[[2]](#footnote-2), đã tham gia phản biện khoa học luật khám bệnh chữa bệnh năm 2009, luật bảo hiểm y tế (sửa đổi) 2014, tham gia tư vấn xây dựng chiến lược phòng chống đại dịch COVID-19 vừa qua và tham gia vận động điều chỉnh nhiều chính sách khác trong y tế dự phòng và đổi mới hệ thống y tế trong suốt thập kỷ qua cho mục tiêu một nền y tế phổ cập công bằng, khoa học, hiệu quả và phát triển bền vững.

Nói gọn, có thể xem đó là góc nhìn khoa học y tế dự phòng và y tế công cộng đứng trước 3 thực tế đặc thù của đất nước[[3]](#footnote-3) cùng 13 thách thức trong chăm sóc sức khỏe toàn cầu được tổ chức Y tế Thế giới (WHO) kêu gọi các chính phủ quan tâm giải quyết[[4]](#footnote-4) để xét bài toán xã hội hóa nguồn lực đầu tư cho công tác khám bệnh chữa bệnh nói riêng và vận hành hệ thống y tế nói chung.

Vì thế, trước khi đi vào đánh giá những kiến nghị đưa ra với dự luật KB-CB (sửa đổi) phiên bản mới nhất số 04 (ngày 25/7/2022), cần bàn về “xã hội hóa” được hiểu thế nào, bởi tác giả đã dựa vào đó để giải bài toán thực tế huy động nguồn lực đầu tư cho khám bệnh, chữa bệnh và vấn đề hợp tác công tư trong y tế.

1. XÃ HÔI HÓA CÔNG TÁC KHÁM CHỮA BỆNH TRONG NỀN KINH TẾ THỊ TRƯỜNG ĐỊNH HƯỚNG XÃ HỘI CHỦ NGHĨA TỪ GÓC NHÌN KHOA HỌC Y TẾ DỰ PHÒNG
	1. **Xã hội hóa: Tính tất yếu cho một nền y tế hiện đại, khoa học, hiệu quả và bền vững trước các thách thức toàn cầu**

Hệ thống chăm sóc sức khỏe (health care system) nghĩa đầy đủ gồm hệ thống chăm sóc y tế cho từng cá nhân (Medical Services) cùng hệ thống y tế công cộng chăm sóc cho cộng đồng (Public Health)[[5]](#footnote-5) để đảm bảo kiểm soát hiệu quả các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh tật và giáo dục giữ gìn nâng cao sức khỏe (Health Promotion).

Trong khái niệm hiện đại về chăm sóc sức khỏe (healthcare) nói chung và chăm sóc y tế (medical care) nói riêng, dự phòng (preventive approach) là cách đề cập đảm bảo khoa học và hiệu quả kinh tế đúng cho mọi loại hình hoạt động y tế, được lồng ghép trong mọi khâu của tiến trình ( bao gồm từ phòng bệnh, khám bệnh, chữa bênh, phục hồi chức năng, duy trì và nâng cao sức khỏe) và được thể hiện nhất quán từ cấp độ cơ bản (cá nhân, gia đình) tới cấp độ lớn hơn (cộng đồng), và bao trùm hơn (quốc gia, quốc tế). Bởi thế, nếu tuân thủ theo khoa học y tế dự phòng và y tế công cộng xét tiến trình xây dựng và vận hành hệ thống dịch vụ y tế trong nền kinh tế thị trường, thì tất yếu, chăm sóc y tế nói riêng và chăm sóc sức khỏe nói chung phải được “xã hội hóa”, tức có sự tham gia chủ động, tích cực của mọi người dân, mọi tổ chức, mọi cộng đồng vào tất cả các giai đoạn của tiến trình ngăn ngừa yếu tố nguy cơ gây hại sức khỏe, phát huy và duy trì yếu tố tích cực, chủ động phát hiện sớm bệnh tật, và tất nhiên, bao gồm cả sự tham gia trong tiến trình khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng sau khi mắc bệnh của người dân.

Chỉ có như thế, mới đảm bảo đầy đủ ý nghĩa của phương châm dự phòng và tính hiệu quả kinh tế cho vấn đề đã được khoa học chỉ ra và tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tóm tắt bằng khẩu hiệu hành động: “Health for All, All for Health”!

Xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc y tế nói riêng được tác giả hiểu là như thế.

Điều này không hề mới. Bằng chứng, trước cả khi có khẩu hiệu của WHO, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã thể hiện chủ trương “xã hội hóa chăm sóc sức khỏe” bao gồm trong đó tinh thần “dự phòng xuyên suốt, hàng đầu, tất cả vì sức khỏe, sức khỏe cho tất cả” qua lời kêu gọi nêu trong Hộp 1.

Hộp 1- Lời kêu gọi của Chủ tịch Hồ Chí Minh ngày 27/3/1946 toàn dân tham gia giữ gìn sức khỏe[[6]](#footnote-6)

*“Hỡi đồng bào toàn quốc!*

*Giữ gìn dân chủ, xây dựng nước nhà, gây đời sống mới, việc gì cũng cần có sức khỏe mới thành công.*

*Mỗi một người dân yếu ớt tức là làm cho cả nước yếu ớt một phần; mỗi một người dân mạnh khỏe, tức là góp phần cho cả nước mạnh khỏe.*

*Vậy nên luyện tập thể dục, bồi bổ sức khỏe là bổn phận của mỗi người dân yêu nước.*

*Việc đó không tốn kém, khó khăn gì, gái trai, già trẻ, ai cũng nên làm và ai cũng làm được. Mỗi người lúc ngủ dậy, tập ít phút thể dục, ngày nào cũng tập thì khí huyết lưu thông, tinh thần đầy đủ. Như vậy thì sức khỏe.*

*Dân cường, nước thịnh. Tôi mong đồng bào ta ai cũng gắng tập thể dục.*

*Tự tôi ngày nào cũng tập”.*

Còn nhiều bằng chứng khoa học và cơ sở thực tiễn thành công cho yêu cầu “xã hội hóa” công tác chăm sóc sức khỏe để có hệ thống y tế nhân đạo, công bằng, khoa học, hiệu quả, và phát triển bền vững!

Vấn đề lúc này là hiểu và vận dụng cho đúng khái niệm này vào triển khai cụ thể trong thực tế nền kinh tế thị trường cạnh tranh, toàn cầu hóa, thể hiện bằng luật pháp, chính sách y tế, trong đó có luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) để toàn xã hội hiểu đúng và vận hành đúng, phù hợp với hoàn cảnh đặc thù của đất nước và khuyến cáo quốc tế.

* 1. **Tồn tại tất yếu hai hình thái dịch vụ chăm sóc y tế/ chăm sóc sức khỏe trong nền kinh tế thị trường toàn cầu hóa!**

Như thế, thị trường chăm sóc sức khỏe/chăm sóc y tế trong nước (cũng như toàn cầu) “xã hội hóa” khi tự trong nó bao gồm cùng lúc tồn tại 2 hình thái dịch vụ cụ thể xét theo góc nhìn kinh tế thị trường: (1) Hình thái dịch vụ y tế/dịch vụ chăm sóc sức khỏe vận hành theo nguyên tắc “thuận mua, vừa bán”, tức kinh doanh có lợi nhuận; và (2) Hình thức dịch vụ phi thương mại, không vì mục tiêu lợi nhuận ( gồm dịch vụ miễn phí, hoàn toàn hoặc một phần cho mục tiêu nhân đạo; hoặc thu phí xây dựng theo nguyên tắc chỉ tính đúng, tính đủ cho duy trì và phát triển dịch vụ theo mục tiêu nhân đạo, không vì lợi nhuận) .

Để bạn đọc tiện theo dõi cho mục tiêu phân tích luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi), từ đây trở đi bài viết sẽ chỉ đề cập tới “dịch vụ chăm sóc y tế” (medical services) thay vì bao hàm cả “chăm sóc sức khỏe”.

* 1. **Đinh hướng kinh tế thị trường xã hội chủ nghĩa: Đặt lợi ích toàn dân lên trên lợi ích kinh doanh thương mại!**

Tính hai mặt tồn tại trong mọi sự vật, hiện tượng!. Kinh tế thị trường (trong chăm sóc y tế hay bất kỳ thị trường dịch vụ nào khác) cũng tồn tại đồng thời cả mặt tích cực và mặt hạn chế. Định hướng xã hội chủ nghĩa là định hướng “xem trọng tính nhân đạo và đặt lợi ích toàn dân lên trước tính hiệu quả kinh tế”. Điều này dược Đảng Cộng Sản Việt Nam thể hiện bằng mục tiêu cụ thể đặt ra cho công tác y tế trong tình hình mới: “… Xây dựng hệ thống y tế công bằng, chất lượng, hiệu quả và hội nhập quốc tế. Phát triển nền y học khoa học, dân tộc và đại chúng” [[7]](#footnote-7). Hiểu đúng về mặt thực hành tiến trình xây dựng luật pháp, chính sách y tế, là khi đối đầu với bài toán “cân bằng lợi ích các bên tham gia thị trường chăm sóc y tế”, phải đi theo nguyên tắc “đảm bảo đặt ưu tiên cao nhất cho lợi ích toàn dân. Đảm bảo không đánh mất tính nhân đạo trong chăm sóc y tế”! Lợi ích thương mại, lợi ích kinh tế không bao giờ đặt vượt trên lợi ích nhân đạo cho dân trong mọi luật, chính sách y tế đưa ra, trong đó có luật khám bệnh, chữa bệnh!

Có thể xem 3 ý nêu trên chính là “thuộc tính” bao hàm trong chủ trương xã hôi hóa dịch vụ y tế của Đảng! Đấy cũng là cơ sở để phân tích luật KB-CB (sửa đổi) phiên bản 04 ngày 25/8/2022 (sau đây gọi tắt là dự thảo 04).

Luật KB-CB (sửa đổi) được xem là đảm bảo tốt nội hàm xã hội hóa nêu trên, khi nội dung luật thể hiện được 3 yêu cầu cơ bản:

* Đảm bảo huy động cao nhất các nguồn lực trong xã hội tham gia đầu tư cung cấp dịch vụ KB-CB bằng việc có được 3 chủ thể cùng tồn tại cung cấp dịch vụ y tế theo khuyến cáo của khoa học y tế công cộng: Công, Tư, và ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi.
* Tạo được khung pháp lý cho các chủ thể này cạnh tranh công bằng thông qua cơ chế giám sát theo dõi đánh giá chất lượng dịch vụ đảm bảo tiêu chuẩn khoa học, nhân đạo vì dân.
* Tạo được khung pháp lý đảm bảo hệ thống giá dịch vụ y tế minh bạch, tính đúng, tính đủ cho các chủ thể nhân đạo phi vụ lợi, theo sát diễn biến thị trường,
* Lấy sự cạnh tranh công bằng giữa các chủ thể thông qua sự lựa chọn của người dân trước giá dịch vụ và chất lượng dịch vụ cung cấp làm công cụ đảm bảo lợi ích khách hàng cao nhất và giảm thiểu tối đa nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế (mặt trái của kinh tế thị trường) theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới[[8]](#footnote-8).
1. ĐÁNH GIÁ XÃ HỘI HÓA NGUỒN LỰC ĐẦU TƯ CHO Y TẾ THỂ HIỆN TRONG DỰ THẢO LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BÊNH PHIÊN BẢN 04 (25/7/2022
	1. **Điểm son của dự thảo 04: đưa vào chủ thể ngoài nhà nước cung cấp dịch vụ khám bênh, chữa bệnh nhân đạo, phi vụ lợi**

So sánh với Dự thảo luật phiên bản 03 (02/04/2022), điểm mới trong dự thảo 04 nổi bật nhất (xét cho bài toán nguồn lực đầu tư cho khám chữa bệnh và vấn đề xã hội hóa dịch vụ khám bệnh chữa bệnh), chính là:

* Đã “công nhận cho sự tồn tại loại hình khám bệnh, chữa bệnh ngoài nhà nước, nhân đạo, phi vụ lợi”. Thể hiện ở:
	+ Chương 1, điều 1: “Phạm vị điều chỉnh” – Thêm mới: *“khám bênh, chữa bệnh nhân đạo, không vì mục đích lợi nhuận”.*
	+ Chương 1, điều 2 “giải thích thuật ngữ”, mục 26 “ *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân hoạt động không vì lợi nhuận là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà nhà đầu tư cam kết hoạt động không vì lợi nhuận, được ghi nhận trong quyết định cho phép thành lập hoặc quyết định chuyển đổi loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hoạt động không vì lợi nhuận, không rút vốn, không hưởng lợi tức; phần lợi nhuận tích lũy hàng năm thuộc sở hữu chung hợp nhất không phân chia để tiếp tục đầu tư phát triển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.*
	+ Chương 1, điều 4 “chính sách của nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh”- mục 4 nhấn mạnh “*Khuyến khích xã hội hóa, huy động các nguồn lực cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh… các hoạt động đầu tư phát triển dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt trong phát triển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động không vì mục đích lợi nhuận…*”
	+ Chương 8 “khám chữa bệnh nhân đạo, không vì mục đích lợi nhuận”, điều 84 (mục 1- *quyền đề nghị được tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo phi lợi nhuận*) & 85 (*ưu đãi với khám chữa bệnh nhân đạo không vì mục đích lợi nhuận*)
	+ Chương IX, điều 100 (xã hội hóa công tác khám chữa bệnh)/
* Đã hàm ý tách bạch thành hai loại hình: (1) “*khám chữa bệnh nhân đạo miễn phí*” với (2) “*khám chữa bệnh nhân đạo có thu phí không vì mục đích lợi nhuận*”.

Mặc dù nội dung cụ thể cho sự tồn tại của chủ thể nhân đạo phi vụ lợi trong cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh còn cần rất nhiều bổ xung và điều chỉnh (sẽ nêu trong phần khuyến cáo), để thực sự tạo nên một môi trường pháp lý cạnh tranh bình đẳng giữa chủ thể này với hai chủ thể y tế công và y tế tư nhân kinh doanh vì lợi nhuận, tuy nhiên sự công nhận này là một bước tiến lớn của dự thảo 04.

* 1. **Ý nghĩa của công nhận chủ thể cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo, không hoặc có thu phí không vì mục đích lợi nhuận**

Cần xem đây là “điểm son”, bởi việc chỉ ra sự thiếu hụt chính sách hình thành và phát triển “Y tế nhân đạo, phi vụ lợi” trong chuyển đổi hệ thống y tế Việt nam khi bước sang nền kinh tế thị trường toàn cầu hóa đã có từ tiến trình vân động xây dựng luật KB-CB năm 2009 (nhưng thất bại!). Lại có những bài viết mạnh trên truyền thông nhà nước và mạng xã hội chỉ ra sự cần thiết phải tạo được thế chân kiềng 3 chủ thể “công, tư, và ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi” cùng tồn tại và cạnh tranh công bằng trong thị trường khám bệnh chữa bệnh để giải quyết những mặt trái của kinh tế thị trường trong chăm sóc y tế[[9]](#footnote-9),[[10]](#footnote-10) đang phát triển đi lệch với chủ trương của Đảng cho công tác y tế, nhưng cho tới phiên bản luật KB-CB số 03 (02/04/2022), vẫn chưa đưa được vào!

Bởi thế, xem như phiên bản 04, luật KB-CB (sửa đổi) đã đặt viên gạch đầu tiên đảm bảo về mặt pháp lý cho sự tồn tại đầy đủ 3 chủ thể cung cấp dịch vụ khám bệnh chữa bệnh ở thị trường Việt nam, hứa hẹn đưa hệ thống khám chữa bệnh của đất nước trở lại tương đồng với thị trường chăm sóc y tế ở các nước phát triển: (1) Y tế công, (2) Y tế tư và (3) Y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi cùng song hành tồn tại! Xin nhắc lại, người Pháp khi xây dựng hệ thống y tế Việt nam đầu thế kỷ 20, đã tạo đúng ngay từ đầu thị trường chăm sóc y tế với sự tồn tại và phát triển đồng thời của 3 chủ thể! Bệnh viện Xanh-Pôn hay nhà thương Quy Hòa (nơi nhà thơ Hàn Mạc Tử được chăm sóc lúc cuối đời) là những minh chứng cho chủ thể ngoài nhà nước nhân đạo, phi vụ lợi tồn tại cạnh tranh phục vụ!

Việc luật KB-CB (sửa đổi) phiên bản 04 công nhận chủ thể y tế nhân đạo phi vụ lợi sẽ giúp chúng ta tiếp cận được 2 thế mạnh đặc thù của loại hình này, để tạo ra giải pháp đóng góp giải quyết căn bản hai thách thức lớn cản trở sự phát triển lành mạnh của hệ thống khám bệnh chữa bệnh của Việt nam trong tiến trình xây dựng và phát triển nền kinh tế thị trường cho lĩnh vực chăm sóc y tế những năm qua:

* *Thế mạnh thứ nhất*: *Cơ sở y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi phản ánh sát nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo diễn biến thị trường!*

Bao năm qua khi thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác khám bệnh chữa bệnh, ngành y tế (và cả bảo hiểm y tế) loay hoay với bài toán tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế như gà mắc tóc! Bởi cách tiếp cận không phù hợp cả về mặt thực tế và yêu cầu khoa học. Các chuyên gia đầu ngành từ các viện, bệnh viện trung ương khi đặt bút tính giá dịch vụ, đã mặc nhiên “phạm phải sai số” khi xây dựng giá trên cơ sở vận hành loại hình “công tư lẫn lộn” ở tuyến chăm sóc cuối cùng (trung ương)! Để rồi khi vận dụng cho toàn hệ thống (từ trung ương xuống tới tuyến CSSK ban đầu của hệ thống y tế công, và cả áp ra cho y tế tư nhân khi huy động tham gia phòng chống dịch), lộ rõ giá dịch vụ là phi thực tế, cội nguồn của nhiều vấn đề đã và đang xẩy ra trên toàn hệ thống, chắc chắn ảnh hướng lớn tới chất lượng chăm sóc y tế, làm sụt giảm nghiêm trọng lòng tin của dân chúng với hệ thống y tế nhà nước!

Tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế theo sát thị trường chỉ có thể đưa đến từ cơ sở y tế ngoài hệ thống nhà nước với mục tiêu phục vụ nhân đạo phi vụ lợi! Ngoài nhà nước lại phi vụ lợi muốn tồn tại được, phải giải tốt bài toán “tính đúng, tính đủ” để đảm bảo duy trì được việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cho mục tiêu khoa học, nhân đạo! Phi vụ lợi giúp giá dịch vụ trở nên thấp nhất, đảm bảo lợi ích cao nhất dành cho phía khách hàng. Chất lượng dịch vụ được kiểm soát chung theo mặt bằng chuyên môn với y tế công và y tế tư! Rõ ràng, cơ sở dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh như vậy mới là nơi cung cấp thông tin sát thực nhất cho hình thành giá dịch vụ y tế làm cơ sở cho vận hành bảo hiểm y tế nhân đạo bền vững!

* *Thế mạnh thứ hai: (bằng sự tồn tại của y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi), thông qua chất lượng dịch vụ cung cấp (cùng mặt bằng) và giá dịch vụ thấp hơn, tạo sự cạnh tranh lành mạnh với các chủ thể y tế công (nhân đạo phi vụ lợi), y tế tư vì lợi nhuận, góp phần giảm thiểu trên toàn hệ thống nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế và nguy cơ gia tăng chi phí tiền túi của người bệnh trong sử dụng dịch vụ y tế.*

Sự bất hợp lý (quá thấp hoặc quá cao) của giá dịch vụ y tế thanh toán bởi bảo hiểm y tế trong thời gian qua, góp phần đáng kể làm tăng nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế, cũng như đẩy người bệnh vào nguy cơ cao hơn phải bỏ tiền túi ra sử dụng dịch vụ y tế theo yêu cầu (trong cơ sở y tế công) hoặc ra ngoài tư nhân. Khiến nguy cơ “nghèo đi vì chữa bệnh” gia tăng, thể hiện bằng chỉ số CATA (chi phí thảm họa trong sử dụng dịch vụ y tế) của Việt nam cao vào nhóm hàng đầu thế giới[[11]](#footnote-11). Tỷ lệ bỏ tiền túi người bệnh trong tổng chi phí cho sử dụng dịch vụ y tế luôn cao không dưới 70%! Đấy là một thực tế!

Khi dịch vụ y tế được cung cấp lấy tiêu chí nhân đạo hàng đầu đi kèm với phi vụ lợi, mặc nhiên chủ thể cung cấp dịch vụ sẽ lấy người bệnh làm trung tâm phục vụ, xem lợi ích cao nhất trong hành nghề y là vì sức khỏe người bệnh, thay vì mục tiêu “lợi nhuận”. Như thế, nguy cơ lạm dụng y tế được tự động khống chế!

Tồn tại chủ thể ngoài nhà nước cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh nhân đạo thu phí tính đúng tính đủ không vì lợi nhuận, sẽ giúp: (1) giải được bài toán giá dịch vụ y tế cho chủ thể y tế công và có cơ sở thực tế tính giá dịch vụ y tế thanh toán cho y tế tư nhân một khi được hệ thống nhà nước điều động; (2) chặn đứng tính trạng “thương mại hóa y té công” đang diễn ra ngày càng tăng trong những năm vừa qua! Giúp chính phủ có kế hoạch hiện thực đổi mới hệ thống y tế công theo khuyến cáo “công ra công, tư ra tư, nhân đạo phi vụ lợi ra nhân đạo phi vụ lợi”. Lập lại sự lành mạnh của thị trường chăm sóc y tế Việt Nam trong nền kinh tế thị trường toàn cầu hóa!

 **2.3. Phát huy điểm son tạo ra từ dự thảo 04: Kiến nghị sửa đổi, bổ xung những điểm còn tồn tại hoặc thiếu khuyết của dự thảo 04**

Để phát huy được hết thế mạnh tiềm tàng đưa lại từ sự tồn tại của chủ thể ngoài nhà nước nhân đạo, phi vụ lợi trong thị trường cung cấp dịch vụ khám bệnh chữa bệnh của Việt nam, những điểm sau kiến nghị cần được điều chỉnh:

* *Kiến nghị 1:* *Chỉnh sửa và* *đưa thêm vào điều mục phân định rõ 3 chủ thể: (1) Y tế công/y tế nhà nước, (2) Y tế tư, và (3) y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi.*

Bởi chăm sóc y tế đúng nghĩa là mặc nhiên bao hàm trong đó ý nghĩa nhân đạo. Điểm khác nhau then chốt, mang nghĩa phân biệt đặc thù giữa các loại hình chủ thể cung cấp dịch vụ y tế cùng tồn tại trong kinh tế thị trường, là nằm ở sự phân biệt có hay không lấy mục tiêu kinh doanh vì lợi nhuận làm mục tiêu tồn tại và phát triển. Bởi thế, có thể phân toàn bộ các chủ thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế trên thị trường dịch vụ y tế dự phòng, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, dịch vụ phục hồi chức năng, dịch vụ truyền thông giữ gìn và nâng cao sức khỏe, thành hai nhóm lớn khác biệt nhau xét theo mục tiêu kinh tế trong đầu tư cung cấp dịch vụ:

* + *Vì lợi nhuận* (y tế tư nhân, có thể cá nhân hoặc tổ chức, tập đoàn có mục tiêu kinh doanh dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh; đặt mục tiêu lợi nhuận trong kinh doanh lên trên hết, trong chừng mực đạo đức hành nghề cho phép) và
	+ *Không vì lợi nhuận!* Gồm: (1) Y tế công (nhà nước lập ra và quản lý vận hành) và y tế ngoài nhà nước (có thể cá nhân hoặc tổ chức ngoài nhà nước tự đầu tư và vận hành).

Luật cần không chỉ định nghĩa rõ, mà còn chỉ rõ vai trò và đặc thù vận hành của mỗi loại hình, quy định cả định hướng loại hình dịch vụ cung cấp mong đợi ở mỗi chủ thể. Chẳng hạn, y tế công nhất thiết phải là nhân đạo phi vụ lợi, đảm bảo chức năng hàng đầu cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh thiết yếu phổ cập toàn dân thông qua bảo hiểm y tế, tuân thủ theo các nguyên tắc quản lý công và trọng trách đảm bảo mục tiêu công bằng, nhân đạo cho hệ thống y tế. Y tế ngoài nhà nước phi vụ lợi phải là cánh tay phải của y tế công, khắc phục được điểm hạn chế do tính cứng nhắc quan liêu hệ thống của y tế công, thế mạnh nhỏ gọn, linh động bám sát thực tế thị trường và nhân đạo hàng đầu, tập trung chủ yếu vào cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tuyến ban đầu – primary health care (dự phòng, khám bệnh chữa bệnh, phục hồi chức năng, giáo dục truyền thông y tế vì dân), hỗ trợ tốt nhất cho nhà nước và đáp ứng sớm nhất trong phục vụ cho nhóm yếu thế, vùng khó khăn, tình huống khẩn cấp (dịch bệnh hay thiên tai, khủng hoảng xã hội..), và thực hiện chức năng tạo mặt bằng giá dịch vụ y tế làm cơ sở cho xây dựng giá dịch vụ tính đúng tính đủ, giúp nhà nước kiểm soát giá dịch vụ y tế trên toàn hệ thống.

* *Kiến nghị 2: Đưa vào điều mục đảm bảo sự cạnh tranh công bằng trong cung cấp dịch vụ khám bệnh chữa bệnh của 3 loại hình chủ thể, làm cơ sở cho sự cải thiện chất lượng dịch vụ khám bệnh chữa bệnh của toàn hệ thống.*
* Chống độc quyền, tạo cạnh tranh công bằng thể hiện qua luật KB-CB là một trong những điều kiện căn bản cho sự cải tiến, cải thiện nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh chữa bệnh, và hạ giá dịch vụ (thế mạnh của thị trường cạnh tranh công bằng là tạo giá có lợi cho người tiêu dùng trong khi đảm bảo tốt hơn chất lượng dịch vụ cả về chuyên môn và yếu tố không chuyên môn). Thực trạng thị trường dịch vụ y tế của Việt nam trong thời gian qua (bao gồm cả thị trường khám chữa bệnh và thị trường phục vụ khám chữa bệnh: sinh phẩm y tế, trang thiết bị, y tế, xét nghiệm, thị trường thuốc..) đã xẩy ra tình trạng “công-tư lẫn lộn”, cấu kết giữa công và tư cùng khai thác bệnh nhân, làm đẩy giá cao bất lợi cho người sử dụng dịch vụ. Bằng việc đưa vào chủ thể ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi trong cung cấp dịch vụ y tế, cần có thêm các điều mục để chống hình thành độc quyền của bất kỳ chủ thể nào, cụ thể bao gồm (nhưng không giới hạn) những điều mục thể hiện các nội dung sau:
	+ 3 chủ thể đều chịu sự kiểm soát chung của nhà nước và thực hiện kiểm soát độc lập lẫn nhau về chất lượng chuyên môn với những tiêu chuẩn, quy chuẩn thống nhất khi có cùng loại hình dịch vụ cung cấp.
	+ 3 chủ thể đều có cơ hội như nhau trong tiếp cận các nguồn kinh phí đầu tư phát triển hệ thống dịch vụ y tế cho người yếu thế, các lĩnh vực y tế được nhà nước ưu tiên phát triển, bao gồm cả kinh phí nghiên cứu khoa học và đào tạo.
	+ 2 chủ thể y tế nhân đạo phi vụ lợi (gồm y tế công và y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi) đều vận hành trên nguyên tắc chung miễn trừ thuế cho loại hình nhân đạo phi vụ lợi.
	+ Bãi bỏ loại hình y tế công tự hạch toán; bãi bỏ loại hình khám chữa bệnh theo yêu cầu trong y tế công. Nhà nước đảm bảo kinh phí duy trì hệ thống y tế công đi theo mục tiêu tạo thị trường cạnh tranh công bằng trong chăm sóc y tế phổ cập toàn dân; Y tế công phải là nơi đảm bảo khám và chữa bệnh theo bảo hiểm y tế và đạo đức nghề nghiệp. Một khi đã được tạo ra là y tế công, kinh phí nhà nước phải đảm bảo đầy đủ cho vận hành cơ sở này theo đúng yêu cầu cạnh tranh công bằng với các chủ thể còn lại có trên thị trường.
	+ Chuyển đổi y tế công quản lý kém hiệu quả sang loại hình ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi.
	+ Chủ thể y tế công (nhân đạo, phi vụ lợi) và chủ thể ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi cùng được cơ hội giống nhau trong tiếp cận các nguồn lực đóng góp của dân. Đây phải được xem là sự cạnh tranh bình đẳng, chống độc quyền trong tạo lập và phát triển dịch vụ y tế trong nền kinh tế thị trường.
	+ Chỉnh sửa toàn bộ chương IX (các điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh) theo hướng các điều kiện đảm bảo sự cạnh tranh công bằng giữa các chủ thể tham gia cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

*Kiến nghị 3:* *Taọ chương riêng và điều mục bảo đảm khung hình thành giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh tính đúng, tính đủ theo sát thực tế thị trường, dựa trên nguyên tắc xây dựng hệ thống thông tin thường xuyên theo dõi giám sát minh bạch các cơ sở cung cấp dịch vụ ngoài nhà nước, nhân đạo, phi vụ lợi phối hợp với dữ liệu từ hệ thống y tế công đảm bảo 100% nhân đạo phi vụ lợi, để làm cơ sở cho xây dựng giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh dùng trong bảo hiểm y tế phổ cập.*

Giá dịch vụ y tế đi theo biến động thị trường nhờ thành tựu phát triển của khoa học kỹ thuật y học. Đồng thời, sự phát triển công nghệ y học và chăm sóc y tế cũng tạo ra nhu cầu điều chỉnh giá và cho phép cơ sở y tế áp dụng sớm nhất tiến bộ thuốc, trang thiết bị, sinh phẩm xét nghiệm,.. trong tiến trình cạnh tranh cung cấp dịch vụ đáp ứng đòi hỏi thực tế và nhu cầu tiếp cận đích thực của người bệnh. Bởi thế, luật KB-CB (sửa đổi) cần có một chương riêng tạo cơ sở pháp luật cho hình thành giá dựa trên nguyên tắc minh bạch, chịu trách nhiệm và bảo đảm lợi ích của các chủ thể tham gia thị trường cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh toàn cầu hóa.

*Kiến nghi 4*: *Điều mục làm rõ, minh bạch ngân sách y tế và phương pháp phân bổ cho hệ thống y tế công theo nguyên tắc tính đúng, tính đủ (từ cơ sở dữ liệu của y tế ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi)*.

* 1. **Vấn đề xã hội hóa dịch vụ khám bệnh chữa bệnh và hợp tác công tư trong y tế**

Như đã phân tích ở trên, công nhận chủ thể ngoài nhà nước cung cấp dịch vụ y tế phi vụ lợi, cùng hành lang pháp lý đảm bảo cho chủ thể này phát triển cạnh tranh công bằng với các chủ thể y tế công và tư, thì vấn đề hợp tác công tư sẽ được rút gọn sang hợp đồng cung cấp dịch vụ có điều kiện, phi vụ lợi, tránh được căn bản hình thái “đầu tư” từ tư nhân vào cơ sở y tế công để cùng “khai thác” bệnh nhân cho mục tiêu vì lợi nhuận của cả hai bên như đã làm trong thời gian qua.

Khi đã giải được bài toán “tính đúng, tính đủ” giá của dịch vụ y tế nhờ sự tồn tại thực tế của loại hình ngoài nhà nước nhân đạo phi vụ lợi, thì việc đầu tư duy trì và phát triển dịch vụ y tế công sẽ trở về “công ra công: Nhân đạo phi vụ lợi và kinh phí vận hành đảm bảo hoàn toàn từ ngân sách nhà nước (trung ương, địa phương)! Chấm dứt mọi hậu quả không mong muốn của tình trạng thương mại hóa y tế công xẩy ra trong thời gian vừa qua.

Bởi kinh phí nhà nước dành cho y tế có thể tính đúng ở mức có bao nhiêu để dảm bảo duy trì vận hành khả thi lượng cơ sở y tế công nhất đinh. Tức là, chúng ta có con số làm kế hoạch thực, thì việc chuyển đổi hệ thống bệnh viện công hiện nay theo hướng tăng cường hiệu quả quản lý và phát huy tối đau nguồn đầu tư xã hội hóa, không gì hơn là chuyển đổi sang hình thức trở thành chủ thể y tế ngoài nhà nước nhân đạo, phi vụ lợi! Một giải pháp phù hợp cả về mặt đạo đức công vụ và đáp ứng tốt nhất yêu cầu chủ trương xã hội hóa công tác y tế của Đảng trong phối hợp công-tư trong đầu tư phát triển dịch vụ y tế theo mục tiêu phổ cập toàn dân, công bằng, hiệu quả, khoa học và phát triển bền vững.

1. MỘT SỐ KIẾN NGHỊ CHUNG KHÁC

Ngoài những điểm kiến nghị chỉnh sửa, bổ xung cho dự thảo luật KB-CB (sửa đổi) nêu trong bài này (phiên bản 04) và bài trước (phiên bản 03) phần này nêu thêm 2 kiến nghị cụ thể liên quan tới phạm vi dịch vụ đề cập tới trong luật và tên dự thảo luật.

**3.1. Kiến nghị mở rộng “dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh” thành “dịch vụ y tế”**

Dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh như đang sử dụng trong luật, đã giới hạn phạm vi cung cấp với “người nghi ngờ mắc bệnh hoặc đang có bệnh”, không bao gồm các dịch vụ cho mục tiêu dự phòng. Trong khi đó, sẽ trở nên mâu thuẫn, nếu nội dung luật lại bao gồm cả tư vấn tâm lý và sàng lọc phát hiện sớm bệnh (một loại hình cụ thể của dịch vụ y tế dự phòng).

Sẽ hợp lý hơn, khi luật này mở rộng hơn cho đủ loại hình dịch vụ trên thực tế đang cung cấp cho dân bởi cán bộ y tế bằng việc sử dụng khái niệm “dịch vụ chăm sóc y tế” (có giới hạn rõ rệt hơn so với “dịch vụ chăm sóc sức khỏe”), hoặc nói gọn hơn: Dịch vụ y tế.

“Dịch vụ chăm sóc y tế” hay “dịch vụ y tế” nghĩa bao hàm trên thực tế mọi hoạt động dịch vụ có trong tiến trình cần đến chuyên môn y tế, bao gồm từ dịch vụ ngăn ngừa nguy cơ mắc bệnh (thông qua truyền thông nâng cao nhận thức phòng bệnh (chẳng hạn: dịch vụ cai thuốc lá, cai rượu) hay rộng ra, dịch vụ thực thi can thiệp chuyển đổi hành vi phòng bệnh sớm (như dịch vụ đào tạo xây dựng hành vi chăm sóc cho sự phát triển toàn diện của trẻ trong 1000 ngày đầu đời, dịch vụ chăm sóc mẹ-bé trong giai đoạn chu sinh,…), tới dịch vụ tiêm chủng phòng bệnh, phát hiện sớm nguy cơ mắc rối nhiễu tâm trí, và dịch vụ tư vấn phòng chống và trị liệu rối nhiễu tâm trí.

Sử dụng “dịch vụ y tế” hay “Dịch vụ chăm sóc y tế” sẽ chuyển tải đúng nhất cả tiến trình chăm sóc bệnh theo khoa học lâm sàng hiện đại! Bởi việc khám, điều trị hay chăm sóc bệnh nhân ngày nay, không đóng khung trong trách nhiệm của một cá nhân. Mà đúng hơn theo chuyên môn y, là kết quả làm việc của nhóm y tế đa ngành “Medical Team”, bao gồm trong đó điều dưỡng, bác sĩ, tâm lý, nhân viên bảo trợ xã hội, nhân viên chẩn đoán hình ảnh… Tất cả đều là đối tượng cùng chung trách nhiệm tạo ra thành công hay liên đới đến thất bại trong tiến trình chăm sóc y tế cho người sử dụng dịch vụ, mà khám bệnh, chẩn đoán bệnh chỉ là những hoạt động cụ thể có trong tiến trình này.

Lưu ý 10 dịch vụ y tế công cộng thiết yếu được liệt kê dưới đây (hộp 2), sẽ không được đề cập tới, nếu vấn tiếp tục sử dụng khái niệm “dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh”. Trong khi, nếu sử dụng “dịch vụ y tế” lại đề cập cả đến các dịch vụ này. Việc thực hiện dịch vụ này không bao trong khuôn viên bệnh viện! Mà mở rộng ra, chăm sóc y tế cho cả cộng đồng, với sự tham gia rộng nhất theo đúng nghĩa “xã hội hóa chăm sóc y tế”.

***Hộp 2- 10 dịch vụ y tế công cộng thiết yếu[[12]](#footnote-12)***

1. Đánh giá và giám sát tình trạng sức khỏe dân số, các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, nhu cầu và tài sản của cộng đồng
2. Điều tra, chẩn đoán và giải quyết các vấn đề sức khỏe và các mối nguy ảnh hưởng đến dân số
3. Truyền thông hiệu quả để thông báo và giáo dục mọi người về sức khỏe, các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe và cách cải thiện sức khỏe
4. Tăng cường, hỗ trợ và huy động cộng đồng và thúc đẩy các mối quan hệ đối tác để cải thiện sức khỏe
5. Tạo, ủng hộ và thực hiện các chính sách, kế hoạch và luật có ảnh hưởng đến sức khỏe
6. Sử dụng các hành động pháp lý và quy định được thiết kế để cải thiện và bảo vệ sức khỏe cộng đồng
7. Đảm bảo một hệ thống hiệu quả cho phép tiếp cận công bằng với các dịch vụ cá nhân và dịch vụ chăm sóc cần thiết để khỏe mạnh
8. Xây dựng và hỗ trợ lực lượng y tế công cộng đa dạng và có kỹ năng
9. Cải thiện và đổi mới các chức năng y tế công cộng thông qua đánh giá, nghiên cứu liên tục và cải tiến chất lượng liên tục
10. Xây dựng và duy trì cơ sở hạ tầng tổ chức mạnh mẽ vì sức khỏe cộng đồng

Theo trung tâm phòng chống bệnh tật của chính phủ Mỹ, “*10 Dịch vụ Y tế Công cộng Thiết yếu cung cấp một khuôn khổ nền tảng căn bản cho sức khỏe cộng đồng nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của* tất cả mọi người trong tất cả các cộng đồng*. Để đạt được sự công bằng, nhóm 10 Dịch vụ Y tế Công cộng thiết yếu đóng vai trò thúc đẩy tích cực các chính sách, các hệ thống và các điều kiện tổng thể chung cho các cộng đồng nhằm mang lại sức khỏe tối ưu cho tất cả mọi người và tìm cách loại bỏ các rào cản phát sinh từ cấu trúc hệ thống dẫn đến bất bình đẳng về sức khỏe. Những rào cản như vậy bao gồm cả sự nghèo đói, phân biệt chủng tộc, phân biệt giới tính, chủ nghĩa vị kỷ và các hình thức áp bức khác. Mọi người cần và nên có một cơ hội công bằng và chính đáng để đạt được sức khỏe và hạnh phúc tối ưu*”.

Xét theo định hướng xã hội hóa và mục tiêu đưa ra cho ngành y tế trong thời kỳ mới của Đảng, các nội dung trên hoàn toàn trùng khớp.

**3.2. Kiến nghị xem xét điều chỉnh tên luật[[13]](#footnote-13)**

Dịch vụ y tế trong nền kinh tế thị trường (đầy đủ gồm dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng như đã nêu ở kiến nghị 3.1) là loại hình “dịch vụ đặc biệt”, rất khác với các dịch vụ thiết yếu khác như ăn, mặc, ở, học tập, truyền thông, vui chơi giải trí… ở chỗ, về nguyên tắc, người sử dụng dịch vụ (SDDV) không đủ tự tin xác định được đúng nhu cầu của mình (trong mối quan hệ giao dịch với bên cung cấp dịch vụ), càng không đánh giá được đúng chất lượng dịch vụ nhận được tương xứng đến đâu với đồng tiền (phải) bỏ ra.

Khoa học đã chứng minh, người SDDV y tế hoàn toàn lệ thuộc vào tư vấn và quyết định của bên cung cấp dịch vụ! Tức là, trong “các thành phần” làm nên “dịch vụ y tế” và mối quan hệ giữa chúng, người SDDV là “mắt xích yếu nhất, yếu toàn diện trong mối quan hệ bất bình đẳng thiết lập ngay khi quan hệ phát sinh”! Từ khâu đánh giá nhu cầu đích thực của bản thân, tới lượng giá “chất lượng dịch vụ” được nhận, rồi xác định tính hợp lý của “giá, phí dịch vụ” phải trả chiếu theo “thị trường” hiện hành…tất cả vượt quá “sức chứa của một con người” trong hoàn cảnh cụ thể phải cân nhắc có hay không sử dụng dịch vụ, phải “phó mặc may rủi, tốt xấu” tùy thuộc vào “lòng thương” của bên cung cấp dịch vụ mà người thầy thuốc chỉ là “đại diện tuyến đầu gặp gỡ khách hàng” mà thôi! Ẩn sau người thầy thuốc là “cả một núi ăn theo”, từ thuốc, trang thiết bị, sinh phẩm, hạ tầng cơ sở ngày giường…, và lô lốc “chi phí gián tiếp” khác từ các nhà quản lý cơ sở và quản lý hệ thống..để rồi “đổ” cả lên “giá dịch vụ” mà người sử dụng phải trả!

Mối quan hệ rất cụ thể giữa “thầy thuốc- bệnh nhân”, hay lớn hơn giữa “Cơ sở cung cấp dịch vụ y tế-khách hàng sử dụng dịch vụ”, hoặc bao quát nhất, là giữa “ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe- người dân”, chính là tâm điểm của loại hình luật rất đặc thù có nhiệm vụ điều chỉnh cho căn bằng lợi ích các bên, và kiểm soát đảm bảo duy trì sự cân bằng này trên thực tế! Luật ấy, cho tới nay đang được gọi với cái tên “luật khám bệnh, chữa bệnh”! Theo tôi sẽ đúng hơn, nếu lấy tên “luật hành nghề y” (để đảm bảo bao gồm đầy đủ các dịch vụ trong phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng sau bệnh tật)! Và nếu có thể, nên là “Luật điều chỉnh quan hệ giữa người sử dụng dịch vụ y tế và ngành công nghiệp chăm sóc y tế”, để đảm bảo các bên tham gia đều được minh bạch trách nhiệm và quyền lợi trong tạo lập dịch vụ chăm sóc y tế cùng đảm bảo sự gắn nối đầy đủ giữa chủ thể cung cấp dịch vụ tới khâu cuối cùng: Người sử dụng dịch vụ y tế!

1. Thư mời viết bài tọa đàm của ban tổ chức (ký bởi viện trưởng viện NCLP Nguyễn Văn Hiển ngày 4/8/2022) nêu rõ yêu cầu: Nguồn lực đầu tư cho khám bệnh, chữa bệnh và vấn đề xã hội hóa dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; hợp tác công tư trong y tế: Thực trang và kiến nghị sửa đổi, bổ sung trong dự thảo luật KB-CB (sửa đổi). [↑](#footnote-ref-1)
2. Tác giả nguyên là bác sĩ nội trú khóa X chuyên ngành dịch tễ học đại học Y Hà nội (1977-1986), Takemi Fellow về sức khỏe quốc tế, đại học Y tế Công cộng Harvard (1994-1995), tiến sĩ dịch tễ học và sức khỏe dân số đại học Newcastle (1997-2003), giám đốc trung tâm nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng (RTCCD), chuyên gia phản biện khoa học chính sách y tế và giảm đói nghèo (từ 2005 tới nay). [↑](#footnote-ref-2)
3. Trần Tuấn (27/2/2022). 3 tử huyệt của hệ thống y tế Việt nam & nguy cơ “tự đánh mất mình”. <https://www.facebook.com/profile/1083156626/search/?q=3%20t%E1%BB%AD%20huy%E1%BB%87t%20c%E1%BB%A7a%20h%E1%BB%87%20th%E1%BB%91ng%20y%20t%E1%BA%BF%20Vi%E1%BB%87t%20>. [↑](#footnote-ref-3)
4. World Health Organization, WHO (13/1/2020). 13 thách thức hàng đầu cho công tác chăm sóc sức khỏe trong thập kỷ tới - Urgent health challenges for the next decades <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>; [↑](#footnote-ref-4)
5. Tham khảo khái niệm “y tế công cộng”, “hệ thống y tế công cộng”, và “10 dịch vụ y tế công cộng thiết yếu”: [www.rtccd.org.vn](http://www.rtccd.org.vn) [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)
7. Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 “về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”. Trong đó nêu rõ: “… Xây dựng hệ thống y tế công bằng, chất lượng, hiệu quả và hội nhập quốc tế. Phát triển nền y học khoa học, dân tộc và đại chúng”. [↑](#footnote-ref-7)
8. WHO (2021). Kế hoạch hành động toàn cầu 2021-2030 về an toàn cho bệnh nhân: Hướng đến loại trừ toàn bộ những lạm dụng gây hại có thể tránh được cho bệnh nhân trong chăm sóc y tế (Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. WHO Geneva 3.8.2021). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705> [↑](#footnote-ref-8)
9. Trần Tuấn (21/12/2018). Tư nhân hóa, thương mại hóa y tế công “gây đau đớn cho toàn xã hội”. <https://vnmedia.vn/dan-sinh/201812/tu-nhan-hoa-thuong-mai-hoa-y-te-cong-gay-dau-don-cho-toan-xa-hoi-622583/> [↑](#footnote-ref-9)
10. Trần Tuấn (27/2/2022). 3 tử huyệt của hệ thống y tế Việt nam & nguy cơ “tự đánh mất mình”: <https://www.facebook.com/profile/1083156626/search/?q=3%20t%E1%BB%AD%20huy%E1%BB%87t%20c%E1%BB%A7a%20h%E1%BB%87%20th%E1%BB%91ng%20y%20t%E1%BA%BF%20Vi%E1%BB%87t%20> [↑](#footnote-ref-10)
11. Phạm Mạnh Hùng, Trần Tuấn và CS (2007). [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html> [↑](#footnote-ref-12)
13. Trần Tuấn (15/03/2022): Phản biện và góp ý dự luật khám bệnh, chữa bệnh: “bàn tay 5 ngón” cho một luật tốt! Truy cập tại đây: [https://www.facebook.com/trantuanrtccd/ /10221782890256474](https://www.facebook.com/trantuanrtccd/posts/10221782890256474) [↑](#footnote-ref-13)