

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /TTr-BYT

Hà Nội, ngày tháng 8 năm 2023

TỜ TRÌNH

Đề nghị xây dựng Dự án Luật Phòng bệnh

Kính gửi: Chính phủ

Thực hiện quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 (được sửa đổi, bổ sung năm 2020), Bộ Y tế xin trình Chính phủ đề nghị xây dựng dự án Luật Phòng bệnh như sau:

I. SỰ CẦN THIẾT PHẢI BAN HÀNH LUẬT

Sau 30 năm thực hiện Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII và các chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã đạt được những kết quả to lớn, góp phần quan trọng vào sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Trong 15 năm qua, Việt Nam đã đạt được thành tựu quan trọng về chăm sóc sức khỏe.

Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đã tăng từ 73,3 tuổi lên 73,7 tuổi; tuy nhiên, sang đến năm 2021, tuổi thọ trung bình đã giảm nhẹ xuống còn 73,6 tuổi do ảnh hưởng của dịch COVID-19.

Các chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ngày càng được cải thiện ; tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi cũng như tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi đã giảm và đã đạt được mục tiêu Phát triển Thiên niên Kỷ và đúng tiến độ trong thực hiện các mục tiêu đặt ra trong Mục tiêu Phát triển Bền vững.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi cũng giảm tương ứng từ 33,9% năm 2007 xuống còn 18,9% năm 2022.

Chương trình tiêm chủng mở rộng là một thành công của mạng lưới y tế cơ sở. Triển khai ở trạm y tế xã từ 1985, đến năm 1995 cả nước không còn xã trắng

về tiêm chủng. Việt Nam đã thanh toán hoàn toàn bệnh Bại liệt năm 2000 và loại trừ Uốn ván sơ sinh năm 2005. Kết quả thành công đạt được về các chỉ tiêu sức khỏe có sự đóng góp quan trọng của mạng lưới y tế cơ sở. Việt Nam được quốc tế đánh giá là một trong số ít quốc gia có mạng lưới y tế hoàn chỉnh, tổ chức rộng khắp tới tận thôn, bản và đang là mô hình mà nhiều nước trên thế giới quan tâm, học hỏi, làm theo.

Mạng lưới cơ sở là nhân tố then chốt đưa Việt Nam trở thành điểm sáng về y tế công cộng và để người dân Việt Nam được hưởng cuộc sống khỏe mạnh và lâu dài hơn so với các quốc gia khác có trình độ phát triển tương tự.

Bên cạnh các thành công đã đạt được, công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân cũng còn nhiều tồn tại, bất cập đó là chất lượng sống của người dân còn hạn chế do bệnh tật. Người dân Việt Nam có tuổi thọ tương đối cao nếu so với các quốc gia có cùng mức sống, nhưng lại có số năm sống với bệnh tật nhiều. Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trong 10 quốc gia Đông Nam Á, tuổi thọ nam giới Việt Nam đứng thứ 5 và tuổi thọ phụ nữ Việt Nam đứng thứ hai, tuy nhiên số năm sống có bệnh tật lại cao so với các nước. Mỗi người Việt Nam trung bình có tới 10 năm phải sống với bệnh tật vì vậy ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống và làm giảm số năm sống khỏe mạnh. Một số yếu tố quan trọng dẫn đến số năm sống với bệnh tật của người dân Việt Nam còn ở mức cao là do:

- Chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý dẫn đến hạn chế phát triển thể lực, tầm vóc con người Việt cũng như gia tăng bệnh không lây nhiễm liên quan đến dinh dưỡng:

Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân (cân nặng theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm trung bình gần 0,7%/năm (2010 - 2015) và giảm trung bình 0,5%/năm (2016 - 2020), giảm từ 17,5% năm 2010 xuống 14,1% năm 2015, xuống 11,5% năm 2020, vượt mục tiêu đề ra là 15% vào năm 2015; 12,5% vào năm 2020.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi (chiều cao theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm 1,0%, giảm từ 29,3% năm 2010; xuống 24,6% năm 2015; xuống mức thấp 19,6% năm 2020, vượt mục tiêu đề ra là 26% vào năm 2015 và 21,5% vào năm 2020.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ giảm từ 19,6% năm 2009 xuống 15,1% năm 2014, xuống 6,1% năm 2020: so với mục tiêu đề ra (<12% năm 2020).

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi chung toàn quốc năm 2015 là 5,3% và năm 2018 là 7,1%, trong đó thành thị là 8,7% và nông thôn là 4,1%, đạt được mục tiêu đề ra là kiểm soát tỷ lệ này dưới 10% ở thành thị và dưới 5% ở nông thôn.

- Giảm tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh thấp (<2500 gram) là 3,73% năm 2015 và 3,90% năm 2019: đạt mục tiêu đề ra (<8% năm 2020).

- Tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (retinol huyết thanh <0,7 $\mu\text{mol/l}$) ở trẻ em dưới 5 tuổi là 9,5%, ở trẻ em 5 - 9 tuổi là 4,9%, ở mức không còn có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, vùng Tây Nguyên (11,0%) và miền núi phía Bắc (13,8 %) tỷ lệ này ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở mức vừa.

- Sự gia tăng nhanh của gánh nặng bệnh không lây nhiễm:

Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm. Gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm đang chiếm tới trên 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc (tính bằng DALYs) và các bệnh này là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Kết quả Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2021 do Bộ Y tế chủ trì thực hiện, cụ thể:

- Có 20,8% dân số Việt Nam từ 15 tuổi trở lên hiện đang hút thuốc, bao gồm 41,1% nam giới và 0,6% nữ giới. Khoảng 1/3 dân số (37,3%) đã từng tiếp xúc với khói thuốc.

- Gần 2/3 nam giới (64,2%), 1/10 nữ giới (9,8%) hiện có uống rượu, bia. Khoảng 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại (trong 30 ngày qua có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên) và tỷ lệ này ở nam giới (28,5%) cao hơn nhiều lần so với nữ giới (1,0%).

- Khoảng 59% dân số ăn thiếu rau và trái cây so với khuyến nghị là mỗi người cần ăn ít nhất 5 suất (tương đương với 400g) mỗi ngày.

- Tỷ lệ dân số luôn luôn hoặc thường xuyên thêm muối, mắm hoặc gia vị mặn vào thức ăn khi nấu ăn hoặc trong khi ăn là 78,2%. Có 8,7% luôn luôn hoặc

thường xuyên ăn thức ăn chế biến sẵn có hàm lượng muối cao. Trung bình một người trưởng thành tiêu thụ 8,1g muối trong một ngày.

- Mức độ hoạt động thể lực của người dân còn thấp. Gần 1/4 dân số (22,2%) thiếu hoạt động thể lực (không đạt mức theo khuyến nghị của WHO).

- Gần 1/5 dân số (19,5%) bị thừa cân (BMI ≥ 25 kg/m²), trong đó có 2,1% béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²).

- Khoảng 44,1% người trưởng thành có mức cholesterol toàn phần trong máu cao $\geq 5,0$ mmol/L hoặc hiện đang dùng thuốc điều trị tăng cholesterol.

- Nhìn chung 15,3% dân số từ 40-69 tuổi có nguy cơ cao $\geq 20\%$ trong vòng 10 năm tới bị các biến cố tim mạch như đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, chỉ có 40,8% trong số những người có nguy cơ cao này được tư vấn và dùng thuốc để phòng ngừa bệnh.

Số liệu về mô hình tử vong cũng cho thấy gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ trọng cao nhất, 73,66% số ca mắc và 78,6% số ca tử vong năm 2020.

- Sự gia tăng các yếu tố nguy cơ về môi trường:

Môi trường sống ở Việt Nam nhiều nơi đang bị ô nhiễm nặng bởi các chất thải sinh hoạt, sản xuất, bên cạnh đó ở một số vùng khó khăn nhiều hộ gia đình còn chưa tiếp cận được với các điều kiện vệ sinh cơ bản như nước sạch, nhà tiêu hợp vệ sinh... Các vấn đề này đã tác động trực tiếp đến sức khỏe của mỗi người dân và cộng đồng. Ngoài những nguyên nhân khách quan thì còn có yếu tố chủ quan là ý thức giữ gìn vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường của người dân còn hạn chế. Nhiều hành vi có lợi cho sức khỏe chưa được người dân quan tâm và thực hiện thường xuyên dẫn đến nguy cơ bùng phát các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm và gia tăng các bệnh tật. Bên cạnh đó, biến đổi khí hậu và các hiện tượng thời tiết cực đoan như nắng nóng, hạn hán, bão lụt... ảnh hưởng đến sức khỏe của nhiều cộng đồng dân cư, góp phần làm gia tăng các trường hợp nhập viện.

Bên cạnh đó, tổng kết 15 năm thi hành Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm cho thấy công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm còn nhiều bất cập nhưng chủ yếu là các bất cập xuất phát từ khâu tổ chức thực hiện, cụ thể như sau:

- Nhận thức của người dân:

Nhận thức của người dân tại một số nơi về bệnh truyền nhiễm và các biện pháp phòng chống bệnh truyền nhiễm còn nhiều hạn chế, chưa tuân thủ các quy định, các khuyến cáo của cơ quan y tế về vệ sinh phòng bệnh.

Ví dụ, tại các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, việc hình thành các khu dân cư vượt lũ với khả năng cung cấp nước sinh hoạt còn hạn chế nên người dân vẫn tích trữ nước trong chum, vại, bể nước không có nắp đậy kín tạo điều kiện cho muỗi sinh sản và phát triển. Các chiến dịch vệ sinh môi trường, diệt loăng quăng, bọ gậy chủ động phòng chống sốt xuất huyết, tay chân miệng và các dịch bệnh khác được tổ chức nhưng còn mang tính hình thức, hiệu quả chưa cao vì không được duy trì thường xuyên. Hoặc do tập quán về chôn cất tại một số địa phương nên mặc dù đã được vận động, tuyên truyền về công tác vệ sinh trong mai táng nhưng vẫn diễn ra các tình trạng chôn cất tại vườn nhà, thi thể không được chôn cất đúng thời gian quy định, việc mai táng đối với bệnh nhân bị bệnh truyền nhiễm chưa được thực hiện theo đúng quy định. Bên cạnh đó, sự hợp tác của người dân trong các hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm còn thấp chỉ có 20,5% cán bộ được hỏi cho rằng hầu hết người dân đã tự giác khai báo dịch và có tới 71,8% cán bộ được hỏi cho rằng chỉ 1 số ít người dân thực hiện và có 7,7% cán bộ được hỏi cho rằng hầu hết người dân không thực hiện. Việc hợp tác trong việc thực hiện các biện pháp chống dịch cũng chưa cao: Ví dụ, trong công tác chống dịch sốt xuất huyết, người dân không hợp tác phun hoá chất diệt muỗi, diệt loăng quăng, bọ gậy nên kết quả thực hiện công tác này chưa cao. Trong khi, dịch bệnh diễn biến phức tạp, nhiều dịch bệnh mới phát sinh, dịch Cúm A (H1N1) đã bùng phát và lây lan ra cộng đồng. Nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch có nguy cơ bùng phát trở lại (Tả, Sốt xuất huyết). Môi trường khí hậu biến đổi, tình trạng ô nhiễm môi trường trầm trọng, đặc biệt ô nhiễm do quản lý và sử dụng hóa chất, các chất thải trong sinh hoạt, sản xuất và bệnh viện chưa được xử lý tốt.

- Về nhân lực:

Đội ngũ cán bộ y tế dự phòng còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, cơ cấu cán bộ chưa hợp lý.

Công tác đào tạo nguồn nhân lực làm công tác y tế dự phòng hiện nay có những khoảng trống trong chính sách đào tạo, sử dụng, cụ thể:

- Khoảng trống trong chính sách đào tạo:

+ Có sự không nhất quán giữa các quy định về đào tạo và mô tả vị trí chức danh nghề nghiệp, cũng như không nhất quán giữa quy định liên quan đến đào tạo và tổ chức hiện tại cụ thể: Theo quy định về văn bằng đối với một số ngành đào tạo chuyên sâu đặc thù của hệ thống giáo dục đại học tại khoản 2 Điều 15 Nghị định số 99/2019/NĐ-CP ngày 30/12/2019 của Chính phủ không còn bằng bác sĩ y học dự phòng trong khi thực tế hiện nay vẫn có vị trí chức danh nghề nghiệp bác sĩ y học dự phòng tại các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật; ngoài ra việc không còn quy định bằng bác sĩ y học dự phòng trong nội dung khoản 2 Điều 15 Nghị định số 99/2019/NĐ-CP dẫn đến nguy cơ các sinh viên đang theo học ngành bác sĩ y học dự phòng tại các cơ sở đào tạo từ năm 2020 đến nay sẽ có thể không được cấp bằng sau khi tốt nghiệp.

- Khoảng trống trong chính sách sử dụng:

+ Hiện tại, mặc dù đã có thông tư quy định bác sĩ y học dự phòng được thi cấp chứng chỉ hành nghề “khám chữa bệnh thông thường”, tuy nhiên hiện nay chưa có danh mục kỹ thuật và hoạt động chuyên môn cụ thể thuộc “các bệnh thông thường; xử trí ban đầu một số trường hợp cấp cứu tại cộng đồng”.

+ Quy định bác sĩ y học dự phòng được khám chữa bệnh thông thường, dự phòng là các nhiệm vụ của y tế cơ sở nhưng định biên Trạm y tế lại không có bác sĩ y học dự phòng.

+ Thực tế, các bác sĩ y học dự phòng chưa được thực hiện đúng như các vị trí chức danh nghề nghiệp đã được mô tả:

- Phạm vi hành nghề về y học dự phòng bị bó hẹp: bác sĩ y học dự phòng không được cấp chứng chỉ hành nghề cho những chuyên khoa dự phòng như: dinh dưỡng, bệnh nghề nghiệp, hoặc chăm sóc điều trị giảm hại (điều trị bằng methadone), cai nghiện rượu, thuốc lá, bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm...

- Ngoài ra, nhân lực y tế chăm sóc sức khỏe cho người lao động (khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp) hiện nay còn thiếu hụt khi mà trên toàn quốc hiện tại có khoảng 55 triệu người lao động, số lượng người lao động tiếp xúc

với các yếu tố có hại, nguy hiểm ngày càng “gia tăng”. Thiếu số lượng cán bộ y tế chuyên trách tại các trường học nên không đảm bảo đáp ứng được yêu cầu chăm sóc sức khỏe cho gần 24 triệu học sinh, sinh viên trên toàn quốc.

+ Chính sách thu hút, đãi ngộ đối với cán bộ làm công tác y tế dự phòng, y tế trường học còn hạn chế, chưa đủ sức thu hút nguồn nhân lực chất lượng cao.

+ Thực trạng này làm hạn chế cơ hội có thể hành nghề khám chữa bệnh nhằm duy trì và nâng cao năng lực phát hiện bệnh, xử trí dịch bệnh, điều trị các vấn đề sức khỏe thông thường, đồng thời làm giảm cơ hội có thêm thu nhập cho bác sĩ y học dự phòng.

Chế độ chính sách cho cán bộ y tế dự phòng (lương, phụ cấp, đãi ngộ) chậm đổi mới, chưa đảm bảo mức sống trong khi phải làm việc trong môi trường áp lực và có nhiều nguy cơ.

- Về nguồn tài chính:

Còn một số địa phương chưa thực hiện dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng theo tinh thần Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 03/6/2008 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hoá để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân, có địa phương tỷ lệ ngân sách y tế cho y tế dự phòng còn rất thấp.

Kể từ năm 2021, Chương trình mục tiêu quốc gia y tế - dân số (CTMT y tế - dân số) không còn được thực hiện mà chỉ là các hoạt động duy trì dựa trên nguồn kinh phí của địa phương do vậy gặp nhiều khó khăn trong việc xây dựng kế hoạch, mô hình hoạt động can thiệp, định mức chi. Hiện nay, mô hình bệnh tật của nước ta nổi lên rất nhiều vấn đề cần phải giải quyết đặc biệt là công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây nhiễm, dân số và phát triển nếu không có chương trình mục tiêu quốc gia y tế - dân số trong những năm tiếp theo thì sẽ khó duy trì và nâng cao những kết quả đã đạt được trong thời gian qua.

Định mức chi cho y tế dự phòng được phân bổ về cơ bản mới đáp ứng các khoản chi cho con người (lương, phụ cấp, các khoản đóng góp), chi hành chính như tiền điện, nước, công tác phí... và hoạt động chuyên môn.

Chưa có hoặc bố trí được rất ít kinh phí để cán bộ y tế dự phòng, trạm y tế đi kiểm tra, giám sát, thực hiện các hoạt động dự phòng mà chủ yếu sử dụng từ kinh phí CTMT y tế - dân số, tuy nhiên CTMT y tế - dân số chưa bao phủ hết các hoạt động, đối tượng của công tác y tế dự phòng, chưa có kinh phí để chăm sóc sức khỏe, nhiều địa phương chưa bố trí đủ, kịp thời phân ngân sách địa phương để chi cho các hoạt động của chương trình theo Thông tư số 26/2018/TT-BTC ngày 21/3/2018 về nội dung, mức chi của CTMT y tế - dân số. Riêng kinh phí phòng chống dịch hầu hết các tỉnh báo cáo khi có nguy cơ xảy ra dịch bệnh mới được cấp riêng để thực hiện.

Việc đầu tư cơ sở vật chất cho y tế dự phòng chủ yếu thông qua các dự án ODA mà chưa có chương trình, dự án đầu tư cho toàn bộ hệ thống.

Các thách thức cũng như tồn tại nêu trên có nhiều nguyên nhân, trong đó tập trung vào hai nguyên nhân chủ yếu đó là:

- ***Vấn đề tổ chức thực hiện các quy định của pháp luật:*** Hầu hết các tồn tại, bất cập của phòng, chống bệnh truyền nhiễm, vấn đề tác động của môi trường đối với sức khỏe là xuất phát từ việc tổ chức thực hiện pháp luật của chính quyền trung ương cũng như chính quyền địa phương trong việc bố trí nguồn lực bảo đảm cho việc thực hiện các quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm cũng như bảo vệ môi trường. Bên cạnh đó, ý thức tuân thủ pháp luật của người dân còn chưa cao cũng ảnh hưởng lớn đến hiệu quả của công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

- ***Vấn đề thiếu hành lang pháp lý cho việc tổ chức thực hiện các hoạt động liên quan đến dự phòng và nâng cao sức khỏe, cụ thể như sau:***

Qua rà soát hệ thống pháp luật Việt Nam cho thấy, mặc dù có tới 47 văn bản cấp độ luật có quy định điều chỉnh các hoạt động có liên quan đến sức khỏe nhưng trên thực tế thì hệ thống pháp luật hiện hành chủ yếu tập trung vào 03 vấn đề chính là:

- (1) Điều trị bệnh;
- (2) Phòng, chống bệnh truyền nhiễm;
- (3) Quản lý một số hành vi có hại cho sức khỏe (rượu bia, thuốc lá, hủy hoại môi trường, bạo lực gia đình,...)

Mà hoàn toàn chưa có quy định để điều chỉnh các vấn đề liên quan đến (1) vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe; (2) vấn đề sức khỏe tâm thần; (3) vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm và (4) vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.¹

Để khắc phục các tồn tại, bất cập này, Hội nghị lần thứ 6 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XIII đã xác định mục tiêu tổng quát của công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới là “*Nâng cao sức khoẻ cả về thể chất và tinh thần, tâm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam.*” đồng thời chỉ rõ các giải pháp để thực hiện mục tiêu này gồm:

- *Xây dựng và tổ chức thực hiện đồng bộ các đề án, chương trình về nâng cao sức khoẻ và tâm vóc người Việt Nam.*

- *Khuyến nghị, phổ biến chế độ dinh dưỡng, khẩu phần ăn phù hợp cho từng nhóm đối tượng, nguồn nguyên liệu, khẩu vị của người Việt. Các sản phẩm, thực phẩm đóng gói phải có đầy đủ thông tin về thành phần, năng lượng, cảnh báo về sức khoẻ trên bao bì. Triển khai các chương trình bổ sung vi chất cần thiết cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, trẻ em, người cao tuổi.*

- *Triển khai đồng bộ các hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm; chú trọng dự phòng, nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm và kiểm soát bệnh tật;*

- *Thiết lập hệ thống số sức khoẻ điện tử đến từng người dân. Thực hiện cập nhật các thông tin, chỉ số sức khoẻ khi đi khám sức khoẻ, chữa bệnh. Có cơ chế, lộ trình phù hợp, từng bước thực hiện để tiến tới mọi người dân đều được theo dõi, quản lý sức khoẻ, khám và chăm sóc sức khoẻ định kỳ.*

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc xây dựng một đạo luật mới với phạm vi điều chỉnh gồm các quy định về nâng cao sức khỏe (bao gồm các vấn đề về dinh dưỡng và dự phòng các rối loạn tâm thần); phòng, chống bệnh truyền nhiễm; phòng, chống bệnh không lây nhiễm và quản lý sức khỏe người dân để thể chế hóa quan điểm của Đảng và giải quyết các khoảng trống về pháp luật các hoạt động liên quan đến dự phòng và nâng cao sức khỏe đồng thời thay thế Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm là hoàn toàn phù hợp, không gây chồng chéo trong hệ thống pháp luật và hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

II. QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO VÀ MỤC TIÊU CHÍNH SÁCH

1. Quan điểm chỉ đạo:

¹ Tóm tắt tổng quan pháp luật về dự phòng và nâng cao sức khỏe tại Phụ lục kèm theo Tờ trình Chính phủ.

a) Thể chế hóa đường lối, chính sách của Đảng về dự phòng và nâng cao sức khỏe đã được định hướng tại Nghị quyết số 20-NQ/TW của Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành Trung ương XIII.

b) Khắc phục được các tồn tại, bất cập liên quan đến dự phòng và nâng cao sức khỏe trên cơ sở kế thừa chọn lọc những quy định hiện hành về phòng, chống bệnh truyền nhiễm đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta và bổ sung các quy định nhằm khắc phục các khoảng trống pháp luật để tạo hàng lang pháp lý thuận lợi cho các hoạt động dự phòng và nâng cao sức khỏe.

c) Khuyến khích và huy động sự tham gia tích cực của toàn xã hội từ hệ thống chính trị, bộ máy nhà nước đến mọi người dân và các tổ chức xã hội dân sự vào công tác dự phòng và nâng cao sức khỏe.

d) Bảo đảm tính dự báo trong tương lai, dự liệu những quan hệ xã hội nảy sinh liên quan đến dự phòng và nâng cao sức khỏe, bên cạnh đó phải phù hợp, hài hòa với xu hướng pháp luật quốc tế trong xu thế hội nhập sâu rộng với nền kinh tế toàn cầu.

2. Mục tiêu chính sách

a) Mục tiêu tổng quát

Góp phần nâng cao sức khỏe cả về thể chất và tinh thần, tầm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam.

b) Mục tiêu cụ thể:

- Kiểm soát tốt bệnh truyền nhiễm, nâng cao năng lực cho hệ thống phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

- Không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm.

- Quản lý sức khỏe cho tất cả người dân.

3. Chính sách để thực hiện mục tiêu:

Trên cơ sở các tồn tại, bất cập đã nêu, Bộ Y tế đã tiến hành phân tích để xác định các chính sách của dự án Luật phòng bệnh như sau:

a) Đối với các tồn tại, bất cập liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm:

(1) Quy định về phân loại bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản bệnh truyền nhiễm vẫn được phân loại thành 03 nhóm nhưng sẽ phải điều chỉnh các nhóm cho phù hợp với tình hình thực tế phòng, chống bệnh truyền nhiễm hiện nay và phù hợp với quy định của quốc tế ví dụ: cần bổ sung một số bệnh truyền nhiễm mới phát sinh, chuyển một số bệnh thuộc nhóm B vào nhóm A.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(2) Quy định về báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản hệ thống báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm vẫn thực hiện như hiện nay nhưng sẽ bổ sung thêm các hình thức báo cáo bằng phần mềm báo cáo trực tuyến.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(3) Quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm:

Về cơ bản các quy định về bảo đảm an toàn sinh học vẫn thực hiện như hiện nay nhưng phải bổ sung quy định về bảo đảm an toàn sinh học đối với hoạt động xét nghiệm lưu động. Qua rà soát về các biện pháp chuyên môn kỹ thuật cho thấy, về cơ bản bảo đảm an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm và khi tiến hành xét nghiệm lưu động là giống nhau nhưng bảo đảm an toàn sinh học khi xét nghiệm lưu động có một số điều kiện được giảm nhẹ hơn so với an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm, ví dụ: điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(4) Về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản hoạt động sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh truyền nhiễm vẫn được thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi một số quy định cho phù hợp với thực tiễn như: phạm vi vắc xin, sinh phẩm y tế mà các được sử dụng miễn phí; kinh phí chi trả cho việc sử dụng miễn phí vắc xin, sinh phẩm y tế và bắt buộc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và về cơ bản không làm phát sinh chính sách mới, trừ việc bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch do liên quan đến quyền của công dân.

(5) Quy định về điều kiện công bố hết dịch:

Về cơ bản các điều kiện công bố hết dịch vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng không phải bắt buộc phải áp dụng đầy đủ các biện pháp chống dịch rồi mới được công bố hết dịch mà phải căn cứ vào tình hình thực tiễn để công bố hết dịch. Bên cạnh đó cần bổ sung quy định công bố hết dịch đối với một đơn vị hành chính trong điều kiện đơn vị hành chính khác vẫn đang có dịch.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(6) Quy định về việc thành lập Ban chỉ đạo chống dịch:

Về cơ bản các quy định về thành lập Ban chỉ đạo chống dịch vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định thành phần của Ban chỉ đạo chống dịch và Ban chỉ đạo này sẽ được thành lập ngay từ khi chưa công bố dịch để bảo đảm khi có dịch sẽ vận hành được ngay mà không phải thủ tục thành lập.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(7) Về kiểm dịch y tế biên giới:

Về cơ bản các quy định về kiểm dịch y tế biên giới vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định cụ thể hơn về phối hợp tổ chức thực hiện kiểm dịch giữa các lực lượng hải quan, cơ quan kiểm dịch thực vật, động vật, an toàn thực phẩm đồng thời bổ sung quy định về hồ sơ thủ tục, trình tự giải quyết thủ tục kiểm dịch.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và thuộc thẩm quyền của Chính phủ nên không làm phát sinh chính sách mới.

(8) Quy định về chi phí cho tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A:

Về cơ bản các quy định về tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A vẫn thực hiện như hiện nay là vẫn được điều trị miễn phí nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định cụ thể hơn về đối tượng được hưởng chính sách này.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

(9) Về bảo đảm an toàn về môi trường của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản các quy định về bảo đảm an toàn về môi trường của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định loại bỏ quy định về khoảng cách an toàn về môi trường đối với khu dân cư của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm để bảo đảm tính khả thi trong thực tiễn.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

b) Đối với các tồn tại, bất cập do thiếu hành lang pháp lý:

Qua rà soát cho thấy, các tồn tại, bất cập do thiếu hành lang pháp lý gồm:

- (1) Vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe;
- (2) Vấn đề sức khỏe tâm thần;
- (3) Vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm;
- (4) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.

Do đây là các vấn đề mà nội dung hầu hết chưa được quy định bởi Luật nên cần phải được đánh giá tác động theo đúng quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật.

c) Đề xuất:

Tóm lại, các vấn đề về phòng bệnh cần đánh giá tác động bao gồm:

- (1) Vấn đề bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch;
- (2) Vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe;
- (3) Vấn đề sức khỏe tâm thần;
- (4) Vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm
- (5) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.

III. TÊN, PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG CỦA DỰ ÁN LUẬT

1. Tên, phạm vi điều chỉnh:

a) Tên gọi dự kiến của Luật: Luật Phòng bệnh.

b) Phạm vi điều chỉnh của Luật:

Dự kiến xây dựng theo hướng giữ nguyên các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bổ sung quy định về kiểm soát các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe bao gồm:

- Phòng, chống bệnh không lây nhiễm.
- Dinh dưỡng trong phòng bệnh.

- Phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần.
- Quản lý sức khỏe người dân.

2. Đối tượng áp dụng:

Luật áp dụng đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài tại Việt Nam.

IV. NỘI DUNG CHÍNH SÁCH VÀ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

1. Chính sách thứ nhất: Bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

1.1. Các giải pháp thực hiện chính sách:

a) Giải pháp 1:

Quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

b) Giải pháp 2:

Giữ nguyên như quy định của pháp luật hiện hành là chỉ quy định người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế mà không quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

1.2. Kết quả đánh giá các giải pháp:

1.2.1. Đối với giải pháp 1:

1.2.1.1. Về kinh tế:

a) Tác động tích cực:

Do đã dự phòng được bệnh truyền nhiễm 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.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước, cơ sở y tế và doanh nghiệp đều phát sinh chi phí để thực hiện chính sách nhưng nếu so sánh giữa chi phí lợi ích thu được và chi phí phải bỏ ra để thực hiện chính sách thì chi phí lợi ích thu được có giá trị cao hơn.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách nên thực hiện linh hoạt để phù hợp với tình hình dịch bệnh, khả năng đáp ứng của ngân sách Nhà nước.

1.2.1.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Việc áp dụng chính sách 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.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách về cơ bản không có tác động tiêu cực nhưng cần bảo đảm tính linh hoạt bởi nếu 100% các trường hợp đều phải bắt buộc sử dụng vắc xin thì có thể dẫn đến tình trạng không phù hợp với một số đối tượng mà vì lý do sức khỏe không thể sử dụng được vắc xin hoặc khó triển khai thực hiện đối với đối tượng là người nước ngoài.

3.1.3. Về giới:

Giải pháp này về cơ bản không có tác động về giới.

3.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

3.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

1.2.2. Đối với giải pháp 2:

1.2.2.1. Về kinh tế:

Nhà nước, cơ sở y tế và người dân không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết. Doanh nghiệp cũng không phải chịu tác động của việc thực hiện chính sách.

1.2.2.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực: Không tác động đến hoạt động của các doanh nghiệp, người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

1.2.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

1.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

1.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

1.3. Kiến nghị lựa chọn:

So sánh hai giải pháp cho thấy giải pháp 1 có nhiều ưu điểm hơn so với giải pháp 2 và việc lựa chọn giải pháp 1 cũng phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

2. Chính sách thứ hai: dinh dưỡng với sức khỏe.

2.1. Các giải pháp thực hiện chính sách:

a) Giải pháp 1:

Ban hành các quy định về

(1) bảo đảm chế độ dinh dưỡng bao gồm:

- Hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền.

- Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ (ngân hàng sữa mẹ), trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi).

(2) bổ sung vi chất vào thực phẩm: Bắt buộc 04 loại thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng, đó là: Muối dùng để ăn trực tiếp, dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường iốt; bột mì dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường sắt và kẽm; dầu thực vật có chứa một trong các thành phần dầu đậu nành, dầu cọ, dầu mè và dầu lạc phải tăng cường vitamin A, trừ dầu thực vật dùng trong chế biến thực phẩm theo phương pháp công nghiệp.

(3) cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm.

b) Giải pháp 2:

Ban hành các quy định về:

(1) bảo đảm chế độ dinh dưỡng bao gồm:

- Hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền.
- Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ (ngân hàng sữa mẹ), trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi).

(2) cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm.

c) Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

2.2. Kết quả đánh giá các giải pháp:

2.2.1. Đối với giải pháp 1:

2.2.1.1. Về kinh tế:

a) Tác động tích cực:

- Nhà nước sẽ phải tăng đầu tư khoảng 1,900 tỷ/năm cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước còn tăng thu thuế và giảm chi từ ngân sách.

- Doanh nghiệp sẽ phải tăng chi phí đầu tư cho việc thực hiện chính sách. Các chi phí này sẽ được tính vào trong giá thành sản phẩm và qua đánh giá cho thấy mức tăng giá của sản phẩm được người dân chấp nhận.

- Người dân sẽ phải tăng chi phí cho việc thực hiện chính sách nhưng người dân có thể chấp nhận được mức tăng chi phí này.

b) Tác động tiêu cực:

Việc quy định bắt buộc 04 loại thực phẩm tăng cường các vi chất dinh dưỡng có thể dẫn đến tình trạng là các doanh nghiệp sẽ phải tăng thêm chi phí sản xuất do đầu tư trang thiết bị, quản lý, giám sát và kết quả là tăng giá thành sản phẩm. Điều này ảnh hưởng đến sức mua của người tiêu dùng đặc biệt là người tiêu dùng thu nhập thấp. Bên cạnh đó, việc tăng cường vi chất dinh dưỡng vào dầu thực vật, nước tương, bột mì gây ra những thay đổi bất lợi về thời gian sử dụng của sản phẩm.

2.2.1.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Việc áp dụng chính sách không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ.

Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình. Bên cạnh đó, có thể thấy rằng việc bắt buộc tăng cường vi chất vào thực phẩm sẽ góp phần phòng, chống rối loạn do thiếu vi chất dinh dưỡng, nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân và cải thiện sức khoẻ cộng đồng;

Giảm được gánh nặng về chi phí quản lý và chi phí bệnh tật 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;

Người dân có thể dễ dàng tiếp cận được với nhiều sản phẩm thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng hơn, không phải đắn đo lựa chọn giữa các sản phẩm về tiêu chí sức khỏe, giá cả hay các vấn đề khác;

Tạo điều kiện để doanh nghiệp tham gia cùng nhà nước trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, phù hợp với xu hướng toàn cầu hóa và phát huy trách nhiệm xã hội của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách cần bảo đảm tính linh hoạt bởi nếu 100% các sản phẩm đều phải bổ sung vi chất thì có thể dẫn đến tình trạng không phù hợp với một số đối tượng mà vì lý do sức khỏe không thể sử dụng được các sản phẩm có hàm lượng vi chất cao.

2.2.1.3. Về giới:

Giải pháp này về cơ bản không có tác động về giới.

2.2.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

2.2.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

2.2.2. Đối với giải pháp 2:

2.2.2.1. Về kinh tế:

- Nhà nước sẽ phải tăng đầu tư khoảng 3,200 tỷ/năm cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách.

Bên cạnh đó, về lâu dài Nhà nước sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước còn tăng thu thuế và giảm chi từ ngân sách.

Doanh nghiệp sẽ được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do tăng đối tượng sử dụng sản phẩm và dịch vụ liên quan đến chính sách.

Người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

2.2.2.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Không làm xáo trộn hoạt động của các doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Không giải quyết được một cách triệt để các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

2.2.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

2.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

2.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

2.2.3. Đối với giải pháp 3:

2.2.3.1. Về kinh tế:

Nhà nước, cơ sở y tế và người dân không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết.

Doanh nghiệp cũng không phải chịu tác động của việc thực hiện chính sách.

2.2.3.2. Về xã hội:

- a) Tác động tích cực: Không làm xáo trộn hoạt động của các doanh nghiệp.
- b) Tác động tiêu cực: Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

2.2.3.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

2.2.3.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

2.2.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

2.3. Kiến nghị lựa chọn:

So sánh ba giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

3. Chính sách thứ ba: Phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần.

3.1. Các giải pháp thực hiện chính sách:

a) Giải pháp 1:

Quy định về kiểm soát yếu tố nguy cơ tại cộng đồng, bao gồm: (1) kiểm soát yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần liên quan đến lối sống thông qua việc ban hành các điều kiện nhằm hạn chế tiếp cận với yếu tố nguy cơ và (2) cung cấp dịch vụ tư vấn, dự phòng và hỗ trợ.

b) Giải pháp 2:

Giữ nguyên như hiện nay là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

3.2. Kết quả đánh giá các giải pháp:

3.2.1. Đối với giải pháp 1:

3.2.1.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ đồng/năm cho việc cung cấp dịch vụ điều trị một số bệnh tâm thần. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các rối loạn tâm thần mà như nghiên cứu tại Anh cho thấy chi phí cho chăm sóc sức khỏe tâm thần năm 2009-2010 là 105 tỷ bảng Anh bao gồm chi phí cho chăm sóc y tế và xã hội và chi phí mất đi trong sản xuất và chi phí nhân lực.

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 tâm thần.

Chính sách có thể sẽ gây tác động đến các doanh nghiệp cung cấp và người dân sử dụng dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần (không bao gồm hàng hóa là rượu, bia và thuốc lá vì các hàng hóa này đã được điều chỉnh bởi Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá và Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia).

Tuy nhiên, mức độ tác động phụ thuộc và việc Quốc hội, Chính phủ quyết định mức thuế suất hoặc phí sẽ áp dụng với các loại hình kinh doanh dịch vụ này.

3.2.1.2. Về xã hội:

Nâng cao sức khỏe sức khỏe cho người dân.

3.2.1.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

3.2.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

3.2.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

3.2.2. Đối với giải pháp 2:

3.2.2.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ đồng/năm cho việc cung cấp dịch vụ điều trị một số bệnh tâm thần.

3.2.2.2. Về xã hội:

Không khắc phục được các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay.

3.2.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

3.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

3.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

3.3. Kiến nghị lựa chọn:

So sánh hai giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

4. Chính sách thứ tư: Phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

4.1. Các giải pháp thực hiện chính sách:

a) Giải pháp 1:

Ban hành các quy định về phòng, chống bệnh không lây nhiễm về:

(1) Hướng dẫn cách xác định nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm;

(2) Tổ chức khám sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh;

(3) Tổ chức các hoạt động dự phòng, quản lý bệnh không lây nhiễm.

b) Giải pháp 2:

Ban hành các quy định về phòng, chống bệnh không lây nhiễm về:

(1) Hướng dẫn cách xác định nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm;

(2) Lồng ghép hoạt động phát hiện bệnh không lây nhiễm trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, khám sức khỏe định kỳ;

(3) Tổ chức các hoạt động dự phòng, quản lý bệnh không lây nhiễm.

c) Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

4.2. Kết quả đánh giá các giải pháp:

4.2.1. Đối với giải pháp 1:

4.2.1.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 1.648 - 1.798 tỷ đồng/năm cho việc sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các bệnh không lây nhiễm gây ra mà chỉ tính chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 60% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

Bên cạnh đó, nếu đưa chi phí này vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế thì thực chất Nhà nước sẽ chỉ tăng chi 988,8 - 1.078,8 tỷ đồng/năm.

Mức tăng chi phí 1.132 tỷ tương ứng với 1,03% tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2020. Mức tăng bình quân hàng năm của Quỹ bảo hiểm y tế trung bình trong giai đoạn 2014-2019 là 15,6%. Trong khi đó, mức tăng bình quân của chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong giai đoạn này là 20,4%.

Tuy nhiên, mức tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ năm 2018 đã giảm xuống còn 11% và đến 2019 chỉ còn 5,2%. Như vậy, với việc kiểm soát mức tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả và duy trì mức tăng thu bảo hiểm y tế Quỹ bảo hiểm y tế hoàn toàn có thể cân đối được.

Việc thực hiện giải pháp làm tăng thu cho Nhà nước do các cơ sở y tế tăng thu dịch vụ cũng đồng nghĩa với việc tăng mức nộp thuế.

4.2.1.2. Về xã hội:

Cải thiện sức khỏe người dân, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tăng cơ hội việc làm và góp phần giảm nghèo.

4.2.1.3. Về giới:

Việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ sẽ được bảo đảm quyền lợi trong thời gian mang thai, sau khi sinh con.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ là tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với đối tượng là nữ giới cao tuổi mà nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng mắc các bệnh mãn tính cao hơn và dễ rơi vào cảnh nghèo khó, bấp bênh hơn nam giới (VNAS 2011). Trong điều kiện đó, phụ nữ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Cuối cùng, phụ nữ nghỉ hưu sớm hơn nhưng sống lâu hơn nam giới, khiến họ dễ bị rơi vào cảnh góa bụa và lương hưu (nếu có) cũng không đủ chi trả cho nhu cầu. Do đó, các hỗ trợ khi về già đối với họ cũng hạn chế.

4.2.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.2.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.2.2. Đối với giải pháp 2:

4.2.2.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ không phải bỏ ra khoảng 1.648 - 1.798 tỷ đồng/năm cho việc sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh.

4.2.2.2. Về xã hội:

Cải thiện sức khỏe người dân, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tăng cơ hội việc làm và góp phần giảm nghèo. Tuy nhiên mức độ tác động sẽ thấp hơn giải pháp 1 và không khắc phục được một cách triệt để các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe ở Việt Nam hiện nay.

4.2.2.3. Về giới:

Cũng có tác động về giới như giải pháp 1 mức độ tác động sẽ thấp hơn giải pháp 1.

4.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.3.3. Đối với giải pháp 3:

4.3.3.1. Về kinh tế:

Nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế và người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

4.3.3.2. Về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về quản lý sức khỏe của người dân Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

4.3.3.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.3.3.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.3.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.3.4. Kiến nghị lựa chọn:

So sánh hai giải pháp cho thấy cả hai giải pháp 1 và 2 đều có tác động đến Nhà nước nhưng giải pháp thứ nhất sẽ góp phần khắc phục được các tồn tại, bất cập của liên quan đến bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam hiện nay đồng thời sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị bệnh không lây nhiễm và hậu quả do bệnh không lây nhiễm gây ra.

5. Chính sách thứ năm: Quản lý sức khỏe đối với người dân.

5.1. Các giải pháp thực hiện chính sách:

a) Giải pháp 1:

Quy định việc lập hồ sơ sức khỏe cho người dân theo phương thức: (1) đối với công dân sinh sau ngày Luật có hiệu lực thì đưa các thông tin cơ bản về tình trạng sức khỏe vào Cơ sở dữ liệu quốc gia về công dân sau đó tiếp tục cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe; (2) đối với công dân sinh trước ngày Luật có hiệu lực thì thực hiện việc cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe.

b) Giải pháp 2:

Quy định việc lập hồ sơ sức khỏe cho người dân theo phương thức: (1) sau khi Luật có hiệu lực thì hành sẽ thực hiện việc khám sức khỏe cho toàn bộ người dân đã sinh trước ngày có Luật và (2) đối với công dân sinh sau ngày Luật có hiệu lực thì đưa các thông tin cơ bản về tình trạng sức khỏe vào Cơ sở dữ liệu quốc gia về công dân sau đó tiếp tục cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe.

c) Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

4.2. Kết quả đánh giá các giải pháp:

5.2.1. Đối với giải pháp 1:

5.2.1.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải chi khoảng 11,3 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, về lâu dài Nhà nước sẽ giảm chi từ ngân sách do tiết kiệm được các khoản chi để giải quyết hậu quả kinh tế - xã hội do bệnh tật để lại.

Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 552 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, việc áp dụng hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Quỹ bảo hiểm y tế giảm chi bởi khi người dân có hồ sơ sức khỏe thì mọi thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe sẽ được thể hiện trong hồ sơ từ đó sẽ :

- Hỗ trợ việc phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm vì bệnh ở giai đoạn sớm sẽ giảm chi phí điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

- Cung cấp đầy đủ các thông tin về tiền sử bệnh tật của người dân tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh, giúp họ được chăm sóc sức khỏe toàn diện và giảm chi phí do có thể tận dụng được các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

5.2.1.2. Về xã hội:

Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia từ đó bảo đảm cho mọi người dân được quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục suốt đời, hỗ trợ phát hiện sớm và xử lý sớm các bệnh thông thường ngay tại tuyến khám chữa bệnh ban đầu, hạn chế biến chứng và diễn biến bệnh tật nặng, giúp giảm quá tải bệnh viện và giảm áp lực với ngành y tế.

Bên cạnh đó, việc lập hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Nhà nước, ngành y tế và các bộ ngành liên quan có cơ sở đưa ra các giải pháp, chiến lược can thiệp về y tế một cách hiệu quả và chính xác nhất.

5.2.1.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

5.2.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

5.2.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

5.2.2. Đối với giải pháp 2:

5.2.2.1. Về kinh tế:

Các lợi ích về mặt kinh tế của giải pháp này tương tự như giải pháp thứ nhất theo đó Nhà nước sẽ phải chi khoảng 144,8 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế và Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 7.093 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, mức chi đầu tư từ ngân sách cũng như từ nguồn Quỹ bảo hiểm y tế là rất lớn và tính khả thi cũng như tính phù hợp với thực tiễn không thực sự cao, cụ thể như sau:

- Việc sắp xếp để khám cho khoảng 94 triệu người dân Việt Nam trong một khoảng thời gian 12 tháng là vô cùng khó khăn và thiếu tính khả thi do khả năng đáp ứng của cơ sở y tế là có giới hạn. Bên cạnh đó, việc bắt buộc người dân phải đi khám sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến lao động, sản xuất và phát sinh chi phí đi lại để thực hiện việc khám.

- Dưới góc độ y tế thì việc theo dõi sức khỏe của một người phải là liên tục tuy nhiên nếu áp dụng phương thức này thì đối với trẻ em và người già là cũng không thực sự phù hợp do đối với các đối tượng này thì sự thay đổi về chỉ số sinh học là rất lớn và liên tục nên nếu khám tổng quát một lần nhưng sau đó khoảng trên 12 tháng mới khám lại thì các chỉ số cũ gần nhưng không có giá trị tham khảo.

5.2.2.2. Về xã hội:

Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia từ đó bảo đảm cho mọi người dân được quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục suốt đời, hỗ trợ phát hiện sớm và xử lý sớm các bệnh thông thường ngay tại tuyến khám chữa bệnh ban đầu, hạn chế biến chứng và diễn biến bệnh tật nặng, giúp giảm quá tải bệnh viện và giảm áp lực với ngành y tế. Bên cạnh đó, việc lập hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Nhà nước, ngành y tế và các bộ ngành liên quan có cơ sở đưa ra các giải pháp, chiến lược can thiệp về y tế một cách hiệu quả và chính xác nhất.

5.2.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

5.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

5.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

5.2.3. Đối với giải pháp 3:

5.2.2.1. Về kinh tế:

Nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế và người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

5.2.2.2. Về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về quản lý sức khỏe của người dân Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

5.2.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

5.2.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

5.2.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

5.3.4. Kiến nghị lựa chọn:

So sánh ba giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

V. DỰ KIẾN NGUỒN LỰC VÀ ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CHO VIỆC THI HÀNH LUẬT

Dự kiến khi Luật ban hành, thì các cơ quan, tổ chức phải chịu sự điều chỉnh của Luật phải triển khai thi hành, trong đó Bộ Y tế sẽ là cơ quan có chịu trách nhiệm trước Chính phủ về việc tổ chức triển khai Luật.

Nguồn kinh phí để triển khai các hoạt động phòng bệnh đã được phân tích cụ thể trong các phương án, theo đó việc triển khai Luật sẽ không làm phát sinh các khoản chi lớn từ ngân sách nhà nước.

VI. THỜI GIAN DỰ KIẾN TRÌNH QUỐC HỘI XEM XÉT, THÔNG QUA DỰ ÁN LUẬT

Thời gian dự kiến trình Chính phủ cho ý kiến vào tháng 10/2024 và trình Quốc hội cho ý kiến đối với dự án Luật vào kỳ họp thứ 9 (tháng 5/2025) của Quốc hội khóa XV và thông qua dự án Luật vào kỳ họp thứ 10 (tháng 10/2025) của Quốc hội khóa XV.

Xin gửi kèm theo các tài liệu: Báo cáo đánh giá tác động chính sách; Bản tổng hợp, giải trình, tiếp thu ý kiến của Bộ Nội vụ, Bộ Ngoại giao, Bộ Tư pháp, Bộ Tài chính; đề cương dự án Luật; Báo cáo thẩm định đề nghị xây dựng Luật; Báo cáo tiếp thu, giải trình ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp đối với đề nghị xây dựng dự án Luật Phòng bệnh.

Trên đây là những nội dung cơ bản của đề nghị xây dựng Luật Phòng bệnh, Bộ Y tế kính trình Chính phủ xem xét, quyết định./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thủ tướng Chính phủ (để báo cáo);
- Các Phó Thủ tướng (để báo cáo);
- Văn phòng Quốc hội (để phối hợp);
- Văn phòng Chính phủ (để phối hợp);
- Bộ Tư pháp (để phối hợp);
- Các Đ/c Thứ trưởng Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, DP (2b).

BỘ TRƯỞNG

Đào Hồng Lan