

**TÁC ĐỘNG CỦA
DỊCH BỆNH
COVID-19
ĐỐI VỚI Y TẾ
TẠI
VIỆT NAM**

LỜI NÓI ĐẦU

Tôi là bác sĩ tim mạch không phải chuyên ngành bệnh nhiệt đới hay y tế công cộng - những chuyên ngành chỉ huy công cuộc chống dịch trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Vậy nhưng khi đại dịch bùng phát, chúng tôi được phân công vào những nơi cam go nhất như Huế, Phú Yên, Hà Tĩnh rồi Bình Dương, TP. Hồ Chí Minh, Bình Định... và cuối cùng đang “trấn thủ” Hà Thành. Đi nhiều, làm nhiều gặp được nhiều tình huống hiểm nguy, mầy mò đọc, học hỏi, chia sẻ với các đồng nghiệp ở mọi chuyên ngành, nhiều quốc tịch. Chính điều này đã thôi thúc chúng tôi cùng nhau soạn một quyển sách về COVID-19. Quá trình chống dịch của nhân viên y tế Bệnh viện Đại học Y Hà nội nói riêng và ngành y tế nói chung cần được ghi chép lại bởi những kinh nghiệm đúc kết được là vô cùng quý báu vì nó được trả bằng mồ hôi, nước mắt và cả sinh mạng những bệnh nhân của chúng ta.

Chúng tôi có thể viết những quyển sách chuyên khoa nhưng để đánh giá tác động của đại dịch đến các lĩnh vực thiết yếu như kinh tế, xã hội, giáo dục, ... đặc biệt là lĩnh vực y tế và đề ra hay góp phần thay đổi chính sách vĩ mô như Luật Khám chữa bệnh là điều vô cùng khó khăn. Thật may mắn tôi được gặp lại người đồng môn trường Thực Nghiệm - một con người đầy nhiệt huyết và có vốn kiến thức, kỹ năng sâu rộng. Chị đã liên hệ với nhiều tổ chức, cá nhân để có được quyển sách đang nằm trong tay các bạn.

Hy vọng quyển sách sẽ cho người đọc có một góc nhìn tổng quan hơn về tình hình dịch bệnh, thấy được những khó khăn vất vả của lực lượng chống dịch và cả những bất cập trong hệ thống đang vận hành ở Việt Nam.

Nhóm tác giả biên soạn sách thuộc nhiều ngành nghề, địa phương khác nhau. Lứa tuổi, kinh nghiệm cũng như học hàm học vị cũng rất khác nhau nhưng điểm chung tất cả là lòng nhiệt huyết, quyết tâm cho ra đời một sản phẩm giúp ích thiết thực cho Việt Nam.

Có xem COVID như một bệnh lý chuyên khoa chúng ta mới có thể yên tâm quay lại với cuộc sống bình thường và phát triển kinh tế xã hội. Khi đã nắm chắc được sinh bệnh học, diễn biến tự nhiên và các biến chứng... tỷ lệ tăng nặng và tử vong sẽ được khống chế, COVID-19 sẽ như một loại cúm mùa mà lịch sử nhân loại đã từng chứng kiến những đại dịch bùng phát dữ dội rồi thoái triển.

Năm 2021 đối với tôi trôi qua thật nhanh. Một cái Tết “Con Trâu” vui vầy với thành quả chống dịch được thế giới khen ngợi. Cả một xã hội tung hô, những sách lược thành công, những anh hùng trong chống dịch... Chiến thuật coi COVID như kẻ thù, đánh đuổi như đánh giặc, zero COVID ở mọi góc ngách Việt Nam được coi là thành công mỹ mãn. Cho đến những ngày cuối tháng 4, sắp bước vào nghỉ lễ, ổ dịch chủng mới Delta phát hiện ở Thành phố Hồ Chí Minh.

Với những gì virus gây ra ở các nước trên thế giới đặc biệt là Ấn Độ, chính bản thân tôi là người ủng hộ duy trì Zero COVID vì chương trình tiêm chủng chưa được bắt đầu trên diện rộng. Nhắn tin, gọi điện các vị lãnh đạo xin được giãn cách xã hội cho dù ngắn ngày để gói gọn "con" Delta vô cùng phức tạp này. Tuy nhiên trước sức ép của phát triển kinh tế chúng ta đã chọn cách khoanh vùng dập dịch, đương đầu với làn sóng thứ tư. Cho dù có những cố gắng của cả hệ thống nhưng hậu quả của cơn bão tràn qua là khủng khiếp mà quả thực một người ở tâm dịch 3 tháng như tôi không bao giờ muốn nhắc lại. Những tổn thất là bài học đắt giá mà chúng ta luôn phải ghi nhớ. Những cường quốc y tế với các phương tiện cấp cứu hồi sức hiện đại mà không giảm được tỷ lệ tử vong khi dịch bùng phát, trong khi một hệ thống y tế từ cơ sở đến trung ương còn thiếu và yếu như chúng ta làm sao xoay chuyển được tình thế. Lòng dũng cảm và ý chí của những người tham gia chống dịch đã được chứng minh nhưng với "vũ khí" thô sơ đâu ngăn được cơn đại Hồng thủy. Chúng ta đã không giữ lại được nhiều mạng sống cho người dân Nam bộ trong những tháng hè khốc liệt của năm vừa qua.

Những tháng cuối năm số ca nhiễm vẫn tăng chóng mặt nhưng tình huống đã hoàn toàn khác giữa năm. Vaccine đã được phủ trên diện rộng và tỷ lệ tử vong rơi chủ yếu vào nhóm chưa tiêm, bệnh nền nguy hiểm. Hệ thống y tế cũng đã có kinh nghiệm hơn với việc phát hiện và điều trị những ca tăng nặng. Việc điều trị cách ly người nhiễm tại nhà đã được xã hội chấp nhận. Sự nghi kỵ với người nghi nhiễm đã không còn nữa vì đến lúc ai trong chúng ta cũng có thể là Fo hay F1.

Chiến lược coi COVID như một bệnh, một chuyên khoa sẽ là hướng đi không chỉ của Việt Nam. Sống thích ứng an toàn là cụm từ tôi tâm đắc từ vị đứng đầu Chính phủ. Vậy nhưng để được an toàn chúng ta cần thay đổi cách đầu tư cho y tế. Củng cố lại các hệ thống bệnh viện từ cấp huyện với việc xây dựng khoa truyền nhiễm tách khỏi khu điều trị thông thường. Trang bị máy móc, thuốc men, phương tiện phòng hộ, kit test... là nhiệm vụ của cả hệ thống chính quyền chứ không phải riêng ngành y tế.

Đầu tư vào con người với việc đào tạo và tuyển dụng nhân viên y tế một cách bài bản. Bảo đảm thu nhập và tạo hướng đi để phát triển chuyên môn là căn cơ để có một ngành Y thành công trong mắt của toàn xã hội. Đừng để những bác sĩ trẻ ra trường lương 5 triệu bạc và tiền chống dịch từ tháng 7 vẫn chưa về tài khoản. Có "thực mới vực được đạo", cha ông ta đã dạy quả không sai.

Cuối cùng là đầu tư vào khoa học. Thúc đẩy chuyên ngành COVID học. Nghiên cứu, thử nghiệm và sản xuất Vaccine một cách bài bản. Phối hợp sản xuất các thuốc kháng virus chất lượng và giá thành phù hợp. Thường xuyên cập nhật các hướng dẫn một cách khoa học và dễ hiểu để người dân có niềm tin, không hoảng loạn bầu vuu vào những luận cứ phi khoa học... Những việc quan trọng này một mình Bộ Y Tế loay hoay cũng không thể thành công. Sự đồng thuận từ trên xuống dưới của mọi cấp chính quyền theo tôi là chìa khoá để đất nước vượt qua đại dịch, bình an và phát triển.

Để khép lại lời nói đầu tôi xin bày tỏ lòng biết ơn trước những đóng góp của tập thể tác giả và đặc biệt là Trợ lý nghiên cứu, biên soạn Nguyễn Tú Anh. Bên cạnh đó, Quý

Rosa Luxemburg Stiftung đã có vai trò quan trọng để hỗ trợ kinh phí cũng như tạo động lực để các tác giả hoàn thành quyển sách này.

Xin Cảm ơn những đồng nghiệp đã sát cánh cùng chúng tôi ở tuyến đầu chống dịch hay bảo vệ vững chắc hậu phương. Các bạn đã đóng góp những kinh nghiệm quý báu và cũng là nguồn cảm hứng thúc đẩy cho chúng tôi cho ra đời tác phẩm này.

Cuối cùng chúng tôi xin tặng quyển sách này cho những đồng nghiệp của chúng tôi đã ngã xuống trong đại dịch và những người bệnh mà ngành y tế Việt Nam không giữ lại được với cuộc đời.

Nguyễn Lâm Hiếu

NHÓM TÁC GIẢ BIÊN SOẠN



CHỦ BIÊN PGS.TS.BS. NGUYỄN LÂN HIẾU

là một chuyên gia tim mạch đầu ngành với nhiều cống hiến cho nền y học Việt Nam. Ông hiện là Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đồng thời là cũng là Phó trưởng bộ môn Tim mạch, trưởng Đại học Y Hà Nội. Với việc phát triển thành công hệ thống khám chữa bệnh từ xa, ông đã đưa bệnh viện trở thành một trong những cơ sở y tế tiên phong trong phát triển Telehealth ở Việt Nam.

Năm 2016, bác sĩ Nguyễn Lân Hiếu đã trở thành đại biểu Quốc hội Việt Nam khóa XIV (2016- 2021) và đã có một nhiệm kỳ với những đóng góp trong các vấn đề quan trọng của đất nước như y tế, giáo dục, môi trường.

Tháng 6 năm 2021, bác sĩ Nguyễn Lân Hiếu tái trúng cử Đại biểu Quốc hội Việt Nam khóa XV. Đồng thời đây cũng là thời điểm bác sĩ nhận trọng trách ra tuyến đầu đi vào tâm dịch.

Tháng 8/2021, Bộ trưởng Bộ Y tế đã đồng thời bổ nhiệm Ông làm Giám đốc Bệnh viện điều trị Covid19 Becamex Bình Dương và Giám đốc bệnh viện điều trị Covid19 Hoàng Mai, Hà Nội. Trong suốt giai dịch bệnh Covid19 từ đầu năm 2020 bác sĩ đã có nhiều đóng góp thiết yếu cho công tác phòng chống dịch bệnh ở nhiều địa phương trên cả nước.

PSG.TS.BS. PHẠM THỊ BÍCH ĐÀO

hiện đang là giảng viên cao cấp bộ môn Tai mũi họng- Đại học Y Hà Nội, Trưởng phòng Kế hoạch- Tổng hợp của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bà đã có nhiều đóng góp trong quá trình phát triển của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nói chung và cho sự phát triển thành công hệ thống khám bệnh từ xa Telehealth mang lại sự thuận lợi cho bệnh nhân trong khám chữa bệnh và đồng thời hỗ trợ, chia sẻ, học tập kinh nghiệm giữa các bệnh viện khắc phục khó khăn do giãn cách cách xã hội bởi dịch bệnh.



NCS. NGUYỄN TÚ ANH

hiện đang là giảng viên Khoa Luật Hành chính Nhà nước, phụ trách phòng Thanh tra trực thuộc Trường Đại học Luật TP.Hồ Chí Minh. Là người kết nối với Quỹ Rosa Luxemburg Stiftung, được sự cho phép của Chủ biên, bà đã đề xuất việc nghiên cứu và cùng tập thể tác giả chung tay cho ra đời cuốn sách ý nghĩa này như sự tri ân sâu sắc đối với đội ngũ y bác sĩ, nhân viên y tế và lực lượng chống dịch trên cả nước. Đồng thời, ở vị trí là Trưởng ban Chính sách và pháp luật của Công đoàn Trường Đại học Luật TP.HCM, với đóng góp thiết thực trong 02 năm vừa qua, tháng 10/2021 Bà đã vinh dự là một trong 30 nữ cán bộ tiêu biểu của thành phố được Liên đoàn Lao động TP.Hồ Chí Minh trao tặng danh hiệu “Bông hồng tình nguyện mùa dịch Covid19”.

NHÓM TÁC GIẢ BIÊN SOẠN

TS. LÊ TRƯỜNG SƠN

hiện đang công tác tại Trường Đại học Luật TP.Hồ Chí Minh với chức vụ Ủy viên Ban Thường vụ Đảng ủy, Phó Hiệu trưởng. Là người có thời gian gần bốn mươi năm, ông đã cùng các thế hệ tập thể lãnh đạo có những đóng góp quan trọng trong xây dựng và phát triển thành công thương hiệu Trường Đại học Luật TP.HCM thành một trong hai trường trọng điểm quốc gia về đào tạo Luật trong cả nước. Bên cạnh đó, ông còn là trọng tài viên có thâm niên của Trung tâm Trọng tài Quốc tế Việt Nam bên cạnh Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VIAC) từ năm 2007 và tham gia nhiều phiên xử trọng tài với tư cách Chủ tịch hội đồng trọng tài. Trong 02 năm đại dịch Covid19, ông đảm nhiệm vị trí Trưởng Ban chỉ đạo ứng phó nhanh với Covid19 tại Trường Đại học Luật TP.HCM và đã có nhiều đóng góp quan trọng trong công tác chỉ đạo phòng chống dịch đặc biệt thích ứng đa dạng hóa phương thức tổ chức làm việc, tổ chức giảng dạy, học tập và thi online vừa duy trì hoạt động của Trường, vừa đáp ứng mục tiêu đào tạo, vừa tạo thuận lợi cho người học và đảm bảo an toàn phòng chống dịch theo qui định.



PGS.TS. ĐỖ VĂN ĐẠI

hiện là Trưởng Khoa Luật Dân sự, Trường Đại học Luật Thành phố Hồ Chí Minh. Ông có nhiều đóng góp trong việc xây dựng hệ thống pháp luật dân sự tại Việt Nam, đặc biệt với vai trò thành viên Tổ biên tập BLDS năm 2015, chuyên gia chính lý Dự thảo BLDS năm 2015. Đồng thời, ông là tác giả nhiều cuốn sách về pháp luật dân sự, về bình luận bản án và phán quyết trọng tài, về quyền dân sự trong nhiều lĩnh vực trong đó có quyền của người dân trong khám chữa bệnh- một quyền quan trọng nhằm góp phần bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Bên cạnh đó, Ông cũng là một trong 08 Trọng tài viên xuất sắc của Trung tâm Trọng tài Quốc tế Việt Nam-VIAC và được Tạp chí của Hội Tiến sỹ luật của Pháp vinh danh "Chân dung một luật gia lớn vào năm 2021".

LG. NGUYỄN VĂN HUỆ

gần bốn mươi năm với Trung ương Hội Luật Gia từ năm 2005 đến nay, luật gia, trọng tài viên Nguyễn Văn Huệ hiện là Trưởng Ban Nghiên cứu, xây dựng và phổ biến pháp luật. Đồng thời Ông đã là thành viên Ban Thư ký Ban chỉ đạo cải cách tư pháp Trung ương, thành viên Tổ biên tập của nhiều dự án luật trọng điểm đặc biệt có nhiều đóng góp đối với dự án Luật Dân sửa đổi bổ sung với những góp ý liên quan các quyền dân sự, dự án Luật Khám chữa bệnh đối với quyền của người dân về bảo vệ sức khỏe. Bên cạnh đó, ông là thành viên Hội đồng thẩm định một số nghị quyết quan trọng của Hội đồng thẩm phán Tòa án nhân dân tối cao.



PHẦN I

NHẬN DIỆN TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19 ĐẾN HỆ THỐNG Y TẾ TẠI VIỆT NAM

PGS.TS. NGUYỄN LÂN HIẾU
TS. LÊ TRƯỜNG SƠN
PGS.TS. PHẠM THỊ ĐÀO
NCS.. NGUYỄN TÚ ANH

1. Nhận diện tác động của dịch bệnh COVID-19 y tế tại Việt Nam

1.1. Tổng quan tác động của dịch bệnh COVID-19 đến xã hội Việt Nam

Dịch Covid-19 được phát hiện lần đầu tiên tại Trung Quốc vào cuối năm 2019 trước khi lan ra toàn thế giới. Tháng 03/2020, Tổ chức Y tế Thế giới đã tuyên bố COVID-19 là đại dịch toàn cầu, điều đó cho thấy mức độ nghiêm trọng của đại dịch này đã đạt ở mức báo động nhất.

Tại Việt Nam, kể từ đầu dịch đến nay đã có 1.280.780 ca mắc COVID-19, đứng thứ 35/223 quốc gia và vùng lãnh thổ, trong khi với tỷ lệ số ca nhiễm/1 triệu dân, Việt Nam đứng thứ 149/223 quốc gia và vùng lãnh thổ (bình quân cứ 1 triệu người có 12.993 ca nhiễm)¹.

Tổng số ca tử vong do COVID-19 tại Việt Nam tính đến nay là 25.858 ca, chiếm tỷ lệ 2% so với tổng số ca nhiễm. Tổng số ca tử vong xếp thứ 33/234 vùng lãnh thổ, Số ca tử vong trên 1 triệu dân xếp thứ 133/224 quốc gia, vùng lãnh thổ trên thế giới. So với châu Á, tổng số ca tử vong xếp thứ 09/49 (xếp thứ 5 ASEAN), tử vong trên 1 triệu dân xếp thứ 27/49 quốc gia, vùng lãnh thổ châu Á (xếp thứ 6 ASEAN).²

¹ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

² https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

Tình hình xét nghiệm: Số lượng xét nghiệm từ 27/4/2021 đến nay đã thực hiện 26.736.470 mẫu cho 69.433.777 lượt người³.

Tình hình tiêm chủng vaccine phòng COVID-19: Tổng số liều vaccine phòng COVID-19 đã được tiêm là 125.857.027 liều, trong đó tiêm 1 mũi là 72.632.858 liều, tiêm mũi 2 là 53.224.169 liều.⁴

Chúng ta đã trải qua 4 đợt dịch Covid-19: Đợt dịch đầu tiên diễn ra vào tháng 3-4 năm 2020, đợt dịch thứ hai diễn ra vào tháng 7-8/2020 liên quan đến Đà Nẵng, đợt dịch thứ 3 diễn ra vào tháng 1-2 năm 2021 liên quan đến Hải Dương. Trong đợt dịch thứ tư bắt đầu từ 27-4-2021, TP Hồ Chí Minh, Bình Dương được ghi nhận là tâm điểm của dịch.

Trong thời điểm cuốn sách này được hoàn thiện lần cuối trước khi ra mắt bạn đọc cũng là lúc số ca mắc bệnh và tử vong đang có xu hướng tăng trở lại, những vùng dịch "nóng nhất" nằm ở châu Á và Đông Âu. Dịch bệnh đang tái bùng phát ở châu Âu khi số ca mắc mới tăng mạnh ở nhiều nước châu lục này. Châu Âu hiện chính là tâm dịch mới của thế giới. Trong 1 ngày (03/12/2021), Mỹ là nước có số ca mắc mới cao nhất (trên 120.000 ca), trong khi Nga có số ca tử vong mới cao nhất thế giới với trên 1.200 ca. Các nước cũng ghi nhận trên 238 triệu bệnh nhân được điều trị khỏi, số ca đang điều trị tích cực là trên 21 triệu ca và trên 80.000 ca hiện ở trong tình trạng nguy kịch.

³ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

⁴ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

Ngày 3/12, thế giới có 119 quốc gia và vùng lãnh thổ ghi nhận ca COVID-19 mới; 101 quốc gia/vùng lãnh thổ có các ca tử vong vì dịch bệnh. Với tỷ lệ tiêm vaccine ngừa COVID-19 tiếp tục tăng, nhiều nước trên thế giới đang lần lượt điều chỉnh chiến lược phòng chống dịch, chuyển từ "zero COVID-19" sang "sống chung với COVID-19"⁵. Tuy nhiên, việc xuất hiện biến thể mới Omicron đang làm chậm quá trình "bình thường mới" ở một số nước⁶. Điều này cũng không loại trừ Việt Nam có những bước chuyển dịch mới về dịch bệnh COVID-19 như tiền đề cho đợt dịch tiếp theo.

Thực tế cho thấy sự xuất hiện của dịch Covid-19 thời gian qua đã tác động lớn đến Việt Nam và nhiều lĩnh vực cụ thể.

**** Tác động chung của dịch COVID-19***

Trước những con số biết nói như đã nêu trên, dịch bệnh đã bao trùm lên toàn thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng những mất mát, tổn thất nghiêm trọng trên mọi mặt, mọi lĩnh vực của đời sống xã hội. Tuy nhiên, với sự nỗ lực của toàn thể hệ thống chính trị, nhà nước cùng toàn thể nhân dân Việt Nam, đặc biệt sự nỗ lực hết mình của đội ngũ y bác sĩ trên cả nước, chúng tôi mong muốn trước khi vào phân tích những tác động tiêu cực, chúng ta hãy cùng nhìn tổng thể để thấy mọi sự vật hiện tượng trên thế giới này đều luôn song hành yếu tố tích

⁵ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

⁶ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-3-12-co-6-600-benh-nhan-covid-19-nang-cac-ia-phuong-chu-ong-ung-pho-voi-bien-chung-moi-omicron

cực và tiêu cực. Trong thương vong mất mát ấy là sự đoàn kết, yêu thương, chia sẻ của tình người, sự hy sinh vất vả của toàn bộ lực lượng chống dịch, đặc biệt sự gồng mình của toàn ngành y tế còn đầy thiếu thốn mọi mặt của Việt Nam để mang bình an tới toàn thể người dân Việt Nam, đồng hành là nỗ lực gồng gánh của Chính phủ, sự nỗ lực vượt khó của doanh nghiệp, vượt khó vượt khổ của toàn thể người dân Việt Nam. Đó chính là sự mở đầu chúng tôi muốn đề cập là những tác động mang tính tích cực mà dịch bệnh COVID-19 mang đến bên cạnh những tác động tiêu cực như hai mặt của đồng xu làm nên sự hợp lý tổng thể từ những mảnh ghép bất hợp lý.

Những tác động tích cực

Đại dịch COVID-19 đã làm thay đổi cách chúng ta sống và làm việc. Nhìn một cách tổng thể, đó có thể là sự thay đổi theo chiều hướng tích cực.

Trước đại dịch COVID-19, phát triển kinh tế online đã được bàn luận. Tuy vậy, giãn cách xã hội dài do dịch COVID-19 khiến người dân hình thành thói quen mới online. Khi giao tiếp xã hội bị hạn chế, mọi người dần quen mua bán, đặt hàng, giao dịch ngân hàng, sử dụng dịch vụ giáo dục, thể dục thể thao, y tế, truyền thông, họp... thông qua online và đây có thể được coi là một tác động tích cực của dịch COVID-19 vì việc này giúp các hoạt động trở nên thuận tiện, giảm thiểu chi phí và an toàn hơn. Thực tế, trong 4 đợt dịch ở Việt Nam, các dịch vụ online từ mua bán quần áo, giày dép, máy móc, thiết bị gia đình..., đến đồ ăn, thực phẩm, nhu yếu phẩm... đã có cơ hội mở

rộng và nâng cao số lượng khách hàng cũng như doanh số⁷. Đặc biệt trước tình hình dịch COVID-19 có diễn biến phức tạp, **nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa** là giải pháp hiệu quả giúp bệnh nhân được tư vấn, chẩn đoán, hỗ trợ quá trình điều trị bệnh mà không cần trực tiếp đến bệnh viện để thăm khám, góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm bệnh viêm đường hô hấp cấp ra cộng đồng.



PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu trình bày với Thủ tướng Chính phủ Phạm Minh Chính về phương án điều trị COVID-19 và hệ thống quản lý dữ liệu được số hóa

⁷<https://vov.vn/the-gioi/quan-sat/ngoai-tieu-cuc-dai-dich-covid19-con-mang-den-nhieu-tac-dong-tich-cuc-1038999.vov> (truy cập ngày 31/10/2021).



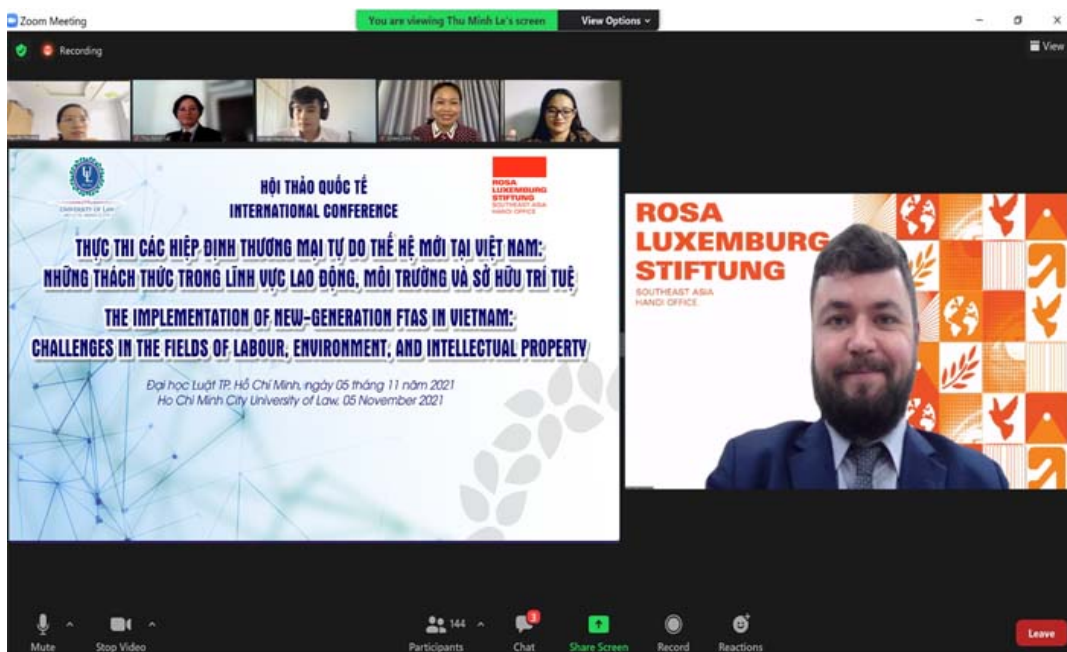
Hội chẩn từ xa qua hệ thống Telehealth với các bệnh viện

Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long đã nhấn mạnh: Để chủ động phòng, chống dịch COVID-19, các bệnh viện tuyến trên phải ưu tiên nhận người bệnh nặng, cấp cứu, chuyển tuyến, hạn chế tối đa nhận các trường hợp khám bệnh thông thường mà tuyến dưới thực hiện được. Các bệnh viện cũng cần tăng cường khám bệnh, tư vấn theo các hình thức trực tuyến, điện thoại, viễn thông để giảm lưu lượng người đến khám bệnh. Chính vì vậy, việc thiết lập nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa có ý nghĩa góp phần hiện thực hóa các Chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ trong bối cảnh cả nước đang thực hiện giãn cách xã hội, chung tay phòng chống dịch COVID-19⁸.

Đại dịch Covid-19 mở ra cơ hội để thực hiện chuyển đổi số. Trước COVID-19, Nghị quyết số 52-NQ/TW của Bộ Chính trị năm 2019 đã đánh giá: *“Mức độ chủ động tham gia cuộc Cách mạng công nghiệp lần thứ tư của nước ta còn thấp. Thể chế, chính sách còn nhiều hạn chế và bất cập. Cơ cấu và chất lượng nguồn nhân lực chưa đáp ứng được yêu cầu.*

⁸ https://hmu.edu.vn/mobile/tlD6107_bac-si-benh-vien-dai-hoc-y-ha-noi-hoi-chan-kham-benh-tu-xa-cho-nguoi-dan-phai-cach-ly-mua-dich-covid19.html

Khoa học - công nghệ và đổi mới sáng tạo chưa thực sự là động lực phát triển kinh tế - xã hội; hệ thống đổi mới sáng tạo quốc gia mới được hình thành, chưa đồng bộ và hiệu quả. Quá trình chuyển đổi số quốc gia còn chậm, thiếu chủ động do hạ tầng phục vụ quá trình chuyển đổi số còn nhiều hạn chế [...] Những hạn chế nêu trên có những nguyên nhân chủ quan và khách quan; trong đó, nguyên nhân chủ quan là chính". Trong vòng 02 năm của dịch COVID-19, chúng ta đã có "cú hích", bước tiến bước dài trong công cuộc chuyển đổi số. Thực tế, những thách thức do dịch COVID-19 "bủa vây" là chất "xúc tác" thúc đẩy các tổ chức và Chính phủ chuyển đổi số mạnh mẽ hơn. Đó chính là "chìa khoá" để thích ứng và vượt qua thách thức.⁹



Dịch bệnh hoành hành nhưng với công nghệ số khoảng cách địa lý là chuyện nhỏ, nụ cười của các diễn giả và Ông Philip Degenhardt - Tổng Giám đốc Quỹ Rosa-Luxemburg-Stiftung Khu vực Đông Nam Á vẫn tỏa sáng, tràn đầy năng lượng tích cực¹¹

⁹ <http://baochinhphu.vn/Kinh-te/Day-nhanh-chuyen-doi-so-chia-khoa-vuot-kho-khan-do-dich-COVID19/445986.vgp> (truy cập ngày 31/10/2021).

¹¹ <https://www.hcmulaw.edu.vn/vi/tieu-diem/hoi-thao-khoa-hoc-quoc-te-thuc-thi-cac-hiep-dinh-thuong-mai-tu-do-the-he-moi-tai-viet-nam-nhung-thach-thuc-trong-linh-vuc-lao-dong-moi-truong-va-so-huu-tri-tue>



Hội thảo kết hợp cả hai hình thức tổ chức trực tiếp và trực tuyến nhằm đảm bảo tuân thủ các quy định phòng chống dịch¹²



Buổi hội thảo thành công tốt đẹp, đặt ra những vấn đề pháp lý về thực thi các cam kết tại Việt Nam ngay cả trong bối cảnh dịch bệnh Covid19¹³

¹² <https://www.hcmulaw.edu.vn/vi/tieu-diem/hoi-thao-khoa-hoc-quoc-te-thuc-thi-cac-hiep-dinh-thuong-mai-tu-do-the-he-moi-tai-viet-nam-nhung-thach-thuc-trong-linh-vuc-lao-dong-moi-truong-va-so-huu-tri-tue>

Về quan hệ giữa con người với nhau, đại dịch COVID-19 cho chúng ta thấy không ít những câu chuyện cảm động về sự giúp đỡ và về tấm lòng nhân ái. Chúng ta cũng chứng kiến sự hy sinh xả thân của đội ngũ y bác sĩ ở tuyến đầu, của các đội quân tình nguyện, của quân đội... Ở đây, những tấm lòng nhân ái dành cho đồng loại có cơ hội được hiển hiện và là yếu tố tích cực nhất cho thấy trong bất cứ hoàn cảnh khó khăn nào, chúng ta luôn đoàn kết, siết chặt tay nhau hơn để cùng nhau vượt khó. Ở khía cạnh gia đình, dịch bệnh buộc nhiều địa phương phải thực hiện giãn cách và điều này cũng là cơ hội để các thành viên trong gia đình gần gũi với nhau hơn, đặc biệt là cha mẹ có thời gian ở bên và quan tâm tới con trẻ nhiều hơn trước đây.



***PGS.TS.BS.Nguyễn Lâm Hiếu cùng lực lượng các y bác sĩ tình nguyện 90 ngày
đêm chiến đấu tại Bệnh viện dã chiến tỉnh Bình Dương***

¹³ <https://www.hcmulaw.edu.vn/vi/tieu-diem/hoi-thao-khoa-hoc-quoc-te-thuc-thi-cac-hiep-dinh-thuong-mai-tu-do-the-he-moi-tai-viet-nam-nhung-thach-thuc-trong-linh-vuc-lao-dong-moi-truong-va-so-huu-tri-tuc>

CLIP HMUH 2021 | Khoa phục hồi chức năng



Các bác sĩ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội luôn chú trọng các giải pháp phục hồi chức năng cho người nhiễm F0 tại Hà Nội



Những suất quà ấm áp tình thầy cô, tình đồng môn của các thế hệ cựu sinh viên Đại học Luật TP.HCM với đầy đủ các nhu yếu phẩm dành tặng các sinh viên khó khăn trong mùa dịch



Tập thể cán bộ, thầy cô, Đoàn, Hội Sinh viên chung tay chia sẻ với sinh viên khó khăn trong mùa dịch



Người dân TP.HCM ở các khu giãn cách chung tay chia sẻ khó khăn mùa dịch



Về môi trường, giãn cách xã hội do COVID-19 và e ngại đi lại do sợ nguy cơ lây nhiễm đã làm thay đổi tích cực tới môi trường, làm giảm đáng kể ô nhiễm không khí. Các nhà nghiên cứu đã ghi nhận mức giảm ô nhiễm không khí bởi carbon dioxide từ 5-10% ở New York; lượng khí thải mêtan cũng giảm đáng kể. Giao thông vận tải chiếm 23% lượng khí thải carbon toàn cầu, nhưng nhờ các sân bay đóng cửa và có rất ít máy bay trên bầu trời, khí nhà kính được thải ra ít hơn, ô nhiễm không khí giảm. Trong ba tháng đầu năm 2020, số lượng hành khách hàng không ít hơn 67 triệu so với bất kỳ năm nào trước đó. Trên thực tế, việc giảm tần suất hoạt động của các phương tiện giao thông dẫn đến giảm khí thải, và nhờ đó, chất lượng không khí cũng được cải thiện, tầng ozone trái đất đang hạ nhiệt và hồi phục¹⁶. Tại Việt Nam, Tổng cục Môi trường (Bộ Tài nguyên và Môi trường) cho biết, so sánh kết quả quan trắc chất lượng không khí tại các đô thị miền Bắc từ tháng 1-4/2020, trong đó có thời gian thực hiện cách ly xã hội cho thấy, sự thay đổi các hoạt động sản xuất, sinh hoạt

¹⁶ <https://vov.vn/the-gioi/quan-sat/ngoai-tieu-cuc-dai-dich-covid19-con-mang-den-nhieu-tac-dong-tich-cuc-1038999.vov>

của con người là nguyên nhân quan trọng làm thay đổi chất lượng không khí¹⁷.

Những tác động tiêu cực

Bên cạnh những tác động tích cực như nêu trên, dịch Covid-19 đã có những tác động tiêu cực tới toàn bộ xã hội.

Trong các Nghị quyết của Chính phủ về dịch COVID-19 vào năm 2020 và 2021, chúng ta lần lượt thấy khẳng định “dịch COVID-19 đã và đang tác động đến nhiều mặt trên các lĩnh vực kinh tế, xã hội; đời sống người dân gặp nhiều khó khăn; nhiều doanh nghiệp, hộ kinh doanh, hợp tác xã phải tạm dừng hoạt động, thu hẹp quy mô sản xuất hoặc sản xuất cầm chừng làm gia tăng thất nghiệp, mất việc làm trong ngắn hạn và tình hình có thể phức tạp hơn nếu dịch bệnh kéo dài”¹⁸; “dịch bệnh đang diễn biến phức tạp và tác động nặng nề lên nhiều mặt của đời sống xã hội, ảnh hưởng lớn đến việc làm, đời sống, thu nhập của người lao động và hoạt động sản xuất, kinh doanh của người sử dụng lao động”¹⁹.

Dưới đây là những tác động tiêu cực của dịch Covid tới một số lĩnh vực then chốt ở Việt Nam.

**** Tác động của dịch Covid-19 tới một số lĩnh vực***

Tác động về kinh tế

Đại dịch Covid-19 gây nhiều tác động tiêu cực chưa từng có tiền lệ lên nền kinh tế Việt Nam.

¹⁷<https://baotintuc.vn/van-de-quan-tam/chat-luong-khong-khi-tai-phan-lon-cac-diem-quan-trac-tren-toan-quo-o-muc-tot-va-trung-binh-20210530124900556.htm> (truy cập ngày 31/10/2021).

¹⁸Nghị quyết số 42/NQ-CP ngày 09/4/2020 của Chính phủ về các biện pháp hỗ trợ người dân gặp khó khăn do đại dịch Covid-19.

¹⁹Nghị quyết 116/NQ-CP ngày 24/9/2021 về chính sách hỗ trợ người lao động và người sử dụng lao động bị ảnh hưởng bởi đại dịch COVID-19 từ Quỹ bảo hiểm.

“Tình hình hoạt động của doanh nghiệp gặp rất nhiều khó khăn. Trong 7 tháng đầu năm 2021, số doanh nghiệp thành lập mới tăng 0,8% so với cùng kỳ năm 2020, là mức thấp so với mức tăng trung bình 8,1% giai đoạn 2016-2020, giảm 7,2% về số lao động; số doanh nghiệp tạm ngừng kinh doanh có thời hạn, ngừng hoạt động chờ làm thủ tục giải thể và hoàn tất thủ tục giải thể tăng 25,5% so với cùng kỳ năm 2020, trong đó số doanh nghiệp tạm ngừng kinh doanh có thời hạn tăng 23%, số doanh nghiệp ngừng hoạt động chờ làm thủ tục giải thể tăng 28,6%, số doanh nghiệp hoàn tất thủ tục giải thể tăng 27,4%”²⁰. Bên cạnh đó, “trong 6 tháng đầu năm 2021, do tác động của các đợt giãn cách xã hội tại một số địa phương, khu vực dịch vụ tiếp tục tăng trưởng thấp, chỉ đạt 3,96% so với cùng kỳ năm 2020; ngành dịch vụ lưu trú và ăn uống tiếp tục giảm sâu (5,12%), dịch vụ vận tải và kho bãi giảm 0,39%. Doanh thu du lịch lữ hành năm 2020 chiếm 0,3% tổng mức bán lẻ hàng hóa và doanh thu dịch vụ tiêu dùng, giảm 59,5% so với năm trước; 6 tháng đầu năm 2021 giảm 51,8% so với cùng kỳ năm trước. Các cơ sở giáo dục và đào tạo ngoài công lập các cấp thành lập mới năm 2020 giảm 9,5% so với cùng kỳ, số lượng doanh nghiệp đăng ký tạm ngừng kinh doanh có thời hạn tăng 89,6%, số lượng doanh nghiệp giải thể tăng 32,8%; trong 6 tháng đầu năm 2021, số lượng doanh nghiệp quay trở lại hoạt động giảm 0,2%”²¹.

²⁰<https://dangcongsan.vn/phong-chong-dich-covid-19/thao-go-kho-khan-thuc-day-phuc-hoi-kinh-te-trong-boi-canh-dai-dich-590784.html> (truy cập ngày 24/10/2021).

²¹https://www.tapchiconsan.org.vn/web/guest/media-story/-/asset_publisher/V8hhp4dK31Gf/content/mot-so-co-che-chinh-sach-cap-thiet-nham-thuc-day-phat-trien-san-xuat-kinh-doanh-phuc-hoi-kinh-te-do-tac-dong-cua-dai-dich-covid-19 (truy cập ngày 24/10/2021).

Ngoài ra, “Tổng vốn đầu tư nước ngoài vào Việt Nam năm 2020 giảm 25% so với năm 2019, trong 6 tháng đầu năm 2021 giảm 2,6%”²².

Dịch bệnh COVID-19 cùng với việc thực hiện biện pháp giãn cách xã hội làm tiêu dùng trong nước sụt giảm mạnh. “Nhìn chung, do ảnh hưởng đại dịch COVID-19, cầu của nền kinh tế (tiêu dùng, đầu tư, xuất khẩu) bị sụt giảm, từ đó làm suy giảm hoạt động sản xuất và tăng trưởng của nền kinh tế”²³. Thực tế, để ngăn chặn sự lây lan của dịch bệnh, người tiêu dùng được khuyến cáo tránh những nơi tập trung đông người như các trung tâm mua sắm, siêu thị, hay chợ. Điều này làm giảm nhu cầu mua sắm hàng hóa của người tiêu dùng; việc không đi làm do công ty bị đóng cửa hay bị yêu cầu cách ly do nghi nhiễm bệnh đã làm nhiều người không có thu nhập và do đó cũng làm giảm chi tiêu.

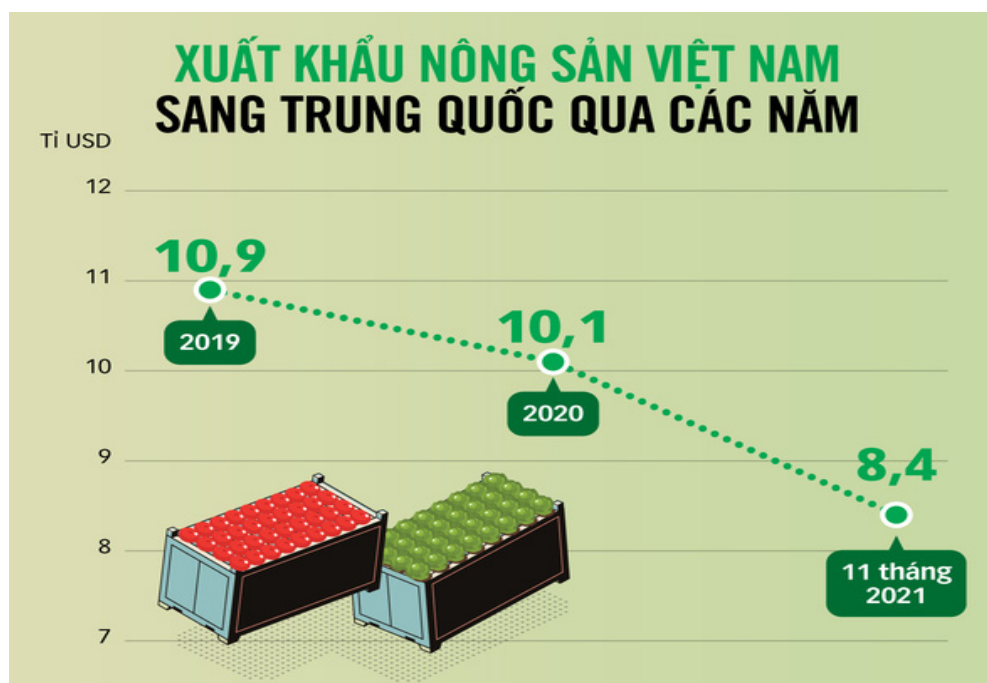
Dịch COVID-19 không chỉ tác động tới yếu tố cầu mà còn tác động tới cung. Thực tế, nhiều công ty ở Trung Quốc, là nơi cung cấp lượng lớn hàng hóa cho Việt Nam cũng như cho các quốc gia khác, đã đóng cửa hoặc hoạt động cầm chừng nên đã ảnh hưởng tới yếu tố cung của nền kinh tế Việt Nam.

²²<https://dangcongsan.vn/phong-chong-dich-covid-19/thao-go-kho-khan-thuc-day-phuc-hoi-kinh-te-trong-boi-can-h-dai-dich-590784.html> (truy cập ngày 24/10/2021).

²³<https://www.tapchiconsan.org.vn/web/guest/kinh-te/-/2018/819611/tac-dong-cua-dai-dich-covid-19%C2%A0va-mot-so-giai-phap-chinh-sach-cho-viet-nam-trong-giai-doan-toi.aspx> (truy cập ngày 24/10/2021).



Xe container hàng nông sản của Việt Nam nằm chờ thông quan xuất sang Trung Quốc tại cửa khẩu Lạng Sơn²⁴



Biểu đồ thực trạng xuất khẩu nông sản Việt nam sang Trung Quốc từ năm 2019- 2021²⁵

²⁴ <https://tuoitre.vn/nguy-co-tac-hang-chinh-ngach-sang-trung-quoc-20211229003304135.htm>

²⁵ <https://tuoitre.vn/nguy-co-tac-hang-chinh-ngach-sang-trung-quoc-20211229003304135.htm>

Tác động về xã hội

Do tác động của COVID-19 , nhiều doanh nghiệp phải thu hẹp sản xuất, tạm ngưng hoạt động hay hoạt động cầm chừng nên không đảm bảo được việc làm cho người lao động.

Ở góc độ xã hội, COVID-19 làm tăng tỷ lệ nghèo và cận nghèo về thu nhập và làm sụt giảm thu nhập tạm thời của hộ gia đình và người lao động. “Tỷ lệ thất nghiệp và thiếu việc làm tăng. Trong Quý II/2021, tỷ lệ thất nghiệp và tỷ lệ thiếu việc làm của lao động lần lượt là 2,4% và 2,6%, đều tăng so với Quý I/2021 (2,19% và 2,2%)”²⁶. Theo số liệu Tổng cục Thống kê, trong quý II năm 2021, khoảng 12,8 triệu người từ 15 tuổi trở lên đã bị ảnh hưởng tiêu cực, bao gồm mất việc làm, tạm nghỉ, làm việc luân phiên, giảm giờ làm, hoặc giảm thu nhập²⁷.

Từ đại dịch COVID-19 , “các nhóm đối tượng yếu thế, đặc biệt lao động trong khu vực phi chính thức càng khó khăn hơn, do sinh kế của họ gắn nhiều với các hoạt động tiếp xúc trực tiếp với nguy cơ lây nhiễm cao”²⁸.

Tác động về giáo dục. Đại dịch COVID-19 đặt ra những thách thức, khó khăn cho ngành giáo dục. Ảnh hưởng nghiêm trọng nhất và rõ ràng nhất của dịch bệnh đối với giáo dục & đào tạo là các cơ sở giáo dục phải đóng cửa.

²⁶<https://dangcongsan.vn/phong-chong-dich-covid-19/thao-go-kho-khan-thuc-day-phuc-hoi-kinh-te-trong-boi-canh-dai-dich-590784.html> (truy cập ngày 24/10/2021).

²⁷<https://dangcongsan.vn/kinh-te/covid-19-anh-huong-sau-sac-den-doi-song-nguoi-lao-dong-594893.html> (truy cập ngày 24/10/2021).

²⁸<http://hdl.vn/vi/nghien-cuu---trao-doi/dam-bao-an-sinh-xa-hoi-trong-tinh-hinh-moi.html> (truy cập ngày 24/10/2021).

Thực tế, tại hầu hết các quốc gia có COVID-19 bùng phát trong đó có Việt Nam, các trường học đóng cửa. Trong năm học qua và năm học 2021-2022, dịch bệnh COVID-19 ảnh hưởng đến việc tổ chức dạy học và hoàn thành chương trình năm học. Nhiều thời gian trong năm học, học sinh, sinh viên đã phải tạm dừng việc học trực tiếp trên lớp và chuyển sang hình thức học trực tuyến. Tình hình dịch bệnh phức tạp và khó lường khiến ngành giáo dục cũng khó lên một kịch bản ứng phó thống nhất trong cả năm học, mà kết quả là người học ở nhiều địa phương phải chuyển đổi qua lại giữa các phương thức học trực tiếp và học trực tuyến. Việc thay đổi phương thức học tập trong học kỳ cũng phần nào ảnh hưởng tiêu cực đến công tác dạy và học. Bên cạnh đó, nhiều trường học đã phải hoàn thành năm học 2020-2021 muộn so với kế hoạch do đợt dịch COVID-19 lần thứ tư diễn ra đúng vào thời gian thi học kỳ 2, kế hoạch tuyển sinh đầu cấp của nhiều địa phương phải thay đổi do chưa kịp tổ chức khảo sát học kỳ 2 đối với các nhóm học sinh cuối cấp²⁹. Các kỳ thi nhìn chung cũng phải tổ chức muộn hơn so với các năm trước đó.

Về mặt tâm lý, đại dịch COVID-19 ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tâm lý của người dạy và người học. Dịch bệnh kéo dài cũng làm cho chi phí giáo dục tăng. Ở đây, việc học trực tuyến đã làm tăng chi phí giáo dục lên rất nhiều, cụ thể mỗi người dạy và người học ít nhất phải có khả năng truy cập vào internet bằng cách này hay cách khác, ít nhất phải có một thiết bị điện tử có khả năng truy cập vào internet và khởi chạy các phần mềm, ứng dụng học tập trực tuyến, ngoài ra có thể

²⁹<http://baokiemtoannhanuoc.vn/giao-duc/dich-benh-covid-19-anh-huong-den-moi-mat-cua-nganh-giao-duc-149769> (truy cập ngày 24/10/2021).

phải cần thêm loa, webcam và micro nếu thiết bị nói trên chưa tích hợp.

1.2 Nhận diện tác động của Covid19 đến Y tế Việt Nam

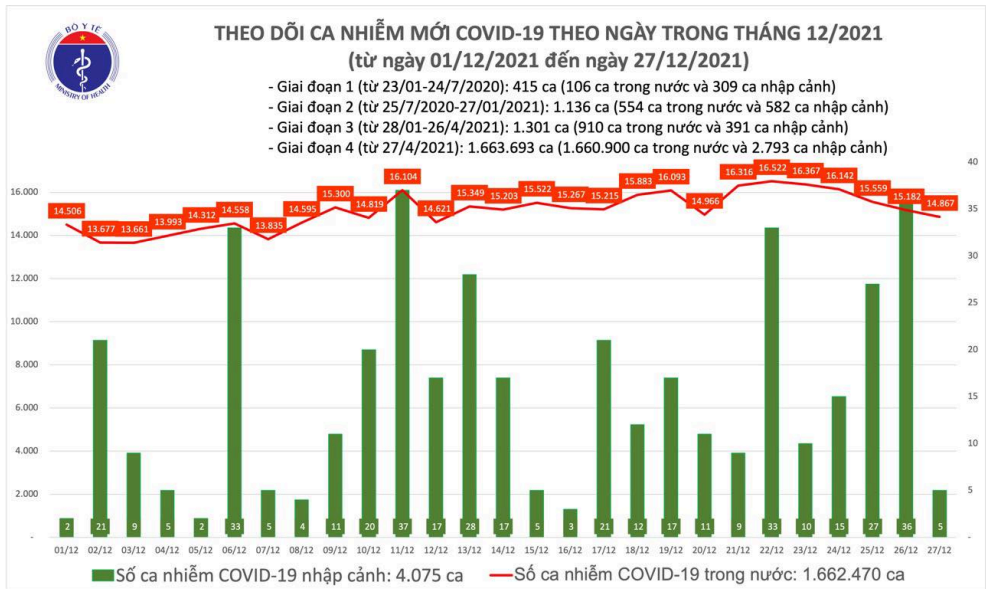
Trước quy mô dịch bệnh viêm phổi cấp do virus corona gây ra, tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO) hôm 30/01/2020 tuyên bố tình trạng y tế khẩn cấp toàn cầu.

Kể từ hai ca nhiễm COVID-19 lần đầu tiên tại Việt Nam vào ngày 23 tháng 1 năm 2020 (hai cha con người Trung Quốc) tính đến tháng 12 năm 2021, Việt Nam đã trải qua bốn đợt dịch với tổng số có 1.352.122 ca nhiễm, đứng thứ 31/223 quốc gia và vùng lãnh thổ, trong khi với tỷ lệ số ca nhiễm/1 triệu dân, Việt Nam đứng thứ 144/223 quốc gia và vùng lãnh thổ (bình quân cứ 1 triệu người có 16.900 ca nhiễm)³⁰.

Số ca mắc COVID-19 trên thế giới: có 280.378.753 ca nhiễm, trong đó 250.487.330 khỏi bệnh; 5.418.468 tử vong và 24.472.955 đang điều trị (88.321 ca diễn biến nặng³¹).

³⁰ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/ngay-27-12-ca-nuoc-co-14-872-ca-mac-covid-19-rieng-ha-noi-1-948-ca

³¹ ³¹ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/ngay-27-12-ca-nuoc-co-14-872-ca-mac-covid-19-rieng-ha-noi-1-948-ca



Bệnh Covid-19 được xếp vào bệnh truyền nhiễm nhóm A, do Vi rút SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (như qua giọt bắn, hạt khí dung, không khí) và qua đường tiếp xúc. Vi rút cũng có khả năng lây truyền cao tại các cơ sở y tế, những nơi đông người và ở không gian kín. Bên cạnh đó, vi rút cũng liên tục biến đổi tạo ra nhiều biến thể khác nhau trên toàn thế giới làm cho khả năng lây lan mạnh hơn và khó kiểm soát. Bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng: từ nhiễm không có triệu chứng, tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, suy hô hấp cấp (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan và tử vong.

Đợt dịch thứ 4 được gây ra bởi biến chủng Delta lây nhiễm nhanh, mạnh hơn; nồng độ virus trong dịch đường hô hấp gấp 1.000 lần so với chủng cũ; chỉ trong 2-3 ngày đã có thêm một vòng lây nhiễm mới (các chủng cũ 5-7 ngày); khoảng 80% người nhiễm không có triệu chứng hoặc biểu hiện rất nhẹ; lây nhiễm xảy ra trước khi bệnh

nhân có xuất hiện triệu chứng gây khó khăn cho việc phát hiện. Tỷ lệ lây nhiễm ở mức cao, 1 người nhiễm lây cho 9-10 người, đã xuất hiện các trường hợp lây nhiễm kéo dài (nhiều hơn 14 ngày). Ở làn sóng thứ 4 tại Việt Nam, biến chủng Delta đã thay đổi mọi thứ. Thực tế cho thấy trong giai đoạn đầu, tốc độ lây lan của biến thể Delta đã nhanh hơn tốc độ đáp ứng phòng chống dịch, các nguyên tắc “vàng” đã triển khai trong các đợt dịch trước chưa theo kịp với sức lan truyền của dịch bệnh. Với mức độ phức tạp của dịch bệnh COVID-19 qua 04 đợt dịch đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến toàn bộ hệ thống y tế ở nhiều khía cạnh khác nhau.

** Ảnh hưởng của đại dịch COVID 19 lên mô hình các bệnh không lây nhiễm và hệ thống chăm sóc y tế:*

Trước năm 2020, trong mô hình bệnh tật kép ở Việt Nam thì bệnh không lây nhiễm chiếm ưu thế với 70% và chiếm 77% tổng số ca tử vong toàn quốc. Trong các bệnh không lây nhiễm thì bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường là những nguyên nhân hàng đầu của tử vong, tàn tật và gánh nặng y tế. Do tính chất kéo dài suốt đời của bệnh không lây nhiễm (các bệnh mạn tính) nên người bệnh cần có sự chăm sóc thường xuyên về y tế (như khám định kỳ, phục hồi chức năng...) và nếu như không được chăm sóc kịp thời người bệnh có thể gặp những tai biến của bệnh như đột quỵ não gây tàn tật hoặc tử vong gây thiệt hại cho xã hội có khi lên tới hàng nghìn tỷ.

Với sự lan truyền nhanh chóng của bệnh COVID-19, nhất là đợt 4, tác động lớn đến khả năng giải quyết và ứng phó với các bệnh không lây nhiễm. Dịch bệnh gây gián đoạn các dịch vụ y tế và những

người có sẵn bệnh mạn tính tăng nặng nếu nhiễm bệnh COVID-19. Ví dụ, việc sàng lọc trường hợp nhiễm bệnh COVID-19 giảm đáng kể việc chẩn đoán và nhập viện kịp thời bệnh mạch vành cấp tính dẫn đến gia tăng số ca tử vong ngoài bệnh viện và các biến chứng lâu dài của nhồi máu cơ tim, các chẩn đoán kịp thời và giai đoạn sớm của các bệnh lý ung thư, tăng giai đoạn bệnh.

COVID-19 còn tác động không nhỏ tới sức khỏe tâm thần của con người, khoảng 20% bệnh nhân COVID-19 gặp các rối loạn tâm thần³² sau ba tháng mắc bệnh. Lo âu, trầm cảm, mất ngủ là những tình trạng phổ biến nhất. Các rối loạn tâm thần trong đại dịch COVID-19 gia tăng đáng kể như tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm (31,4%), rối loạn lo âu (31,9%) và rối loạn giấc ngủ (41,1%)³³.

Nỗi lo sợ bị nhiễm COVID-19 còn làm trầm trọng thêm các triệu chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) ở những người đã được chẩn đoán mắc hội chứng này trước đó. Virus cũng tạo ra các triệu chứng OCD ở những người bị chẩn đoán mắc những hội chứng lo âu khác hoặc người dễ căng thẳng. Để giải tỏa căng thẳng, nhiều người tìm đến các chất kích thích như ma túy và rượu mạnh. Đây là một hệ lụy khác do COVID-19 gây ra.

** Tác động đến người bệnh:* thay đổi thói quen khám bệnh định kì, thói quen tập thể dục, hạn chế sinh hoạt văn hoá văn nghệ... của người bệnh;

³²https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/tp-hcm-20-benh-nhan-covid-19-bi-tram-cam-66-7-benh-nhan-tung-tho-may-bi-roi-loan-lo-au

³³ https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/thu-truong-bo-y-te-ty-le-mac-cac-roi-loan-tam-than-trong-ai-dich-covid-19-gia-tang

Theo thống kê sơ bộ từ các tỉnh thực hiện giãn cách theo chỉ thị 16, 16+... 75% các bệnh nhân theo dõi các bệnh mạn tính bị ngắt quãng, chế độ ăn uống và sinh hoạt không hợp lý, tăng tỷ lệ người bệnh béo phì, tăng tỷ lệ biến chứng của các bệnh đái tháo đường, bệnh thận mạn...

** Sự thay đổi mô hình bệnh viện:*

- Xây dựng mô hình bệnh viện mới phù hợp với tình hình diễn biến dịch: Bệnh viện tách đôi, bệnh viện dã chiến: giảm nhân lực trong khám và điều trị các ca bệnh thông thường, giảm chất lượng điều trị từ đó tăng tỷ lệ tử vong và trì hoãn phẫu thuật của các ca bệnh cấp cứu cần thiết dẫn đến tăng biến chứng, tai biến phẫu thuật.

- Xây dựng các kịch bản ứng phó với dịch bệnh theo từng cấp độ cụ thể để thực hiện.

- Tạo khu sàng lọc trước khi vào các khu khám bệnh thông thường và tăng cường nhân lực cho khu sàng lọc

- Chuyển đổi công năng khu vực lâm sàng thành các khu cách ly: tăng thêm quy mô giường cách ly trong một bệnh viện.

Mỗi bệnh viện, mỗi khoa phải dành riêng phòng đệm, giường đệm để chờ kết quả xét nghiệm PCR hoặc test nhanh...

- Tăng cường cơ sở hạ tầng và đầu tư các vật dụng phòng hộ cá nhân cho nhân viên y tế.

** Tác động đến nhân lực y tế, nhất là chuyên ngành hồi sức cấp cứu:*

Mô hình bệnh tật bị thay đổi một cách đột ngột do dịch bệnh COVID 19, số người bị cách ly y tế, số người bệnh phải nhập viện và số người bệnh nặng, nguy kịch tăng nhanh chóng trong một thời gian ngắn vì thể hệ thống y tế quá tải trầm trọng nhất là số lượng bác sĩ và điều dưỡng chuyên ngành hồi sức cấp cứu không đáp ứng đủ dẫn đến tình trạng các cơ sở hồi sức không có đủ trang thiết bị cũng như nhân lực cho người bệnh.

Số nhân viên y tế từ các chuyên ngành khác được đào tạo cấp tốc về lĩnh vực hồi sức cấp cứu thay thế vì thể chất lượng điều trị chưa đáp ứng tốt.

** Tác động đến kinh tế y tế:*

Dịch bệnh COVID-19 khiến cho giảm nguồn thu từ công tác khám chữa bệnh. Với nguy cơ sẽ bị phong tỏa bệnh viện và lây nhiễm tới rất nhiều địa phương nếu để dịch bệnh xảy ra ngay trong bệnh viện, do các bệnh viện đều rất thận trọng và đưa ra các yêu cầu chặt chẽ như:

- + Tăng cường công tác giám sát sàng lọc
- + Giảm tiếp nhận người bệnh nhất là người bệnh ở những vùng có yếu tố dịch tễ
- + Giảm số ca mổ phiên
- + Giảm cách trong khám bệnh
- + Chế độ làm việc luân phiên để đảm bảo có nhân lực nếu có ca lây nhiễm trong bệnh viện

+ Tăng chi cho công tác phòng chống dịch: cho trực, cho các xét nghiệm, cho công tác sàng lọc, phân vùng, cho bảo hộ cá nhân nhân viên y tế...

** Tác động đến tinh thần lãnh đạo, nhân viên ngành y tế*

- Những đau xót tinh thần vì nhiều tinh hoa ngành y vương vòng lao lý

Chủ biên của cuốn sách này, bác sĩ Nguyễn Lâm Hiếu cũng đã từng chia sẻ khi cầm tấm bằng khen về công tác phòng chống dịch, trong lòng tác giả luôn có hai luồng tình cảm trái ngược, có niềm vui nhưng buồn nhiều hơn. Buồn vì nhiều người xứng đáng hơn mình chưa được ghi nhận. Buồn vì những thiệt thòi của ngành y ai cũng nhận thấy lúc này, nhưng sau dịch thì chưa chắc đã thay đổi được. Do đó, tác giả mong muốn chế độ chính sách, những bất cập của ngành y sẽ được giải quyết và có hướng thoát ra sau đại dịch. Một vị lãnh đạo ngành y tế bị khiển trách, cảnh cáo, thậm chí vương vào vòng lao lý đều khiến không chỉ ngành y mà cả xã hội hết sức đau lòng. Những lỗi cá nhân chắc chắn phải trả giá, nhưng lỗi quy trình, lỗi hệ thống cho dù đã được chỉ ra nhưng để thay đổi là khó khăn vô cùng, bởi một giám đốc bệnh viện rất cần chuyên môn, tuy nhiên không chắc vị giám đốc ấy đã nắm vững về quản lý hoặc các quy định lắt léo hiện hành nên rất cần các cơ chế rõ ràng để được mua sắm trang thiết bị, thuốc men, mà tốt nhất là tách rời ra khỏi lĩnh vực chuyên môn³⁴. Đây là ví dụ cho thấy những bất cập trong hệ thống cần được điều chỉnh càng

³⁴ <https://www.hcmcpv.org.vn/tin-tuc/khong-so-covid-19-nhung-cung-khong-chu-quan-de-dich-bung-phat-dien-rong-1491886958>

sớm càng tốt, nếu không muốn nhận hậu quả lớn hơn. Do vậy ngay khi tác giả được bổ nhiệm làm Giám đốc Bệnh viện Hồi sức cấp cứu COVID-19 tại Bình Dương, tác giả đã chủ động đề xuất lãnh đạo tỉnh đồng thời đã bổ nhiệm một người khác phụ trách mua sắm trang thiết bị, vật tư y tế. Với mô hình mới đó, bệnh viện đã hoạt động trơn tru, hiệu quả cho dù được thành lập trong hoàn cảnh vô cùng cấp bách.

Theo thống kê của Công đoàn Y tế Việt Nam, từ đầu đại dịch năm 2020 tới ngày 9/8, có hơn 2.300 nhân viên y tế bị lây nhiễm khi làm việc, ba người tử vong gồm hai tại TP HCM, một Bình Dương, trong cuộc chiến chống COVID-19 . Đến nay, hơn 16.000 y bác sĩ từ miền Bắc, Trung đã vào tâm dịch phía Nam chi viện. Ngoài đối mặt với lây nhiễm, y bác sĩ còn chịu áp lực nặng về tâm lý khi bệnh nhân quá đông, trở nặng nhanh, tỷ lệ tử vong cao; thiếu trang thiết bị, máy móc, đồ bảo hộ; ăn uống, ngủ nghỉ qua loa...³⁵

Ngoài những ảnh hưởng tinh thần do những tai nạn lao lý lãnh đạo ngành y tế vướng phải, còn là những ảnh hưởng tâm lý cho đội ngũ y bác sĩ trong mùa dịch như:

- *Tăng giờ làm:* do áp lực vì khối lượng công việc lớn, lượng người bệnh cần theo dõi rất đông, trong khi số lượng nhân viên y tế lại rất ít, nên công việc của những người này quay cuồng cả ngày: từ tiêm chủng vaccine, đến cách ly F1 tại nhà, theo dõi F0, phát thuốc, khám bệnh, cấp cứu tại nhà, cấp cứu lưu động, chuyển bệnh nhân, số điện thoại hotline reo liên tục...do phương án tại chỗ 3 ca, 4 kíp hoặc 4 ca 5

³⁵<https://vnexpress.net/ngan-y-bac-si-bo-viec-truoc-khi-tuoc-chung-chi-hanh-nghe-4352422.html>

kíp đòi hỏi số lượng nhân lực lớn mà ngay cả những bệnh viện tuyến trung ương cũng không đủ khả năng đáp ứng dẫn tới mỗi một vị trí việc làm phải tăng số giờ làm phù hợp với số người bệnh và phòng lây nhiễm.

- *Giảm thu nhập*: trong thời gian dịch bệnh, đội ngũ y bác sĩ đã làm việc liên tục cả ngày trong môi trường áp lực cao, rủi ro lớn, nhưng lương tháng qua của nhiều y bác sĩ vẫn còn thấp.

Suốt hơn hai năm qua, do COVID-19 bùng phát, nhiều bệnh viện hoạt động kém, khiến lương của các y bác sĩ bị sụt giảm, nhiều khoản thưởng bị cắt, thu nhập của hầu hết nhân viên y tế chỉ khoảng 4-5 triệu đồng một tháng, nay còn bị cắt giảm 1/3³⁶. Bình thường, nguồn thu của bệnh viện từ các hoạt động khám chữa bệnh và dịch vụ tại viện. Từ khi COVID-19 xuất hiện, bệnh viện đóng cửa với bệnh nhân khác để tiếp nhận điều trị điều trị bệnh nhân COVID-19 , nên gần như không còn nguồn thu. Cán bộ nhân viên hưởng lương cơ bản theo chế độ nhà nước cộng với tiền trợ cấp tham gia chống dịch. Nguồn thu của bệnh viện từ các hoạt động khám chữa bệnh và dịch vụ tại viện. Từ khi COVID-19 xuất hiện, bệnh viện đóng cửa với bệnh nhân khác để tiếp nhận điều trị điều trị bệnh nhân COVID-19 , nên gần như không còn nguồn thu. Cán bộ nhân viên hưởng lương cơ bản theo chế độ nhà nước cộng với tiền trợ cấp tham gia chống dịch. Theo chế độ, y bác sĩ trong thời gian tham gia chống dịch được trợ cấp 300.000 đồng một ngày. Các y bác sĩ sẽ làm việc luân phiên. Ví dụ, một người tham gia điều trị 14 ngày, nhận trợ cấp đủ 14 ngày, sau đó

³⁶ <https://vnexpress.net/bac-si-chong-dich-luong-vai-trieu-dong-4354352.html>

được luân chuyển ra cách ly tại bệnh viện 14 ngày, rồi về nhà nghỉ 7 ngày. Như vậy, 21 ngày không tham gia chống dịch, y bác sĩ sẽ không được hưởng trợ cấp gì.

Theo *Hướng dẫn thực hiện chế độ chi cho cán bộ nhân viên y tế, tình nguyện viên đi hỗ trợ các tỉnh chống dịch COVID-19*, Bộ Y tế, những người được hưởng phụ cấp gồm: học sinh, sinh viên, học viên đại học, cao đẳng, trung cấp khối ngành sức khỏe, tình nguyện tham gia chống dịch tại các tỉnh, thành; người có chuyên môn y tế không hưởng lương từ ngân sách nhà nước tình nguyện tham gia chống dịch.

Mức phụ cấp 300.000 đồng/người/ngày áp dụng với người đi giám sát, điều tra, truy vết dịch; trực tiếp khám, chẩn đoán, điều trị người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19.

Người vận chuyển bệnh nhân, bệnh phẩm; giám sát dịch tễ, theo dõi y tế tại cơ sở cách ly y tế tại nhà... được phụ cấp 200.000 đồng/người/ngày.

Ngoài ra, tình nguyện viên được hưởng phụ cấp 120.000 đồng/người/ngày gồm tiền ăn và chi phí phục vụ nhu cầu sinh hoạt. Tất cả tình nguyện viên được xét nghiệm sàng lọc trước khi đi chống dịch, do ngân sách nhà nước chi trả. Người hưởng nhiều mức phụ cấp sẽ được tính theo mức cao nhất.

Chính mức đãi ngộ khiêm tốn, áp lực lớn, nguy cơ cao, quá tải thể chất lẫn tinh thần đã khiến tinh thần và ý chí chiến đấu của lực lượng y bác sĩ tuyến đầu chống dịch bị lung lay dữ dội. Hơn lúc nào

hết, các thầy thuốc, nhân viên y tế đang cần được tiếp sức và khích lệ bằng những hành động cụ thể và kịp thời. Bởi họ chính là tuyến đầu thiết yếu, là nhân tố quyết định trong cuộc chiến trường kỳ với đại dịch COVID-19 .

Có thể khẳng định chế độ hỗ trợ giúp nhân viên y tế đỡ vất vả phần nào, yên tâm thực hiện chống dịch, song công sức của các y bác sĩ không thể đong đếm bằng tiền. Nhiều y bác sĩ bám trụ công việc là vì người dân, vì cộng đồng trong lúc cả xã hội đang khó khăn, vì trách nhiệm với nghề nghiệp. Theo tác giả, đảm bảo thu nhập để yên tâm công tác thì ngành y Việt Nam sẽ không thua kém bất cứ ngành y nào ở trong khu vực.

- Nguy cơ nguy hiểm, tác động tâm lý khi vừa lo chống dịch vừa lo công việc ở nhà, không có điều kiện tham gia các hoạt động văn hoá, thái độ tiêu cực của người bệnh đã làm tăng tỷ lệ nhân viên ngành y bị trầm cảm khiến giảm chất lượng công việc.

Với đồng lương mỗi tháng 5-6 triệu đồng, trong khi các y bác sĩ hằng ngày phải tiếp xúc, điều trị cho các bệnh nhân COVID-19 . Gánh nặng cuộc sống gia đình đè nặng lên vai những người vợ, người chồng, đang ở nhà chăm sóc con cái để họ đi thực hiện nhiệm vụ chống dịch. Ở nhà, họ vẫn còn có con nhỏ, về nhà thì sợ lây bệnh cho người thân, mà ở lại bệnh viện thì không có chỗ ăn ở, tắm rửa hằng ngày, phải vào nhà vệ sinh lấy vòi xịt bồn cầu để tắm. Bên cạnh áp lực công việc, nhiều nhân viên y tế cũng gặp áp lực từ người dân. Dịch bệnh bùng phát, y tế thiếu thốn, nhiều người không hiểu và cảm thông, nhiều người nóng nảy, la hét nhân viên y tế, thậm chí gây thương tích³⁷...

³⁷ PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu, *Câu chuyện từ trái tim -2020*



***Nhân viên y tế từ khắp nơi được huy động
về Mão Điền lấy mẫu xét nghiệm toàn dân trong đêm³⁸***



***Các nhân viên y tế huyện Tiên Du tranh thủ nghỉ ngơi sau đêm trắng 13/5 lấy
mẫu cho công nhân ở huyện Yên Phong³⁹***

³⁸ <https://vnexpress.net/nhung-ngay-kiet-suc-cua-nhan-vien-y-te-bac-ninh-4278415.html>

** Tác động đến đào tạo nhân lực y tế*

Trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, nguồn lực y tế là nguồn lực quan trọng, quyết định tới chất lượng y tế. Do đó chú trọng đào tạo là cần thiết để có đội ngũ cán bộ đáp ứng đủ cả về số lượng, năng lực, trình độ về chuyên môn, kỹ năng làm việc cũng như quản lý

Tuy nhiên giãn cách xã hội khiến việc đào tạo chuyển giao trực tiếp các chương trình đào tạo khó thực hiện nên phải triển khai các hình thức đào tạo trực tuyến:

- Xây dựng các chương trình đào tạo trực tuyến mới và thẩm định từ đầu nên kéo dài thời gian

- Bộc lộ nhiều thiếu thốn trong cơ sở vật chất khi đào tạo trực tuyến: chất lượng đường truyền, phần mềm mô phỏng...

** Thay đổi phương thức khám chữa bệnh:* Tăng cường các biện pháp sử dụng nền tảng công nghệ thông tin trong tư vấn, khám và chữa bệnh từ xa (qua điện thoại, các phương tiện trực tuyến khác). 58% có thể thực hiện các trường hợp thăm khám tư vấn từ xa tuy nhiên phụ thuộc rất nhiều vào cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin và trình độ chuyên môn.

** Tác động tới hệ thống chăm sóc y tế*

Đội ngũ lao động phổ thông: vệ sinh công nghiệp thiếu hụt do giãn cách xã hội, nhu cầu vệ sinh khử khuẩn trong các khu điều trị người bệnh COVID 19, trong các khu cách ly ...tăng nhưng không tuyển được người lao động dẫn tới quá tải sức lao động do đó tăng số người nghỉ ốm, nghỉ việc...

³⁹ <https://vnexpress.net/nhung-ngay-kiet-suc-cua-nhan-vien-y-te-bac-ninh-4278415.html>

2. Thực trạng dịch bệnh và công tác chống dịch COVID-19 tại một số địa phương

2.1. Thực trạng dịch bệnh và công tác chống dịch COVID-19 tại Phú Yên, Bình Dương, Hà Nội⁴⁰

2.1.1. Phú Yên:

Ngay từ đầu đã được sự hỗ trợ và tư vấn từ BV ĐHYHN: Với mô hình “tháp 3 tầng” trong điều trị bệnh nhân COVID-19, tỉnh Phú Yên đã tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân COVID-19 thành công, giảm mức thấp nhất ca tử vong, đồng thời tránh không gây ra áp lực quá tải trong điều trị các ca bệnh tại địa phương. Bệnh viện ĐHYHN đã nỗ lực hỗ trợ toàn diện trong điều trị ở mức tốt nhất.

Ngày 15/7/2021, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã cử 2 đoàn công tác gồm 10 thành viên cùng một máy lọc máu liên tục và một số vật tư phòng chống dịch lên đường chi viện cho tỉnh Phú Yên. Đội chi viện là các y bác sĩ, điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực, Gây mê hồi sức, Tim mạch, Kiểm soát nhiễm khuẩn.

Trong sáng 16/7/2021, đoàn công tác thứ 3 do PGS.TS.Nguyễn Lâm Hiếu - Giám đốc Bệnh viện và PGS.TS Hoàng Bùi Hải, Trưởng khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực, trực tiếp vào Phú Yên. Đoàn công tác đã hỗ trợ tinh trong phòng, chống nhiễm khuẩn; điều trị bệnh nhân

⁴⁰ Tại những địa phương Bệnh viện Đại học Y Hà Nội hỗ trợ chống dịch với sự chỉ đạo chuyên môn của PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu- Giám đốc bệnh viện Đại học Y Hà Nội

COVID-19 tại viện tỉnh; tham mưu cho lãnh đạo tỉnh Phú Yên trong phòng, chống dịch...

Việc phân chia trung tâm cấp cứu, xây dựng kịch bản buồng mổ cấp cứu có ca nghi ngờ liên quan COVID-19 (yếu tố dịch tễ, sốt và có biểu hiện đường hô hấp hay test kháng nguyên dương tính...).

Đoàn hỗ trợ công tác phân luồng trong bệnh viện, hướng đi cho các trường hợp nghi nhiễm COVID-19, đảm bảo giảm khả năng cho các khu vực bệnh nhân khác ít nguy cơ; Xây dựng các kịch bản phát hiện ca có nguy cơ, tầm soát sàng lọc bệnh nhân COVID-19 trong viện. Khu vực phòng bệnh cần đảm bảo giãn cách, giảm nguy cơ lây nhiễm chéo với người bệnh, người nhà và nhân viên y tế.

Đoàn hỗ trợ công tác đào tạo cấp tốc nhân lực

Tại Phú Yên hiện có 6 cơ sở điều trị bệnh nhân COVID-19 gồm Bệnh viện dã chiến Tuy Hòa, Bệnh viện Dã chiến thị xã Đông Hòa; Trung tâm Y tế các huyện Tuy An, Sơn Hòa, Sông Hinh và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên.

Theo mô hình điều trị của tỉnh này, các bệnh nhân không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ sẽ được điều trị ở Bệnh viện dã chiến hoặc các cơ sở y tế tuyến huyện. Tất cả bệnh nhân COVID-19 diễn biến nặng (phải thở oxy, thở máy không xâm nhập), nguy kịch (phải thở máy, chạy ECMO) đều được chuyển đến điều trị tại khoa Cấp cứu,

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên. Tại thời điểm tháng 7/2021 bệnh viện có 20 giường điều trị bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch đang được xây dựng, nâng công suất lên 50 giường và các khu vực đệm có thể chuyển công năng thành khu hồi sức trong tình huống số ca nhiễm ở tỉnh tăng nhanh dẫn đến số bệnh nhân tăng nặng cao hơn. Việc nâng công suất giường bệnh tại khu có nguy cơ lây nhiễm cao như vậy đòi hỏi sự đầu tư về trang thiết bị, nhân lực. Hiện lực lượng bác sĩ, điều dưỡng hồi sức cấp cứu ở bệnh viện tỉnh Phú Yên khá mỏng, do đó, công tác đào tạo nhân lực rất quan trọng, cần triển khai ngay. Do vậy, trước mắt có thể sử dụng bác sĩ ở một số chuyên ngành liên quan để đào tạo “cầm tay chỉ việc” để đáp ứng yêu cầu điều trị bệnh nhân nặng, nguy kịch.

Thiết lập Tele-ICU, kết nối với vùng xanh an toàn trong bệnh viện

Tháng 7-8/2020, đoàn chuyên gia của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã đến hỗ trợ Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 điều trị bệnh nhân COVID-19 nặng được chuyển ra từ Đà Nẵng. Tại đây, mô hình Tele-ICU do Bệnh viện sáng tạo đã phát huy hiệu quả đưa ra phương pháp điều trị tốt nhất cho các bệnh nhân COVID-19.

Hiện hệ thống Tele-ICU đã được triển khai, kết nối với Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên. Quy trình thông tin giữa khu vực COVID-19 và khu vực an toàn tại Bệnh viện đã được thiết lập. Các con đường

kết nối cũng được thực hiện qua điện thoại, bộ đàm, công nghệ thông tin làm sao để thuận tiện nhất trong theo dõi, giúp xử trí bệnh nhân có diễn biến bất thường tốt hơn với ý kiến của chuyên gia

Để điều trị cho bệnh nhân COVID-19, TTYT ngay từ đầu Phú Yên đã

- Phân ca kíp làm việc, mỗi ca kíp có đủ các thành phần: bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên lấy mẫu
- Tuân thủ phác đồ điều trị COVID-19 theo hướng dẫn của Bộ Y tế.
- Hỗ trợ bệnh nhân về tâm lý, dinh dưỡng; tạo môi trường không khí trong lành...
- Chuyển trạng thái khám chữa bệnh bình thường khi điều kiện phù hợp.
- Chủ động xây dựng kế hoạch theo các mức độ khác nhau nếu có bệnh nhân COVID-19

Thời gian qua, tại Phú Yên có những lúc số bệnh nhân COVID-19 lên đến hàng nghìn người nhưng không xảy ra tình trạng quá tải tại bệnh viện, số ca tử vong ở mức thấp. Kết quả này mang lại từ việc địa phương đã vận dụng tốt mô hình “tháp 3 tầng” để tiếp nhận và điều trị bệnh nhân COVID-19 ngay từ tuyến cơ sở. Tầng 1 (điều trị bệnh nhân nặng và nguy kịch) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên với số giường bệnh hiện có là 70 và có khả năng nâng lên 100 giường. Ở đây có đầy đủ máy thở, máy lọc máu; tầng 2 được bố trí tại Bệnh viện dã chiến điều trị bệnh nhân COVID-19 ở thị xã Đông Hòa và thành phố Tuy Hòa; tầng 3 tại Trung tâm Y tế các huyện còn lại.

Trung tâm Y tế huyện miền núi Sơn Hòa là một trong những bệnh viện đã chiến đấu điều trị bệnh nhân COVID-19 ở tầng thứ 3 theo mô hình "tháp 3 tầng" của Bộ Y tế. Từ ngày 25/6 đến nay, nơi đây tiếp nhận và điều trị 80 bệnh nhân COVID-19. Trong số các bệnh nhân COVID-19 này có 1 người tử vong (bệnh nhân có bệnh nền tai biến và sống thực vật 6 năm), 30 người phải chuyển tuyến, 47 người đủ điều kiện được xuất viện, 2 người đang tiếp tục điều trị. Từ ngày 1/9, khi số ca F0 giảm, Trung tâm Y tế huyện Sơn Hòa đã được chuyển trạng thái từ bệnh viện dã chiến điều trị COVID-19 sang trạng thái khám chữa bệnh bình thường. Bình quân mỗi ngày, Trung tâm tiếp nhận khám và cấp thuốc cho khoảng 150 người. Người dân khi đến khám, chữa bệnh được sàng lọc 3 lớp tại chốt ở cổng, khi khám tiếp đón, test nhanh SARS-CoV-2 khi có dấu hiệu nghi ngờ.

Tỷ lệ tử vong thấp (31 người tử vong/2.985 bệnh nhân).

BÁO CÁO

Công tác phòng chống dịch COVID-19 trên địa bàn tỉnh Phú Yên
(Từ 19 giờ 00 ngày 05/10/2021 đến 19 giờ 00 ngày 06/10/2021)

Trung tâm Chỉ huy phòng, chống dịch COVID-19 tỉnh Phú Yên báo cáo công tác phòng, chống dịch COVID-19 từ 19 giờ 00 ngày 05/10/2021 đến 19 giờ 00 ngày 06/10/2021 như sau:

1. Tình hình ca nhiễm mới:

Nội dung	Mới trong thời điểm báo cáo	Cộng dồn từ ngày 23/6/2021	Ghi chú
Toàn tỉnh	5	3.044	Ngành Y tế đang hoàn thiện hồ sơ các ca bệnh mới để gửi Bộ Y tế cấp mã bệnh nhân theo qui định
Trong đó:			
- TP. Tuy Hòa	0	1.629	
- Huyện Phú Hòa	0	526	
- TX. Đông Hòa	4	174	4: Về từ Bình Dương (tự về ngày 05/10, được chuyển cách ly tập trung)
- Huyện Tây Hòa	0	111	
- Huyện Tuy An	0	298	
- TX. Sông Cầu	0	72	
- Huyện Đồng Xuân	1	111	1: Về từ Bình Dương theo KH đơn công dân ngày 29/9
- Huyện Sơn Hòa	0	81	
- Huyện Sông Hinh	0	37	
- Tỉnh khác	0	5	

2. Phân tích tình hình F0:

Nội dung	F0 mới trong thời điểm báo cáo	Số ca mắc trong 7 ngày	Số ca mắc trong 14 ngày
- Sàng lọc cộng đồng	0	0	0
- F1, cách ly, phong tỏa	0	1	9
- Từ TP. HCM và các tỉnh có dịch về	5	19	50
Tổng cộng	5	20	59

3. Công tác truy vết:

TT	Địa phương	Trường hợp F1		Trường hợp F2		Ghi chú
		Số mới	Cộng dồn từ 23/6/2021	Số mới	Cộng dồn từ 23/6/2021	
1	TP. Tuy Hòa	0	4.095	0	6.929	
2	Huyện Phú Hòa	0	1.178	0	4.964	
3	TX. Đông Hòa	0	1.015	0	2.027	
4	Huyện Tây Hòa	0	967	0	1.761	
5	Huyện Tuy An	0	1.677	0	2.723	

2.1.2. Tình hình dịch bệnh và chống dịch tại Bình Dương

Tính từ đợt dịch thứ 4 (từ 27/4/2021- 22/9/2021), tỉnh Bình Dương ghi nhận 187.493⁴¹ ca mắc COVID-19, (Trong đó: 9.184 ca bệnh phát hiện qua khám tại cơ sở y tế, 25.365 ca bệnh phát hiện trong Khu cách ly tạm thời cho người test nhanh dương tính, 111.039 ca bệnh phát hiện trong khu phong tỏa, 37.645 ca trong cộng đồng (chợ, khu không phong tỏa). Lũy kế tại Bình Dương đã có 183.360 ca mắc COVID-19 (gồm: 32 công dân VN về từ nước ngoài do QK7 điều tiết, 07 chuyên gia nước ngoài nhập cảnh, 183.320 ca lây nhiễm trong cộng đồng, 01 ca nhập cảnh trái phép từ Campuchia),

Công tác thu dung điều trị, cách ly, phong tỏa

Khu cách ly, điều trị

- Số cơ sở cách ly tập trung (hiện nay sử dụng chủ yếu để cách ly điều trị F0 không triệu chứng và các trường hợp test nhanh +): 133 cơ sở, trong đó có 130 cơ sở cấp huyện và 03 cơ sở cấp tỉnh là Khu điều trị Hoàng Hùng (Bàu Bàng) và Khu điều trị Việt Đức (Bến Cát); Khu điều trị số 6 (Bàu Bàng)

- Số trường hợp trường hợp test nhanh (+): 11.266;

- Số F1 đang cách ly tại nhà: 6.799 người

- Số F0 đang cách ly tại nhà: 5.560 bệnh nhân

- Tình hình thu dung điều trị:

+ Số bệnh nhân thu dung trong ngày: 1.996 bệnh nhân.

⁴¹ https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/ngay-22-9-co-11-527-ca-mac-covid-19-rieng-tp-hcm-va-binh-duong-a-ghi-nhan-hon-9-600-ca

+ Số bệnh nhân xuất viện trong ngày: 4.321 Tích lũy: 148.829

+ Số bệnh nhân tử vong trong ngày: 41 bệnh nhân; Tích lũy tử vong: 1.724

+ Số bệnh nhân đang điều trị: 43.554 bệnh nhân

Khu phong tỏa

Hiện tại đang có 1.300 khu vực phong tỏa (Thuận An: 264; Phú Giáo 12, Bàu Bàng 20; Dĩ An 585; Dầu Tiếng 5; Bến Cát 211; Tân Uyên 102, Bắc Tân Uyên 09; Thủ Dầu Một 92) với 120.303 người trong khu vực phong tỏa.

Tình hình lấy mẫu xét nghiệm

Tình hình nhận mẫu PCR và test nhanh trong ngày

Tình hình xét nghiệm diện rộng tại các địa phương

- Lấy mẫu xét nghiệm diện rộng đợt 1 (Từ ngày 17/7/2021): Kết quả đã lấy mẫu xét nghiệm cho 1.292.846 lượt người, kết quả phát hiện 12.667 người nghi ngờ mắc COVID-19 (tỷ lệ 0,98%)

- Lấy mẫu xét nghiệm diện rộng đợt 2 đến nay (Từ ngày 02/8/2021 đến nay): Kết quả: các địa phương lấy mẫu test nhanh và PCR cho 6.575.574 lượt người, có 139.529 trường hợp dương tính (tỷ lệ 2,12%)

- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh triển khai lấy mẫu PCR cho 135.839 công nhân tại 169 công ty trong các KCN, kết quả có 396 trường hợp dương tính

Kết quả lấy mẫu xét nghiệm test nhanh diện rộng từ đợt 2 đến nay tại các địa phương

STT	Địa phương thực hiện	Trong ngày			Cộng dồn đợt 2 đến nay			Ghi chú: Nơi lấy mẫu
		Số người	(+)	%	Số lượt người	(+)	%	
1	Thủ Dầu Một	7215	184	2,55%	98250	1065	1,08%	14/14 phường
2	Thuận An	74432	839	1,13%	1712489	51797	3,02%	Thuan Giao, An Phu, Binh Chuan, Binh Hoa
3	Dĩ An	42998	414	0,96%	1255025	22884	1,82%	
4	Tân Uyên				2652252	48903	1,84%	
5	Bến Cát	1191	143	12,01 %	459822	13955	3,03%	Mỹ Phước, Thới Hòa, Tân Định, An Tây, Hòa Lợi

6	Bàu Bàng				66184	201	0,30%	
7	Bắc Tân Uyên				136767	245	0,18%	
8	Phú Giáo	3087	0	0	12754	0	0	
9	Dầu Tiếng	1968	7	0,36%	182031	479	0,26%	TT Dầu Tiếng, Thanh An
10	Tổng cộng	130891	1587	1,21%	6575574	139529	2,12%	

Tình hình tiêm vắc xin

Tính đến 16g00' ngày 21/9/2021 ghi nhận trên Hệ thống báo cáo như sau:

- Tổng số liều được tiêm: 1.986.249
- Tổng số mũi 1: 1.920.551
- Tổng số mũi 2: 65.698

Trạm Y tế lưu động

Vùng đỏ:

Trung tâm y tế (TYT) lưu động tại 26 xã/phường

+ Thuận An: 21 TYT lưu động (15 TYT của 4 phường Bình Chuẩn, Thuận Giao, An Phú, Bình Hoà, 6 TYT của An Thạnh, An Sơn, Hưng định, Vĩnh Phú, Lái Thiêu)

+ Dĩ An: 04 TYT lưu động tại 4 phường đông cứng (An Bình, Dĩ An, Đông Hòa, Tân Đông Hiệp).

+ Tân Uyên: 26 TYT lưu động (21 TYT lưu động tại 7 phường đông cứng và 05 TYT tại các xã/phường còn lại)

Vùng xanh: 91 TYT lưu động

+ Thủ Dầu Một: 42 Trạm Y tế lưu động tại tất cả 14 phường

+ Bến Cát: 08 TYT lưu động

+ Dầu Tiếng: 12 TYT lưu động tại 12 xã/thị trấn

+ Phú Giáo: 11 TYT tại 11 xã/thị trấn

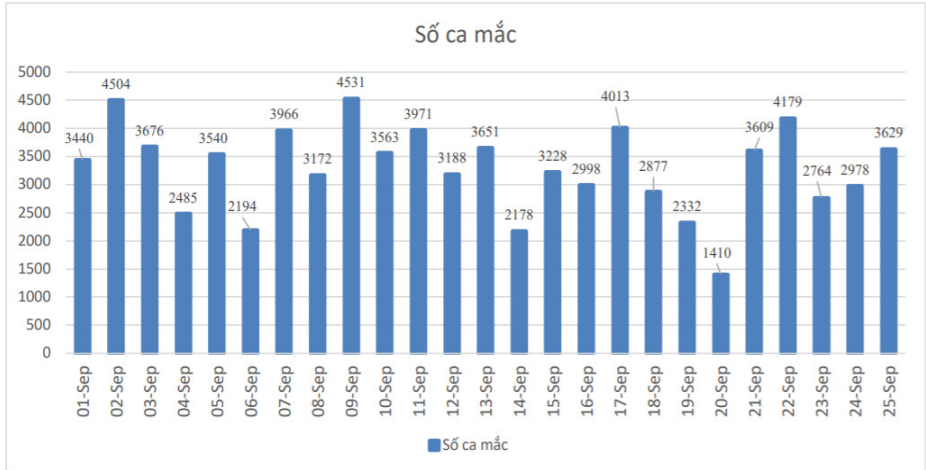
+ Bàu Bàng: 08 TYT lưu động tại 07 xã/thị trấn (riêng TT. Lai Uyên có 02 TYT lưu động)

+ Bắc Tân Uyên: 10 TYT tại 10 xã/thị trấn (xem Phụ lục 4)

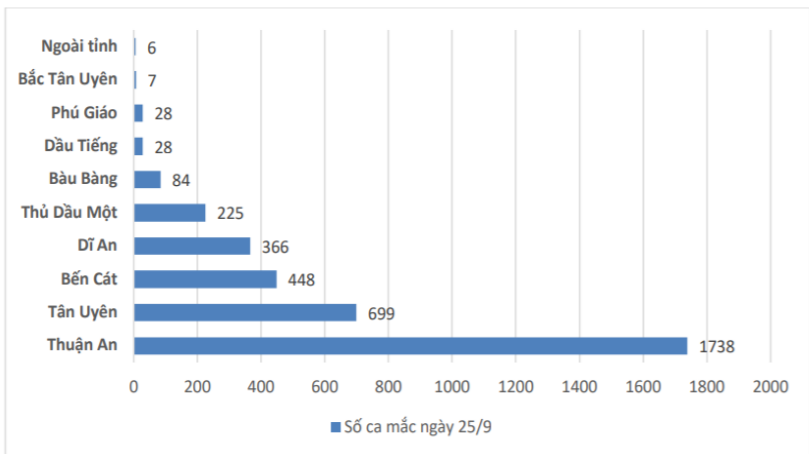
STT	Địa phương thực hiện	Trong ngày			Cộng dồn đợt 2 đến nay			Ghi chú: Nơi lấy mẫu
		Số người	(+)	%	Số lượt người	(+)	%	
1	Thủ Dầu Một	7215	184	2,55%	98250	1065	1,08%	14/14 phường
2	Thuận An	74432	839	1,13%	1712489	51797	3,02%	Thuan Giao, An Phu, Binh Chuan, Binh Hoa

3	Dĩ An	42998	414	0,96%	1255025	22884	1,82%	
4	Tân Uyên				2652252	48903	1,84%	
5	Bến Cát	1191	143	12,01 %	459822	13955	3,03%	Mỹ Phước, Thới Hòa, Tân Định, An Tây, Hòa Lợi
6	Bàu Bàng				66184	201	0,30%	
7	Bắc Tân Uyên				136767	245	0,18%	
8	Phú Giáo	3087	0	0	12754	0	0	
9	Dầu Tiếng	1968	7	0,36%	182031	479	0,26%	TT Dầu Tiếng, Thanh An
10	Tổng cộng	13089 1	158 7	1,21%	6575574	139529	2,12%	

PHỤ LỤC 1: CÁC BIỂU ĐỒ MÔ TẢ CA MẮC COVID-19

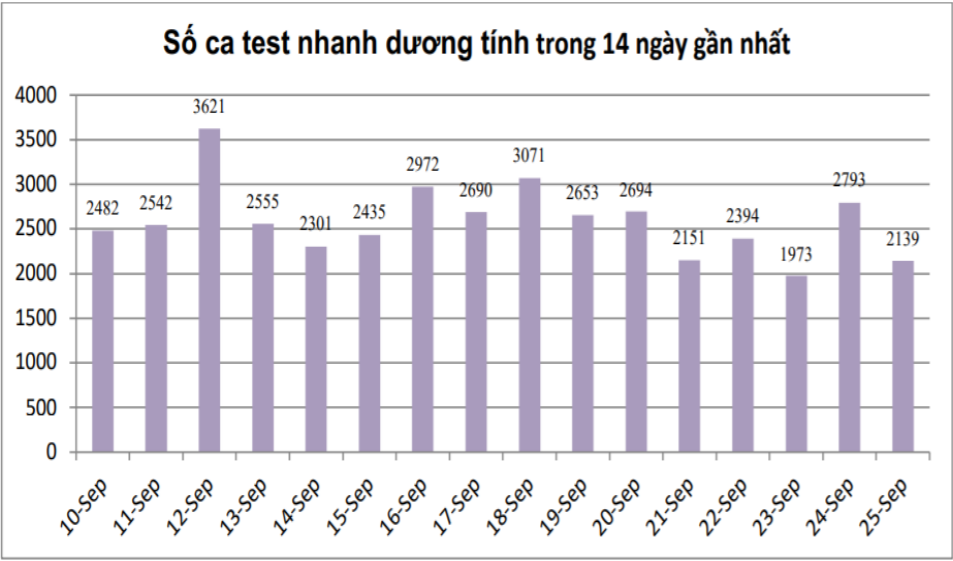


Biểu đồ 1: Số ca mắc theo ngày công bố



Biểu đồ 2: Phân bố số ca mắc trong ngày theo từng địa phương ngày 25/9

Nhận xét: Biểu đồ 2 cho thấy Thuận An có số mắc cao nhất (1.738 ca); Bắc Tân Uyên có số mắc thấp nhất (07 ca)



Biểu đồ 3: Số người test nhanh dương tính trong 14 ngày qua

PHỤ LỤC 2: ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGUY CƠ

(Theo Quyết định số 2686/QĐ-BYT ngày 31/5/2021 của BCD Quốc gia)

Bảng 4: Đánh giá mức độ nguy cơ theo xã/phường

STT	Huyện,thị, Tp	Số xã/phường	Ngày trước đánh giá				Ngày đánh giá			
			Nguy cơ rất cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ	Bình thường mới	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ	Bình thường mới
1	TP.Thủ Dầu Một	14	0	0	2	12	0	0	2	12
2	TP.Thuận An	10	3	1	1	5	3	1	1	5
3	TP.Dĩ An	7	3	0	1	3	3	0	1	3
4	TX.Tân Uyên	12	0	5	1	6	0	4	2	6
5	TX.Bến Cát	8	0	0	1	7	0	0	1	7
6	H.Phú Giáo	11	0	0	1	10	0	0	1	10
7	H.Dầu Tiếng	12	0	0	0	12	0	0	0	12
8	H.Bắc Tân Uyên	10	0	0	0	10	0	0	0	10
9	H.Bàu Bàng	7	0	0	0	7	0	0	0	7
	Tổng	91	6	6	7	72	6	5	8	72

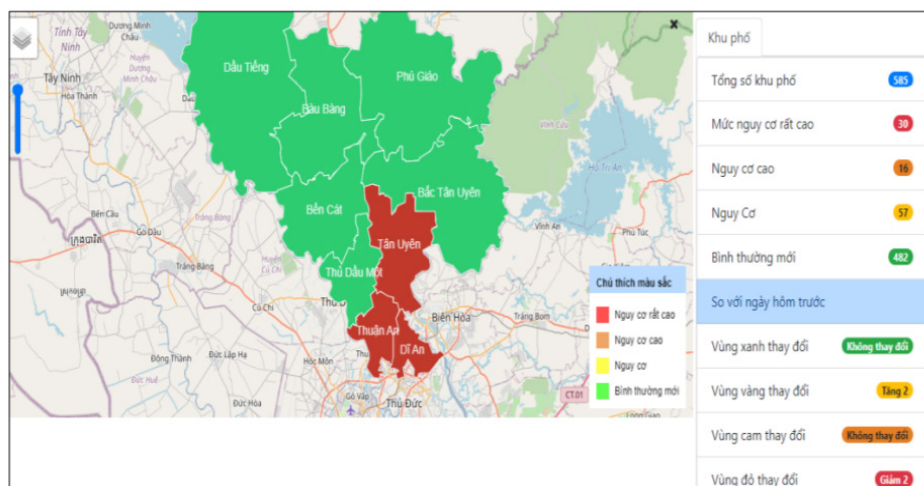
Ghi chú: Phường Tân Phước Khánh (TX Tân Uyên) giảm mức độ nguy cơ từ “vùng nguy cơ cao” thành “vùng nguy cơ”.

Bảng 5 : Đánh giá mức độ nguy cơ theo ấp/khu phố

STT	Huyện/thị/ Tp	Tổng số khu/ ấp	Ngày trước đánh giá				Ngày đánh giá			
			Nguy cơ rất cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ	Bình thường mới	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ	Bình thường mới
1	TP.Thủ Dầu Một	118	1	6	29	82	1	6	29	82
2	TP.Thuận An	56	18	2	0	36	18	2	0	36
3	TP.Dĩ An	41	10	1	7	23	10	1	7	23
4	TX.Tân Uyên	70	3	6	13	48		6	15	48
5	TX.Bến Cát	44	0	1	2	41	0	1	2	41
6	H.Phú Giáo	70	0	0	4	66	0	0	4	66
7	H.Dầu Tiếng	89	0	0	0	89	0	0	0	89
8	H.Bắc Tân Uyên	54	0	0	0	54	0	0	0	54
9	H.Bàu Bàng	43	0	0	0	43	0	0	0	43
	Tổng	585	32	16	55	482	30	16	57	482

Ghi chú:

- Ấp Ông Đông (Tân Hiệp, Tân Uyên) và khu phố Khánh Long (Tân Phước Khánh, Tân Uyên) giảm mức độ nguy cơ từ “vùng nguy cơ rất cao” thành “vùng nguy cơ cao”.
- Ấp Tân Bình (Tân Hiệp, Tân Uyên) và khu phố Khánh Lộc (Tân Phước Khánh, Tân Uyên) giảm mức độ nguy cơ từ “vùng nguy cơ cao” thành “vùng nguy cơ”.



Hình 1: Bản đồ phân bố các vùng mức độ dịch tễ Bình Dương

PHỤ LỤC 3: TÌNH HÌNH THU DUNG, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19

Bảng 5: Tổng hợp tình hình thu dung, điều trị bệnh nhân Covid-19

Nội dung		Số ca		% tăng/giảm so với ngày 24/9
		Trong ngày	Cộng dồn	
1	Số ca thu dung F0	2676	176632	16.0%
1.1	Khu điều trị	2676	176632	
	- Tầng 1	2525	162694	
	- Tầng 2	50	9320	
	- Tầng 3	101	4618	
1.2	F0 tại nhà			
2	Số đang điều trị F0	39180		0.4%
2.1	Khu điều trị	34992		
	- Tầng 1	32585		
	- Tầng 2	1474		
	- Tầng 3	933		
2.2	F0 tại nhà	4188		
2	Số ca xuất viện/khoi bệnh	3452	164471	8.9%
2.1	Khu điều trị	3452	164471	
	- Tầng 1	3212	156464	
	- Tầng 2	196	5913	
	- Tầng 3	44	2094	
2.2	F0 tại nhà			
3	Số tử vong do Covid-19 (Có xét nghiệm PCR khẳng định)	34	1865	3.0%

Bảng 6: Tình hình thu dung điều trị tại tầng 1

STT	Cơ sở điều trị COVID-19	Tăng số giường	Số giường còn trống	Số thu dung		Số đang điều trị		Đặc điểm bệnh nhân			Tình trạng sức khỏe		Khởi bệnh		Tử vong (PCR +)		Chuyển viện			
				Trong ngày	Tích lũy	Số F0	Số F0 > 7 ngày	Phụ nữ mang thai	Người già trên 65 tuổi	Trẻ em dưới 15 tuổi	Số ca có bệnh nền	Bệnh thường	Có triệu chứng nhẹ (sốt, ho, đau họng,...)	Điểm tiến nặng (sốt, ho, khó thở, mất...)	Trong ngày	Cộng dồn	Trong ngày	Cộng dồn	Trong ngày	Cộng dồn
1	TTYT Tx Tân Uyên (cơ sở cũ)	250	48	8	1091	202	141	13	29	16	27	154	48	0	3	691	1	6	1	192
2	KTX DH Quốc Gia (Đi An)	1000	219	107	4512	781	239	18	39	138	94	618	125	38	157	3584	0	6	4	152
3	Bệnh viện dã chiến 5B	500	0	52	3429	734	92	20	38	47	34	688	46	0	87	2666	0	0	0	29
4	Bệnh viện dã chiến 5D	1000	0	88	4386	1252	586	6	29	197	103	378	874	14	149	3087	0	2	4	42
5	Bệnh viện Đa Khoa MEDIC-BD	650	450	18	2201	200	100	0	41	10	22	49	131	20	26	1910	0	28	0	45
6	Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1	100	23	6	317	77	46	4	5	10	24	29	40	8	1	198	0	0	0	42
7	Bệnh viện Mỹ Phước	100	0	3	776	120	48	3	16	21	45	10	58	22	16	222	1	27	1	406
8	Bệnh viện Phương Chi	50	8	3	376	42	15	2	3	4	5	14	25	3	0	204	0	0	0	84
9	TTYT Bắc Tân Uyên	550	420	9	949	130	16	0	0	0	5	126	4	0	5	790	0	10	1	18
10	Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2	650	321	48	1379	329	149	4	11	69	28	163	137	14	41	851	0	0	2	199
11	BV Dã chiến số 2 (Thời Hòa) tầng 1	20081	9114	1003	29986	10967	8133	12	0	1556	0	10967	0	0	556	19019	0	0	0	0
12	BV Dã chiến số 1 (WTC) tầng 1	2315	1313	249	5182	1002	188	0	0	0	31	334	668	0	13	4178	0	0	0	2
13	Khu điều trị BN Lương Thế Vinh (Bến Cù)	100	12	1	416	88	12	1	6	1	7	40	34	14	3	324	0	1	0	2
14	BVĐK Hoàn Hào 1	144	144	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	27
15	BVĐK Hoàn Hào 2	150	82	0	241	68	26	2	7	4	13	0	62	6	2	164	0	0	1	9
16	KĐT BN COVID 19 PHÒNG THANH (BÀU BÀNG)	1500	1020	0	1831	480	399	3	2	60	8	346	125	9	0	1327	0	0	0	24
17	BVĐC SỐ 5 BD (THU DẦU MỚT)	1580	1127	10	1010	453	352	3	0	10	30	370	82	1	36	542	0	0	1	15
18	BVĐK An Phú	100	0	5	487	123	75	5	53	18	54	64	44	15	1	521	0	0	1	37
19	BV Dã chiến 4 (Hoàng Hùng)	7000	5890	0	7960	1110	631	21	20	210	1024	724	361	25	44	8828	0	1	0	18
20	BV Dã Chiến 03 (Việt Đức)	3000	1159	257	7640	1841	642	56	69	339	785	1003	782	56	263	5750	0	23	1	25
21	Bệnh viện dã chiến Số 06 Bàu Bàng	4000	2203	476	4843	1497	14	9	12	120	668	1100	345	52	22	3344	0	1	0	12
22	KCL Thuận An	10087	7861	126	26955	2226	932	100	107	574	417	2191	35		330	32348	0	0	5	
23	KCL Phú Giáo	2830	1853	18	5291	977	716	10	6	97	41	976	1		4	5046	0	0	4	
24	KCL Bàu Bàng	512	299	0	4409	213	213			0		213	0		0	2101	0	0	0	
25	KCL Di An	4328	1559	14	11850	2769	818	8	17	530	42	2753	16		593	13574	0	0	13	
27	KCL Dầu Tiếng	3110	2594	16	7394	516	0	10	11	26	29	514	2		114	8269	0	0	41	
26	KCL Bến Cát	6510	4891	0	8925	1619	362	13	17	372	36	1613	6		216	13146	0	0	168	
28	KCL Tân Uyên	9540	8208	1	7340	1332	443	19	51	532	187	1263	69		322	12274	0	0	0	
29	KCL Bắc Tân Uyên	200	200		1257					0					0	1528	0	0	0	
30	KCL Thu Dầu Mọt	6900	5463	7	10024	1437	271	8	11	84	52	1404	33		208	10968	0	0	13	
CỘNG TẦNG 1		88837	56781	2525	162694	32585	15659	350	600	5125	3811	28104	4153	297	3212	156464	2	105	261	1380

Bảng 7: Tình hình thu dung, điều trị tại tầng 2 và tầng 3

STT	Cơ sở điều trị COVID-19	Tổng số giường	Số giường còn trống	Số thu dung		Số đang điều trị		Đặc điểm bệnh nhân			Số ca có bệnh nền	Tình trạng sức khỏe			Khởi bệnh		Tử vong (PCR +)		Chuyển viện	
				Trong ngày	Tích lũy	Số F0	Số F0 > 7 ngày	Phụ nữ mang thai	Người già trên 65 tuổi	Trẻ em dưới 15 tuổi		Bình thường	Có triệu chứng nhẹ (sốt, ho, đau họng,...)	Điển tiến nặng(su y hô hấp, thờ ơ,...)	Trong ngày	Cộng dồn	Trong ngày	Cộng dồn	Trong ngày	Cộng dồn
TẦNG 2		4172	2767	50	9320	1474	1055	32	194	87	300	189	777	510	196	5913	6	585	17	1283
1	TTYT Thuận An	500	252	8	1976	248	200	12	25	10	62	0	86	162	10	1259	5	307	4	134
2	TTYT Tân Uyên (cơ sở mới)	140	1	9	614	139	88	3	25	1	40	52	83	4	0	350	0	72	1	67
3	TTYT Dầu Tiếng	500	393	5	461	107	90	0	5	1	21	9	47	52	5	311	0	11	2	33
4	TTYT Bầu Bàng	250	155	1	1374	95	49	10	2	3	40	50	25	20	148	1195	0	9	1	83
5	TTYT Dĩ An	100	0	7	801	117	117	2	60	2	18	17	10	90	11	281	0	123	0	260
6	BV Quân Y 4 - QĐ 4	100	33	3	664	67	38	3	4	3	17	28	37	2	6	152	0	1	2	434
7	TTYT Bến Cát	100	36	6	273	64	24	1	7	0	7	31	22	12	0	100	1	48	1	33
8	Tầng 2 BV dã chiến số 1 (WTC)	176	0	0	611	228	228	1	6	51	41	0	218	10	0	305	0	3	1	77
9	Tầng 2 Cơ sở 2-BV Dã chiến 1 (Thời Hòa)	2056	1693	9	1947	363	181	0	56	16	40	0	234	129	13	1450	0	8	3	123
10	TTYT Phú Giáo (Block 2 Becamex)	250	204	2	599	46	40	0	4	0	14	2	15	29	3	510	0	3	2	39
TẦNG 3		1082	185	101	4618	933	469	91	124	18	413	302	270	361	44	2094	26	1175	17	295
1	Khu điều trị BVDK tỉnh	600	0	79	3615	636	307	78	72	12	295	239	173	224	26	1720	14	913	17	235
2	Bệnh viện Hồi sức ICU Becamex	482	185	22	1003	297	162	13	52	6	118	63	97	137	18	374	12	262	0	60
	CỘNG TẦNG 2, 3	5254	2952	151	13938	2407	1524	123	318	105	713	491	1047	871	240	8007	32	1760	34	1578
CỘNG TẦNG 1, 2, 3		94091	59733	2676	176632	34992	17183	473	918	5230	4524	28595	5200	1168	3452	164471	34	1865	295	2958

PHỤ LỤC 4: BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG CỦA TRẠM Y TẾ LƯU ĐỘNG (Ngày 25/9/2021)

STT	Địa phương / đơn vị	Số TYT lưu động	Số TYT có báo cáo ngày	Nhân lực		Hoạt động quản lý, chăm sóc F0										Hoạt động xét nghiệm				Hoạt động tiêm vắc xin	
				Tổng số	Số bác sỹ	F0 theo dõi, chăm sóc tại nhà				Số lượt hướng dẫn, tư vấn sức khỏe		Số lượt cấp phát thuốc tại nhà		Số lượt phát hiện sơ cứu, chuyển viện các trường hợp nặng		Số người test nhanh/ PCR trong ngày	Số người dương tính trong ngày	Tích lũy số lượt người XN	Tích lũy số (+)	Số người được tiêm trong ngày	Tích lũy
						Số mới	Hiện có	Khởi bệnh	Tích lũy	Trong ngày	Tích lũy	Trong ngày	Tích lũy	Trong ngày	Tích lũy						
1	Thủ Dầu Một	42	2	27	2	0	5	38	284	283	284	5	6	0	2	169	0	7926	248	0	7657
2	Thuận An	21	8	73	9	7	92	40	587	91	499	9	503	8	297	20	13	410	185	0	1200
3	Dĩ An	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Tân Uyên	26	11	69	16	51	459	1474	2486	168	1834	2085	3849	24	537	28659	110	430829	6265	350	105792
5	Bến Cát	8	6	61	5	53	22	287	309	28	231	0	3	0	4	294	41	183540	2621	57	76748
6	Bàu Bàng	8	1	5	1	0	0	0	0	10	3	0	0	1	1	5	0	5	0	0	0
7	Bắc Tân Uyên	10	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1	15	1	0	0
8	Phú Giáo	11	6	69	4	0	52	588	692	0	65	0	40	9	0	3	0	6836	9	0	15456
9	Dầu Tiếng	12	2	16	0	0	5	1	6	0	6	0	0	0	0	215	0	400	25	0	4900
Tổng		142	37	326	38	111	635	2428	4364	580	2922	2099	4401	42	841	29380	165	629961	9354	407	211753

Khi chủng mới Delta xuất hiện, PGS Nguyễn Lâm Hiếu đã khẳng định ngành y tế cần thay đổi phương án cách ly, xét nghiệm và tập trung điều trị tại tầng thấp nhằm hạn chế tỷ lệ F0 tử vong tại cộng đồng. Trong cuộc họp với Phó thủ tướng Vũ Đức Đam ngày 14/9/2021 và tổ công tác đặc biệt, PGS Nguyễn Lâm Hiếu, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội kiêm Giám đốc y khoa Trung tâm hồi sức tích cực tại Bình Dương, chia sẻ một số giải pháp trong điều trị người bệnh COVID-19, góp phần giảm áp lực cho bệnh viện tầng 3 và tỷ lệ F0 tử vong.

Giải pháp giảm tỷ lệ F0 tử vong

Mục tiêu hàng đầu và quan trọng nhất trong công tác điều trị Covid-19 hiện nay là giảm nguy cơ tử vong. Để đạt được mục tiêu này, chúng ta phải thay đổi cách chống dịch, tập trung vào gốc rễ của nguyên nhân gây tử vong. Ngành y tế triển khai cách ly tập trung với mục đích chính là giảm tỷ lệ F0 tử vong tại cộng đồng và hạn chế lây nhiễm. Hiện nay, tỷ lệ vong đang dần giảm bởi số lượng bệnh nhân ngày càng ít và người dân đã được tiêm vaccine phòng bệnh. Trong chiến dịch tiếp theo, ngành y tế cần thay đổi và triển khai cách ly tập trung, không phải trong khu cách ly mà là trong bệnh viện. Các khu cách ly sẽ giải tán và nơi nào đủ điều kiện sẽ trở thành bệnh viện tầng 1, tập trung thêm y bác sĩ và thuốc men, trang thiết bị, oxy. Người bệnh có triệu chứng, có yếu tố nguy cơ sẽ được điều trị sớm và tích cực. Các trường hợp được cách ly tại nhà bao gồm F0 không triệu chứng, đã tiêm vaccine và người bệnh không có yếu tố nguy cơ.

Về vấn đề xét nghiệm, lượng người nhiễm không đáng quan ngại bằng tỷ lệ dương tính. Nếu tỷ lệ dương tính qua xét nghiệm tại cộng đồng ở mức trên 1%, đây là tỷ lệ nguy hiểm. Lúc này, điều quan trọng nhất là phải lập tức khoanh vùng, đưa bác sĩ và điều dưỡng đến để kịp thời theo dõi.

Đặc biệt, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội lo lắng việc người dân tại vùng xanh nếu lơ là, tình hình sẽ phức tạp khi xuất hiện ca nhiễm. Ngoài ra, trong các đợt xét nghiệm cộng đồng, ngành y tế không nên lựa chọn phương pháp sàng lọc tất cả người dân mà cần có chọn lọc. Thực hiện việc chọn người đại diện trong gia đình, trong khu vực để test, mỗi ngày chỉ cần test 2-3 người để phân tích. Nếu tỷ lệ dương tính dưới 1% trên tổng số ca nhiễm thì xử lý như bình thường. Nếu trên 1% coi như vùng nguy hiểm, lập tức tổ chức xét nghiệm diện rộng, đưa người có nguy cơ đi điều trị.

Ngoài ra, hiện nay có quá nhiều khu cách ly. Điều này không thật sự cần thiết cùng với số lượng nhân viên y tế hạn chế, ngành y tế càng không đủ sức để xây dựng thêm bệnh viện tầng 1. Chiến lược tốt nhất hiện nay là chuẩn bị các túi thuốc và cho F0 sử dụng thuốc càng sớm càng tốt. Cần có hướng dẫn trên diện rộng về cách ly tại nhà cho các địa phương. Ông cũng hy vọng Chính phủ ủng hộ phương án này và truyền thông để người dân hiểu tầm quan trọng của việc cách ly tại nhà.

Trong tình huống người bệnh xuất hiện triệu chứng hoặc có dấu hiệu nặng, nhân viên y tế tại các trạm y tế lưu động tại địa phương cần sẵn sàng hỗ trợ.

“Ngay từ bây giờ, chúng ta phải phân bổ bao nhiêu bệnh viện đã chiến ở từng phường, ví dụ bệnh đã chiến số 1 phụ trách 4 phường, bệnh viện đã chiến số 2 phụ trách 5 phường... để những trạm y tế lưu động về từng địa phương, phụ trách theo dõi và sẽ điều trị cho những người yếu tố nguy cơ. Chúng ta triển khai như vậy sẽ không có ca tử vong tại cộng đồng, giảm được nguồn lực khi thực hiện cách ly tập trung”, PGS Nguyễn Lâm Hiếu đề xuất.⁴²

Không bỏ quên vùng xanh

Về điều trị, thuốc điều trị Covid-19 hiện tại rất thiếu, đặc biệt là thuốc chống đông, kháng viêm. Để đảm bảo điều trị tốt nhất cho người bệnh, các y bác sĩ phải tính toán, cân nhắc từng mũi tiêm, ồng thuốc.

Tại Mỹ, tỷ lệ tử vong giảm phần lớn dựa vào việc sử dụng sớm thuốc kháng viêm, đặc biệt với những ca bệnh nặng, trẻ tuổi và xuất hiện cơn bão cytokine.

Sau khi nghe đề xuất của PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu về giải pháp tại vùng xanh, Phó thủ tướng cho biết điều khiến ông lo lắng chính là việc tập trung nhiều vào vùng đỏ và “bỏ quên” bảo vệ vùng xanh. Đồng tình với ý kiến này, bác sĩ Lâm Hiếu cho rằng biến thể Delta có tốc độ lây nhiễm rất nhanh, do đó, không thể lấy địa giới địa phương để ứng phó.

Vì vậy, Phó thủ tướng nhấn mạnh đây chính là chìa khóa trong phòng, chống dịch. Do đó, việc quản lý, phòng ngừa lây nhiễm có thể

⁴² <https://zingnews.vn/bien-phap-chong-dich-kieu-moi-de-ung-pho-voi-bien-chung-delta-post1263678.html>

thực hiện tính toán theo từng đơn vị nhỏ nhất có thể như khu phố, thôn, tổ dân phố và cụm dân cư. Nếu làm được điều này, chúng ta mới có thể sống chung với COVID-19 một cách linh hoạt.

Bên cạnh đó, nguồn nhân lực chống dịch tại địa phương. Hiện tại, lực lượng y bác sĩ tại Bình Dương đang tập trung ở bệnh viện tầng 1 và tầng 2. Tại bệnh viện tầng 3, số lượng bác sĩ, điều dưỡng tại Bình Dương tham gia điều trị chỉ chiếm khoảng 10%. Điều cần thiết là đào tạo lực lượng điều trị có chuyên môn để thay thế tầng 3.

“Chúng tôi rất lo nếu chúng tôi rút đi, công tác điều trị sẽ ra sao? Trong khi đó, chiến lược điều trị luôn là mấu chốt cuối cùng, không phải khi thông báo kiểm soát dịch được thì mọi công tác hoàn tất. Việc điều trị có thể kéo dài sau đó một tháng, lúc này bệnh nhân mới dần ra viện, hoặc thậm chí là tử vong”, PGS. TS. BS Nguyễn Lâm Hiếu nói⁴³.

Thông tin với Tổ công tác đặc biệt, bác sĩ Lâm Hiếu cho biết tổng cộng nhân lực tăng cường tại Bình Dương tại thời điểm hiện tại khoảng 2.000 người. Trong đó, nhiều đoàn tham gia hỗ trợ rất lâu, điển hình là Phú Thọ (hơn 3 tháng), Đại học Y Hà Nội (2 tháng). Thậm chí, nhiều đoàn nhân viên y tế đã đến lịch về nhưng vẫn xin ở lại.

Tuy nhiên, chúng ta cứ trông chờ vào lực lượng hỗ trợ là không thể, nhất là khi lực lượng rút quân..

⁴³ <https://zingnews.vn/bien-phap-chong-dich-kieu-moi-de-ung-pho-voi-bien-chung-delta-post1263678.html>

Vấn đề cuối cùng Trung ương cần có chính sách rõ ràng cho người tham gia chống dịch. Vừa qua, tỉnh Bình Dương khởi động phong trào đưa F0 khỏi bệnh đi hỗ trợ điều trị, điều này rất tốt. Tuy nhiên, những người này cần có cơ chế trợ cấp, bảo hiểm xã hội... Nhân viên y tế, những người đi chống dịch cũng cần có thêm chế độ phù hợp.

Từ khi làn sóng thứ 4 của dịch COVID-19 bùng phát đến nay, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã liên tục chi viện, cử cán bộ đến “mặt trận” Bình Dương để hỗ trợ điều trị, chăm sóc cho những bệnh nhân mắc COVID-19 nặng và nguy kịch trong thập 3 tầng điều trị. Từ những kinh nghiệm thực tiễn, khóa học hứa hẹn mang lại những kiến thức quý báu trong chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân mắc COVID-19.

Song hành với công tác điều trị, nhiệm vụ đào tạo luôn là mục tiêu hàng đầu của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trước tình hình diễn



biến phức tạp của dịch COVID-19, từ ngày 26/10/2021 đến ngày 28/10/2021, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội phối hợp với Sở Y tế tỉnh Bình Dương tổ chức lớp “Bồi dưỡng, nâng cao kiến thức, năng lực điều trị tầng 1, tầng 2 dành cho Bác sĩ, Điều dưỡng tại cơ sở điều trị”. Khóa học diễn ra tại Bệnh viện Quốc tế Beacmex, Bình Dương. Với sự tham gia của đội ngũ y, bác sĩ, thầy giáo, cô giáo đến từ trường Đại học Y Hà Nội có nhiều kinh nghiệm trong công tác chống dịch, khóa học đã thu hút được sự tham gia của 300 học viên đến từ các cơ sở điều trị tuyến tỉnh và huyện của tỉnh Bình Dương.



Bác sĩ Nguyễn Lâm Hiếu tập huấn cho lực lượng chi viện Bình Dương

Ngày 3/12/2021, nhân dịp tỉnh Bình Dương tổ chức sơ kết công tác phòng chống dịch COVID-19, thừa ủy quyền của Chủ tịch nước, Tỉnh ủy, UBND, MTTQ tỉnh Bình Dương đã tổ chức trao tặng Huân

chương Lao động Hạng III cho PGS. TS. Nguyễn Lâm Hiếu. Trong năm vừa qua, khi đại dịch COVID-19 diễn ra vô cùng căng thẳng, với vai trò là một người thầy thuốc, một người lãnh đạo của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, PGS. TS. Nguyễn Lâm Hiếu đã không ngừng nỗ lực triển khai nhiều biện pháp, đưa ra nhiều ý kiến thiết thực trong việc kiểm soát dịch bệnh. Đặc biệt, khi Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhận nhiệm vụ hỗ trợ tỉnh Bình Dương và PGS. TS. Nguyễn Lâm Hiếu được giao nhiệm vụ là Giám đốc Y khoa của Trung tâm Hồi sức tích cực ICU Bình Dương thuộc Bệnh viện Quốc tế Becamex Thuận An, ông đã hiệu triệu được hàng trăm bác sĩ và tình nguyện viên tham gia, đặc biệt có tình nguyện viên là bác sĩ giỏi, trẻ tuổi từ nước ngoài cũng về Việt Nam tham gia điều trị cho người bệnh Covid-19 tại đây. Nhờ thiết lập nhanh chóng Trung tâm Hồi sức tích cực ICU Bình Dương cùng với thầy thuốc của BV Đại học Y Hà Nội, thầy thuốc của nhiều tỉnh, thành và thầy thuốc trong tỉnh, Bình Dương đã khống chế dịch COVID-19, số ca tử vong không cao. Đến nay, tỉnh Bình Dương đã khôi phục lại hoạt động sản xuất, kinh doanh trở lại trạng thái bình thường mới.

Trong 02 tháng thực hiện Nghị quyết số 128/NQ-CP của Chính phủ, số ca nhiễm COVID-19 ở tỉnh Bình Dương giảm đáng kể. Hiện nay hầu hết các điểm dịch trong cộng đồng đã được kiểm soát, nhất là tại các địa bàn thực hiện giãn cách xã hội và tăng cường giãn cách xã hội.

Tại buổi sơ kết, Chủ tịch UBND tỉnh Bình Dương, ông Võ Văn Minh thay mặt lãnh đạo Tỉnh ủy, UBND, MTTQ, nhân dân tỉnh Bình

Dương đã gửi lời cảm ơn trân trọng đến sự giúp đỡ của Chính Phủ, Bộ Y tế, thầy thuốc đến từ các tỉnh, thành bạn, Đại học Y Hà Nội, BV Đại học Y Hà Nội và cá nhân PGS.TS.BS Nguyễn Lân Hiếu đã đồng hành cùng với chính quyền tỉnh Bình Dương vượt qua khó khăn của đại dịch. Phát biểu tại buổi sơ kết và đón nhận Huân chương Lao động Hạng III, PGS. TS. Nguyễn Lân Hiếu, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cảm ơn sự giúp đỡ của Tỉnh ủy, UBND, MTTQ, Tổng công ty Becamex IDC, các thầy thuốc, người dân tỉnh Bình Dương đã hỗ trợ, sát cánh cùng thầy thuốc không chế dịch COVID-19 .



PGS.TS.BS. Nguyễn Lân Hiếu phát biểu tại Hội nghị kết công tác phòng chống dịch COVID-19 và nhận Huân chương Lao động Hạng III do Tỉnh ủy, UBND, MTTQ tỉnh Bình Dương tổ chức trao tặng trên cơ sở thừa ủy quyền của Chủ tịch nước

Trong tình hình mới, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vẫn tiếp tục cử 01 kíp nhân viên y tế ứng trực tại tỉnh với nhiệm vụ đào tạo liên tục, hội chẩn, trực tiếp tham gia điều trị các ca bệnh nặng. Bộ trưởng Bộ Y tế có Quyết định ngày 30/11/2021 phân công 14 bệnh viện tuyển trên trực tiếp hỗ trợ chuyên môn trong quản lý, điều trị COVID-19 tại TP.HCM và 10 tỉnh phía Nam. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được giao nhiệm vụ phụ trách hỗ trợ chuyên môn về hồi sức tích cực điều trị người bệnh COVID-19 cho các cơ sở y tế của tỉnh Bình Dương.

Thực hiện sự phân công nhiệm vụ đó, ngày 08/12/2021 đoàn công tác gồm đội ngũ các y, bác sĩ của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã lên đường nhận nhiệm vụ hỗ trợ, nâng cao năng lực điều trị cho đội ngũ nhân viên y tế tại Bình Dương.

Trước diễn biến phức tạp của dịch bệnh COVID-19, PGS.TS Nguyễn Lâm Hiếu – Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhận định: *“Điều chúng ta cần làm ngay là củng cố lại y tế cơ sở, cả về vật chất, thiết bị lẫn nhân lực. Nếu không làm, chủ quan, chúng ta lại bị dịch bệnh tấn công và lại xảy ra những tổn thất không đáng có. Mọi thứ phải chuẩn bị trước không để nước tới chân mới nhảy sẽ khó kiểm soát”*.



Đoàn công tác của bệnh viện Đại học Y Hà Nội tiếp tục lên đường hỗ trợ điều trị COVID-19 tại Bình Dương

Trong công tác phòng chống dịch, PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu cũng nhấn mạnh việc tuân thủ quy tắc 5K đối với mọi người dân, địa phương cần phân loại sớm người mắc COVID-19, sát sao trong công tác quản lý và điều trị người bệnh Covid-19 tại nhà. PGS.TS. BS Nguyễn Lâm Hiếu đề nghị Tỉnh ủy, UBND tỉnh Bình Dương tiếp tục quan tâm, động viên các thầy thuốc để họ được yên tâm cống hiến, nỗ lực vì sức khỏe nhân dân.

Trong đợt dịch lần thứ 4, tính đến 05/12/2021, tỉnh Bình Dương đã ghi nhận 283.287 ca mắc COVID-19 ở 9/9 huyện, thị, thành phố, đã có 278.277 bệnh nhân khỏi bệnh, chiếm tỷ lệ 98,2%. Bình Dương đang điều trị 3.353 bệnh nhân tại bệnh viện và 9.037 bệnh nhân điều trị tại nhà.

Tỉnh Bình Dương tính đến 05/12/2021 đã tiêm phòng vaccine COVID-19 được 4.253.301 liều, trong đó có 2.443.099 người tiêm mũi 1; xét nghiệm sàng lọc diện rộng cho gần 13 triệu lượt người.

2.1.3. Tình hình dịch bệnh COVID-19 tại Hà Nội và chống dịch tại bệnh dã chiến Hoàng Mai Hà Nội⁴⁴

Từ ngày 27-4 đến ngày 17/12/2021, Hà Nội ghi nhận 24.237 ca COVID-19, 9.354 ca cộng đồng, 14.883 ca tại khu cách ly phong tỏa⁴⁵. Theo thông tin của Sở Y tế Hà Nội, từ 18h ngày 16-12 đến 18h ngày 17-12, TP ghi nhận 1.440 ca bệnh, trong đó 557 ca cộng đồng, 634 ca tại khu cách ly, 249 ca tại khu phong tỏa. Đây là số ca mắc kỷ lục mà Hà Nội ghi nhận trong vòng 24 giờ từ khi dịch COVID-19 xuất hiện tại TP này.

1.440 ca bệnh trên ghi nhận tại 214 xã, phường, thị trấn thuộc 26/30 quận, huyện: Hai Bà Trưng (287); Long Biên (232); Hoàng Mai (185); Ba Đình (145); Thường Tín (77); Thanh Xuân (73); Đống Đa (69); Tây Hồ (63); Sóc Sơn (46); Gia Lâm (46); Bắc Từ Liêm (42); Hoàn Kiếm (41); Thanh Trì (35); Quốc Oai (18); Hoài Đức (17); Mê Linh (17); Cầu Giấy (7); Thanh Oai (7); Chương Mỹ (7); Hà Đông (6); Đông Anh (5); Thạch Thất (5); Mỹ Đức (3); Đan Phượng (3); Hoài Đức (2); Ứng Hòa (1); Nam Từ Liêm (1).

Theo tin từ Sở Y tế Hà Nội, tính đến hết ngày 16-12, TP đang điều trị cho 10.828 trường hợp F0, trong đó có 5.327 người đang điều trị

⁴⁴ PGS.TS.BS. Nguyễn Lân Hiếu được Bộ Y Tế đồng thời bổ nhiệm làm giám đốc tại đây

⁴⁵<https://tuoitre.vn/ngay-17-12-ha-noi-lai-mot-ngay-cao-nhat-voi-1-440-ca-covid-19-20211217191039145.htm>

tại trạm y tế lưu động và tại nhà (chiếm gần 50%). UBND TP Hà Nội đã chỉ đạo Sở Y tế phối hợp với Sở Thông tin và truyền thông xây dựng hệ thống phần mềm quản lý, theo dõi F0 tại nhà. Cụ thể, trong số 5.327 F0 đang điều trị có 3.462 người điều trị tại trạm y tế lưu động và 1.865 người điều trị tại nhà.

Ngày 31/8/2021, Bệnh viện điều trị người bệnh COVID-19 (gọi tắt là Bệnh viện điều trị COVID-19 - Y Hà Nội) với quy mô 500 giường bệnh chính thức đi vào hoạt động.



Đoàn công tác của Thủ tướng Chính phủ và Bộ Y tế tới kiểm tra công tác vận hành của bệnh viện dã chiến Hoàng Mai, Hà Nội

PGS. TS. BS. Nguyễn Lâm Hiếu - Giám đốc Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội xác định bệnh viện hoạt động nhằm 02 mục tiêu, một là tuyển cuối trong bậc thang điều trị người bệnh COVID-19 tại khu vực thành phố Hà Nội và một số tỉnh phía Bắc (bao gồm Bắc Ninh, Bắc Giang, Hải Phòng, Quảng Ninh và Lạng Sơn).

Hai là thực hiện chức năng của trung tâm hồi sức tích cực COVID-19 quốc gia với nhiệm vụ cụ thể là tổ chức thu dung, cấp cứu, điều trị người bệnh COVID-19 nặng, nguy kịch.



Sau hơn 1 tháng khẩn trương xây dựng, với quy mô 3,5ha

Khi đi vào hoạt động, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sẽ điều trị các ca bệnh nặng, nguy kịch tại Hà Nội và các tỉnh phía Bắc.

Đồng thời chỉ đạo, hướng dẫn, hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật trong cấp cứu, hồi sức tích cực và điều trị người bệnh COVID-19 cho các cơ sở thu dung, điều trị, chăm sóc người bệnh COVID-19 trong khu vực được phân công. Bệnh viện nhận được sự hỗ trợ hoàn toàn về tài chính từ các tập đoàn và rất nhiều các công ty lớn nhỏ trong cả nước với phương châm "chống dịch như chống giặc", do đó, bệnh viện được hoàn thiện thần tốc trong vòng 30 ngày với quy mô 500 giường bệnh, bệnh viện được thiết kế thành 19 khối nhà điều trị người bệnh COVID-19 và các khu phụ trợ về chuyên môn, hậu cần.

Dịch bệnh COVID-19 tại Việt Nam và trên thế giới vẫn đang diễn biến phức tạp và chưa có dấu hiệu dừng lại. Trong thời gian qua, dưới sự chỉ đạo của Đảng, Chính phủ, ngành y tế đã có những biện pháp quyết liệt triển khai trên mọi mặt trận, từ phòng bệnh, sàng lọc

phát hiện người bệnh để có các biện pháp cách ly, điều trị kịp thời phù hợp theo các phân tầng về chuyên môn.

Và một trong những biện pháp đó là triển khai xây dựng và vận hành các cơ sở y tế điều trị tập trung người bệnh mắc COVID-19.

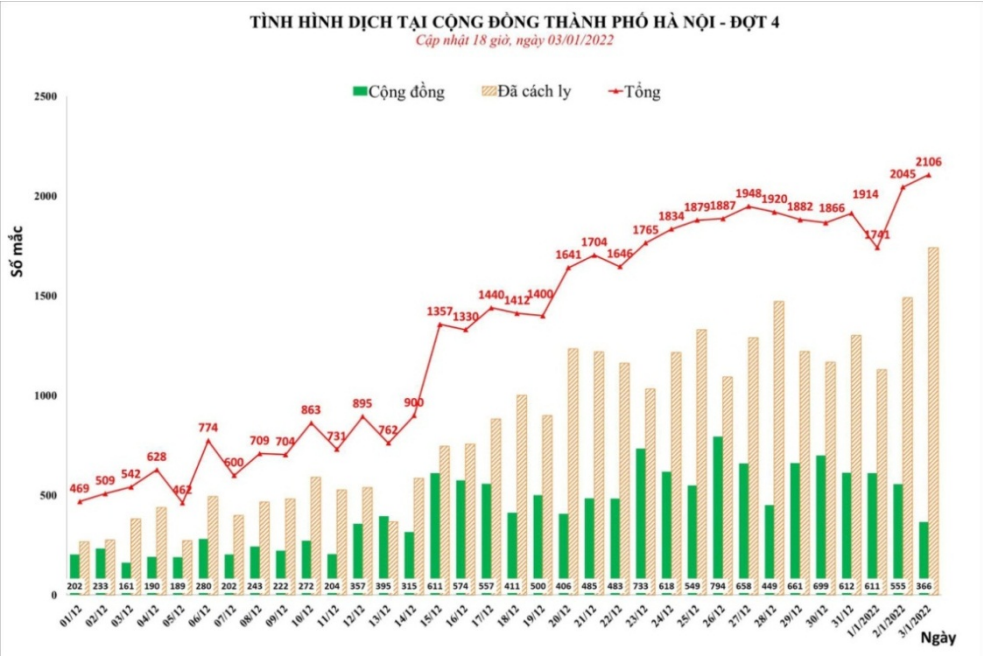


Phối cảnh Bệnh viện điều trị người bệnh COVID-19 Hoàng Mai, Hà Nội

Với chủ trương đó, ngày 2/8/2021, Bộ Y tế đã ra quyết định số 3686/QĐ-BYT thành lập Bệnh viện điều trị người bệnh COVID-19 tại Hà Nội trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tại phường Yên Sở, quận Hoàng Mai, thành phố Hà Nội, Giám đốc bệnh viện là PGS.TS Nguyễn Lâm Hiếu.

Bệnh viện điều trị COVID-19 - Y Hà Nội được thiết lập tại phường Yên Sở, quận Hoàng Mai, là cơ sở 2 của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh viện sẽ tiếp nhận bệnh nhân COVID-19 có chỉ định nhập viện với 4 điều kiện: chẩn đoán xác định COVID-19 ở Hà Nội và các tỉnh lân cận; có chỉ định nhập viện điều trị (thở oxy, hỗ trợ thở HFNC, nội khí quản từ các bệnh viện khác); có liên hệ trước qua số

điện thoại 0388191919 và có tài liệu chuyên viên (bản giấy đi cùng bệnh nhân và bản chụp gửi trước).



Cộng dồn số mắc tại Hà Nội trong đợt dịch 4 (từ ngày 29/4/2021): 54.831 ca trong đó số mắc ghi nhận ngoài cộng đồng 17.944 ca, số mắc là đối tượng đã được cách ly 36.887 ca⁴⁶.

2.2. Nhân diện tác động của dịch bệnh đến hệ thống y tế tại Phú Yên, Bình Dương, Hà Nội⁴⁷

- Về hoạt động của các bệnh viện

Khi các tỉnh, thành phố trải qua 4 làn sóng COVID-19 trong 3 làn sóng đầu tiên khi virus chưa biến đổi số ca mắc còn ít, hệ thống y

⁴⁶https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHb1a8vOQDuS/content/ha-noi-lap-ky-luc-moi-huy-ong-4-000-bac-si-tinh-nguyen-vien-ho-tro-cham-soc-hon-21-000-f0-tai-nha
⁴⁷ Những địa phương PGS.TS. Nguyễn Lân Hiếu được Bộ Trưởng Bộ Y tế giao trực tiếp chỉ đạo công tác phòng, chống dịch Covid19

tế Việt Nam đã căng mình để có thể thích ứng với việc đối phó với dịch bệnh. Chính sách ứng phó với dịch bệnh lúc đó là “Zero COVID” với các biện pháp ngăn chặn, phát hiện sớm các ca bệnh, truy vết, cách ly, dập dịch nhằm cắt ngay nguồn lây và tổ chức điều trị hiệu quả.

Khi đại dịch COVID-19 bùng phát, đặc biệt khi biến chủng Delta lây lan vào Việt Nam, lượng bệnh nhân tăng đột biến khiến hệ thống y tế rất khó khăn trong kiểm soát dịch bệnh. Các bệnh viện phải đối phó với thực trạng luôn trong nguy cơ tiếp nhận và điều trị cho những bệnh nhân đã tiếp xúc với vi-rút SARS-CoV-2, khó khăn trong khám chữa bệnh cho người dân. Để giảm thiểu phơi nhiễm và tối đa hóa năng lực của lực lượng y tế, nhiều bệnh viện đã hoãn các thủ thuật và mổ phôi, các dịch vụ không thiết yếu. Sự sụt giảm khối lượng các dịch vụ bệnh viện trong những tháng đầu tiên của đại dịch là đáng kể. Việc cắt giảm các hoạt động thông thường của bệnh viện cũng ảnh hưởng đến ngân sách bệnh viện do hệ thống tài chính y tế thường dựa vào các khoản thanh toán hoạt động cung ứng dịch vụ.

Bên cạnh đó, việc giãn cách, cách ly không thể kéo dài vì sẽ gây ra sự kiệt quệ cho nền kinh tế, trong khi nguồn vaccine giúp ngăn chặn đại dịch đã được cung cấp dồi dào hơn; Chính phủ Việt Nam đã quyết định chuyển hướng chiến lược phòng, chống dịch sang *"thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19"*⁴⁸. Và các

⁴⁸ https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/quan-tri-he-thong-y-te-qua-2-nam-ung-pho-voi-ai-dich-covid-19

bệnh viện tại Bình Dương, Phú Yên, Hà Nội và các tỉnh thành trên cả nước đồng loạt phải thích ứng.

Đến thời điểm hiện tại, hệ thống y tế của Bình Dương, Phú Yên, Hà Nội vẫn phải đang nỗ lực rất nhiều bởi dịch bệnh vẫn chưa có dấu hiệu suy giảm, biến thể mới Omicron vừa xuất hiện, các nhà khoa học đến nay vẫn chưa thể đưa ra những kết luận chính xác về biến thể này. Thách thức của đại dịch COVID-19 với hệ thống y tế của Bình Dương, Phú Yên, Hà Nội là rất lớn, do tính mới của tác nhân gây bệnh khiến cho kịch bản và chiến lược đối phó với dịch luôn phải thay đổi gây khó khăn cho các bệnh viện trong việc thích ứng.

Dịch bệnh cũng gây ra nhiều tác động tiêu cực tới mọi mặt của xã hội, gây ra sự quá tải của hệ thống y tế tại các tỉnh thành phố này cũng như nhiều tỉnh thành trong cả nước:

- Về nhân lực: các bệnh viện thiếu hụt trầm trọng của nhân lực y tế khi có đại dịch, nhân lực y tế của một quận, huyện chỉ có từ 1-5 bác sĩ hồi sức cấp cứu, chưa sử dụng được hoặc sử dụng chưa thành thạo các trang thiết bị hồi sức hiện đại như lọc máu, ECMO... Trong khi nguồn lực cán bộ ít, công việc nhiều, lực lượng bị chia nhỏ để thực hiện cùng lúc các nhiệm vụ giám sát cách ly y tế tại nhà; tham gia trực chốt tại huyện; lấy mẫu tại hộ gia đình cho người thực hiện cách ly đến ngày thứ 7... nên mức độ đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ đôi khi chưa như mong muốn.

Bên cạnh đó chế độ dành cho lực lượng nhân viên y tế và lực lượng chống dịch còn chưa đáp ứng được điều kiện thực tế của đời sống. Trong điều kiện bình thường, nhiều nhân viên y tế vẫn trụ được

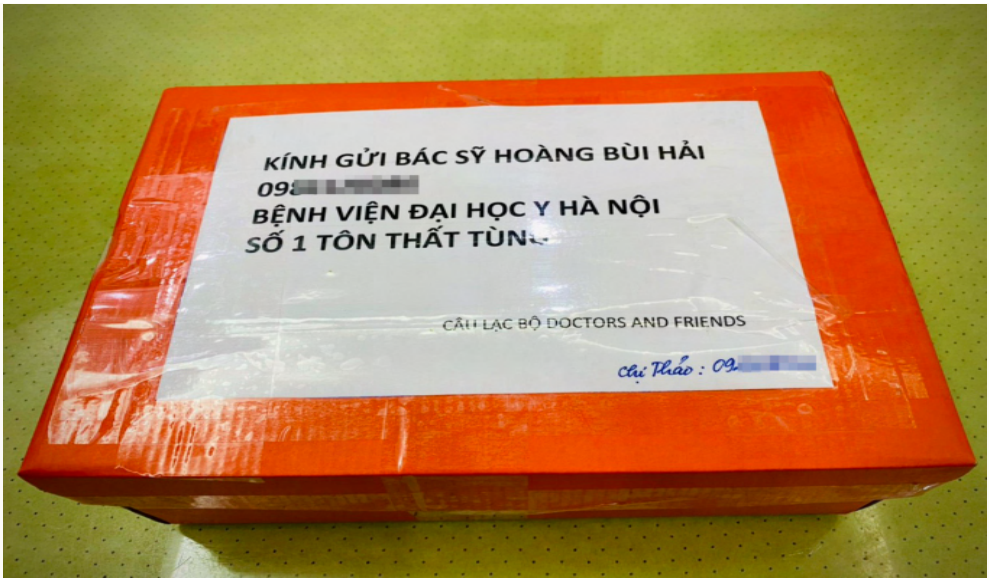
với công việc. Nhưng khi có dịch bệnh xảy ra trong cộng đồng thì lực lượng này lại quá thiếu, khó khăn vượt sức chịu đựng của nhiều người. Họ muốn cống hiến, nhưng cũng phải lo nuôi sống gia đình, con cái... Vì thế, việc nhân viên y tế nếu có nghỉ vì áp lực cũng nên được chia sẻ.

Theo kết quả khảo sát từ tháng 7 đến tháng 9 vừa qua trên 2.700 nhân viên y tế và tuyến đầu chống COVID-19 về "Tác động của đại dịch COVID-19 đến sức khỏe và các điều kiện kinh tế - xã hội - việc làm của cán bộ y tế Việt Nam", cho thấy mức lương bình quân của họ năm 2020 là 7,36 triệu đồng/tháng, trong khi giá sinh hoạt trung bình ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh lần lượt là 10 triệu và 11 triệu đồng⁴⁹.

Những khó khăn này dẫn đến nhân viên y tế kiệt sức và sang chấn tâm lý của đội ngũ y bác sĩ.

Chia sẻ với những nỗ lực đến kiệt sức của các bác sĩ, nhân viên y tế với sáng kiến chống kiệt sức cho bác sĩ của một thành viên câu lạc bộ runners Doctors and Friends, các nhóm chạy khác ở Thủ đô như Tràng An Runners, GreenStars Runners, Cầu Giấy Park Runner, AmsRunners... lập tức hưởng ứng,. Hàng trăm runners Hà Nội đã gom góp những túi gel, viên muối gửi tặng những đoàn nhân viên y tế vào miền Nam chống dịch, giúp họ không kiệt sức, ngất xỉu trong ca trực.

⁴⁹ <https://dangcongsan.vn/noi-hay-dung/y-te-co-so-rat-can-duoc-tiep-suc-600181.html>



Thùng gel và muối do các runners Thủ đô Hà Nội tặng đoàn bác sĩ Bệnh viện Đại học Y đang chống dịch ở miền Nam, đầu tháng 9/2022⁵⁰

Từ đầu năm đến nay, vì **COVID-19** mà hầu hết các giải chạy trong Nam ngoài Bắc đều bị hoãn, nhiều người tích trữ gel và muối trong nhà nhưng không dùng đến nên hưởng ứng tham gia. Tuy việc quyên góp không hề dễ dàng vì giãn cách nhưng chỉ sau 2 ngày nhóm đã gom được hàng trăm viên muối và túi gel, kịp gửi cho một đoàn bác sĩ vào Sài Gòn⁵¹.

Việc làm nhỏ những có ý nghĩa vô cùng lớn, động viên tinh thần lực lượng bác sĩ tình nguyện ra tuyến đầu đi vào tâm dịch. Do vậy, hệ thống y tế Việt Nam cần lắm sự chung tay của toàn xã hội để nhiều sáng kiến, nhiều sự góp sức hơn nữa để kịp thời nâng cao thể

⁵⁰

<https://vnexpress.net/sang-kien-chong-kiet-suc-cho-bac-si-cua-runner-ha-noi-4352197.html>

⁵¹

<https://vnexpress.net/sang-kien-chong-kiet-suc-cho-bac-si-cua-runner-ha-noi-4352197.html>

lực cũng như tinh thần cho nhân viên y tế quyết tâm bảo vệ sức khỏe cho nhân dân.

- Về cơ sở hạ tầng, phân tầng điều trị:

Khi dịch bùng phát có thể thấy cơ sở hạ tầng ở các bệnh viện trung tâm của thành phố Hà Nội, Tỉnh Bình Dương tương đối ổn. Tuy nhiên ở Phú Yên và các quận huyện xa Trung tâm Tỉnh, Thành phố cơ sở hạ tầng đã xuống cấp, thiếu trang thiết bị đặc biệt trang thiết bị cho hồi sức cấp cứu. Trong quá trình phân tầng điều trị càng bộc lộ việc thiếu trầm trọng các trang thiết bị tương thích với từng tầng điều trị.

Đặc biệt nhiều nơi giống nhau ở chỗ còn lúng túng trong việc phân tầng điều trị:

- Đối với tầng 1 giành cho người nhiễm virus không triệu chứng. Thực ra đây được gọi là khu cách ly có theo dõi y tế. Nhiều nơi làm tốt, tuy nhiên một số còn rất lộn xộn, quá tải. Cần phải lưu ý: bảo đảm dinh dưỡng, xử lý chất thải, cung cấp đủ wifi, trang bị phương tiện theo dõi sức khỏe cá nhân nếu không mỗi người một cái thì ít nhất một phòng một bộ gồm máy đo bão hòa oxy hiện có nơi bán chỉ 100.000đ/01 chiếc nhưng nhiều nơi còn thiếu), đo huyết áp nhịp tim và nhiệt kế.

+ Bên cạnh đó cần có bảng hướng dẫn tự đo, kê khai và tự đo cho điểm mức độ của mình. Mỗi ngày 02 lần nhân viên y tế đến thu hoặc tốt nhất khai điện tử (do vậy cần có điều kiện hạ tầng mạng internet tốt để đảm bảo được truyền wifi luôn thông suốt. Một điều

kiện tường nhỏ nhưng cũng khó khăn ở những quận huyện xa trung tâm của Phú Yên, Bình Dương)

+ Chuyển bệnh lên tầng 2 khi số điểm tăng lên dần hoặc tăng đột ngột

+ Cho ra viện theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế sẽ gặp khó là phải đợi kết quả PCR (có nơi 4-5 ngày mới có). Trong giai đoạn giãn cách xã hội cần sàng lọc nhóm F0 không triệu chứng, dưới 40 tuổi, không có béo phì và bệnh nền, SpO2 trên 96%, đã nhập viện trên 7 ngày, test kháng nguyên âm tính có thể ra viện với phương tiện theo dõi cách ly tại nhà.

- Tầng 2 là tầng yếu nhất hiện nay do yếu tố khách quan và chủ quan. Cần khẩn trương củng cố con người và vật chất. Đối với tầng này chỉ nhận bệnh nhân vào bệnh viện điều trị Covid. Ngay khi vào viện cần điều trị ngay. Tiêm Lovenox và Dexamethasone là những thuốc cần bổ sung cho tất cả các bệnh viện tầng 2. Do vậy không chỉ trang bị đầy đủ trang thiết bị mà phải thường xuyên đủ lượng thuốc cần thiết để phục vụ điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

+ Cần trang bị máy thở oxy dòng cao cấp, CPEP, monitoring cho tầng này. Chỉ khi thở HFNC thất bại mới cho bệnh nhân lên tầng 3. Khi bệnh nhân không cần hỗ trợ oxy, đủ ngày sử dụng thuốc, xét nghiệm, Xquang về bình thường cần hạ tầng để giảm tải. Điều này cho thấy việc cung cấp oxy là vô cùng quan trọng và đây cũng là vấn đề tác động lớn đến các bệnh viện công điều trị Covid trên cả nước. Do vậy, nên huy động các bệnh viện tư nhân trở thành tầng điều trị này. Đây là một lực lượng dự trữ vô cùng quý giá phải tận dụng. Khảo sát,

tiêm vaccine và cung cấp thêm HFNC là việc cần làm ngay của chính quyền với các bệnh viện tư.

+ Nguyên tắc quan trọng nhất của tầng này là không chuyển bệnh nhân quá sớm hoặc quá muộn lên tầng hồi sức tích cực.

- Tầng 3 là tầng hồi sức cho bệnh nhân nặng và nguy kịch. Trang thiết bị ở tầng này đương nhiên là nhu cầu cần thiết nhưng nguồn lực và cách sắp xếp tổ chức để vận hành các thiết bị đặc biệt cần lưu ý ở giai đoạn này:

+ Trang thiết bị cần huy động từ các nhà hảo tâm (hiện nay nhiều nơi làm khá tốt) và từ chính quyền địa phương (ví dụ như bệnh viện tầng 2 không điều trị thở máy, có thể chuyển máy thở về)

+ Thiết kế công năng của hạ tầng tầng 3 cần tuân thủ nguyên tắc phòng chống dịch, kiểm soát nhiễm khuẩn với luồng xanh và đỏ, khoa học phù hợp với từng bệnh viện. Lưu ý hạ tầng cần có bố trí nơi nghỉ ngơi của nhân viên y tế.

+ Huy động các lực lượng bác sĩ gây mê, nội khoa chia lửa với các bác sĩ hồi sức cấp cứu đã bị quá tải. Lực lượng điều dưỡng tăng cường cần xen kẽ với điều dưỡng “chuyên nghiệp” để vừa làm vừa học. Cố gắng được 4 ca 5 kíp hoặc tối thiểu 3 ca 4 kíp mới giữ được lực lượng chiến đấu lâu dài.

+ Tận dụng tối đa chất xám của các nhân lực điều động từ trung ương đặc biệt là các chuyên gia hồi sức, truyền nhiễm.

+ Phải hạ tầng khi bệnh nhân ngừng thở máy, lọc máu...

Thời gian tới cần khẩn trương nghiên cứu ứng dụng các thành tựu khoa học công nghệ vào khám và điều trị COVID-19 ở các tỉnh thành phố lớn trên cả nước trong đó có Hà Nội, Bình Dương. Do vậy, xây dựng ngay bộ tiêu chí đánh giá, phân loại mức độ triệu chứng đối với bệnh nhân COVID-19 làm cơ sở ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) để thăm khám trực tuyến, kết nối, điều phối giường bệnh ở các tầng điều trị, sản xuất các trang thiết bị y tế mà các đơn vị trong nước năng lực làm tốt thay vì phải nhập khẩu như máy đo nồng độ oxy trong máu, máy oxy khí nén, máy thở oxy dòng cao⁵²...

- Về phối hợp với cơ sở y tế tuyến dưới với bệnh viện tuyến trên còn nhiều bất cập. Vấn đề quản lý khai báo y tế đối với người di biến động tại địa phương còn yếu tố bất cập, nhất là với những đối tượng đến địa phương giao hàng hóa rồi rời đi rất khó kiểm soát, khiến tiềm ẩn nhiều nguy cơ làm lây truyền dịch bệnh.



***Khi hạ tầng trang thiết bị thiếu thốn, bác sĩ trở thành kỹ sư cơ khí
Sáng tạo chia các đầu dẫn O₂***

⁵² PGS.TS.BS.NGuyễn Lâm Hiếu, <https://vncdc.gov.vn/khan-truong-tang-nang-luc-ung-pho-dich-benh-cho-y-te-co-so-nd16634.html>



Nguyen Lan Hieu ✓

29 Aug 2021 • 🌐



Bồn Oxy hoá lỏng có thể là thứ khó kiếm nhất lúc này.
Xin chia sẻ cách làm của Bình Dương, chúng tôi lấy luôn
bồn oxy của xe lưu động để tạo thành trung tâm oxy cho
bệnh viện tầng 3.

Thứ 5 sẽ Khánh thành thêm 200 giường ICU có đủ oxy
và khí nén cho bệnh viện Tỉnh Bình Dương.



PHẦN II

GIẢI PHÁP CHUYÊN MÔN CỦA HỆ THỐNG Y TẾ NHẪM ỨNG PHÓ TRƯỚC NHỮNG TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19

PGS.TS. NGUYỄN LÂN HIẾU
PGS.TS. PHẠM THỊ ĐÀO

1.1. Giải pháp về chuyên môn

- Về y tế công cộng:

+ Giảm nguồn lây nhiễm trong cộng đồng bằng giãn cách xã hội theo các cấp độ tùy mức độ lây lan của dịch bệnh.

+ Sử dụng phương án 04 tại chỗ, gồm: Lực lượng tại chỗ, chỉ huy tại chỗ, phương tiện tại chỗ, hậu cần tại chỗ

+ Áp dụng hình thức cách ly F0 tại nhà có kiểm soát bởi “Tổ COVID-19 cộng đồng”.

- Xây dựng gói thuốc và hướng dẫn sử dụng cho các F0 được cách ly tại nhà.
- Thành lập các “Tổ chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại cộng đồng” có chức năng quản lý, theo dõi, hỗ trợ điều trị người nhiễm COVID-19 tại nhà, triển khai xét nghiệm nhanh SARS-CoV-2 tại cộng đồng; hỗ trợ tiêm chủng vắc-xin phòng COVID-19; tuyên truyền về phòng, chống COVID-19 tại cộng đồng.

- Về điều trị

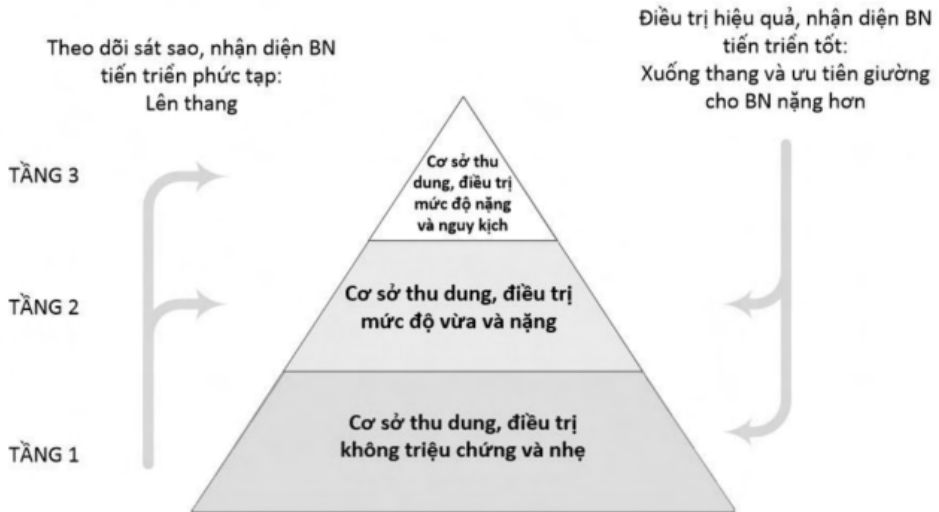
+ Phát hiện và khoanh vùng dịch sớm

- ✓ Đào tạo kỹ năng truy vết
- ✓ Triển khai các xét nghiệm, cập nhật các kỹ thuật xét nghiệm nhanh nhất

+ Đưa ra hướng dẫn và điều trị sớm, điều chỉnh phù hợp với diễn biến dịch bệnh

- ✓ Chẩn đoán
- ✓ Điều trị theo phân tầng

Mô hình tháp 3 tầng điều trị COVID-19



Hình 1. Mô hình tháp 3 tầng điều trị COVID-19

Chức năng nhiệm vụ của từng tầng trong mô hình tháp 3 tầng điều trị COVID-19

Tầng 1 của mô hình tháp 3 tầng:

- Thu dung, cách ly, quản lý, khám chữa bệnh cho người nghi nhiễm đang chờ xét nghiệm khẳng định và người nhiễm không có triệu chứng và người bệnh mức độ nhẹ.
- Phát hiện sớm, xử trí cấp cứu, kịp thời chuyển viện khi người bệnh tiến triển sang mức độ vừa và nặng.
- Duy trì điều trị bệnh kèm theo, bệnh nền theo đơn ngoại trú của người nhiễm và người bệnh.
- Công nhận khỏi bệnh và chuyển người bệnh tự theo dõi tại nhà.

- Kiểm soát nhiễm khuẩn, ngăn ngừa lây truyền dịch COVID-19 trong cơ sở và ra cộng đồng.
- Đảm bảo cơ sở vật chất, vật tư ăn uống thiết yếu người bệnh, nhân viên y tế và các nhân viên liên quan.
- Hướng dẫn, động viên, chia sẻ, hỗ trợ tinh thần cho người nhiễm, người bệnh để họ yên tâm thực hiện việc cách ly, quản lý, điều trị.
- Giám sát chặt chẽ việc tuân thủ cách ly y tế và khám, chữa bệnh tại Cơ sở.

Tầng 2 của mô hình tháp 3 tầng:

- Tiếp nhận và điều trị các ca bệnh mức độ vừa và nặng.
- Xử trí can thiệp điều trị hồi sức tích cực theo diễn biến của bệnh.
- Theo dõi sát diễn biến và thực hiện chế độ chăm sóc hộ lý cho người bệnh.
- Chuyển viện lên cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 thuộc tầng 3 khi có diễn biến nặng vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở.
- Chuyển người bệnh về cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 thuộc tầng 1 khi bệnh ổn định.

Tầng 3 của mô hình tháp 3 tầng: Tiếp nhận và điều trị các ca bệnh mức độ nặng và nguy kịch.

- Chuyển người bệnh về cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 thuộc tầng 2 hoặc tầng 1 khi bệnh ổn định.

- Bảo đảm thực hiện công tác chăm sóc điều dưỡng, dinh dưỡng cho người bệnh.
- Công nhận khỏi bệnh và chuyển người bệnh tự theo dõi tại nhà.
- Kiểm soát nhiễm khuẩn, ngăn ngừa lây truyền dịch COVID-19 trong cơ sở và ra cộng đồng.

+ Huy động đội ngũ y tế tư nhân tham gia phòng chống dịch, nhất là theo dõi người bệnh ở tầng I của tháp điều trị.

- Về cơ sở hạ tầng, vật tư, TTB

+ Đề án tăng cường khả năng cung ứng, sử dụng oxy y tế cho các cơ sở điều trị bệnh nhân COVID-19

- Về tiêm vaccin:

+ Tăng độ bao phủ của Vaccin cho người dân theo các thứ tự ưu tiên

+ Đẩy nhanh tốc độ sản xuất vaccin trong nước để nhanh chóng đáp ứng với nhu cầu thực tế của dịch bệnh.

- Về thuốc điều trị bệnh COVID-19 Tăng cường sử dụng thuốc y học cổ truyền trong điều trị người bệnh COVID-19 đặc biệt ở những người bệnh nhẹ và giai đoạn phục hồi.



Vùng đỏ phía trước không ngăn cản được bước chân và quyết tâm của những người bác sĩ⁵³

2. Giải pháp về quản lý nhà nước về y tế trước những tác động của đại dịch COVID-19

2.1. Thành lập trung tâm chỉ huy phòng chống dịch theo các cấp độ từ trung ương đến địa phương

Về tổ chức, nhân lực, Bộ Y tế khẩn trương trình Thủ tướng Chính phủ kiện toàn Ban Chỉ đạo Quốc gia, nâng cao hiệu quả hoạt động của các tiểu ban thuộc Ban Chỉ đạo bảo đảm tinh gọn, hiệu lực, hiệu quả. Các bộ, ngành, cơ quan có liên quan cử người tham gia và

⁵³ Becamex Bình Dương tháng 12/8/2021

bảo đảm để người được cử tập trung tham gia công việc của Ban Chỉ đạo Quốc gia. Các địa phương khẩn trương kiện toàn, nâng cao hiệu lực, hiệu quả hoạt động của Ban Chỉ đạo phòng, chống dịch các cấp trên địa bàn cho phù hợp với tình hình và yêu cầu phòng, chống dịch bệnh; có bộ phận thường trực chỉ đạo, điều phối 24/24 giờ, tổ chức theo từng nhóm chuyên môn để giải quyết kịp thời các vướng mắc, yêu cầu về vật tư, thiết bị, nhân lực, truyền thông, giao thông vận tải, cứu trợ, hỗ trợ...

Căn cứ tình hình và yêu cầu thực tế, các bộ, ngành, địa phương xem xét, quyết định việc thành lập trung tâm chỉ huy để chỉ đạo tập trung, thống nhất các cơ quan liên quan thực hiện các nhiệm vụ, giải pháp phòng, chống dịch bệnh COVID-19 theo chức năng, nhiệm vụ được giao.

Chủ tịch Ủy ban nhân dân các cấp chỉ đạo và huy động các cơ sở y tế, cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân trên địa bàn tích cực tham gia các hoạt động phòng, chống dịch bệnh COVID-19 nhưng phải bảo đảm các điều kiện an toàn phòng, chống dịch bệnh phù hợp với tình hình, diễn biến dịch bệnh.

2.2. Ưu tiên ngân sách và các nguồn lực hợp pháp bảo đảm kinh phí cho phòng, chống dịch

Chính phủ yêu cầu Bộ Tài chính, các bộ, ngành, địa phương ưu tiên sắp xếp, bố trí ngân sách nhà nước và các nguồn lực hợp pháp khác để bảo đảm kinh phí cho công tác phòng, chống dịch bệnh COVID-19 và cơ sở điều trị người bệnh COVID-19; giao Bộ Y tế tổng hợp, báo cáo Thủ tướng Chính phủ về cơ chế hỗ trợ chi thường

xuyên cho các cơ sở y tế công lập thu không đủ chi do tác động của dịch. Thực hiện cắt giảm tối thiểu 50% chi phí hội nghị, công tác trong và ngoài nước còn lại của các bộ, cơ quan trung ương, địa phương (trừ kinh phí hoạt động quan trọng, cấp bách và phục vụ công tác phòng, chống dịch bệnh của Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, kinh phí hoạt động ngoại giao của Bộ Ngoại giao) và tiết kiệm thêm 10% kinh phí chi thường xuyên khác còn lại của năm 2021 không tính tiền lương và các khoản thu nhập khác; thu hồi các khoản chi thường xuyên chưa thực sự cần thiết, chậm triển khai để bổ sung dự phòng ngân sách trung ương và ngân sách địa phương, tập trung kinh phí cho công tác phòng, chống dịch bệnh COVID-19;

2.3. Thành lập quỹ vaccin

Để chủ động kinh phí trong mua vaccin, sản xuất vaccin trong nước, chính phủ đã đứng ra thành lập quỹ vaccin, huy động từ các tổ chức và các cá nhân trong nước đóng góp đến nay đã được 8.808,55 tỷ đồng (bao gồm lãi tiền gửi ngân hàng 58,7 tỷ đồng).⁵⁴

2.4. Đẩy mạnh hoạt động “ngoại giao vaccine”

Bộ Ngoại giao tăng cường hợp tác quốc tế, đẩy mạnh hoạt động “ngoại giao vaccine”; vận động, thúc đẩy các đối tác cung cấp vaccine đúng hoặc sớm hơn thời gian cam kết; tăng cường hợp tác nghiên cứu, chuyển giao công nghệ trong sản xuất vaccine và thuốc điều trị COVID-19; hỗ trợ trang thiết bị, vật tư và sinh phẩm y tế; chủ trì đề xuất chính sách xuất cảnh, nhập cảnh phù hợp với tình hình mới;

⁵⁴ <https://quyvaccincovid19.gov.vn/> (truy cập ngày 12/1/2022)

ngiên cứu, tham mưu việc công nhận và cho phép “hộ chiếu vaccine nước ngoài” được sử dụng tại Việt Nam; làm tốt công tác bảo hộ công dân; tăng cường thông tin đối ngoại về những nỗ lực và kết quả phòng, chống dịch bệnh COVID-19 của Việt Nam, về sự chủ động, tích cực hợp tác quốc tế của Việt Nam trong phòng, chống dịch.



Chuyến thăm chính thức Nhật Bản đầu tiên của Thủ tướng Phạm Minh Chính 22-25/11/2021 (PGS.TS. BS.Nguyễn Lâm Hiếu đeo khẩu trang bên tay trái)

2.5. Các cơ chế, chính sách đặc thù

Chính phủ cũng quyết nghị về các cơ chế, chính sách đặc thù về việc

- Cấp giấy đăng ký lưu hành và thông quan thuốc, vaccine phòng COVID-19

- Trong mua sắm thuốc, hóa chất, trang thiết bị phòng, chống dịch

2.6. Chi phí khám, chữa bệnh cho bệnh nhân COVID-19 tại các cơ sở thu dung, điều trị do ngân sách nhà nước bảo đảm theo chi phí thực tế

Cũng theo Nghị quyết của Chính phủ, việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh nhân COVID-19 tại các cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 do ngân sách nhà nước bảo đảm theo chi phí thực tế; chi phí điều trị các bệnh khác trong quá trình điều trị COVID-19 thực hiện theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế, khám bệnh, chữa bệnh.

Về tổ chức, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Bộ trưởng Bộ Y tế được ban hành văn bản hướng dẫn việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế trong điều kiện phòng, chống dịch bệnh COVID-19.

Bộ Y tế ban hành quy trình, định mức kinh tế - kỹ thuật các loại xét nghiệm COVID-19; trên cơ sở đó Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quyết định giá đặt hàng, giao nhiệm vụ cho các cơ quan, tổ chức, đơn vị thực hiện theo đúng quy định.

2.7. Giảm gánh nặng cho các cơ sở y tế bằng cách hạn chế nguồn lây

- Giãn cách xã hội: Bám sát thực tiễn với tinh thần “hiệu quả trên hết” phát huy cao độ tinh thần trách nhiệm, tính sáng tạo, vừa làm vừa rút kinh nghiệm và từng bước mở rộng, hoàn thiện, điều chỉnh ngay bảo đảm sát với diễn biến tình hình theo tinh thần không cầu toàn, không nóng vội và tuyệt đối không được chủ quan, lơ là, mất cảnh giác khi dịch đi qua; cấp trên phải thường xuyên đôn đốc, kiểm tra cấp dưới, rà soát các khâu, các điều kiện, biện pháp phòng, chống dịch bệnh để sẵn sàng đáp ứng nhanh khi tình hình dịch bệnh thay đổi. Các địa phương căn cứ vào các quy định chung của Trung ương, chủ động ban hành theo thẩm quyền các quy định về phòng, chống dịch, bảo đảm đồng bộ, nhất quán, hiệu lực, hiệu quả, phù hợp với yêu cầu phòng, chống dịch trên địa bàn. Đặc biệt chú trọng chỉ đạo công tác phối hợp chặt chẽ, thông tin kịp thời giữa các ngành, các địa phương. Ủy ban nhân dân các cấp kịp thời xử lý những vấn đề phát sinh phù hợp với tình hình cụ thể tại địa bàn và chịu trách nhiệm trước cấp trên trực tiếp. Tất cả các địa phương chỉ đạo thực hiện nghiêm phương châm “đi từng ngõ, gõ từng nhà, rà từng người”, phát hiện, xử lý ngay người đến từ vùng có dịch hoặc đến từ địa bàn khác theo quy định của địa phương mà không khai báo, người rời khỏi địa phương đang giãn cách xã hội mà không được phép của cấp có thẩm quyền theo quy định.

- Cách ly y tế phù hợp

2.8. Về xét nghiệm

Bộ Y tế cập nhật, bổ sung, hướng dẫn và kịp thời tổ chức tập huấn nghiệp vụ xét nghiệm bảo đảm khoa học, thiết thực, hiệu quả, tránh lạm dụng, lãng phí.

Hướng dẫn, khuyến nghị, khuyến cáo và hướng dẫn cách mua sắm phù hợp về các thiết bị và sinh phẩm xét nghiệm để các địa phương chủ động mua sắm.

Các địa bàn thực hiện phong tỏa cần tập trung xét nghiệm để phát hiện F0 nhanh nhất, không để lây lan ra cộng đồng. Đối với các địa bàn có mức độ lây lan rộng, sâu cần thực hiện đồng bộ trong xét nghiệm, chăm sóc, điều trị, bảo đảm giảm tối đa tỷ lệ bệnh nặng, tỷ lệ tử vong và tuyệt đối không để lây lan sang các địa bàn khác.

2.9. Về sàng lọc, phân loại người nhiễm và điều trị bệnh nhân COVID-19:

- Bộ Y tế cần sớm đưa ra các hướng dẫn và cụ thể về chuyên môn để các địa phương, bộ ngành chỉ đạo cơ quan y tế, cơ sở y tế thuộc thẩm quyền tổ chức thực hiện để đảm bảo việc sàng lọc, phân loại người nhiễm theo tình trạng, diễn biến bệnh lý để có biện pháp theo dõi, chăm sóc, điều trị phù hợp, hiệu quả, bảo đảm giảm tỷ lệ người nhiễm có triệu chứng, tỷ lệ chuyển bệnh nặng hơn ở tất cả các tầng, các lớp điều trị. Đặc biệt chú trọng việc quản lý, chăm sóc người bị nhiễm chưa có triệu chứng; việc chủ động chuẩn bị oxy y tế (nhất là hệ thống oxy tập trung) ở các tầng điều trị. Điều phối phù hợp, tập trung mọi nguồn lực, trang thiết bị để cứu chữa giảm bệnh nhân nặng, nguy kịch, hạn chế tối đa tử vong.

- Duy trì hoạt động của hệ thống khám bệnh, chữa bệnh an toàn.

- Bảo đảm hệ thống thường trực cấp cứu, xe cứu thương, oxy y tế, máy thở và các trang thiết bị y tế thiết yếu phục vụ phòng, chống dịch bệnh, cấp cứu, điều trị người bệnh.

2.10. Thuốc điều trị COVID-19

- Khuyến khích doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân chủ động tìm kiếm nguồn và mua thuốc điều trị COVID-19.

- Đẩy nhanh tiến độ nghiên cứu, ứng dụng, chuyển giao công nghệ, tổ chức thử lâm sàng cùng với các cơ sở nghiên cứu, chuyển giao, sản xuất, cấp phép sử dụng có điều kiện, thuốc điều trị COVID-19 để đáp ứng yêu cầu phòng, chống dịch bệnh nhanh nhất, sớm nhất và với giá thấp nhất có thể; tạo mọi điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu, chuyển giao công nghệ, bảo đảm công bằng trong chuyển giao công nghệ, sản xuất thuốc điều trị; tham khảo kinh nghiệm các nước và tham vấn chuyên môn với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khi cần thiết;

+ Ban hành một số chính sách khuyến khích, hỗ trợ phù hợp, hiệu quả cho việc nghiên cứu, ứng dụng, chuyển giao công nghệ sản xuất thuốc điều trị COVID-19 và trang thiết bị, vật tư y tế cần thiết trong nước.

2.11. Xây dựng kịch bản và bảo đảm công tác y tế phòng, chống dịch bệnh COVID-19:

+ Căn cứ mức độ nguy cơ, diễn biến dịch bệnh, Bộ Y tế xây dựng các kịch bản phòng, chống dịch ở mức thấp, mức trung bình,

mức cao và các phương án ứng phó tương ứng bảo đảm công tác y tế trên toàn quốc.

+ Bộ Tài chính và các cơ quan liên quan, căn cứ vào khả năng cân đối của ngân sách nhà nước để bố trí kinh phí mua sắm, dự trữ, tổ chức lực lượng phù hợp, hiệu quả phục vụ công tác phòng, chống dịch bệnh, báo cáo Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ xem xét, quyết định sớm kịp thời.

PHẦN III

GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN CƠ SỞ PHÁP LÝ NHẪM BẢO VỆ QUYỀN KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN VÀ ỨNG PHÓ VỚI TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19

PGS.TS. ĐỖ VĂN ĐẠI
TS. LÊ TRƯỜNG SƠN
LG. NGUYỄN VĂN HUỆ

Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội thông qua vào ngày 23/11/2009 và có hiệu lực thi hành từ ngày 1/1/2011. Đây là luật đầu tiên thể chế hóa quan điểm, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh; tạo hành lang pháp lý cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam.

Theo khoản 1 Điều 2 Luật khám, chữa bệnh năm 2009, “*Khám bệnh* là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực tế, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận”. Dự thảo Luật khám, chữa bệnh có sự thay đổi với nội dung theo đó “*Khám bệnh* là sự can thiệp của người hành nghề y để phát hiện hiện tình trạng người đã mắc bệnh hoặc có nguy cơ mắc bệnh nếu không thực hiện một số biện pháp y khoa” (khoản 1 Điều 3). Mặc dù có sự khác nhau, nhưng khám bệnh có thể được hiểu là sự can thiệp y tế để phát hiện một cá nhân có bệnh hay nguy cơ mắc bệnh. Bên cạnh đó, theo khoản 2 Điều 2 Luật khám, chữa bệnh năm 2009, “*Chữa bệnh* là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh”. Dự thảo Luật khám, chữa bệnh có sự thay đổi với nội dung “*Chữa bệnh* là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật y tế, thuốc, thiết bị y tế để sơ cứu, cấp cứu, điều trị (bao gồm cả điều trị dự phòng), phục hồi chức năng cho người bệnh”. Mặc dù có sự thay đổi giữa Luật và Dự thảo, chúng ta có thể hiểu chữa bệnh là sự can thiệp y tế để sơ cứu, cấp cứu, điều trị, phục hồi chức năng cho người bệnh.

Sau 10 năm áp dụng, Luật năm 2009 đã thể hiện nhược điểm (nhất là trong việc đối phó với dịch COVID-19) nên cần được sửa đổi, bổ sung và chúng ta đã có Dự thảo sửa đổi. Dưới đây là phân tích các quy định hiện hành và Dự thảo sửa đổi Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 cũng như đề xuất tương ứng liên quan đến quyền được khám bệnh, được chữa bệnh của người dân trong bối cảnh phải ứng phó với tác động của dịch Covid-19.

1. Tồn tại quyền được khám bệnh, chữa bệnh⁵⁵

*** Ghi nhận quyền**

Trong Hiến pháp. Khám bệnh, chữa bệnh được đề cập trong văn bản cao nhất ở Việt Nam là Hiến pháp năm 2013.

Cụ thể, theo khoản 1 Điều 38 Hiến pháp năm 2013, “Mọi người có quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế và có nghĩa vụ thực hiện các quy định về phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh”.

Ở đây, “quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế” là “một trong những quyền cơ bản của con người”⁵⁶, được ghi nhận cho mọi cá nhân mà “không có sự phân biệt về chủng tộc, tôn giáo, quan điểm chính trị, điều kiện kinh tế, xã hội...”⁵⁷ và khám bệnh và chữa bệnh được nêu trong khuôn khổ của quyền cơ bản này.

⁵⁵ PGS.TS.Đỗ Văn Đại, Trưởng Khoa Luật Dân sự

⁵⁶ Hoàng Thế Liên (chủ biên), *Bình luận khoa học Hiến pháp hiện hành (năm 2013)*, Nxb. CTQG-Sự thật 2018, tr. 283.

⁵⁷ Hoàng Thế Liên (chủ biên), *Sđd*, tr. 283.

Trong BLDS. BLDS cũng có quy định liên quan đến “khám bệnh, chữa bệnh” khi bàn về quyền nhân thân của cá nhân.

Cụ thể, khi quy định về “Quyền sống, quyền được bảo đảm an toàn về tính mạng, sức khỏe, thân thể” tại Điều 33, BLDS 2015 khẳng định “Khi phát hiện người bị tai nạn, bệnh tật mà tính mạng bị đe dọa thì người phát hiện có trách nhiệm hoặc yêu cầu cá nhân, cơ quan, tổ chức khác có điều kiện cần thiết đưa ngay đến cơ sở *khám bệnh, chữa bệnh* nơi gần nhất; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện việc *khám bệnh, chữa bệnh* theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh” (khoản 2).

Quy định này phần nào ghi nhận quyền được khám bệnh, chữa bệnh trong khuôn khổ của “Quyền sống, quyền được bảo đảm an toàn về tính mạng, sức khỏe, thân thể”. Tuy nhiên, phạm vi áp dụng của quy định này khá hẹp vì áp dụng trong trường hợp “Khi phát hiện người bị tai nạn, bệnh tật mà tính mạng bị đe dọa”.

Trong Luật khám, chữa bệnh. Luật khám, chữa bệnh năm 2009 ghi nhận một cách chính thức “quyền được khám bệnh, chữa bệnh” tại Điều 7 với tiêu đề “Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế”.

Ở đây, khoản 1 và khoản 2 Điều 7 Luật năm 2009 lần lượt quy định đó là quyền “Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh” và “Được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật”. Dự thảo sửa đổi vẫn giữ

tiêu đề trên trong Điều 7 nhưng nội hàm có sự thay đổi vì lần lượt quy định đây là quyền “Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp khám bệnh, chữa bệnh, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa biến chứng phù hợp với bệnh và tình trạng của người bệnh” và “Được khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp an toàn, hợp lý, có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật”.

So với các văn bản trên, Luật khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận quyền được khám bệnh, được chữa bệnh đầy đủ hơn. Tuy nhiên, phải thừa nhận rằng nội hàm của quyền này còn chưa thực sự cụ thể và có thể thay đổi giữa các thời kỳ (Luật và Dự thảo nêu trên đã cho thấy nội hàm quyền được khám bệnh, được chữa bệnh có thể có sự thay đổi).

**** Đặc điểm của quyền***

Quyền hiến định/luật định. Quyền được khám bệnh, được chữa bệnh đã được ghi nhận trong Luật khám, chữa bệnh như chúng ta đã thấy nên đây chắc chắn là quyền luật định. Vấn đề tiếp theo mà chúng ta quan tâm là quyền này có là quyền cơ bản của con người được Hiến pháp ghi nhận hay không. Việc xác định được bản chất quyền cơ bản của con người có hệ quả quan trọng vì khoản 2 Điều 14 Hiến pháp năm 2013 quy định “Quyền con người, quyền công dân chỉ có thể bị hạn chế theo quy định của luật trong trường hợp cần thiết vì lý do quốc phòng, an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đạo đức xã hội, sức khỏe của cộng đồng”.

Phần trên đã cho thấy khám bệnh và chữa bệnh được Hiến pháp đề cập trong “quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe”. Thực tế, được khám bệnh và được chữa bệnh có là quyền hiến định (quyền được Hiến pháp quy định) hay không thì chưa thực sự rõ nét ở nước ta hiện nay vì khoản 1 Điều 38 Hiến pháp nêu trên chỉ nêu “có nghĩa vụ thực hiện các quy định về phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh”. Khi bình luận về Điều 38 và Luật khám bệnh, chữa bệnh, tài liệu về Hiến pháp nêu rằng “Luật khám bệnh, chữa bệnh ra đời năm 2009 với những quy định cụ thể, đã góp phần to lớn trong việc bảo đảm quyền được chăm sóc sức khỏe của người dân”⁵⁸ và “đây là những quy định cơ bản của pháp luật, bảo đảm cho người dân quyền được chăm sóc sức khỏe, một trong các quyền cơ bản của con người”⁵⁹.

Thực ra, với các quy định như hiện nay, rất khó để khẳng định đây là quyền hiến định được bảo vệ bởi khoản 2 Điều 38 và khoản 2 Điều 14 nêu trên của Hiến pháp. Do đó, nội hàm quyền này cũng như thực thi quyền này lệ thuộc vào quy định trong luật.

Quyền lệ thuộc vào điều kiện thực tế. Luật khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận “Quyền được khám bệnh, chữa bệnh” tại Điều 7 nhưng quyền này lệ thuộc vào điều kiện thực tế vì tiêu đề của Điều 7 có nội dung “Quyền được khám bệnh, chữa bệnh *có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế*”.

Dự thảo sửa đổi duy trì quan điểm này vì tiêu đề của Điều 7 vẫn được giữ nguyên trong Dự thảo là “Quyền được khám bệnh, chữa

⁵⁸ Hoàng Thế Liên (chủ biên), *Sdd*, tr. 287.

⁵⁹ Hoàng Thế Liên (chủ biên), *Sdd*, tr. 285.

bệnh *có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế*” mặc dù nội hàm quyền được khám bệnh, chữa bệnh có sự thay đổi giữa Luật và Dự thảo như chúng ta nêu ở trên.

Thực ra, trong nội hàm Điều 7 trong Luật cũng như trong Dự thảo, chúng ta không thực sự rõ “*có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế*” là gì. Để tăng khả năng được khám bệnh, chữa bệnh cũng như để nội dung điều luật và tiêu đề của điều luật thống nhất với nhau, phải chăng nên bỏ nội dung này trong Luật khám bệnh, chữa bệnh đang được sửa đổi?

Quyền không có bảo đảm kết quả. “Quyền được khám bệnh, chữa bệnh” là quyền của người dân nhưng quyền này không có bảo đảm kết quả.

Ở đây, người dân “được khám bệnh”, “được chữa bệnh” nhưng kết quả có khám được chính xác bệnh hay bệnh được chữa khỏi hay không thì Luật không bảo đảm kết quả. Tại tiêu đề của Điều 7 nêu trên, các nhà làm luật đã kèm theo điều kiện “*chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế*” nên đã phần nào cho thấy quyền này không được bảo đảm kết quả.

Vì vậy, khi được khám, được chữa nhưng kết quả không như ý muốn, cá nhân liên quan không thể coi quyền của mình đã bị xâm phạm; bản thân kết quả không như ý muốn chưa đủ để coi có vi phạm quyền được khám, quyền được chữa bệnh. Thực tế, trong các đợt dịch Covid-19 vừa qua, rất nhiều người đã bị nhiễm virus, đã được chữa bệnh nhưng vẫn không qua khỏi. Trong những trường hợp như vừa

nêu, quyền được chữa bệnh đã được thực hiện mặc dù kết quả của việc chữa bệnh này không đem lại kết quả như mong đợi.

2. Thực thi quyền được khám bệnh, chữa bệnh⁶⁰

Trường hợp khám, chữa bệnh bắt buộc. Khi cá nhân có một quyền nào đó, họ có quyền thực hiện hay không thực hiện quyền của mình và việc không thực hiện quyền chính là đã thực hiện quyền. Về quyền được khám, được chữa bệnh, đây không là quyền tuyệt đối. Ở đây, tính không tuyệt đối/hay tính tương đối được thể hiện ở việc thực hiện quyền này có thể bị từ chối trong một số trường hợp. Chẳng hạn, theo Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh “được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh mà tiên lượng bệnh vượt quá khả năng hoặc trái phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong giấy phép hoạt động nhưng phải giới thiệu người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để giải quyết” (khoản 2 Điều 52).

Khi thực hiện quyền từ chối được khám bệnh, được chữa bệnh, việc từ chối này cũng có giới hạn. Luật khám bệnh, chữa bệnh có quy định về “Các trường hợp bắt buộc chữa bệnh” tại Điều 66 như trường hợp “Mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A theo quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm” (điểm a khoản 1) và quy định này được áp dụng cho trường hợp nhiễm Virus COVID-19 (Chính phủ coi người mắc virus này là mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A). Dự thảo sửa

⁶⁰ PGS.TS.Đỗ Văn Đại, Trưởng Khoa Luật Dân sự

đổi có quy định chi tiết hơn Luật năm 2009 về áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với trường hợp mắc bệnh (khoản 2 Điều 66).

Tuy nhiên, Luật và Dự thảo đều có nhược điểm là chỉ áp dụng quy định trên cho trường hợp “chữa bệnh” vì Điều 66 trong Luật và Dự thảo đều có tiêu đề là “Bắt buộc chữa bệnh”. Thực ra, chữa bệnh áp dụng cho người đã có bệnh trong khi đó dịch COVID-19 vừa rồi cho thấy chúng ta có nhu cầu “khám bệnh” để biết một người có bệnh hay không (nhiễm hay không nhiễm virus covid 19) và đã có không ít người từ chối cho xét nghiệm và có tranh cãi về cơ sở pháp lý về việc buộc khám bệnh, quyền được từ chối xét nghiệm. Trước những hoàn cảnh như vậy và để ứng phó hiệu quả trước tác động của dịch Covid, phải chăng Dự thảo nên mở rộng hơn phạm vi áp dụng quy định bắt buộc nêu trên? Phải chăng chúng ta nên theo hướng áp dụng việc bắt buộc nêu trên không chỉ cho “chữa bệnh” mà cả cho “khám bệnh”?

Thực hiện quyền qua người đại diện. Quyền khám bệnh, chữa bệnh là quyền được ghi nhận cho mọi cá nhân mà không có sự phân biệt độ tuổi, hoàn cảnh xã hội. Thực tế, có những cá nhân mà năng lực hành vi của họ không toàn diện nên cần có người hỗ trợ của người khác trong việc thực hiện quyền. Thực tế, trong các đợt dịch COVID-19 vừa qua, có rất nhiều em nhỏ đã bị nhiễm virus và cần được khám bệnh, chữa bệnh. Luật khám bệnh, chữa bệnh có quy định để thực hiện quyền khám bệnh, chữa bệnh của những người nêu trên. Thực vậy, theo Điều 13 Luật này, “1. Trường hợp người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến

chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện hợp pháp của người bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh. 2. Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện hợp pháp của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh”.

Dự thảo có những thay đổi liên quan đến các chủ thể nêu trên. Cụ thể, theo Điều 13 Dự thảo, “Trường hợp người bệnh là người bị mất năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự, *người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi* hoặc người chưa thành niên: 1. *Người đại diện* của người bệnh là người quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh đó và *chịu trách nhiệm trước pháp luật về quyết định của mình*. 2. Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc *người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp* thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng có quyền quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh”. Việc bổ sung “*người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi*” trong Dự thảo là thuyết phục vì đối tượng này chưa tồn tại trong Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 nhưng đã được bổ sung trong BLDS 2015⁶¹.

⁶¹ Theo khoản 1 Điều 23 BLDS 2015, “Người thành niên do tình trạng thể chất hoặc tinh thần mà không đủ khả năng nhận thức, làm chủ hành vi nhưng chưa đến mức mất năng lực hành vi dân sự thì theo yêu cầu của người này, người có quyền, lợi ích liên quan hoặc của cơ quan, tổ chức hữu quan, trên cơ sở kết luận giám định pháp y tâm thần, Tòa án ra quyết định tuyên bố người này là người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi và chỉ định người giám hộ, xác định quyền, nghĩa vụ của người giám hộ”.

Theo khoản Điều 25 BLDS 2015, “Việc xác lập, thực hiện quan hệ dân sự liên quan đến quyền nhân thân của người chưa thành niên, người mất năng lực hành vi dân sự, người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi *phải được người đại diện theo pháp luật* của người này đồng ý theo quy định của Bộ luật này, luật khác có liên quan hoặc theo quyết định của Tòa án”. Ở đây, chưa có sự thống nhất giữa BLDS (sử dụng cụm từ “*người đại diện theo pháp luật*”) và Dự thảo (sử dụng cụm từ “*người đại diện*”) và nên có sự thống nhất, tức cụm từ trong dự thảo nêu trên nên sử dụng cụm từ trong BLDS (tức sử dụng cụm từ “*người đại diện theo pháp luật*”). Bên cạnh đó, Dự thảo có quy định về trường hợp “*người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp*” nhưng đây là một khái niệm không rõ ràng và nên được đầu tư làm rõ hơn (chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp của ai?, đối chiếu với cái gì?...).

Thực hiện quyền thông qua người của cơ sở y tế. Nhìn một cách tổng thể, người quyết định việc khám, chữa bệnh có thể là người bệnh, người đại diện của họ hay người của cơ sở y tế.

Về người của cơ sở y tế có quyền quyết định, Luật năm 2009 xác định đó là “người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” (Điều 13). Dự thảo có bổ sung người quyết định tại khoản 2 Điều 13 theo hướng đó có thể là “người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc *người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng*”. Việc bổ sung như vậy là phương án chấp nhận được vì nếu chỉ đòi hỏi người đứng đầu như Luật năm 2009 thì đôi khi không khả thi.

Về trường hợp người của cơ sở y tế có quyền quyết định, Luật năm 2009 quy định trường hợp quyết định là “không có mặt người đại diện hợp pháp của người bệnh” (khoản 2 Điều 13). Dự thảo bổ sung thêm trường hợp nữa là trường hợp “*người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp*”. Việc bổ sung trường hợp như vừa nêu về cơ bản là thuyết phục vì không phải lúc nào người đại diện cũng đưa ra quyết định đúng đắn cho người mà họ đại diện, “trên thực tế đã xảy ra trường hợp người bệnh trong tình trạng hôn mê, hoặc không thể tự quyết định được có hay không thực hiện việc tiếp tục điều trị, đồng thời người nhà của người bệnh lại có ý kiến khác nhau”⁶². Do đó, hướng bổ sung trường hợp như vừa nêu về nguyên tắc là cần được ủng hộ nhưng cần làm rõ hơn về điều kiện áp dụng (“*quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp*” là quyết định như thế nào như đã phân tích ở trên).

Thực tế, điều khoản vừa nêu trong Dự thảo lại chưa thống nhất với Điều 60 của chính Dự thảo khi khoản 6 Điều 60 lại chỉ quy định “*Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh nếu không có mặt người đại diện của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh*”. Quy định này chỉ đề cập tới trường hợp không có mặt của người đại diện mà chưa cập nhật trường hợp người đại diện đưa ra quyết định không phù hợp nêu trên. Do đó, để có sự thống nhất (không mâu thuẫn trong nội tại của Luật), khoản 6 Điều 60 nên bổ sung trường hợp người của cơ sở y

⁶² <https://viettimes.vn/con-nhieu-vuong-mac-tu-luat-kham-chua-benh-post110726.html> (truy cập ngày 28/10/2021).

tế được quyền quyết định để tương thích với khoản 2 Điều 13 (trường hợp người đại diện của người bệnh có quyết định không phù hợp).

Hình thức khám và chữa bệnh từ xa. Luật năm 2009 đã có quy định sử dụng thông tin để thực hiện một số công việc từ xa. Chẳng hạn, theo khoản 2 Điều 56, “Các hình thức hội chẩn bao gồm: a) Hội chẩn khoa; b) Hội chẩn liên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; c) Hội chẩn qua tham khảo ý kiến chuyên gia; đ) Hội chẩn từ xa bằng công nghệ thông tin; e) Hội chẩn khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế”.

Tuy nhiên, quy định như vậy không nhiều trong Luật; Luật chưa có cơ chế rõ ràng đối với hình thức khám bệnh và chữa bệnh từ xa. Thực tế, trong đợt dịch Covid-19, việc khám và chữa bệnh đã được thực hiện từ xa rất nhiều và có hiệu quả nhất định; đến tháng 9/2021, “Việt Nam đã đạt mốc hơn 1.000 điểm cầu khám chữa bệnh từ xa”⁶³. Vì vậy, với việc phát triển của công nghệ và kinh nghiệm nêu trên, Dự thảo đã có bước xa hơn khi quy định khả năng “*Khám bệnh, chữa bệnh bệnh từ xa*” (khoản 19 Điều 2), tức “là việc người hành nghề sử dụng thiết bị và công nghệ thông tin để thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh”. Kế tiếp, Điều 54 Dự thảo có quy định cụ thể về Khám bệnh, chữa bệnh và hỗ trợ chữa bệnh từ xa (*về các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh và hỗ trợ chữa bệnh từ xa; việc chuẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp chữa bệnh và kê đơn thuốc khi thực hiện khám bệnh, chữa bệnh từ xa; trách nhiệm của người hành nghề khi thực*

⁶³ <https://baotintuc.vn/y-te/kham-chua-benh-tu-xa-muon-hieu-qua-can-them-nhieu-chinh-sach-mo-loi-20200925171928557.htm> (truy cập ngày 28/10/2021).

hiện khám bệnh, chữa bệnh từ xa và nghĩa vụ thanh toán chi phí của người bệnh).

Hướng ghi nhận khả năng khám bệnh, chữa bệnh từ xa như nêu trên là một sự tiến bộ, *phù hợp với nhu cầu thực tiễn của xã hội, khá hiệu quả trong việc ứng phó với tác động của dịch COVID-19* và nên được ghi nhận để đa dạng phương thức thực hiện quyền khám bệnh, chữa bệnh của người dân trong đó có ứng phó với tác động của dịch COVID-19. Thực ra, đây là phương thức khám và chữa bệnh đã được ghi nhận rộng rãi trên thế giới (từ năm 2009, Điều L. 6316-1 Bộ luật sức khỏe công của Pháp đã ghi nhận phương thức này⁶⁴) và đặc biệt phát triển trong đợt dịch COVID-19. Tuy nhiên, đây là vấn đề mới và cần có hướng dẫn cụ thể ở Việt Nam. Vì vậy, nên có quy định để Chính phủ hướng dẫn chi tiết *nhằm tạo nên hành lang pháp lý cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh từ xa (ở Pháp, bên cạnh quy định vừa nêu trong Bộ luật sức khỏe công, Chính phủ Pháp cũng ban hành Nghị định làm rõ các loại hình thức khám/chữa bệnh từ xa⁶⁵).*

Từ chối khám, chữa bệnh. Luật năm 2009 có quy định cho phép từ chối khám bệnh, chữa bệnh tại Điều 32. Quyền từ chối này ảnh hưởng trực tiếp tới quyền được khám bệnh, chữa bệnh của người dân nên cần thận trọng trong việc ghi nhận quyền từ chối này.

Dự thảo có bổ sung những trường hợp được từ chối khám bệnh, chữa bệnh trong đó đặc biệt lưu ý tới khoản 3 và khoản 4 Điều 32 theo đó “Trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề được từ

⁶⁴ Xem Marie-Laure Moquet-Anger, “Télémédecine et égal accès aux soins”, RDSS 2020, tr.13 và tiếp theo.

⁶⁵ Xem Marie-Laure Moquet-Anger, *Bdd*.

chối khám bệnh, chữa bệnh theo một trong các trường hợp sau đây: 3. Người bệnh, *thân nhân của người bệnh* có hành vi xâm phạm thân thể, sức khỏe, tính mạng của người hành nghề đang thực hiện nhiệm vụ hoặc có hành vi xúc phạm danh dự, nhân phẩm của người hành nghề đang thực hiện nhiệm vụ. 4. Người bệnh, *thân nhân của người bệnh* không tuân thủ chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của người hành nghề sau khi đã được người hành nghề tư vấn”.

Ở đây, Dự thảo theo hướng để những hành vi của “thân nhân của người bệnh” cho phép từ chối khám, chữa cho người bệnh, tức làm ảnh hưởng đến quyền được khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh. Đây là một cách cảnh tỉnh người thân của người bệnh khi họ có những hành động không phù hợp nhưng lại theo tư duy “quýt làm cam chịu”, ảnh hưởng nghiêm trọng tới quyền được khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh. Do đó, cần cân nhắc lại việc bổ sung này trong Dự thảo (tức nên bỏ các căn cứ từ chối nêu trên liên quan đến nhân thân của người bệnh).

Chi phí khám, chữa bệnh. Trong một số trường hợp việc phải trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh có thể gây cản trở việc thực hiện quyền khám bệnh, chữa bệnh của người dân.

Thực tế, Luật năm 2009 có quy định về khả năng miễn, giảm phí tại Điều 16 theo đó “Người bệnh có trách nhiệm chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh, *trừ trường hợp được miễn, giảm theo quy định của pháp luật*”. Quy định về miễn, giảm không được giữ lại trong Dự thảo vì Điều 16 Dự thảo có quy định về Nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh như sau “1. Người bệnh tham gia bảo hiểm y tế được

thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. 2. Người bệnh không tham gia bảo hiểm y tế tự chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh”.

Thực tế, “trong thời gian qua, một số địa phương đã tiến hành chính sách thu phí đối với người bị nhiễm, nghi nhiễm Covid-19 đến từ Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh khi được cách ly tập trung với nhiều lý do khác nhau. Điều này là không phù hợp với quy định của pháp luật nói chung”⁶⁶. Với việc bỏ quy định về miễn, giảm phí như nêu trên trong Dự thảo, chúng ta càng tạo điều kiện cho việc thu phí như vừa nêu. Vì vậy, thiết nghĩ Dự thảo nên khôi phục lại quy định về “*trường hợp được miễn, giảm theo quy định của pháp luật*”.

3. Bảo vệ quyền được khám bệnh, chữa bệnh⁶⁷

Các dạng bảo vệ quyền được khám/chữa bệnh. Ghi nhận quyền được khám bệnh, quyền được chữa bệnh và có cơ chế để quyền này được thực hiện như nêu trên chưa đủ.

Để quyền này được thực hiện đầy đủ, chúng ta cần có cơ chế để bảo vệ nó và bồi thường thiệt hại do quyền này bị xâm phạm là một dạng bảo vệ quyền. Vì vậy, ngoài những nội dung nêu trên, chúng ta cùng nhau xem xét cơ chế bồi thường thiệt hại khi quyền được khám bệnh, quyền được chữa bệnh bị xâm phạm.

⁶⁶ Trần Linh Huân, “Bảo vệ quyền lợi của người bị nhiễm Covid-19 theo quy định của pháp luật Việt Nam”, Tạp chí Nghiên cứu Lập pháp tháng 4/2020.

⁶⁷ PGS.TS.Đghiên cứPGS.TS.Đghiên cứ 4/2020.-1

Ngoài ra, khi thực hiện việc khám/chữa bệnh, cá nhân liên quan (người bệnh) có thể có những thông tin liên quan đến sức khỏe và đời tư. Việc bảo vệ những thông tin này cũng là cách để bảo vệ quyền được khám bệnh/chữa bệnh vì nếu thông tin này dễ bị tiết lộ, cá nhân sẽ không dám thực hiện quyền được khám bệnh, chữa bệnh của mình⁶⁸.

**** Yêu cầu bồi thường thiệt hại***

Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường. Theo khoản 1 Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh, “Trường hợp xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh hoặc trong trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều 73 của Luật này, doanh nghiệp bảo hiểm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã mua bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo hợp đồng bảo hiểm đã ký với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó”. Ngoài ra, khoản 3 Điều 76 có quy định “Trường hợp xảy ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 73 của Luật này thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề không phải bồi thường thiệt hại”. Quy định trên cơ bản không thay đổi trong Dự thảo (Điều 80).

Ở đây, trách nhiệm bồi thường phát sinh khi “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh” hoặc “Trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn để thực hiện

⁶⁸ Về thực trạng yêu cầu bồi thường thiệt hại phát sinh từ hoạt động y tế, xem thêm Đỗ Văn Đại, *Luật bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng Việt Nam-Bản án và bình luận bản án*, Nxb. Hồng Đức 2021 (xuất bản lần thứ năm), Bản án số 210-213.

dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh; các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh” (điểm b khoản 2 Điều 73). Quy định như vậy là chưa đầy đủ và kinh nghiệm trong đợt dịch Covid 19 cho thấy sự không đầy đủ này. Thực tế, “quyền khiếu nại đối với những sai sót về chất lượng dịch vụ, hay về thái độ phục vụ của nhân viên y tế chưa được pháp luật quy định như là một quyền độc lập của người bệnh”⁶⁹ và đã có trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã từ chối người bệnh, nhất là vì do ngại người bệnh nhiễm covid. Chẳng hạn, ngày 13/8/2021, “ông N.D. (57 tuổi, quê Trà Vinh) nôn ói dữ dội nên thân nhân nhờ hàng xóm đưa đi cấp cứu. Tuy nhiên, khi đến 5 cơ sở y tế đều không nơi nào tiếp nhận điều trị. Ông D. được đưa về và tử vong tại nhà trọ ở TP Dĩ An”⁷⁰. Đây là trường hợp có vi phạm quyền khám bệnh, chữa bệnh theo Luật khám bệnh, chữa bệnh và việc vi phạm này có thể gây thiệt hại (làm cho người bệnh chết, tổn hại nhiều hơn hay làm phát sinh chi phí bổ sung...).

Vì vậy, Dự thảo nên cải thiện nhược điểm này và theo hướng bổ sung những trường hợp làm phát sinh trách nhiệm bồi thường như bổ sung trường hợp từ chối khám bệnh, chữa bệnh mà không có lý do chính đáng⁷¹. Hướng bổ sung này cũng tương thích với khoản 1 Điều

⁶⁹ Trần Linh Huân, *Bđd*.

⁷⁰ <https://vtv.vn/xa-hoi/thu-tuong-yeu-cau-lam-ro-vu-5-co-so-y-te-tu-choi-cap-cuu-khiem-benh-nhan-tu-vong-20210817070939458.htm> (truy cập ngày 27/10/2021).

⁷¹ Theo Trần Linh Huân, *Bđd*, “cần nghiên cứu sửa đổi Luật Khám, chữa bệnh năm 2009 theo hướng bổ sung quyền của người bệnh được khiếu nại và quyền được yêu cầu bồi thường thiệt hại phù hợp với điều kiện phát triển của đất nước và tình hình dịch bệnh. Theo đó, người bệnh có quyền khiếu nại về thời gian chờ đợi quá lâu, giờ giấc không thích hợp, cách đối xử của nhân viên y tế, tiện nghi của cơ sở điều trị... Quyền khiếu nại của người bệnh phải được tiếp cận theo hướng là căn cứ phát sinh tranh chấp trong khám, chữa bệnh chứ không phải là khiếu nại hành chính và được giải quyết theo thủ tục khiếu nại, tố cáo. Bên cạnh đó, quyền được yêu cầu bồi thường thiệt hại cũng cần được ghi nhận với tư

584 BLDS 2015 theo đó “ Người nào có hành vi xâm phạm tính mạng, sức khỏe, danh dự, nhân phẩm, uy tín, tài sản, quyền, lợi ích hợp pháp khác của người khác mà gây thiệt hại thì phải bồi thường, trừ trường hợp Bộ luật này, luật khác có liên quan quy định khác”.

Chủ thể chịu trách nhiệm bồi thường. Khi thuộc trường hợp bồi thường cho người bệnh theo khoản 1 Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh nêu trên, chúng ta thấy doanh nghiệp bảo hiểm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã mua bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh. Bên cạnh đó, đoạn cuối khoản 1 này còn quy định “Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa mua bảo hiểm theo quy định tại khoản 1 Điều 78 của Luật này thì phải tự bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo quy định của pháp luật”. Quy định này cơ bản không thay đổi trong Dự thảo (Điều 80).

Liên quan đến việc khám bệnh/chữa bệnh, bên cạnh “cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” chúng ta còn có “người hành nghề” nhưng quy định trên lại chưa đề cập đến trách nhiệm bồi thường (như y/bác sỹ có phải bồi bồi thường cho người bệnh bị thiệt hại không?) hay bồi hoàn sau khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bồi thường thiệt hại (như y/bác sỹ có phải bồi hoàn tiền bồi thường cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không?). Thực tế, khoản 2 Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh có đề cập tới người hành nghề với nội dung theo đó “Ngoài việc bồi thường theo quy định tại khoản 1 Điều này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và *người hành nghề* có sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai

cách là quyền của người bệnh để mang tính đồng bộ và đảm bảo nâng cao trách nhiệm của cơ sở khám, chữa bệnh trong hoạt động khám, chữa bệnh phù hợp với điều kiện thực tiễn cho phép”.

biến cho người bệnh phải chịu các trách nhiệm pháp lý khác theo quy định của pháp luật” (vẫn được giữ lại trong Dự thảo).

Thiết nghĩ, Dự thảo nên tính đến cho phép người bị thiệt hại yêu cầu trực tiếp người hành nghề bồi thường (như liên đới với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bồi thường cho người bị thiệt hại) và nên có quy định cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được yêu cầu người hành nghề bồi hoàn (sau khi bồi thường cho người bị thiệt hại) khi người hành nghề có lỗi làm phát sinh thiệt hại.

Mức bồi thường thiệt hại. Một khi trách nhiệm bồi thường được xác định, chúng ta cần xem xét mức bồi thường thiệt hại như thế nào.

Thực tế, Điều 77 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định “Việc xác định mức bồi thường thiệt hại trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 76 của Luật này được thực hiện theo quy định của pháp luật” và Dự thảo vẫn giữ quy định này tại Điều 81. Nội dung này chưa rõ là “theo quy định của pháp luật” nào và, thực tế, BLDS đã có quy định cụ thể về thiệt hại được bồi thường (trong hợp đồng cũng như ngoài hợp đồng). Vì vậy, Dự thảo nên thay cụm từ “theo quy định của pháp luật” bằng “theo quy định của pháp luật dân sự”.

Bên cạnh đó, phạm vi áp dụng của Điều 77 nêu trên (Điều 81 Dự thảo) là “Xác định mức bồi thường thiệt hại do *sai sót chuyên môn kỹ thuật* gây ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh”. Điều đó có nghĩa là việc xác định thiệt hại này tập trung vào trường hợp “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh” trong khi

đó phần trên cho thấy còn những trường hợp khác làm phát sinh trách nhiệm bồi thường. Nói cách khác, phạm vi điều chỉnh của Điều 77 nêu trên (Điều 81 Dự thảo) là hẹp so với thực tế và nên sửa đổi như sửa đổi thành “Xác định mức bồi thường thiệt hại” để có thể áp dụng không chỉ cho trường hợp “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh” mà cả cho trường hợp khác.

**** Tôn trọng bí mật riêng tư***

Ghi nhận quyền được tôn trọng. Ở Việt Nam, bảo vệ bí mật đời tư được ghi nhận trong Hiến pháp⁷² cũng như trong BLDS⁷³. Luật năm 2009 có điều luật riêng về Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư và đó là Điều 8 trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.

Cụ thể, theo Điều 8, “1. Được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án. 2. Thông tin quy định tại khoản 1 Điều này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định”.

Dự thảo vẫn duy trì quyền này tại Điều 8. Hướng duy trì như vậy là thuyết phục, giúp quyền được khám bệnh, được chữa bệnh

⁷² Khoản 1 Điều 21 và khoản 3 Điều 103 Hiến pháp năm 2013 quy định “Mọi người có quyền bất khả xâm phạm về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân và bí mật gia đình; có quyền bảo vệ danh dự, uy tín của mình. Thông tin về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bí mật gia đình được pháp luật bảo đảm an toàn”; “Trong trường hợp đặc biệt cần giữ bí mật nhà nước, thuần phong, mỹ tục của dân tộc, bảo vệ người chưa thành niên hoặc giữ bí mật đời tư theo yêu cầu chính đáng của đương sự, Tòa án nhân dân có thể xét xử kín”.

⁷³ Theo khoản 1 Điều 38 BLDS 2015, “Đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bí mật gia đình là bất khả xâm phạm và được pháp luật bảo vệ”.

được củng cố hơn trong thực tiễn (tránh trường hợp do sợ bị tiết lộ về đời tư nên người bệnh không thực hiện quyền được khám bệnh, quyền được chữa bệnh).

Mở rộng đối tượng được tôn trọng. Trong đợt dịch COVID-19, thực tế cho thấy có rất nhiều thông tin liên quan đến đời tư của người nhiễm covid đã bị tiết lộ và đời tư của họ bị ảnh hưởng nghiêm trọng nên đã dẫn tới tâm lý ngại thực hiện quyền được khám bệnh, được chữa bệnh. “Khi các thông tin riêng tư của bệnh nhân bị mắc COVID-19 bị soi mói, công khai một cách trái pháp luật như vậy sẽ để lại rất nhiều hậu quả tiêu cực không chỉ đối với bản thân người bị nhiễm COVID-19 mà còn tạo ra sự bất ổn cho xã hội. Đối với bản thân của người bị nhiễm COVID-19, khi thông tin riêng tư bị tiết lộ trái phép thì không chỉ gây ảnh hưởng đến tiến trình điều trị bệnh do tâm lý hoang mang, lo sợ, thậm chí là bị stress mà còn gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống và gia đình của họ”⁷⁴.

Thực tế, Dự thảo có mở rộng đối tượng được tôn trọng tại khoản 1 Điều 8 với nội dung “Được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe ghi trong hồ sơ bệnh án và *các thông tin khác về đời tư* mà người bệnh đã cung cấp cho người hành nghề trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh”. Hướng mở rộng đối tượng được tôn trọng về đời tư như nêu trên là cần thiết để bảo vệ người bệnh, tức bảo vệ chính quyền được khám bệnh, chữa bệnh của cá nhân và nên được chấp nhận. Với việc mở rộng đối tượng về đời tư được bảo vệ, người bệnh

⁷⁴ Trần Linh Huân, *Bdd*.

an tâm hơn trong việc khám bệnh, chữa bệnh và như vậy có thể giúp ứng phó hiệu quả hơn trước tác động của dịch COVID-19.

Thực ra, quyền tôn trọng đời tư còn được ghi nhận trong quy định khác của Dự thảo và khoản 2 Điều 3 của Dự thảo về Nguyên tắc trong hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khẳng định “Tôn trọng quyền của người bệnh; giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án”. Quy định này chưa cập nhận việc tôn trọng “*các thông tin khác về đời tư*” chưa có sự thống nhất giữa khoản 2 Điều 3 của Dự thảo và khoản 1 Điều 8 của cùng Dự thảo và chúng ta nên bổ sung nội dung vừa nêu vào khoản 2 Điều 3 Dự thảo.

4. Góp ý Dự thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh⁷⁵

Luật khám bệnh, chữa bệnh đã được Quốc hội thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009 và có hiệu lực từ 1 tháng 1 năm 2011. Luật khám bệnh, chữa bệnh mang tính đột phá trong công tác quản lý hành nghề y trong lĩnh vực khám chữa bệnh; đưa ra một khung pháp lý mới trong việc chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân thông qua việc quản lý hành nghề và bảo đảm tôn trọng quyền của người bệnh.

Kết quả đánh giá 10 năm thực hiện Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 cho thấy phạm vi điều chỉnh của Luật năm 2009 vẫn phù hợp nhưng một số nội dung không còn phù hợp với thực tiễn hoặc cần ban hành mới quy định để điều chỉnh các quan hệ xã hội mới phát sinh trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm thể chế hóa quan điểm

⁷⁵ TS.Lê Trường Sơn- Phó Hiệu trưởng trường Đại học Luật TP.HCM, Luật gia Nguyễn Văn Huệ- Trưởng Ban Nghiên cứu xây dựng và phổ biến pháp luật - Hội Luật gia Việt Nam, Luật sư Nguyễn Văn Hậu- Phó Chủ nhiệm Đoàn Luật sư TP.HCM, Luật gia Nguyễn Thị Hồng Thắng- giảng viên Luật, Đại học Y Hà Nội

của Đảng đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân cũng như bảo đảm hội nhập quốc tế. Cụ thể như: Quy định về phạm vi đối tượng chưa hợp lý dẫn đến còn nhiều đối tượng hành nghề (cán bộ khối dự phòng, y tế cơ sở) chưa được theo dõi, quản lý. Quy định bắt buộc người đăng ký hành nghề trải qua thời gian thực hành lâm sàng nhất định tại các cơ sở y tế nhưng không quy định cụ thể về nội dung, yêu cầu năng lực đầu ra và cơ chế theo dõi, đánh giá năng lực chuyên môn và kỹ năng thực hành. Quy định của cấp chứng chỉ hành nghề chỉ 1 lần dựa trên hồ sơ gây khó khăn cho việc đánh giá năng lực khi cấp mới và theo dõi thường xuyên năng lực làm căn cứ cấp lại hoặc thu hồi chứng chỉ hành nghề; Cơ quan quản lý khó có thể theo dõi, giám sát và thu hồi giấy phép của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do quy định cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện hoạt động 1 lần. Các cơ sở công lập sẽ khó thực hiện quy định về điều kiện cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện hoạt động vì đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và tuyển dụng phụ thuộc vào nguồn đầu tư nhà nước; những quy định về triển khai hoạt động khám chữa bệnh, áp dụng kỹ thuật mới, sai sót chuyên môn..... cũng còn những điểm chưa phù hợp, khó thực hiện; một số quy định chung về cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hành nghề không phù hợp với thông lệ quốc tế gây khó khăn cho việc hội nhập với các nước về khám bệnh, chữa bệnh: Trong bối cảnh hội nhập quốc tế đa phương hóa, đa dạng hóa các mối quan hệ quốc tế của Việt Nam hiện nay với việc tham gia vào cộng đồng chung ASEAN, Diễn đàn Hợp tác Châu Á Thái Bình Dương (APEC)... một số quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh còn chưa phù hợp như: hiện

nay ngoài Việt Nam không có một quốc gia nào cấp chứng chỉ hành nghề một lần, vấn đề cập nhật kiến thức y khoa liên tục là một nội dung hết sức quan trọng để duy trì và phát triển năng lực của người hành nghề, tuy nhiên các cơ chế để kiểm soát việc cập nhật kiến thức y khoa liên tục chưa được quy định cụ thể trong Luật, gây khó khăn cho cơ quan quản lý nhà nước trong việc giám sát quá trình cập nhật kiến thức y khoa liên tục của người hành nghề,...

Trước thực trạng trên, Dự thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh (gọi tắt là dự thảo Luật) được xây dựng nhằm tăng cường công tác quản lý người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhằm bảo đảm cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng cao cho cộng đồng, thể chế hóa các đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước ta trong việc hội nhập quốc tế về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh và tăng cường chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Việc xây dựng dự thảo Luật cũng nhằm đáp ứng các mục tiêu cụ thể như: tăng cường quản lý người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm người hành nghề thường xuyên nâng cao trình độ chuyên môn và hành nghề đúng với phạm vi hoạt động chuyên môn cho phép; tăng cường quản lý hoạt động của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng được các điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự theo quy định; tiếp tục đẩy mạnh việc thực hiện tiêu chí chất lượng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng cao cho cộng đồng; khắc phục những hạn chế, bất cập và những khoảng trống của pháp luật về quản lý nhà nước đối với hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, phù hợp với xu

hướng pháp luật quốc tế trong xu thế hội nhập sâu rộng với nền kinh tế toàn cầu.

Sau đây là một số ý kiến góp ý với dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh:

1/ Tại Điểm d Khoản 18 Điều 2. Thân nhân của người bệnh bao gồm: “Người đến thăm người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”. Nên bỏ quy định này. Vì có những người đến thăm người bệnh nhưng người bệnh chưa chắc đã biết, sao có thể là thân được. VD: Bạn bè, đồng nghiệp của bố mẹ, của anh chị em. Người bệnh không thể biết hết được ai sẽ đến thăm mình. Hoặc có người đến thăm không phải để thăm mà vì mục đích khác. Người bệnh không thể “kiểm soát” được họ.

2/ Nghị quyết số 20-NQ/TW, ngày 25-10-2017, Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới nêu các quan điểm: “Y tế dự phòng là then chốt”. Vì vậy, trong Điều 4. Chính sách của Nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh cần bổ sung thêm tại khoản 2 về: Tăng cường phát triển nguồn nhân lực y tế, đặc biệt nguồn nhân lực y tế dự phòng, bác sĩ tâm lý (hoặc cử nhân tâm lý).

- Hiện nay, sinh viên hệ Cử nhân y tế công cộng làm việc trong các cơ sở y tế chưa có chức danh nghề nghiệp. Các em khi làm việc ở các cơ sở y tế như Bệnh viện thường làm tại các phòng ban như phòng Kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng Chỉ đạo tuyến, phòng Kế hoạch,

phòng Công tác xã hội... Với tư cách là nhân viên trong bệnh viện nhưng không hoạt động với tư cách chức danh nghề nghiệp mình được đào tạo. Vì vậy, khó để các em yêu ngành nghề của mình, khó phát triển và chuyên sâu về chuyên môn.

- Bác sĩ Y học dự phòng vai trò ngày càng mờ nhạt trong phòng, khám, chữa bệnh. Nếu bác sĩ hệ này không được phát huy tốt vai trò trong các cơ sở y tế thì các nhân lực này sẽ chuyển sang làm công việc khác hoặc có làm việc chuyên môn nhưng rất khó để các em chuyên tâm phát triển chuyên ngành mình được đào tạo.

Các cơ sở y tế như bệnh viện cũng thực hiện nhiệm vụ phòng bệnh. Đây là nhiệm vụ hết sức quan trọng để kiểm soát bệnh tật, bệnh dịch. Đội ngũ nhân viên y tế về y học dự phòng, y tế công cộng được quan tâm phát triển chuyên môn tại các cơ sở y tế sẽ góp phần rất lớn trong phòng bệnh, khám chữa bệnh.

- Nhân viên y tế cần bao gồm cả đội ngũ bác sĩ tâm lý hay cử nhân tâm lý học. Theo định nghĩa về sức khỏe của Tổ chức Y tế Thế giới: “Sức khỏe là một trạng thái khỏe mạnh toàn diện về thể chất, tâm thần và xã hội, và không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay ốm yếu”. Người bệnh không chỉ mắc bệnh hay có nguy cơ mắc bệnh về thể xác. Khi thể xác bệnh tật thì khó có tinh thần khỏe mạnh trong cơ thể ốm yếu. Nên nhu cầu cần bác sĩ tâm lý (hoặc cử nhân tâm lý) cùng song hành điều trị cho bệnh nhân là hết sức cần thiết.

Một số thông tin thực tế về nhu cầu được chăm sóc tâm lý của người bệnh như theo Báo cáo tình hình trẻ em thế giới năm 2021 của UNICEF đã khẳng định, đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng lớn đến

sức khỏe tâm thần trẻ em. Theo ước tính mới nhất của UNICEF, cứ 7 trẻ vị thành niên từ 10-19 tuổi trên toàn cầu thì có 1 em được chẩn đoán mắc rối loạn tâm thần.

- Các nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam trong bối cảnh đại dịch COVID-19 chưa nhiều. Một bài viết của nhóm nghiên cứu trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN được thực hiện trong bối cảnh xã hội Việt Nam đang chịu nhiều tác động lớn của làn sóng thứ tư trong đại dịch COVID-19, có mục tiêu xem xét thực trạng ban đầu của một số rối loạn tâm thần gặp phải ở người bệnh mắc SARS-CoV 2 được điều trị tại Bệnh viện dã chiến tỉnh Đồng Tháp và một số yếu tố liên quan. Trên cơ sở đó, cung cấp các dữ liệu khoa học cho các nhân viên y tế trong điều trị cho người bệnh nhiễm vi-rút; đồng thời giúp mang tâm lý lâm sàng đến gần hơn với người bệnh và hỗ trợ người bệnh ứng phó tốt hơn với các hệ quả do đại dịch COVID-19 gây ra (Nguyễn Viết Chung và cộng sự, 2021).

Tương tự, các báo cáo nhanh của Tổ chức Y tế Thế giới cho thấy đã có các hệ quả trực tiếp và gián tiếp của COVID-19 lên tình trạng sức khỏe tâm thần, dẫn đến việc làm gia tăng những vấn đề thần kinh và tâm thần, như các cơn sáng/các bệnh lý não, tình trạng căng thẳng, đột quỵ, mất ngủ, mất vị giác, khứu giác, lo âu, trầm cảm và hội chứng Guillain-Barré (WHO, 2020). Roger và cộng sự (2020) nhận thấy, trong giai đoạn cấp của bệnh, người mắc SARS-CoV 2 thường gặp các rối loạn tâm thần sau: trạng thái sáng 27,9%; khí sắc trầm 32,6%; lo âu 35,7%; trí nhớ giảm 34,2%; mất ngủ 41,9%. Theo dõi những khách thể này sau hai tháng khỏi bệnh, các tác giả ghi nhận

tỷ lệ mắc trầm cảm là 14,9%; mất ngủ 12,2%; lo âu 14,8%; cảm xúc cáu kỉnh giận dữ 12,8%; suy giảm trí nhớ 18,9%, mệt mỏi mạn tính 19,3%; đặc biệt rối loạn stress sau sang chấn lên tới 32,2%.

Hiện nay, các cử nhân tâm lý nếu làm việc trong các cơ ở y tế vẫn chưa có chức danh nghề nghiệp cho họ. Họ vẫn làm việc (nếu có) với tư cách là nhân viên các phòng ban như phòng công tác xã hội, phòng kế hoạch... Hệ thống y tế Việt Nam chưa có nhân lực là bác sĩ tâm lý trong quá trình điều trị bệnh nhân. Trong khi, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tinh thần, tâm thần khi bị bệnh là hết sức cần thiết và chính đáng của người bệnh.

3/ Bỏ khoản 12. Điều 6. Các hành vi bị cấm

Từ chối quyết định điều động tham gia phòng, chống dịch, phòng chống thiên tai, thảm họa của cơ quan có thẩm quyền.

Nội dung này đã được quy định trong Bộ Luật Lao động, Luật Cán bộ, công chức, Luật Viên chức... và các điều khoản khác của Luật Khám bệnh, chữa bệnh như Điều 39. *Nghĩa vụ đối với xã hội* của dự thảo luật.

4/ Tại Điều 7. Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế

Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp khám bệnh, chữa bệnh, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa biến chứng phù hợp với bệnh và tình trạng của người bệnh.

Cần quy định cụ thể chủ thể thực hiện tốt nghĩa vụ này để

người bệnh được thụ hưởng quyền trên được tốt hơn. Vì khi người bệnh hiểu rõ về tình trạng sức khỏe của mình, được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa biến chứng... thì người bệnh sẽ tin tưởng, quyết tâm hơn cũng như tuân thủ hơn các bước điều trị của cơ sở y tế. Đồng thời, nâng cao trách nhiệm của chủ thể tham gia khám bệnh, chữa bệnh.

5/ Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư

Điều 8 Dự thảo Luật quy định người bệnh được quyền giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe ghi trong hồ sơ bệnh án và các thông tin khác về đời tư mà người bệnh đã cung cấp cho người hành nghề trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh; Các thông tin này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chuẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị hoặc nhóm hội chuẩn cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định là phù hợp với pháp luật hiện hành.

Theo quy định tại Điều 21 Hiến pháp năm 2013: *"Mọi người có quyền bất khả xâm phạm về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân và bí mật gia đình; có quyền bảo vệ danh dự, uy tín của mình. Thông tin về đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bí mật gia đình được pháp luật bảo đảm an toàn. Mọi người cũng có quyền bí mật thư tín, điện thoại, điện tín và các hình thức trao đổi thông tin riêng tư khác. Không ai được bóc mở, kiểm soát, thu giữ trái luật thư tín, điện thoại, điện tín và các hình thức trao đổi thông tin riêng tư của người khác"*.

Quy định này được cụ thể hóa trong nhiều văn bản pháp luật chuyên ngành. Cụ thể:

Điều 38 Bộ luật Dân sự năm 2015 quy định:

“1. Đời sống riêng tư, bí mật cá nhân, bí mật gia đình là bất khả xâm phạm và được pháp luật bảo vệ.

2. Việc thu thập, lưu giữ, sử dụng, công khai thông tin liên quan đến đời sống riêng tư, bí mật cá nhân phải được người đó đồng ý, việc thu thập, lưu giữ, sử dụng, công khai thông tin liên quan đến bí mật gia đình phải được các thành viên gia đình đồng ý, trừ trường hợp luật có quy định khác...”

Khoản 2 Điều 46 Luật Giao dịch điện tử năm 2005 quy định:

“Cơ quan, tổ chức, cá nhân không được sử dụng, cung cấp hoặc tiết lộ thông tin về bí mật đời tư hoặc thông tin của cơ quan, tổ chức, cá nhân khác mà mình tiếp cận hoặc kiểm soát được trong giao dịch điện tử nếu không được sự đồng ý của họ, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác”.

Do đó, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không được quyền cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh, chữa bệnh của bệnh nhân cho bất kỳ bên thứ ba nào nếu bệnh nhân không đồng ý, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

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

Điều 11 của Dự thảo Luật quy định về quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Các

thông tin về tình trạng sức khỏe của người bệnh thuộc về quyền riêng tư của bệnh nhân và bệnh nhân có quyền được biết về tình trạng sức khỏe của mình một cách đầy đủ nhất. Điều này sẽ có một số tác dụng tích cực như sau:

- Thứ nhất, bệnh nhân có đủ thông tin cần thiết để ra quyết định lựa chọn phương án điều trị tốt nhất cho mình. Việc ra quyết định khi không được cung cấp đầy đủ thông tin sẽ không phù hợp với quyền tự do của người dân.

- Thứ hai, khi có đủ thông tin, bệnh nhân có thể tự mình hoặc với sự trợ giúp của người khác có chuyên môn giám sát tốt hơn việc cung cấp chất lượng dịch vụ của cơ sở khám chữa bệnh. Điều này sẽ có tác động gián tiếp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

- Thứ ba, việc cung cấp đầy đủ bệnh án sẽ giúp bệnh nhân dễ dàng hơn trong việc chuyển cơ sở điều trị, từ đó tăng tính cạnh tranh giữa các cơ sở khám chữa bệnh sao cho phải phục vụ tốt nhất cho bệnh nhân, cũng là khách hàng của mình.

Một số ý kiến có thể lo ngại về việc cơ sở y tế phải lưu trữ bản gốc bệnh án để làm chứng cứ khi có tranh chấp hoặc có yêu cầu của cơ quan nhà nước. Do đó, việc cung cấp thông tin ở đây chỉ nên dừng lại ở việc sao chụp toàn bộ hồ sơ bệnh án, còn việc cung cấp bản gốc thì sẽ do người bệnh và cơ sở khám chữa bệnh thỏa thuận. Đối với những nội dung thuộc về tài sản trí tuệ chưa công bố của cơ sở khám chữa bệnh hoặc của bên khác thì các cơ sở khám chữa bệnh có quyền che, làm mờ thông tin đó trước khi cung cấp bệnh án. Cũng cần lưu ý

rằng việc cơ sở khám chữa bệnh phải cung cấp toàn bộ bệnh án cho người bệnh không ảnh hưởng đến nghĩa vụ của cơ sở khám chữa bệnh phải giữ bí mật thông tin sức khỏe người bệnh đối với bên thứ ba, trừ trường hợp người bệnh đã từ chối quyền này.

Khi áp dụng bệnh án điện tử, việc bảo vệ quyền riêng tư của bệnh nhân và cơ chế chia sẻ thông tin bệnh án sẽ cần được nghiên cứu kỹ hơn. Tuy nhiên, Luật Khám chữa bệnh có thể chuẩn bị trước một số quy định mang tính nguyên tắc về vấn đề này. Ví dụ, (1) người bệnh có quyền tiếp cận toàn bộ thông tin trên bệnh án điện tử của mình; (2) các cơ sở khám chữa bệnh khác chỉ có quyền tiếp cận bệnh án điện tử của bệnh nhân khi có sự đồng ý của bệnh nhân; (3) đơn vị cung cấp dịch vụ bệnh án điện tử, cơ sở khám chữa bệnh có nghĩa vụ giữ bí mật thông tin sức khỏe của người bệnh; (4) cơ quan có thẩm quyền (như Công an, Tòa án,...) được quyền tiếp cận để làm chứng cứ phục vụ công tác điều tra, giải quyết tranh chấp,...

7/ Hội đồng y khoa quốc gia

Dự thảo đưa ra quy định mới về việc tổ chức Hội đồng y khoa quốc gia. Tuy nhiên, các quy định hiện nay về việc thành lập, tổ chức và hoạt động của Hội đồng y khoa quốc gia vẫn chỉ mang tính là cơ quan giúp việc cho Bộ trưởng Bộ Y tế. Nếu duy trì địa vị pháp lý này thì việc quy định Hội đồng y khoa quốc gia trong Luật Khám chữa bệnh là không cần thiết, mà có thể đưa vào Nghị định của Chính phủ về tổ chức và hoạt động của Bộ Y tế.

Qua nghiên cứu kinh nghiệm của một số quốc gia cho thấy nhiều nước tổ chức Hội đồng y khoa quốc gia có mức độ độc lập

tương đối với Bộ Y tế. Theo đó, Bộ Y tế tập trung vào việc quản trị bệnh viện, cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, còn Hội đồng Y khoa tập trung vào việc kiểm soát chất lượng chuyên môn của dịch vụ khám chữa bệnh. Điều này tương tự như mô hình tổ chức bệnh viện gồm một giám đốc điều hành tập trung vào việc quản trị và một giám đốc (hoặc một hội đồng) quản lý về mặt chuyên môn.

Do đó, cần cân nhắc giữa hai phương án:

- Nếu vẫn giữ địa vị pháp lý của Hội đồng y khoa quốc gia là đơn vị giúp việc cho Bộ trưởng Bộ Y tế thì không cần thiết đưa vào Luật này mà sẽ uỷ quyền cho Chính phủ quyết định trong Nghị định về tổ chức và hoạt động của Bộ Y tế.

- Nếu thành lập Hội đồng Y khoa quốc gia thì cần quy định để cơ quan này độc lập tương đối với Bộ Y tế và hoạt động thuần túy về chuyên môn.

Tuy nhiên, cần xem xét vai trò của **Hội đồng y khoa là cơ quan, đơn vị tham vấn duy nhất, độc lập với Bộ Y tế** về kiểm soát chất lượng chuyên môn, từ đó đề nghị cơ quan soạn thảo cân nhắc các quy định về thành lập Hội đồng Y khoa trong Luật khám bệnh, chữa bệnh.

8/ Kỳ thi quốc gia đánh giá năng lực hành nghề khám chữa bệnh

Trước đó, Dự thảo đưa ra hai phương án về tổ chức kỳ thi quốc gia đánh giá năng lực hành nghề khám chữa bệnh. Phương án 1 do

Hội đồng y khoa quốc gia tổ chức, Phương án 2 do các cơ sở đào tạo, cơ sở khám chữa bệnh được Bộ Y tế chỉ định.

Theo Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi), tại Điều 29 đã quy định Hội đồng y khoa quốc gia tổ chức thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh. Theo đó, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quy chế tổ chức kỳ thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh. Với quy định để Hội đồng y khoa quốc gia tổ chức kỳ thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh thay vì quy định các cơ sở đào tạo, cơ sở khám chữa bệnh được Bộ Y tế chỉ định sẽ giúp tiết giảm chi phí nhưng lại giảm tính cạnh tranh giữa các đơn vị hoạt động. Có thể thấy, các quy định tổ chức thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh của Hội đồng y khoa quốc gia vẫn chỉ mang tính chất là cơ quan giúp việc và chịu sự giám sát của Bộ trưởng Bộ Y tế.

9/ Điều 13 dự thảo Luật quy định Quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự, người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc người chưa thành niên như sau:

“Trưởng hợp người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự, người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc người chưa thành niên:

1. Người đại diện của người bệnh là người quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh đó và chịu trách nhiệm trước pháp luật về quyết định của mình.

2. Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh”.

Dự thảo đã quy định trách nhiệm pháp luật về quyết định của mình đối với người đại diện của bệnh nhân là người bị mất năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự, người có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc người chưa thành niên, bao gồm cả trường hợp người đại diện của bệnh nhân đưa ra quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp. Đây là quy định phù hợp, đảm bảo tối đa quyền và lợi ích hợp pháp của bệnh nhân cũng như phát huy được tối đa trách nhiệm, nghĩa vụ của người đại diện.

Tuy nhiên, cần xem xét quy định tại Khoản 2 Điều 13 dự thảo: *“Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh”.* Cần bổ sung quy định trong trường hợp không có mặt người đại diện của người bệnh sau khi cơ sở khám chữa bệnh đã thực hiện mọi cách để liên lạc khẩn cấp với người đại diện của người bệnh nhưng không được thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng

quyết định việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh. Ngoài ra, cần quy định rõ trách nhiệm của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh khi không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp dẫn đến bệnh nhân tai biến, chết, trừ trường hợp được quy định tại Điều 34 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi).

10/ Cần bổ sung các chức danh nghề thêm vào Điều 18. Chức danh nghề nghiệp phải có giấy phép hành nghề:

- *Nhân viên Y tế công cộng*
- *Nhân viên Dinh dưỡng*
- *Nhân viên (Bác sĩ) Tâm lý*
- *Cấp cứu viên ngoại viện*

Một trong những nhiệm vụ của bệnh viện và các cơ sở y tế khác là thực hiện phòng bệnh. Cụ thể như Phòng chống dịch bệnh. Việc quy định chức danh nghề nghiệp của Nhân viên Y tế công cộng, cùng với Bác sĩ Y học dự phòng trong bệnh viện nói riêng, cơ sở y tế nói chung sẽ đảm bảo nhiệm vụ tốt hơn về phòng bệnh, nhất là với bệnh dịch so với các nhân viên y tế không được đào tạo chuyên ngành về Y học dự phòng và Y tế công cộng. Tại khoản 2 Điều 2 cũng quy định: Chữa bệnh *bao gồm cả điều trị dự phòng*.

Dinh dưỡng đóng vai trò rất quan trọng đối với tình trạng sức khỏe, khả năng phục hồi của người bệnh. Việc nhà nước quy định

chức danh nhân viên Dinh dưỡng sẽ góp phần tích cực điều trị bệnh nhân. Điều này góp phần thực hiện tốt Khoản 1, 2 Điều 2, Điều 73. *Dinh dưỡng lâm sàng* trong dự thảo luật.

Nhân viên Tâm lý (Bác sĩ Tâm lý) cần được cấp chức danh nghề nghiệp đã được trình bày phần trên.

Cấp cứu viên ngoại viện: Đây là đội ngũ nhân viên y tế vì họ cũng thực hiện các công việc khám bệnh, chữa bệnh (sơ cứu, cấp cứu) ban đầu để kịp thời duy trì sức khỏe của bệnh nhân cho đến khi đến được các cơ sở y tế như bệnh viện. (Theo Khoản 1, 2 Điều 2 của dự thảo). Dự thảo Luật và Nghị định hướng dẫn cũng cần quy định các Trung tâm cấp cứu ngoại viện như Trung tâm cấp cứu 115 là một loại hình cơ sở y tế vì họ cũng tham gia vào các khâu rất quan trọng trong sơ cứu, cấp cứu người bệnh.

11/ Điều kiện cấp Giấy phép hành nghề và thành phần hồ sơ

Điều 19 của Dự thảo quy định một trong các điều kiện để được cấp Giấy phép hành nghề là phải “*có đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh*” nhưng không quy định cụ thể tiêu chuẩn về vấn đề này. Theo đó, Chính phủ sẽ quy định cụ thể về điều kiện, hồ sơ, thủ tục cấp mới, điều chỉnh, gia hạn, cấp lại giấy phép. Tuy nhiên, cần làm rõ tiêu chuẩn thế nào là “*có đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh*” và có buộc phải có “*Giấy chứng nhận đủ sức khỏe để hành nghề do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện cấp*” hay không. Bởi:

Theo phản ánh từ thực tiễn, trường hợp Chính phủ quy định điều kiện “*có đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh*” là phải có Giấy chứng nhận đủ sức khỏe để hành nghề do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện cấp thì việc xin các giấy phép này rất mất thời gian, tốn kém chi phí xã hội, trong khi hiệu quả thu được rất thấp vì tỷ lệ các trường hợp không đáp ứng các điều kiện này rất nhỏ. Hơn nữa thủ tục này không thể thực hiện trực tuyến. Do đó nên quy định theo hướng người xin cấp giấy phép hành nghề tự khai, tự chịu trách nhiệm trong đơn đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề. Ví dụ, trong mẫu đơn có ô đánh dấu có/không về một số yêu cầu sức khỏe và lịch sử tư pháp. Đi kèm với cơ chế tự khai, tự chịu trách nhiệm thì sẽ là chế tài rất nặng đối với hành vi gian dối khi khai hồ sơ như tước chứng chỉ hành nghề từ vài năm đến vĩnh viễn.

12/ Thời hạn và gia hạn giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Điều 25 của Dự thảo Luật quy định Giấy phép hành nghề có thời hạn 5 năm, kể từ ngày cấp đối với các chức danh bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y và cấp cứu viên ngoại viện. Điều 19.4 Dự thảo Luật quy định điều kiện đề nghị gia hạn Giấy phép hành nghề là “*đã hoàn thành việc cập nhật kiến thức y khoa theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế*”.

Có thể thấy, việc duy trì điều kiện hành nghề không nên dựa vào việc cập nhật kiến thức y khoa liên tục mà nên dựa trên thực tiễn hành nghề. Do đó, nên quy định theo hướng điều kiện để được gia hạn chứng chỉ hành nghề là việc hành nghề thường xuyên không có sai sót

về chuyên môn y tế đến mức phải đình chỉ, người hành nghề cập nhật kiến thức y khoa liên tục và không bị xử phạt vi phạm hành chính hay vi phạm quy định Luật khám bệnh, chữa bệnh. Về mặt hồ sơ, chỉ cần người xin gia hạn chứng chỉ có xác nhận của cơ sở khám chữa bệnh về thời gian và nội dung công việc. Ngoài ra, đây là thủ tục cần làm thường xuyên, vì vậy đề nghị cơ quan soạn thảo nghiên cứu cho phép thực hiện hoàn toàn theo thủ tục hành chính trực tuyến cấp độ 4.

Đồng thời, tại điểm b Khoản 4 Điều 19 Dự thảo Luật có quy định một trong các điều kiện về gia hạn Giấy phép hành nghề là “*Đã được công nhận đạt kết quả*” nhưng không quy định rõ việc đã được công nhận đạt kết quả này liên quan đến vấn đề gì và có bắt buộc bằng văn bản hay không. Cần quy định rõ ràng để việc áp dụng trên thực tế thống nhất hơn trên thực tiễn.

13/ Thẩm quyền đình chỉ hành nghề, thu hồi giấy phép hành nghề

Khoản 2 Điều 24 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) quy định:

“2. Thẩm quyền đình chỉ hành nghề, thu hồi giấy phép hành nghề:

a) Bộ trưởng Bộ Y tế đình chỉ hành nghề, thu hồi giấy phép hành nghề đối với người hành nghề trên phạm vi toàn quốc;

b) Bộ trưởng Bộ Quốc phòng đình chỉ hành nghề, thu hồi giấy phép hành nghề đối với các đối tượng người hành nghề thuộc thẩm quyền quản lý;

c) Giám đốc Sở Y tế đình chỉ hành nghề đối với người hành nghề trên địa bàn quản lý, thu hồi giấy phép hành nghề đối với trường hợp quy định tại các điểm e và g khoản 1 Điều 18 Luật này thuộc thẩm quyền quản lý.”

Có thể thấy, quy định tại điểm b và c là thuộc trường hợp ngoại lệ của điểm a Khoản 2 Điều 24. Do đó, cần xem xét, sửa đổi điểm a thành “*Bộ trưởng Bộ Y tế đình chỉ hành nghề, thu hồi giấy phép hành nghề đối với người hành nghề trên phạm vi toàn quốc, trừ trường hợp được quy định tại điểm a và b khoản này*”.

14/ Cần cân nhắc trong sử dụng thuật ngữ Thân nhân được quy định tại Khoản 4 Điều 32. Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh.
Vì phạm vi về chủ thể trong thuật ngữ này không tương đồng với quy định trong Bộ luật Dân sự, Luật Hôn nhân và Gia đình (người thân thích, thành viên gia đình). Bản thân người bệnh cũng không có khả năng “kiểm soát” được những người được đề cập trong dự thảo là *Thân nhân*, nhưng hành vi của họ lại có thể ảnh hưởng đến quyền khám, chữa bệnh của người bệnh.

15/ Cần cân nhắc nội dung khoản 4 Điều 32. Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh, Điểm b, c Khoản 2 Điều 50. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Người bệnh, thân nhân của người bệnh không tuân thủ chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của người hành nghề sau khi đã được người hành nghề tư vấn.

Người bệnh từ chối điều trị thì thể hiện quyết định của mình

bằng văn bản. Vậy quy định tại khoản 4 Điều 32 có mâu thuẫn với quy định này không? Có làm ảnh hưởng đến quyền được khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh không? Thiết nghĩ, người bệnh đang bị ốm yếu về thể xác, tinh thần, có người bệnh còn cần đến người thân (người đại diện, thành viên trong gia đình) chăm sóc do không tự chăm sóc được bản thân nhưng lại phải chịu ảnh hưởng xấu (từ chối khám bệnh, chữa bệnh) của người hành nghề thì không thỏa đáng. Nên có quy định riêng đối với nhóm người là người đại diện, người thân thích... của người bệnh. Để ai thực hiện hành vi thì chịu trách nhiệm đối với hành vi của mình, không làm ảnh hưởng đến quyền lợi chính đáng được khám, chữa bệnh của bệnh nhân.

16/ Quy định về đóng phí duy trì Giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Tại điểm 4.5 khoản 4 mục VIII Phụ lục 01 ban hành kèm theo Luật phí, lệ phí năm 2015 đã quy định về phí thẩm định điều kiện hành nghề khám bệnh chữa bệnh nhưng chưa có quy định về phí duy trì giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh. Hơn nữa, Luật phí, lệ phí 2015 không giới hạn việc quy định về phí tại các luật khác mà chỉ quy định trường hợp luật khác có quy định về phí, lệ phí thì các nội dung về chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí, lệ phí thực hiện theo quy định của Luật phí, lệ phí. Đồng thời, trên cơ sở tham khảo pháp Luật các nước và để có kinh phí cho hoạt động của hệ thống quản lý thông tin, Khoản 8 Điều 37 Dự thảo Luật đã đưa quy định người hành nghề có nghĩa vụ “*Đóng phí duy trì giấy phép hành nghề theo quy định của pháp luật về phí và lệ phí*” là cần thiết và phù hợp.

17/ Nghĩa vụ của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Khoản 3 Điều 39 Dự thảo Luật quy định người hành nghề có nghĩa vụ “*Chấp hành quyết định điều động của cơ quan quản lý trực tiếp theo quy định tại Khoản 2 Điều 4 Luật này*” là chưa chính xác vì nội dung dẫn chiếu tại Khoản 2 Điều 4 Dự thảo Luật quy định liên quan đến ngân sách mà không phải là nội dung của chính sách thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn được quy định tại Khoản 3 Điều 4 Dự thảo Luật. Do đó, cần sửa đổi quy định trên thành “*Chấp hành quyết định điều động của cơ quan quản lý trực tiếp theo quy định tại Khoản 3 Điều 4 Luật này*”.

18/ Thẩm quyền cấp, đình chỉ, thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám chữa bệnh

Điều 44 quy định thẩm quyền cấp, đình chỉ, thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám chữa bệnh hiện gồm: Bộ Trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an nhưng không quy định, hướng dẫn cơ sở khám, chữa bệnh nào thuộc Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng hay Bộ Công an.

19/ Cơ quan tổ chức thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Dự thảo Luật quy định theo hướng giao cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể về thi đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh để tạo tiền đề cho việc thể chế hóa quan điểm của Đảng tại Nghị quyết số 20-NQ/TW là “*Thành lập Hội đồng y khoa quốc gia, tổ chức thi, cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn phù hợp với thông lệ quốc*

tế. Thí điểm giao cho cơ quan độc lập tổ chức cấp chứng chỉ hành nghề”.

Cần phân biệt Chứng chỉ hành nghề và Giấy phép hành nghề là khác nhau. Tại điểm c khoản 3 Điều 30 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh có quy định Hội đồng y khoa quốc gia có nhiệm vụ cấp, gia hạn, cấp lại Chứng chỉ hành nghề. Điều này có nghĩa là Chứng chỉ hành nghề không có giá trị vĩnh viễn mà sẽ có thời hạn và được gia hạn như Giấy phép hành nghề. Tuy nhiên, Dự thảo Luật không quy định Chứng chỉ hành nghề được cấp trong trường hợp nào, có thời hạn bao lâu, điều kiện để người hành nghề được gia hạn Chứng chỉ hành nghề và việc gia hạn Chứng chỉ hành nghề có phải thực hiện trước khi thực hiện việc gia hạn Giấy phép hành nghề hay không. Do đó, cần xem xét và bổ sung quy định phù hợp.

20/ Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Khoản 6 Điều 50 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định: *“Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh nếu không có mặt người đại diện của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh”*. Trong khi đó, Khoản 2 Điều 13 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng có quyền quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh đối với 02 trường hợp: (i) không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc (ii) người đại diện của người bệnh có quyết

định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp. Do đó, để tạo nên sự thống nhất giữa Khoản 6 Điều 50 và Khoản 2 Điều 13, Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh cần bổ sung, quy định Khoản 6 Điều 50 Dự thảo như sau: *“Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh nếu không có mặt người đại diện của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh có quyết định trái với chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người trực lãnh đạo hoặc người trực lâm sàng quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh theo Khoản 2 Điều 13 Luật này”*.

21. Giải quyết đối với người bệnh không có người nhận

Khoản 6 Điều 64 có sự nhầm lẫn giữa các điều khoản dẫn chiếu trong quy định nên kiến nghị sửa lại như sau: *“Bộ trưởng Bộ tài chính quy định cụ thể việc thanh toán chi phí, chi phí đồng chi trả (nếu có) của đối tượng được quy định tại điểm a Khoản 5 Điều này và chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh không có thể bảo hiểm y tế và không có người nhận tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước”*.

22. Giải quyết đối với người bệnh tử vong

Điểm d Khoản 3 Điều 65 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) quy định đối với trường hợp người bệnh tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm: *“Thông báo cho thân nhân của người bệnh để tổ chức mai táng. Trường hợp người bệnh tử vong mà không có người nhận hoặc từ chối tiếp nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm”*. Tuy nhiên, cần bổ sung quy định trên thành: *“Thông báo cho thân nhân*

của người bệnh để tổ chức mai táng. Trường hợp người bệnh tử vong mà không có người nhận hoặc từ chối tiếp nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm theo Khoản 4 Điều này” hoặc chỉ rút ngắn thành *“Thông báo cho thân nhân của người bệnh để tổ chức mai táng”* bởi *“trường hợp người bệnh tử vong mà không có người nhận hoặc từ chối tiếp nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm”* đã được quy định tại Khoản 4 Điều 65 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi).

Đồng thời, cần sửa điểm a Khoản 4 Điều 65 Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) thành: *“Thực hiện các quy định tại điểm a, b, c và d Khoản 3 Điều này”* bởi trường hợp này người bệnh không có người nhận nên không thể thực hiện việc thông báo cho thân nhân người bệnh theo quy định tại điểm đ khoản 3 Điều 65 Dự thảo Luật.

23. Điều 4, Điều 68. Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh

Nghị quyết số 20-NQ/TW, ngày 25-10-2017, Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về *Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới* có đưa ra một trong những Nhiệm vụ và giải pháp là *Xây dựng và thực hiện chương trình phát triển y học cổ truyền, tăng cường kết hợp với y học hiện đại trong phòng bệnh, khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe*. Cần có quy định cụ thể hơn để thực hiện tốt chính sách của Nhà nước (Điều 4), nghị quyết của Đảng về phát huy thế mạnh của Y học cổ truyền trong các khâu chăm sóc sức khỏe nhân

dân, giảm các chi phí chăm sóc sức khỏe của người bệnh, nhất là trong phòng, chống dịch bệnh. Việc chăm sóc sức khỏe nhân dân tại các cơ sở y tế đang nặng về thể mạnh Tây Y. Việc khuyến khích kết hợp y học cổ truyền trong khám bệnh, chữa bệnh được đến đâu thì đến nên không thấy rõ được nỗ lực thực hiện chính sách, nghị quyết của Đảng và Nhà nước.

24. Trách nhiệm của người hành nghề, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi xảy ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh

Cần bổ sung Khoản 3 Điều 80 Dự thảo như sau: “*Trường hợp xảy ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản Điều 77 Luật này thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề không phải bồi thường thiệt hại và **chịu các trách nhiệm pháp lý khác theo quy định của pháp luật (nếu có)***”.

25. Xác định mức bồi thường thiệt hại do sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh

Điều 81 Dự thảo Luật quy định “*Việc xác định mức bồi thường thiệt hại trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 77 Luật này được thực hiện theo quy định của pháp luật*”. Quy định này vẫn còn mang tính chất chung chung, chưa rõ ràng về chủ thể phải bồi thường là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hay người hành nghề là phải có trách nhiệm bồi thường. Cần xem xét, điều chỉnh chủ thể nào sẽ chịu trách nhiệm bồi thường trong trường hợp này. Đồng thời, cần quy định việc xác định bồi thường thiệt hại theo hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp chủ thể có trách nhiệm bồi thường đã mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh, trường hợp chưa mua bảo hiểm hoặc

hợp đồng bảo hiểm không thỏa thuận xác định mức bồi thường thì việc xác định mức bồi thường thiệt hại sẽ được thực hiện theo quy định của pháp luật.

26. Bảo đảm an ninh trật tự cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và an toàn cho nhân viên y tế

Liên quan đến vấn đề này, Dự thảo luật có một số quy định chưa phù hợp, cụ thể:

Thứ nhất, điểm d Khoản 1 Điều 90 quy định cho phép lực lượng bảo vệ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép sử dụng công cụ hỗ trợ theo quy định của pháp luật về quản lý, sử dụng vũ khí, vật liệu nổ và công cụ hỗ trợ trong quá trình thực hiện nhiệm vụ và phải được đào tạo về kỹ năng nhận diện các nguy cơ có thể ảnh hưởng đến an ninh, trật tự và biện pháp xử lý tình huống. Đề nghị bỏ quy định này do không phù hợp với pháp luật hiện hành. Bởi lẽ: Mặc dù khoản 1 Điều 55 Luật quản lý, sử dụng vũ khí, vật liệu nổ và công cụ hỗ trợ năm 2017 cho phép lực lượng bảo vệ cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được trang bị vũ khí, vật liệu nổ và công cụ hỗ trợ nhưng theo quy định tại Khoản 1 Điều 3 Thông tư 17/2018/TT-BCA ngày 15/5/2018 của Bộ Công an quy định về trang bị vũ khí, vật liệu nổ quân dụng, công cụ hỗ trợ lại không cho phép lực lượng bảo vệ cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được trang bị vũ khí quân dụng, vũ khí thô sơ, công cụ hỗ trợ.

Thứ hai, để tăng cường tính răn đe đối với các hành vi xâm hại danh dự, nhân phẩm, sức khỏe và tính mạng của nhân viên y tế,

Khoản 2 Điều 90 Dự thảo Luật quy định: “Người có hành vi xâm phạm thân thể, sức khỏe, tính mạng hoặc xúc phạm danh dự, nhân phẩm của nhân viên y tế tùy theo tính chất mức độ vi phạm sẽ bị xử lý hành chính hoặc hình sự theo quy định của pháp luật và buộc phải xin lỗi công khai trên các phương tiện thông tin đại chúng hoặc tại nơi người đó cư trú hoặc tại nơi người đó làm việc hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người đó có hành vi xâm phạm tinh thần, sức khỏe, tính mạng của thầy thuốc, nhân viên y tế”. Quy định về chế tài như trên là chưa phù hợp, trong trường hợp này cần bổ sung chế tài buộc người vi phạm chấm dứt hành vi vi phạm; ngoài xử lý hành chính và hình sự, người vi phạm có thể phải bồi thường thiệt hại theo quy định của Bộ luật dân sự. Hơn nữa, việc quy định người có hành vi vi phạm phải xin lỗi công khai tại nơi người vi phạm cư trú hoặc làm việc là không cần thiết, thay vào đó, nên quy định người có hành vi xâm phạm phải xin lỗi công khai trên các phương tiện thông tin đại chúng hoặc nơi cư trú, nơi làm việc của thầy thuốc, nhân viên y tế bị xâm phạm hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi thực hiện hành vi xâm phạm.

27. Hệ thống tổ chức cơ sở khám chữa bệnh

Điều 83 của Dự thảo quy định về việc phân loại hệ thống các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thành 03 tuyến chuyên môn kỹ thuật gồm: tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu; tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cơ bản và tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu. Riêng hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thì không áp dụng việc chia tuyến. Có thể thấy, quy định như trên là

phù hợp, đảm bảo tính liên tục, toàn diện, lồng ghép giữa các tuyến thuộc Nhà nước. Đối với các cơ sở y tế ngoài công lập thì việc không chia tuyến như vậy sẽ thu hút đầu tư, kinh doanh, cung cấp dịch vụ của các bệnh viện tư.

28. Khám bệnh, chữa bệnh từ xa

Luật khám bệnh, chữa bệnh 2009 không quy định về nội dung khám, chữa bệnh từ xa, nhưng sự phát triển của công nghệ số đặc biệt là trước tình hình đại dịch covid-19 toàn cầu, có thể thấy qua thực tiễn phòng chống dịch, việc khám, chữa bệnh từ xa đã được phần lớn các cơ sở khám, chữa bệnh áp dụng thay vì hình thức khám, chữa bệnh tập trung. Bởi đây là một trong những nguyên tắc phòng, chống dịch hiệu quả nhằm hạn chế tập trung đông người, tránh nguy cơ lây nhiễm cao. Do đó, để tạo nên sự thống nhất, làm cơ sở ban hành cho các văn bản dưới luật và phù hợp với nhu cầu thực tiễn của xã hội và sự an toàn của người dân cần đưa khái niệm và quy định về “khám bệnh, chữa bệnh từ xa” vào Luật khám bệnh, chữa bệnh.

Có thể thấy, Dự thảo Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) đã bổ sung quy định về khám bệnh, chữa bệnh từ xa. Theo đó, khoản 19 Điều 2 Dự thảo quy định: “*Khám bệnh, chữa bệnh từ xa là việc người hành nghề sử dụng thiết bị và công nghệ thông tin để thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh*” và được cụ thể hóa tại Điều 54 Dự thảo về các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh và hỗ trợ chữa bệnh từ xa; việc chuẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp chữa bệnh và kê đơn thuốc khi thực hiện khám bệnh, chữa bệnh từ xa; trách nhiệm của người

hành nghề khi thực hiện khám bệnh, chữa bệnh từ xa và nghĩa vụ thanh toán chi phí của người bệnh.

Tuy nhiên, việc quy định trên vẫn chưa đầy đủ và mang tính nguyên tắc vì chưa có quy định về cách thức thực hiện, quyền và trách nhiệm của các chủ thể hay các quy định liên quan đến vấn đề quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử của người bệnh, cách thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ xa của người có bảo hiểm và không có bảo hiểm y tế. Do đó, Dự thảo Luật cần quy định Chính phủ và Bộ Y tế có trách nhiệm hướng dẫn kịp thời nhằm tạo nên hành lang pháp lý cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh từ xa này.

Đồng thời, tại điểm b Khoản 1 Điều 52 Dự thảo Luật quy định *“Cấp cứu ngoài cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”* nhưng tại Khoản 1 Điều 54 Dự thảo Luật quy định về các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh và hỗ trợ chữa bệnh từ xa lại không nhắc đến nội dung này. Vì vậy, cần bổ sung quy định cấp cứu ngoài cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc trường hợp khám bệnh, chữa bệnh, hỗ trợ chữa bệnh từ xa và việc cấp cứu từ xa phải tuân theo quy định tại Khoản 2 Điều 52 Dự thảo Luật.

29. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

Tại Khoản 3 Điều 87 Dự thảo Luật quy định: *“Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi, quyền lợi của người có thể bảo hiểm y tế và người không có thể bảo hiểm y tế (bao gồm cả giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi, quyền lợi của người có thể bảo hiểm y tế) và ban hành khung giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu”*. Việc này nên được thực hiện

theo nguyên tắc Nhà nước thống nhất quản lý về giá và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục hàng hóa, dịch vụ do Nhà nước định khung giá và mức giá theo quy định của Luật giá để có mức giá thống nhất, phù hợp, phải chăng cho người bệnh và giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc quy định chuyển cách tính giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở hạng bệnh viện sang tính giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở chất lượng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc đánh giá chất lượng bởi các tổ chức chứng nhận chất lượng sẽ là động lực thúc đẩy các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự cải tiến và nâng cao chất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng cũng sẽ gây ra nhiều tiêu cực nếu việc đánh giá chất lượng này không được thực hiện minh bạch, nghiêm túc và đặc biệt sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền tiếp cận dịch vụ y tế công bằng, có giá cả phải chăng của người dân và nhất là những người có hoàn cảnh khó khăn, những cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở vùng núi, vùng kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn,... Do đó, cần xem xét các quy định để đảm bảo cơ chế, vận hành việc đánh giá chất lượng của tổ chức chứng nhận chất lượng và các cơ quan có thẩm quyền được thực hiện một cách chặt chẽ và tiết kiệm.

30. Điều khoản chuyển tiếp đối với hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động đã nộp trước ngày 01/01/2023

Điều 94 Dự thảo Luật quy định: “*Thực hiện cấp Giấy phép hoạt động theo các hình thức tổ chức quy định tại Điều 38 Luật này và thủ tục quy định tại Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 và các văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thi hành Luật này*” là

chưa chính xác. Bởi, đối chiếu nội dung viện dẫn đến Điều 38 Dự thảo Luật này có quy định như sau:

“Điều 38. Nghĩa vụ đối với đồng nghiệp

1. Hợp tác và tôn trọng đồng nghiệp trong khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp.”

Do đó, cần xem xét, điều chỉnh nội dung viện dẫn lại cho chính xác.

Đồng thời, tại Điều 94 Dự thảo Luật cũng không có quy định hướng dẫn về việc hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước đã được phân chia thành 04 tuyến theo hành chính trước đó theo Luật khám bệnh, chữa bệnh 2009 thì đến ngày 01/01/2023 thời điểm Luật này có hiệu lực, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó sẽ phải thực hiện thủ tục chuyển tuyến như thế nào, cần bổ sung quy định hướng dẫn./.

Việc khám bệnh, chữa bệnh đã được ghi nhận trong nhiều văn bản trong đó có Hiến pháp năm 2013. Thực tế, quyền được khám bệnh, được chữa bệnh chỉ thực sự được ghi nhận một cách cụ thể trong Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 (đang trong quá trình sửa đổi).

Sau nhiều năm áp dụng, Luật năm 2009 đã có những tín hiệu tích cực nhưng cũng đã thể hiện một số bất cập, nhất là trong giai đoạn mà chúng ta phải ứng phó quyết liệt với tác động của với dịch COVID-19; Luật có những quy định chưa thích ứng với chống dịch

COVID-19 hay thiếu quy định để việc chống dịch COVID-19 và bảo đảm quyền được khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện một cách hiệu quả. Do đó, việc sửa đổi Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 để quyền được khám bệnh, được chữa bệnh và để việc ứng phó với dịch bệnh ngày càng hiệu quả là cần thiết. Hiện nay, chúng ta đã có Dự thảo sửa đổi Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 và Dự thảo đã có nhiều tiến bộ trong việc thực thi và bảo vệ quyền được khám bệnh, chữa bệnh của người dân, nhất là trong việc đối phó với tác động của dịch Covid 19 và nên sớm được thông qua.

Tuy nhiên, Dự thảo cũng còn một số nhược điểm, nhất là trong việc đối phó với dịch COVID-19 như đã phân tích trong phần nêu trên. Hy vọng rằng Dự thảo tiếp tục được hoàn thiện trước khi được Quốc hội chính thức thông qua để quyền được khám bệnh, được chữa bệnh ngày càng được củng cố và việc đối phó với tác động của dịch COVID-19 càng hiệu quả.

PHẦN IV

BỒI THƯỜNG THIẾT HẠI PHÁT SINH TRONG HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

PGS.TS. ĐỖ VĂN ĐẠI

Theo Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009, cá nhân có “Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế”. Cụ thể, cá nhân “Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh” và “Được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật” (khoản 1 và 2 Điều 7). Thực tế cho thấy, trong quá trình khám bệnh và chữa bệnh, cá nhân liên quan có thể có thiệt hại và tranh chấp về thiệt hại phát sinh trong các hoạt động này khá phổ biến như chúng ta thấy trong các vụ việc sau đây.

Trong vụ việc thứ nhất, Bệnh viện Sài Gòn II tiếp nhận bệnh nhân Vu (Thông) và mổ ngay trong ngày với chẩn đoán mắt phải đục thủy tinh thể, thị lực 1/10; cho rằng mình bị thiệt hại do phía Bệnh viện gây ra nên ông Vu đã khởi kiện yêu cầu bồi thường thiệt hại⁷⁶. Trong vụ việc thứ hai, bà Châu đến Bệnh Viện FV để thăm khám liên quan đến ngửa thai và có tổn hại về sức khỏe nên đã khởi kiện Bệnh Viện FV yêu cầu bồi thường thiệt hại⁷⁷. Trong các vụ việc này, người cho rằng bị thiệt hại chính là bệnh nhân, khách hàng của cơ sở y tế đã tiến hành khám bệnh, chữa bệnh. Trong các vụ việc khác như trình bày dưới đây, bệnh nhân chết và người yêu cầu bồi thường thiệt hại là người thân của bệnh nhân.

Trong vụ việc thứ ba, bà Sang bị đau bụng có đến Bệnh viện An Bình để khám, điều trị và được bác sĩ cấp toa thuốc điều trị tại nhà;

⁷⁶ Bản án số 03/2015/DS-PT ngày 07/01/2015 của Tòa phúc thẩm Tòa án nhân dân tối cao tại TP. Hồ Chí Minh.

⁷⁷ Bản án số 432/2021/DS-PT ngày 04/5/2021 của Tòa án nhân dân TP. Hồ Chí Minh.

sau đó, bà Sang chết và gia đình bà Sang khởi kiện Bệnh viện An Bình yêu cầu bồi thường thiệt hại⁷⁸. Trong vụ việc thứ tư, cháu Đạt nhập Bệnh viện Triều An để được mổ chỉnh sửa trục chân phải; sau đó cháu Đạt chết và gia đình cháu Đạt khởi kiện Bệnh viện để yêu cầu bồi thường thiệt hại⁷⁹. Trong vụ việc thứ năm, bà Cận té bị gãy xương đùi trái, được gia đình đưa đến Bệnh viện FV điều trị, sau đó bà Cận được chuyển đến Bệnh viện Chợ Rẫy điều trị tiếp nhưng bệnh tình vẫn xấu đi nên gia đình chuyển đến Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh; sau đó bà Cận chết ở Viện tim và gia đình bà Cận khởi kiện Bệnh viện FV yêu cầu bồi thường thiệt hại⁸⁰.

Thông qua nghiên cứu các vụ việc trên, chúng ta sẽ làm rõ bản chất quan hệ bồi thường thiệt hại, điều kiện làm phát sinh trách nhiệm bồi thường cũng như chủ thể chịu trách nhiệm bồi thường và mức bồi thường thiệt hại.

1. Bản chất pháp lý của trách nhiệm bồi thường thiệt hại

**** Kinh nghiệm nước ngoài***

Kinh nghiệm của Canada (Quêbec). Khi bàn về bản chất của quan hệ bồi thường thiệt hại, chúng ta thường tập trung vào xác định đó là quan hệ bồi thường thiệt hại trong hợp đồng (xuất phát từ vi phạm nghĩa vụ hợp đồng) hay đó là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng (thiệt hại không phát sinh từ vi phạm nghĩa vụ hợp đồng).

⁷⁸ Bản án số 1384/2011/DS-PT ngày 31/10/2011 của Tòa án nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh.

⁷⁹ Bản án số 77/2011/DSST ngày 31/8/2011 của Tòa án nhân dân Quận Bình Tân, Thành phố Hồ Chí Minh.

⁸⁰ Bản án số 332/2019/DS-ST ngày 11/11/2019 của Tòa án nhân dân Quận 7, Tp. Hồ Chí Minh.

Trước khi đi vào phân tích bản chất của trách nhiệm bồi thường trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam, xin điểm qua kinh nghiệm của nước ngoài về chủ đề này.

Một nghiên cứu ở Canada (Québec) cho thấy “bản chất hợp đồng hay ngoài hợp đồng của quan hệ người bệnh-bác sĩ hay người bệnh-Bệnh viện đã gây nhiều tranh cãi trong những năm qua giữa hai luồng quan điểm. Tất cả đều thống nhất rằng quan hệ là ngoài hợp đồng trong hoàn cảnh người bệnh đến Bệnh viện (hay nhà bác sĩ) trong tình trạng không có khả năng nhận thức hay không có khả năng đưa ra sự ưng thuận khi không có sự trợ giúp. Tuy nhiên, các tác giả không thống nhất với nhau về bản chất của nghĩa vụ điều chỉnh quan hệ giữa người bệnh có khả năng nhận thức và bác sĩ hay Bệnh viện”.

Vẫn theo nghiên cứu này, “trong một thời gian dài, bác sĩ đã bị kiện theo chế định ngoài hợp đồng. Không thực sự tranh luận, Tòa án đã tự hài lòng với Điều 1053 Bộ luật Dân sự Canada-Québec (ngày nay là Điều 1457 Bộ luật Dân sự Québec). Sau đó, dưới tác động của học lý, cuối cùng án lệ đã bị thuyết phục bởi yếu tố hợp đồng”⁸¹.

Kinh nghiệm của Pháp. Ở Pháp, trong quá khứ, khi có hợp đồng giữa người bệnh và bác sĩ thì Tòa án theo hướng yêu cầu của bác sĩ đối với bệnh nhân về thanh toán thù lao là quan hệ hợp đồng nhưng yêu cầu của bệnh nhân đối với bác sĩ về thiệt hại là quan hệ ngoài hợp đồng.

⁸¹ P. Deslauriers: *Responsabilité*, Nxb. Yvon Blais 2002, tr. 111 và 112.

Sau đó Tòa án tối cao Pháp đã bỏ hướng coi quan hệ bồi thường này là quan hệ ngoài hợp đồng và theo hướng đây là quan hệ bồi thường thiệt hại trong hợp đồng. Cụ thể, trong một án lệ năm 1936, Tòa án tối cao Pháp xác định “tồn tại giữa bác sỹ và khách hàng của họ một dạng hợp đồng mà theo đó bác sỹ đương nhiên có cam kết chữa bệnh cho bệnh nhân, (...) hoặc ít nhất cũng cung cấp cho khách hàng việc điều trị nhưng không phải việc điều trị bất kỳ, (...) mà là việc điều trị thấu hiểu, quan tâm, ngoại trừ một vài hoàn cảnh đặc biệt, phù hợp với tiến bộ của khoa học; việc vi phạm nghĩa vụ này, ngay cả khi không cố ý, được điều chỉnh bởi trách nhiệm bồi thường thiệt hại cùng bản chất, cũng là trong hợp đồng”⁸². Liên quan đến bác sỹ và bệnh nhân, án lệ này đã khẳng định tính chất “trong hợp đồng của trách nhiệm bồi thường thiệt hại”⁸³. Về sau, theo án lệ, quan hệ giữa bệnh nhân và bác sỹ sẽ không là quan hệ hợp đồng “khi không có hợp đồng, hoặc là vì quá khẩn cấp và bác sỹ đã chữa bệnh hay phẫu thuật người bệnh mà không có sự thỏa thuận với người bệnh hay gia đình họ, hoặc vì người bệnh chết và người thân của họ khởi kiện trên danh nghĩa của họ để đòi bồi thường thiệt hại mang tính cá nhân”⁸⁴.

Năm 2002, Pháp ban hành luật về y tế và các điều luật từ L.1142 đến L.1142-8 đến của Bộ luật sức khỏe công cộng quy định khung pháp lý về trách nhiệm của những người hành nghề y tế. Từ đó, Tòa án không thực sự đề cao tính hợp đồng hay ngoài hợp đồng của

⁸² Cass. civ. 20 mai 1936, DP 1936. 1. 88, rapp. Josserand, concl. Matter.

⁸³ Stéphanie Porchy-Simon: *Fasc. 440-20 : Santé. – Responsabilité médicale . – Principes généraux*, JurisClasseur Civil Code 2021, phần số 1.

⁸⁴ F. Terré, Ph. Simer và Y. Lequette: *Droit civil-Les obligations*, Nxb. Précis-Dalloz 2009, phần số 1004.

quan hệ bồi thường và hài lòng viện dẫn quy định vừa nêu khi xem xét trách nhiệm bồi thường thiệt hại phát sinh trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh. Ở đây, một tác giả khẳng định “quan hệ giữa bác sỹ và khách hàng của mình vẫn là quan hệ hợp đồng trong luật tư nhưng trách nhiệm bồi thường thiệt hại phát sinh mang tính chất luật định”⁸⁵.

**** Thực trạng tại Việt Nam***

Thực tiễn xét xử Việt Nam. Khi người bệnh hay khách hàng và bác sỹ có hợp đồng cụ thể và bác sỹ đã không thực hiện đúng hợp đồng dẫn tới thiệt hại, đã có Tòa án ở nước ta theo hướng yêu cầu của người bệnh hay khách hàng (về bồi thường thiệt hại) đối với bác sỹ là quan hệ bồi thường trong hợp đồng⁸⁶. Trong vụ việc thứ nhất được bình luận, chúng ta chưa rõ là giữa khách hàng và Bệnh viện có ký một hợp đồng cụ thể hay không nhưng Tòa án đã theo hướng quan hệ bồi thường là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Cụ thể, Tòa án đã quyết định “Áp dụng Điều 604 Bộ luật Dân sự, Buộc bị đơn Công ty TNHH Bệnh viện mắt Nam, có đại diện theo pháp luật là ông Nam bồi thường” (Điều 604 Bộ luật Dân sự 2005 là về Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng). Trong vụ việc thứ hai, Tòa án xác định Bệnh viện chịu trách nhiệm bồi thường và việc này có căn cứ vào Điều 584 Bộ luật dân sự năm 2015 (quy định về Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng).

⁸⁵ Stéphanie Porchy-Simon: *Bdd*, phần số 13.

⁸⁶ Xem Đỗ Văn Đại: *Luật hợp đồng Việt Nam-Bản án và bình luận bản án*, Nxb. Đại học quốc gia Tp. Hồ Chí Minh 2020 (xuất bản lần thứ tám).

Trong trường hợp người bệnh hay khách hàng chết xuất phát từ hoạt động khám bệnh/chữa bệnh như ba vụ việc sau được nêu trong phần Dẫn nhập, người thân của người bệnh khởi kiện bồi thường thiệt hại đối với Bệnh viện và câu hỏi đặt ra: quan hệ bồi thường này là quan hệ bồi thường thiệt hại trong hay ngoài hợp đồng? Trong vụ việc thứ tư được bình luận, Tòa án đã xác định Bệnh viện chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại mà người thân của bệnh nhân (đã chết) yêu cầu và việc này trên cơ sở Điều 604 Bộ luật Dân sự 2005 về Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng (“Người nào do lỗi cố ý hoặc lỗi vô ý xâm phạm tính mạng, sức khỏe, danh dự, nhân phẩm, uy tín, tài sản, quyền, lợi ích hợp pháp khác của cá nhân, xâm phạm danh dự, uy tín, tài sản của pháp nhân hoặc chủ thể khác mà gây thiệt hại thì phải bồi thường”). Điều này cho thấy Tòa án đã coi đây là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Trong vụ việc thứ ba được bình luận, Tòa án cũng buộc Bệnh viện chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại do bệnh nhân chết nhưng không viện dẫn Điều 604 nêu trên. Tuy nhiên, Tòa án đã áp dụng Nghị quyết số 03/2006/NQ-HĐTP-TANDTC ngày 08/7/2006 trong khi đó đây là hướng dẫn của Tòa án nhân dân tối cao về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng.

Như vậy, trong trường hợp bệnh nhân chết và người nhà bệnh nhân khởi kiện đòi bồi thường thiệt hại, các bản án trên đã theo hướng đây là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Còn trong mối quan hệ với khách hàng, trách nhiệm bồi thường thiệt hại với Bệnh viện đôi khi được Tòa án xác định là quan hệ bồi thường thiệt hại

trong hợp đồng nhưng đôi khi lại xác định là quan hệ bồi thường thiệt hại trong hợp đồng.

Thiệt hại của người thân của bệnh nhân. Trong ba vụ việc sau được nêu trong phần Dẫn nhập, bệnh nhân đã chết và người nhà bệnh nhân yêu cầu bồi thường những chi phí phát sinh trước khi bệnh nhân chết và những tổn thất sau khi bệnh nhân này chết.

Đối với những tổn thất phát sinh sau khi bệnh nhân chết như chi phí mai táng hay tổn thất về tinh thần của những người thân của bệnh nhân, đây là những thiệt hại của riêng những người thân của bệnh nhân, không là thiệt hại của người bệnh trong khi đó giữa Bệnh viện (bác sĩ) và người thân của bệnh nhân không có hợp đồng với cơ sở y tế.

Do đó, quan hệ bồi thường đối với thiệt hại trên không phải là quan hệ bồi thường thiệt hại trong hợp đồng mà là quan hệ bồi thường ngoài hợp đồng. Vì vậy, việc Tòa án vận dụng chế định bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng là thuyết phục.

Thiệt hại của chính bệnh nhân. Đối với thiệt hại phát sinh trước khi bệnh nhân chết như tiền thuốc, viện phí, chi phí phục vụ cho việc chữa trị như chi phí xe cấp cứu. Đây thực chất là những thiệt hại của bệnh nhân (riêng đối với thiệt hại cho người chăm sóc bệnh nhân thì hiện nay chúng ta chưa rõ trong văn bản nhưng, thiết nghĩ, nên coi đây là thiệt hại của riêng người chăm sóc). Tương tự như vậy đối với trường hợp bệnh nhân đến điều trị thì những chi phí điều trị chính là những thiệt hại của bệnh nhân.

Nếu giữa bệnh nhân và Bệnh viện (bác sĩ) không có hợp đồng như trường hợp vì quá khẩn cấp nên bác sĩ đã chữa trị hay phẫu thuật người bệnh mà không có sự thỏa thuận với người bệnh hay gia đình họ hoặc khi bệnh nhân được đưa đến trong tình trạng không có khả năng nhận thức và Bệnh viện (bác sĩ) tiến hành điều trị, phẫu thuật thì đây vẫn là quan hệ ngoài hợp đồng. Bởi lẽ, “hợp đồng dân sự là sự thỏa thuận giữa các bên về việc xác lập, thay đổi hoặc chấm dứt quyền, nghĩa vụ dân sự” (Điều 388 Bộ luật Dân sự 2005 được giữ lại tại Điều 385 Bộ luật Dân sự 2015) trong khi đó trong những trường hợp vừa nêu không có thỏa thuận giữa các bên liên quan. Vì vậy, nếu gia đình bệnh nhân (đã chết) yêu cầu bồi thường thiệt hại đối với thiệt hại mà chính bệnh nhân gánh chịu thì đây vẫn là yêu cầu bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng (tương tự như vậy đối với thiệt hại của riêng người chăm sóc bệnh nhân): Lúc này quan hệ giữa bệnh nhân và bác sĩ (Bệnh viện) là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng nên khi người thân của bệnh nhân kế thừa quyền yêu cầu bồi thường thiệt hại của bệnh nhân đã chết thì đây vẫn là quan hệ bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng.

Trong trường hợp có hợp đồng minh thị (như ký hợp đồng bằng văn bản) hoặc ngầm định (bệnh nhân tự nguyện đến và bác sĩ, Bệnh viện tiến hành điều trị, cứu chữa), thiệt hại của người bệnh phát sinh từ hợp đồng. Do đó, việc bệnh nhân hay việc gia đình người bệnh đã chết nay mới yêu cầu là yêu cầu bồi thường đối với thiệt hại của người bệnh và quyền yêu cầu của người bệnh được chuyển sang cho gia đình theo các quy định chung về thừa kế. Vì thế, về mặt lý thuyết, đối với

thiệt hại phát sinh cho bệnh nhân hay đối với thiệt hại phát sinh trước khi người bệnh chết và trong trường hợp tồn tại hợp đồng giữa người bệnh và Bệnh viện (bác sĩ), đây là quan hệ bồi thường thiệt hại hợp đồng cho dù người yêu cầu không là bệnh nhân mà là người thân của bệnh nhân (người thân của bệnh nhân thế vào vị trí của bệnh nhân để yêu cầu bồi thường).

Nhận xét về bản chất pháp lý của quan hệ bồi thường. Ở Pháp, chúng ta thấy có thời kỳ Tòa án theo hướng quan hệ này là quan hệ hợp đồng nhưng Tòa án không dừng lại ở đó. Cụ thể, trước sự không đầy đủ của văn bản về hợp đồng y tế, Tòa án đã xác định luôn nội dung của hợp đồng giữa người bệnh và Bệnh viện (bác sĩ) để từ đó có cơ sở xem xét Bệnh viện (bác sĩ) có vi phạm hợp đồng hay không (điều kiện cần để chấp nhận yêu cầu bồi thường thiệt hại). Ở đây, theo Tòa án tối cao Pháp, trong hợp đồng này, Bệnh viện (bác sĩ) cam kết chữa trị cho người bệnh hoặc ít ra là cam kết cung cấp cho người bệnh những chăm sóc chu đáo, cẩn trọng phù hợp với nền khoa học⁸⁷. Bên cạnh đó, Tòa án tối cao Pháp còn xác định trong hợp đồng này Bệnh viện (bác sĩ) có một nghĩa vụ an toàn với bệnh nhân⁸⁸. Với những nghĩa vụ đó, phía bệnh nhân cũng như Tòa án sẽ biết được Bệnh viện (bác sĩ) có vi phạm hợp đồng hay không để từ đó có buộc Bệnh viện (bác sĩ) bồi thường thiệt hại hay không.

Ở nước ta hiện nay, quyền và nghĩa vụ của Bệnh viện (bác sĩ) đối với bệnh nhân từ quan hệ hợp đồng chưa rõ ràng (trong các hợp

⁸⁷ Cass. 20/5/1936 : DP 1936.1.88, kết luận của Matter và báo cáo của Josserand.

⁸⁸ F. Terré, Ph. Simer và Y. Lequette : *Sdd*, phần số 1010.

đồng nếu có thì cũng rất sơ sài về nghĩa vụ của Bệnh viện, bác sĩ) nên, nếu xác định đây là quan hệ bồi thường thiệt hại phát sinh từ hợp đồng, người nhà bệnh nhân có bất lợi là rất khó xác định Bệnh viện (bác sĩ) có việc vi phạm hợp đồng hay không (không biết được nghĩa vụ từ hợp đồng là những nghĩa vụ nào nên cũng không có cơ sở để biết Bệnh viện hay bác sĩ có vi phạm nghĩa vụ hợp đồng hay không). Hơn nữa, bệnh nhân đến với Bệnh viện (bác sĩ) là liên quan đến tính mạng, sức khỏe của họ trong khi đó đây là những giá trị được pháp luật bảo vệ cho dù có hay không có hợp đồng: Khoản 1 Điều 32 BLDS 2005 và khoản 1 Điều 33 BLDS 2015 quy định “cá nhân có quyền được bảo đảm an toàn về tính mạng, sức khỏe, thân thể”, “Cá nhân có quyền sống, quyền bất khả xâm phạm về tính mạng, thân thể, quyền được pháp luật bảo hộ về sức khỏe”. Do đó, chúng ta không nên cứng nhắc buộc yêu cầu bồi thường trên cơ sở trách nhiệm bồi thường thiệt hại trong hợp đồng (mặc dù về lý thuyết, chúng ta thấy đây là quan hệ hợp đồng). Trong lĩnh vực này (y tế), trước yêu cầu bảo vệ sức khỏe và tính mạng nêu trên và trước sự không rõ ràng của quan hệ hợp đồng giữa bệnh nhân và Bệnh viện (bác sĩ), hiện tại chúng ta nên áp dụng chế định nào có lợi nhất cho người bị thiệt hại và người bị thiệt hại (bệnh nhân hay gia đình bệnh nhân) được lựa chọn chế định có lợi nhất cho mình: Riêng đối với yêu cầu bồi thường thiệt hại, nếu hợp đồng đủ rõ, cụ thể thì được lựa chọn yêu cầu bồi thường thiệt hại trong hợp đồng⁸⁹ còn, đối với hoàn cảnh ngược lại (phổ biến hiện nay), được lựa chọn yêu cầu bồi thường thiệt hại ngoài

⁸⁹ Xem Đỗ Văn Đại: *Sdd.*

hợp đồng trên cơ sở các quy định về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng.

Trong các vụ việc được bình luận, có nhiều khả năng giữa người bệnh và Bệnh viện có quan hệ hợp đồng nhưng trước sự chưa đầy đủ của nội dung hợp đồng giữa các bên (cũng như quy định hiện nay của pháp luật về hợp đồng này), việc áp dụng quy định về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng như Tòa án đã làm là chấp nhận được (nếu sau này, quy định về loại hợp đồng y tế chi tiết, đầy đủ thì sẽ áp dụng chế định bồi thường thiệt hại trong hợp đồng phù hợp với lý luận đã được trình bày ở trên). Thực ra, Tòa án nhân dân tối cao đã từng theo hướng này trong một vụ việc liên quan đến nạo thai gây tử vong (thiệt hại trong lĩnh vực y tế). Ở đây, Tòa án nhân dân tối cao đã viện dẫn các quy định về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng để giải quyết, cụ thể là Điều 609 Bộ luật Dân sự năm 1995 (tức khoản 1 Điều 604 Bộ luật Dân sự 2005 hay khoản 1 Điều 584 Bộ luật Dân sự 2015) về Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Cụ thể, Tòa án tối cao đã cho rằng “theo tinh thần quy định tại Điều 53 Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30-6-1989, thì thầy thuốc vi phạm các quy định về khám bệnh, chữa bệnh... nếu gây thiệt hại đến sức khỏe, tính mạng, tài sản của người khác thì phải bồi thường thiệt hại theo quy định của pháp luật. Cũng theo quy định tại Điều 609 Bộ luật Dân sự thì người nào do lỗi cố ý hoặc lỗi vô ý xâm phạm đến tính mạng của người khác thì phải bồi thường. Như vậy, Tòa án cần xác định và có kết luận y sĩ Hồng có vi phạm các quy định về khám, chữa bệnh hay không, có được phép và có đủ năng lực để tiến hành nạo thai cho

phụ nữ hay không, tai nạn xảy ra là tai nạn điều trị do sự kiện bất khả kháng hay do lỗi nghề nghiệp? Nếu có căn cứ xác định bà Hồng không vi phạm, không có lỗi thì bà Hồng không phải bồi thường. Nếu xác định được bà Hồng có vi phạm, có lỗi thì bà Hồng có trách nhiệm bồi thường thiệt hại đã gây ra”⁹⁰.

2. Căn cứ phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại

**** Khung pháp lý xác định trách nhiệm bồi thường thiệt hại***

Quy định chuyên biệt trong Luật khám, chữa bệnh. Luật khám bệnh và chữa bệnh có quy định về bồi thường thiệt hại. Cụ thể, theo khoản 1 Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh, “Trường hợp xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh hoặc trong trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều 73 của Luật này, doanh nghiệp bảo hiểm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã mua bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo hợp đồng bảo hiểm đã ký với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa mua bảo hiểm theo quy định tại khoản 1 Điều 78 của Luật này thì phải tự bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo quy định của pháp luật”. Với nội dung này, khi “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh”, trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh phát sinh.

Ngoài ra, quy định trên còn ghi nhận trách nhiệm bồi thường thiệt hại “trong trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều 73”, tức mặc dù “Người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật”

⁹⁰ Công văn của Tòa án nhân dân tối cao số 129/2002/KHXX ngày 27/8/2002 về việc trao đổi về trách nhiệm bồi thường thiệt hại (gửi Tòa án nhân dân huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi).

nhưng “Trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn để thực hiện dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh; các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh”.

Điểm chung giữa hai trường hợp vừa nêu là đều dẫn tới “tai biến đối với người bệnh” và điểm khác biệt của hai trường hợp vừa nêu được thể hiện ở việc trường hợp thứ nhất đòi hỏi “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật” còn trường hợp thứ hai không đòi hỏi yếu tố “xảy ra sai sót chuyên môn kỹ thuật” nhưng thuộc trường hợp nêu tại điểm b trên.

Quy định chung trong BLDS. Thực tế, bên cạnh quy định chuyên biệt nêu trên, đôi khi Tòa án còn căn cứ cả vào quy định chung về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Chẳng hạn, trong vụ việc thứ hai được bình luận, chúng ta thấy Tòa án “Căn cứ Điều 34, 38, 584, 590 và 592 Bộ luật dân sự năm 2015; Điều 73, 76 Luật Khám bệnh, Chữa bệnh” trong khi đó Điều 584 Bộ luật dân sự năm 2015 là điều luật về căn cứ làm phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Khi xem xét trách nhiệm bồi thường trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, chúng ta thấy Tòa án địa phương cũng như Tòa án nhân dân tối cao theo hướng khai thác các quy định chung về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng và, để phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại này, chúng ta phải hội đủ một số điều kiện.

Trên cơ sở Điều 604 Bộ luật Dân sự 2005, Nghị quyết số 03/2006 của Hội đồng thẩm phán đã liệt kê bốn điều kiện làm phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại. Đó là phải có thiệt hại, có hành vi trái pháp luật, có mối quan hệ nhân quả giữa hai yếu tố vừa nêu và có lỗi của người gây thiệt hại. Về phía mình, Bộ luật Dân sự 2015 đã bỏ yếu tố lỗi tại khoản 1 Điều 584 vì chỉ quy định “Người nào có hành vi xâm phạm tính mạng, sức khỏe, danh dự, nhân phẩm, uy tín, tài sản, quyền, lợi ích hợp pháp khác của người khác mà gây thiệt hại thì phải bồi thường, trừ trường hợp Bộ luật này, luật khác có liên quan quy định khác” và như vậy chỉ cần 03 yếu tố đầu khi áp dụng Bộ luật mới. Nếu chúng ta quy trách nhiệm cho người trực tiếp gây thiệt hại, chúng ta chỉ cần hội đủ các điều kiện vừa nêu. Tuy nhiên, trong lĩnh vực y tế, thường thì không phải người trực tiếp gây thiệt hại bị yêu cầu bồi thường mà chủ thể bị yêu cầu bồi thường là Bệnh viện như trong các vụ việc trên. Trong trường hợp này, chúng ta phải xem xét cả quy định về bồi thường thiệt hại do người khác gây ra như bồi thường thiệt hại do người của pháp nhân gây ra hay do người làm công gây ra.

Thực ra, trong lĩnh vực y tế, trong các điều kiện làm phát sinh trách nhiệm bồi thường, điều kiện phải có hành vi trái làm phát sinh trách nhiệm bồi thường là đáng lưu tâm nhất và dưới đây là phân tích hành vi gây này.

**** Đánh giá hành vi làm phát sinh trách nhiệm bồi thường***

Thực tiễn xét xử Việt Nam. Trong các vụ việc nêu trên, Tòa án xác định có hành vi khám bệnh, chữa bệnh không phù hợp và đó là căn cứ làm phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại của cơ sở y tế.

Trong vụ việc thứ nhất nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án xác định “Bệnh viện đưa ra quy trình phẫu thuật mắt cho bệnh nhân nhưng khi thực hiện lại tiến hành sai. Trong việc khám mắt, bước đầu tiên là đo thị lực, bước thứ hai là đo nhãn áp. Tất cả quy trình khám mắt đều phải thực hiện như vậy. Bệnh viện không tiến hành đo nhãn áp cho bệnh nhân sau khi mổ mà lại khẳng định bệnh nhân ổn là sai quy trình”. *Trong vụ việc thứ hai* nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án xác định: Căn cứ kết luận của Hội đồng chuyên môn thuộc Bộ Y tế (Tại Văn bản số 946/BYT-BMTE ngày 09/02/2021 của Bộ Y tế) đã xác định: Bệnh viện FV trong lần khám đầu ngày 19/6/2018: “không phát hiện được người bệnh có thai tại sẹo mổ cũ”; “không chẩn đoán được tình trạng có thai của người bệnh, từ đó dẫn đến xử trí không phù hợp”; trong lần nhập viện ngày 20/6/2018: “chưa chẩn đoán chính xác bệnh lý của người bệnh là “chửa tại sẹo mổ lấy thai” nên xử lý chưa triệt để. Người bệnh sau đó đã được Bệnh viện Từ Dũ điều trị triệt để”. Từ đó, Tòa án kết luận “Hội đồng xét thấy có cơ sở xác định Bệnh viện FV cũng đã có sai sót trong khám, chữa bệnh cho bà Châu, sai sót này đã ảnh hưởng đến sức khỏe của bà Châu nên buộc nguyên đơn phải có trách nhiệm bồi thường. Thiệt hại trong trường hợp này là khoản chi phí điều trị của bị đơn tại Bệnh viện Từ Dũ và khoản bù đắp tổn thất về tinh thần, theo quy định tại Điều 73, 76 Luật Khám bệnh, Chữa bệnh và Điều 590 Bộ luật dân sự”.

Trong vụ việc thứ ba nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án đã xác định phía Bệnh viện “không chẩn đoán được bệnh viêm ruột thừa của bà Sang, nên đã điều trị theo hướng rối loạn tiêu hóa”, “không chẩn

đoán được bệnh, không thực hiện chế độ hội chẩn” và “bỏ sót bệnh viêm ruột thừa dẫn đến viêm phúc mạc toàn thể, dẫn đến bệnh nhân Sang tử vong”. Từ những thông tin trên, Tòa án khẳng định “nguyên nhân cái chết của bà Sang do lỗi của Bệnh viện An Bình”. *Trong vụ việc thứ tư* nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án cho rằng “bệnh nhân Đạt tử vong tại Bệnh viện Nhi Đồng II, nhưng đây là hậu quả của việc Bệnh viện Triều An đánh giá tiền phẫu thuật và trước gây mê không chính xác nên đã tiến hành gây mê thông thường”. Như vậy, yếu tố quyết định trách nhiệm bồi thường từ phía Bệnh viện được thể hiện ở “việc Bệnh viện Triều An đánh giá tiền phẫu thuật và trước gây mê không chính xác nên đã tiến hành gây mê thông thường”. *Trong vụ việc thứ năm* nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án xét rằng “có cơ sở xác định Bệnh viện FV có một phần lỗi trong việc chạy thận làm cho bệnh thận ngày càng nặng hơn: “*Nạn nhân Cận sinh năm 1935 chết do bị suy thận mãn giai đoạn cuối đang được chạy thận nhân tạo định kỳ, sau cuộc phẫu thuật kết hợp xương đùi gây nhưng bệnh viện FV đã đánh giá và điều trị chưa phù hợp trong việc chạy thận nhân tạo*” và “... *Bệnh viện Pháp - Việt: Việc phẫu thuật kết hợp xương đùi trái thể hiện thái độ tích cực nhưng không tiên lượng được hết khả năng diễn biến của bệnh. Sau mổ do bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, vượt quá khả năng điều trị nên dẫn đến các biến chứng nặng dần.*”. Do đó, căn cứ vào điểm đ Khoản 2 Điều 9, Điều 610 Bộ luật Dân sự 2005, Hội đồng xét xử nhận thấy yêu cầu bồi thường thiệt hại về tính mạng của nguyên đơn đối với bị đơn là 1.000đ (Một ngàn đồng) là có cơ sở chấp nhận vì số tiền yêu cầu bồi thường quá ít (tại Khoản 2 Điều 3 Nghị định 38/2019/ND-CP, thì từ ngày 01 tháng 7 năm 2019 mức

lượng cơ sở là 1.490.000 đồng/tháng) nên không cần nguyên đơn phải chứng minh mức thiệt hại tương xứng với lỗi của của bị đơn”.

Vai trò của cơ quan chuyên môn. Những hành vi làm phát sinh trách nhiệm bồi thường nêu trên có tính chuyên môn cao và câu hỏi đặt ra là cơ quan chuyên môn có vai trò gì trong việc đánh giá các hành vi này.

Theo khoản 1 Điều 74 và khoản 4 Điều 75 Luật khám bệnh, chữa bệnh, “Trường hợp có yêu cầu giải quyết tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh khi xảy ra tai biến đối với người bệnh thì thành lập hội đồng chuyên môn để xác định có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật” và “Kết luận của hội đồng chuyên môn là cơ sở để giải quyết tranh chấp hoặc để cơ quan tiến hành tố tụng xem xét, quyết định giải quyết vụ việc; là căn cứ để cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền về y tế, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định áp dụng các biện pháp xử lý theo thẩm quyền đối với người hành nghề”. Nội dung này cho thấy ý kiến của Hội đồng chuyên môn có vai trò quan trọng trong việc xác định hành vi làm phát sinh trách nhiệm bồi thường của cơ sở y tế.

Trong nhiều vụ việc trong đó có các vụ việc được nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án đưa ra kết luận về trách nhiệm của cơ sở y tế căn cứ vào kết luận của cơ quan chuyên môn trực thuộc Bộ Y tế. Thiết nghĩ, đây chỉ là ý kiến của cơ quan chuyên môn và Tòa án không bị ràng buộc bởi những ý kiến như vậy. Ở đây, Tòa án có thể tiếp thu ý kiến của cơ quan chuyên môn nhưng Tòa án cũng có thể không tiếp thu ý kiến này và có đánh giá độc lập của mình. Trong vụ việc thứ

năm nêu trên, hồ sơ cho thấy có “Biên bản họp Hội đồng chuyên môn Sở Y tế” nhưng kết luận dẫn tới Tòa án ghi nhận trách nhiệm của cơ sở y tế (phần in nghiêng) lại là nội dung “Bản kết luận giám định pháp y số 14/QHS.13 của Trung tâm pháp y - Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh”. Nội dung này phần nào cho thấy tính độc lập của Tòa án trong việc đánh giá hành vi khám bệnh, chữa bệnh làm phát sinh trách nhiệm bồi thường thiệt hại.

Nhận xét về hành vi phát sinh trách nhiệm. Luật khám bệnh, chữa bệnh có liệt kê những trường hợp làm phát sinh trách nhiệm bồi thường nhưng việc liệt kê như vậy dễ dẫn đến thiếu những trường hợp có thể làm phát sinh trách nhiệm.

Chẳng hạn, đã có những trường hợp cơ sở y tế từ chối nhận bệnh nhân (mà không thuộc trường hợp được từ chối) dẫn đến bệnh nhân không được cứu chữa kịp thời và tử vong. Trường hợp này không được nêu cụ thể trong Điều 78 nêu trên nhưng cơ sở y tế từ chối cần phải chịu trách nhiệm. Vì vậy, nên mở rộng trường hợp làm phát sinh trách nhiệm được nêu tại Điều 78 Luật khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm quyền được khám bệnh, chữa bệnh nêu trong phần Dẫn nhập. Trong khi chưa sửa đổi được như vừa nêu, chúng ta mạnh dạn khai thác quy định chung về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng như Điều 584 Bộ luật dân sự 2015 nêu trên.

Ở đây, Luật đã liệt kê những trường hợp làm phát sinh trách nhiệm bồi thường nhưng còn khá hạn chế. Tại Pháp, *khoản 2 Điều L. 1142-1 Bộ luật sức khỏe công cộng cho phép quy trách nhiệm bồi thường “đối với thiệt hại phát sinh từ việc nhiễm trùng gây ra tại cơ*

sở y tế, trừ khi có chứng cứ do nguyên nhân khách quan”. Với quy định này, “người bị thiệt hại được miễn chứng minh lỗi của cơ sở y tế. Người chịu trách nhiệm chỉ có thể được miễn trừ trách nhiệm khi có chứng cứ về điều kiện khách quan, việc chứng minh không có lỗi là không có giá trị”⁹¹. Khi xảy ra trường hợp như Pháp vừa nêu, chúng ta cũng nên ghi nhận trách nhiệm bồi thường của cơ sở y tế và nếu chúng ta không thể khai thác được quy định trong Luật khám bệnh, chữa bệnh thì chúng ta có thể khai thác quy định chung về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng nêu trên của Bộ luật dân sự.

3. Chủ thể chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại

Trách nhiệm của bệnh viện. Với sự phát triển của dịch vụ y tế, người bệnh có thể đến các phòng mạch tư hay bệnh viện để yêu cầu dịch vụ y tế. Trong trường hợp bệnh nhân đến phòng mạch tư do một cá nhân phụ trách thì, khi trách nhiệm bồi thường thiệt hại hội đủ, cá nhân đó bồi thường⁹².

Trong trường hợp đến bệnh viện như trong các vụ việc được bình luận, khám chữa, điều trị hay phẫu thuật cho bệnh nhân là việc của những cá nhân cụ thể (bác sĩ, y tá...) và thực chất những hành vi này làm phát sinh thiệt hại. Câu hỏi đặt ra là ai chịu trách nhiệm bồi

⁹¹ Mireille Bacache: *Fasc. 18-50 : Responsabilité médicale–Responsabilité sans faute*, Litec Droit médical et hospitalier 2021, phần số 6.

⁹² Chẳng hạn, trong một tranh chấp giữa nguyên đơn và cả bị đơn đều là cá nhân, sau khi nhận định “ông Khánh bị đau lưng nên đã đến phòng mạch tư của bác sĩ Hùng để điều trị, sau khi chuẩn đoán bệnh thì ông Hùng đã tiêm thuốc vào vùng lưng, nơi ông Khánh bị đau. Trong lúc đang tiêm thì cơ thể ông Khanh xảy ra tình trạng phản ứng với thuốc đây là sự việc có thật, được các bên thừa nhận”, Tòa án đã quyết định “buộc ông Hùng phải bồi thường thiệt hại do sức khỏe bị xâm phạm cho ông Khánh” (Bản án số 53/2015/DSST ngày 16/7/2015 của Tòa án nhân dân TP. Vĩnh Long tỉnh Vĩnh Long).

thường thiệt hại? Trong các việc được bình luận, Tòa án đều theo hướng chủ thể chịu trách nhiệm bồi thường không phải là cá nhân tham gia vào các hành vi trên mà là Bệnh viện. Chẳng hạn, trong vụ việc thứ nhất, Tòa án đã theo hướng “Buộc bị đơn Công ty Bệnh viện mắt Nam, có đại diện theo pháp luật là ông Nam bồi thường chi phí điều trị biến chứng sau mổ cho nguyên đơn ông Vu (Thông)”. Tương tự, trong vụ việc thứ hai được nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án quyết định “buộc Công ty Viễn đông Việt Nam phải bồi thường thiệt hại cho bà Nguyễn Thị Mộng Châu số tiền là 9.253.189 đồng và bồi thường tổn thất về tinh thần do sức khỏe bị xâm phạm là 69.500.000 đồng”. Tương tự như vậy trong vụ việc thứ ba được nêu trong phần Dẫn nhập, Tòa án đã xét rằng “nguyên nhân cái chết của bà Sang do lỗi của Bệnh viện An Bình, vì vậy Bệnh viện An Bình phải chịu trách nhiệm bồi thường cho ông Min theo luật quy định”.

Trên cơ sở nào Tòa án có thể buộc Bệnh viện chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại trong khi đó thiệt hại phát sinh từ những hành vi của người trực tiếp khám chữa, điều trị hay phẫu thuật? Trong các vụ việc nêu trên, Tòa án không rõ về chủ đề này.

Cơ sở pháp lý. *Thực ra đây là trách nhiệm bồi thường thiệt hại do người khác gây ra. Cụ thể, đây là trường hợp Bệnh viện phải bồi thường thiệt hại do người của mình gây ra. Vì vậy cần khai thác cả quy định về Bồi thường thiệt hại do người khác gây ra nên việc Tòa án chỉ viện dẫn quy định của Điều 604 Bộ luật Dân sự 2005 hay là Điều 584 Bộ luật Dân sự 2015 là chưa đầy đủ.*

Trong vụ việc liên quan đến bà Hồng nêu trên, Tòa án nhân dân tối cao rất rõ về chủ đề đang được nghiên cứu. Ở đây, sau khi cho rằng “nếu xác định được bà Hồng có vi phạm, có lỗi thì bà Hồng có trách nhiệm bồi thường thiệt hại đã gây ra”, Tòa án nhân dân tối cao nhấn mạnh rằng “tuy nhiên, do bà Hồng là công chức nhà nước cho nên cần làm rõ việc bà Hồng gây thiệt hại có phải trong khi thi hành công vụ hay không? Nếu bà Hồng gây thiệt hại trong khi thi hành công vụ thì theo quy định tại Điều 623 Bộ luật Dân sự, cơ quan nhà nước (trong trường hợp này là Trung tâm y tế huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi) phải bồi thường thiệt hại do công chức của mình gây ra. Việc bồi thường thiệt hại được giải quyết theo quy định tại Chương V Phần thứ ba Bộ luật Dân sự và Nghị định số 47/CP ngày 3-5-1997 của Chính phủ "về việc giải quyết bồi thường thiệt hại do công chức, viên chức nhà nước, người có thẩm quyền của cơ quan tiến hành tố tụng gây ra". Nếu Trung tâm y tế huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi phải bồi thường cho người bị thiệt hại thì sau khi thực hiện việc bồi thường thiệt hại xong phải có trách nhiệm yêu cầu bà Hồng hoàn trả khoản tiền mà Trung tâm đã bồi thường cho người bị thiệt hại theo quy định của pháp luật”. Trong vụ việc vừa nêu, người làm trong lĩnh vực y tế gây ra thiệt hại là người của cơ quan nhà nước nên Tòa án đã viện dẫn Điều 623 Bộ luật Dân sự 1995. Đối với BLDS 2015, vấn đề phức tạp hơn vì Điều 598 viện dẫn đến Luật trách nhiệm bồi thường của Nhà nước.

Quay lại các vụ việc được nghiên cứu ở trên, chưa có cơ sở để khẳng định người có hành vi làm phát sinh trách nhiệm là cán bộ,

công chức nên không áp dụng Điều 619 Bộ luật Dân sự 2005, Điều 598 Bộ luật dân sự 2015. Tuy nhiên, tùy từng trường hợp mà chúng ta có thể áp dụng quy định về Bồi thường thiệt hại do người của pháp nhân gây ra được quy định tại Điều 618 Bộ luật Dân sự 2005, Điều 597 Bộ luật Dân sự 2015⁹³ hay về Bồi thường thiệt hại do người làm công gây ra được quy định tại Điều 622 Bộ luật Dân sự 2005, Điều 600 Bộ luật Dân sự 2015⁹⁴. Hướng quy trách nhiệm cho cơ sở y tế như vừa nêu cũng phù hợp với quy định tại Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh nêu trên vì điều luật này cũng quy trách nhiệm cho cơ sở y tế khi người của cơ sở y tế có hành vi làm phát sinh thiệt hại.

Trách nhiệm của người hành nghề. *Trong việc để thiệt hại phát sinh khi khám bệnh/chữa bệnh, chúng ta còn có sự tham gia của “người hành nghề” y tế như bác sỹ, y tá. Tuy nhiên, quy định trên lại chưa đề cập đến trách nhiệm bồi thường (như y/bác sỹ có phải bồi bồi thường cho người bệnh bị thiệt hại không?) hay bồi hoàn của những người hành nghề này sau khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bồi thường thiệt hại (như y/bác sỹ có phải bồi hoàn tiền bồi thường cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không?). Thực tế, khoản 2 Điều 76 Luật khám bệnh, chữa bệnh có đề cập tới người hành nghề với nội dung theo đó “Ngoài việc bồi thường theo quy định tại khoản 1 Điều này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ*

⁹³ Điều 597 Bộ luật dân sự 2015 (kể thừa quy định trước đây) quy định “Pháp nhân phải bồi thường thiệt hại do người của mình gây ra trong khi thực hiện nhiệm vụ được pháp nhân giao; nếu pháp nhân đã bồi thường thiệt hại thì có quyền yêu cầu người có lỗi trong việc gây thiệt hại phải hoàn trả một khoản tiền theo quy định của pháp luật”.

⁹⁴ Điều 600 Bộ luật dân sự 2015 (kể thừa quy định trước đây) quy định “Cá nhân, pháp nhân phải bồi thường thiệt hại do người làm công, người học nghề gây ra trong khi thực hiện công việc được giao và có quyền yêu cầu người làm công, người học nghề có lỗi trong việc gây thiệt hại phải hoàn trả một khoản tiền theo quy định của pháp luật”.

thuật gây ra tai biến cho người bệnh phải chịu các trách nhiệm pháp lý khác theo quy định của pháp luật”.

Để nâng cao trách nhiệm của người hành nghề, chúng ta nên tính đến cho phép người bị thiệt hại yêu cầu trực tiếp người hành nghề bồi thường (như liên đới với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bồi thường cho người bị thiệt hại) và cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được yêu cầu người hành nghề bồi hoàn (sau khi bồi thường cho người bị thiệt hại) khi người hành nghề có lỗi làm phát sinh thiệt hại. Để đạt được hướng giải quyết nêu trên, chúng ta nên có quy định rõ trong Luật khám bệnh, chữa bệnh.

Trong khi chưa có bổ sung trong Luật như vừa nêu, chúng ta có thể khai thác quy định chung về bồi thường thiệt hại trong Bộ luật dân sự như quy định về liên đới do cùng gây thiệt hại⁹⁵ và, để cho phép cơ sở y tế yêu cầu bồi hoàn, chúng ta có thể khai thác các quy định về bồi thường thiệt hại do người của pháp nhân gây ra hay do người làm công gây ra đã nêu ở trên.

4. Mức bồi thường thiệt hại

Theo pháp luật dân sự. *Một khi trách nhiệm bồi thường được xác định, chúng ta cần xem xét đến mức bồi thường thiệt hại.*

Thực tế, Điều 77 Luật Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định “Việc xác định mức bồi thường thiệt hại trong trường hợp quy định tại

⁹⁵ Điều 587 Bộ luật dân sự 2015 (kế thừa quy định trước đây) quy định “Trường hợp nhiều người cùng gây thiệt hại thì những người đó phải liên đới bồi thường cho người bị thiệt hại. Trách nhiệm bồi thường của từng người cùng gây thiệt hại được xác định tương ứng với mức độ lỗi của mỗi người; nếu không xác định được mức độ lỗi thì họ phải bồi thường thiệt hại theo phần bằng nhau”.

khoản 1 Điều 76 của Luật này được thực hiện theo quy định của pháp luật”. Nội dung này chưa rõ là “theo quy định của pháp luật” nào. Bộ luật dân sự đã có quy định cụ thể về thiệt hại được bồi thường (trong hợp đồng cũng như ngoài hợp đồng) và chúng ta nên khai thác các quy định trong pháp luật dân sự. Thực tế, trong các vụ án được nêu ở trên, Tòa án có khai thác các quy định trong Bộ luật dân sự về thiệt hại được bồi thường. Chẳng hạn, trong vụ việc thứ hai nêu trên, Tòa án đã xét rằng “Hội đồng xét thấy có cơ sở xác định Bệnh viện FV cũng đã có sai sót trong khám, chữa bệnh cho bà Châu, sai sót này đã ảnh hưởng đến sức khỏe của bà Châu nên buộc nguyên đơn phải có trách nhiệm bồi thường. Thiệt hại trong trường hợp này là khoản chi phí điều trị của bị đơn tại Bệnh viện Từ Dũ và khoản bù đắp tổn thất về tinh thần, theo quy định tại Điều 73, 76 Luật Khám bệnh, Chữa bệnh và Điều 590 Bộ luật dân sự”. Ở đây, Tòa án đã khai thác Điều 590 Bộ luật dân sự 2015 và đây là quy định về Thiệt hại được bồi thường khi sức khỏe bị xâm phạm.

Việc khai thác quy định dân sự về thiệt hại cũng như mức bồi thường thiệt hại là phù hợp với khoản 3 Điều 4 Bộ luật dân sự 2015 theo đó “*Trường hợp luật khác có liên quan không quy định hoặc có quy định nhưng vi phạm khoản 2 Điều này thì quy định của Bộ luật này được áp dụng*”. Theo quy định này, khi luật khác có liên quan (như Luật khám bệnh, chữa bệnh) không có quy định, chúng ta quay sang áp dụng quy định của Bộ luật dân sự.

Bồi thường toàn bộ thiệt hại. *Khi khai thác các quy định trong Bộ luật dân sự như phân tích nêu trên, chúng ta có kết quả là bồi thường toàn bộ thiệt hại.*

Phần trên đã cho thấy xu hướng của Tòa án là áp dụng các quy định về bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng. Trong các quy định này, chúng ta có nguyên tắc bồi thường toàn bộ thiệt hại vì khoản 1 Điều 585 Bộ luật dân sự 2015 khẳng định “Thiệt hại thực tế phải được bồi thường toàn bộ và kịp thời” (nguyên tắc này kế thừa quy định trong Bộ luật dân sự trước đây). Ngay cả khi chúng ta theo hướng đây là thiệt hại trong hợp đồng (nhất là khi giữa cơ sở y tế và bệnh nhân có hợp đồng), chúng ta cũng có kết quả tương tự. Bởi lẽ, Điều 360 Bộ luật dân sự 2015 (áp dụng cho quan hệ hợp đồng) khẳng định “Trường hợp có thiệt hại do vi phạm nghĩa vụ gây ra thì bên có nghĩa vụ phải bồi thường toàn bộ thiệt hại, trừ trường hợp có thỏa thuận khác hoặc luật có quy định khác”.

Có thể xảy ra trường hợp cơ sở y tế đưa vào hợp đồng xác lập với bệnh nhân điều khoản miễn trừ trách nhiệm hay hạn chế trách nhiệm bồi thường của cơ sở y tế. Điều khoản như vậy sẽ ảnh hưởng đến quyền yêu cầu bồi thường thiệt hại của bệnh nhân và hạn chế nguyên tắc bồi thường toàn bộ nêu trên. Trong những trường hợp như vậy, chúng ta nên khai thác quy định trong Bộ luật dân sự về chống lạm dụng quyền dân sự⁹⁶ hay quy định về hợp đồng mẫu để bảo vệ người bệnh⁹⁷.

⁹⁶ Điều 10 Bộ luật dân sự 2015 quy định “1. Cá nhân, pháp nhân không được lạm dụng quyền dân sự của mình gây thiệt hại cho người khác, để vi phạm nghĩa vụ của mình hoặc

Quan hệ nhân quả. *Khi xác định mức trách nhiệm bồi thường và mức độ trách nhiệm bồi thường thiệt hại, chúng ta cần cân nhắc thêm về quan hệ nhân quả. Theo Nghị quyết số 03/2006/NQ-HĐTP của Hội đồng thẩm phán Tòa án nhân dân tối cao, mỗi quan hệ nhân quả được hiểu “thiệt hại xảy ra phải là kết quả tất yếu của hành vi trái pháp luật và ngược lại hành vi trái pháp luật là nguyên nhân gây ra thiệt hại”. Bộ luật Dân sự 2015 không có sự thay đổi về chủ đề này nên nhiều khả năng khái niệm vừa nêu vẫn được duy trì khi áp dụng Bộ luật Dân sự 2015.*

Trong lĩnh vực y tế, yếu tố này cần được quan tâm đặc biệt nhằm loại trừ những thiệt hại không liên quan. Cụ thể như sau: Khi một người bị xâm phạm về sức khỏe và được đưa vào Bệnh viện thì thiệt hại phát sinh bao gồm tất cả những chi phí cũng như mất mát (như mất giảm thu nhập) từ thời điểm nhập viện (giai đoạn trước khi chết cũng như giai đoạn sau khi chết).

Ngược lại, khi một người được đưa vào Bệnh viện và phía Bệnh viện có những hành vi làm phát sinh trách nhiệm bồi thường như đã trình bày ở trên thì chỉ những chi phí, mất mát phát sinh từ những hành vi trên mới thuộc trách nhiệm của phía Bệnh viện, những thiệt hại trước đó như phí nhập viện, chi phí khám ban đầu không có mối quan hệ nhân quả với các hành vi trên nên không thuộc trách nhiệm bồi thường của Bệnh viện.

thực hiện mục đích khác trái pháp luật. 2. Trường hợp cá nhân, pháp nhân không tuân thủ quy định tại khoản 1 Điều này thì Tòa án hoặc cơ quan có thẩm quyền khác căn cứ vào tính chất, hậu quả của hành vi vi phạm mà có thể không bảo vệ một phần hoặc toàn bộ quyền của họ, buộc bồi thường nếu gây thiệt hại và có thể áp dụng chế tài khác do luật quy định”.

⁹⁷ Theo khoản 3 Điều 405 Bộ luật dân sự 2015, “Trường hợp hợp đồng theo mẫu có điều khoản miễn trách nhiệm của bên đưa ra hợp đồng theo mẫu, tăng trách nhiệm hoặc loại bỏ quyền lợi chính đáng của bên kia thì điều khoản này không có hiệu lực, trừ trường hợp có thỏa thuận khác”.

PHẦN V

MỘT SỐ BÀI PHÁT BIỂU, BÀI VIẾT CHUYÊN ĐỀ VỀ DỊCH BỆNH COVID-19

PGS. TS. NGUYỄN LÂN HIẾU
TS. LÊ TRƯỜNG SƠN

**BÀI PHÁT BIỂU CỦA THỦ TƯỚNG PHẠM MINH CHÍNH,
TRƯỞNG BAN CHỈ ĐẠO QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG DỊCH
COVID19 TRONG BUỔI GẶP MẶT**

**ĐẠI DIỆN LỰC LƯỢNG TUYỂN ĐẦU TIÊN BIỂU TRONG
CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19⁹⁸**

**Không thể ghi hết những gian lao, vất vả, hy sinh của lực
lượng tuyển đầu để bảo vệ tính mạng, sức khỏe Nhân dân**



Thưa các đồng chí và quý vị đại biểu!

Chúng ta gặp nhau hôm nay trong bối cảnh đặc biệt khi đại dịch COVID-19 ở nước ta đã từng bước được kiểm soát, đặc biệt là ở Thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam, nơi tâm dịch trong những tháng ngày vừa qua, dấu rằng trước mắt chúng ta còn nhiều khó

⁹⁸ https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/khong-the-ghi-het-nhung-gian-lao-vat-va-hy-sinh-cua-luc-luong-tuyen-au-e-bao-ve-tinh-mang-suc-khoe-nhan-dan

khẩn và thách thức mà đại dịch gây ra nhưng chúng ta chưa thể dự báo hết.

Gần 2 năm qua, đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến mọi mặt của đời sống kinh tế xã hội, thách thức hệ thống y tế nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới. Và đất nước chúng ta đã trải qua hoàn cảnh rất khó khăn khi đợt dịch thứ 4 bùng phát với sự xuất hiện của biến chủng Delta rất nguy hiểm. Đó là cuộc chiến chống lại “kẻ thù virus” vô hình nguy hiểm, luôn biến hình, biến dạng để chống lại sự nỗ lực của loài người. Đó là thời điểm khan hiếm vaccine toàn cầu và việc này trở nên khó khăn hơn khi Việt Nam là đất nước đông dân, quy mô nền kinh tế còn khiêm tốn. Đó là thực trạng hệ thống y tế của đất nước ta còn nhiều hạn chế, khó khăn về cơ sở hạ tầng, nguồn nhân lực, kinh nghiệm chống dịch và vật lực y tế. Đó là thách thức không chỉ của riêng chúng ta khi việc chống dịch chưa có tiền lệ, vừa làm vừa rút kinh nghiệm... Đó là sự kéo dài của dịch bệnh từ đầu năm 2020 nên đến đợt dịch lần thứ 4, đời sống vật chất và tinh thần của Nhân dân đã bị tác động tiêu cực trong thời gian dài.

Trong quá trình chỉ đạo và tổ chức thực hiện, chúng ta đã đúc kết các bài học kinh nghiệm từ thực tiễn, bổ sung và hình thành công thức trong phòng, chống dịch: 5K + vaccine, thuốc điều trị + công nghệ + ý thức của nhân dân và các biện pháp khác. Các trụ cột phòng chống dịch là giãn cách, cách ly hẹp nhất, nhanh nhất, chặt nhất có thể, có mục tiêu và lộ trình rõ ràng; xét nghiệm thần tốc, nhanh hơn tốc độ lây lan của dịch, bảo đảm an toàn, khoa học, hợp lý và hiệu quả theo hướng dẫn của Bộ Y tế; điều trị từ xa, từ sớm, từ ngay tại cơ sở,

góp phần giảm chuyển nặng, giảm tử vong. Nhưng những điều này không phải ngày một ngày hai mà qua cuộc chiến cam go, gian khổ, kể cả mất mát, hy sinh, chúng ta mới có được.

Gần 2 năm qua, cả dân tộc ta đã dần dần đi qua dịch bệnh một cách kiên cường. Dưới sự lãnh đạo của Đảng, Nhà nước, với quan điểm xuyên suốt là đặt sức khỏe, tính mạng người dân lên trên hết, trước hết, cả hệ thống chính trị và các tầng lớp nhân dân, cộng đồng doanh nghiệp đã vào cuộc quyết liệt, thực hiện đồng bộ các biện pháp phòng, chống dịch. Đến nay, dịch bệnh ở nước ta cơ bản đã được kiểm soát trong đợt dịch lần thứ 4 và đang thực hiện lộ trình thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát có hiệu quả dịch bệnh, vừa phòng chống dịch bệnh, vừa khôi phục và phát triển kinh tế - xã hội.

Trong hành trình của gần 600 ngày chống dịch, chúng ta đã sống trong sức mạnh của sự đoàn kết, sự đồng lòng của mọi tầng lớp Nhân dân với sự quyết liệt, quyết tâm của Đảng, Nhà nước và cả hệ thống chính trị, của sự chia sẻ, của tình yêu thương và nhân ái... Điều đặc biệt, chúng ta đã chứng kiến những nghĩa cử cao cả, đẹp đẽ, những đức hy sinh, những trái tim nhiệt huyết, những tấm lòng nhân ái tỏa sáng... của đội ngũ bác sĩ, cán bộ và nhân viên y tế, thầy thuốc trên cả nước, họ không chỉ có trái tim nhân ái, nhân hậu mà còn trí tuệ thông minh, nghị lực kiên cường, sự chịu đựng bền bỉ, đặc biệt khi cuộc chiến diễn ra rất gay go. Chúng ta tự hào về những điều này. Đúng như câu tục ngữ “Sinh ra trong cỗi hồng trần - Đòi người phải lấy chữ Nhân làm đầu”. Những con người ấy đã quên hiểm nguy để chữa bệnh cho đồng bào, đồng chí nhiễm bệnh, nhất là trong giai đoạn

đầu chống dịch bệnh, vaccine còn ít. Những con người ấy đã gác lại hạnh phúc riêng tư, gác lại cuộc sống yên bình để đi vào tâm dịch. Những con người ấy đã quên đi giấc ngủ, quên những bữa ăn, quên ngày quên tháng, quên Thứ Bảy, Chủ Nhật, quên đi sự nóng nực của những bộ đồ bảo hộ giữa mùa hè đổ lửa, quên đi nỗi sợ hãi, ám ảnh khi chứng kiến những phút giây sinh tử... Nhưng đổi lại, họ cảm thấy ấm áp, vui mừng, tự tin khi từng bệnh nhân khỏi bệnh... Và những con người ấy đâu có nghị lực kiên cường đến đâu cũng đã rơi nước mắt khi những bệnh nhân nặng không qua khỏi... Tất cả tiếp thêm nghị lực cho họ để sống đúng với lời dạy của Bác Hồ kính yêu “Lương y như từ mẫu” để chữa bệnh, cứu người dù trong bất cứ hoàn cảnh nào. Nhưng cũng chính trong hành trình gian nan ấy, chúng ta đã chứng kiến nhiều anh chị em đã bị nhiễm bệnh và có những người đã ra đi mãi mãi. Không thể miêu tả hết, ghi hết những cam go, khó khăn, khốc liệt trong phòng chống dịch, những gian lao, vất vả, hy sinh thầm lặng của lực lượng tuyến đầu, nhất là ngành y, đặc biệt là của những y bác sĩ trực tiếp điều trị bệnh nhân.

Đảng, Nhà nước và Nhân dân đã đánh giá cao, tri ân tất cả sự đóng góp ý nghĩa, cao cả của đội ngũ y, bác sĩ, cán bộ và nhân viên y tế, chia sẻ, thấu hiểu những hy sinh, mất mát của họ và các lực lượng tuyến đầu trong thời gian vừa qua. Với tinh thần sẵn sàng đi bất cứ nơi đâu, làm bất cứ việc gì khi tính mạng, sức khỏe của nhân dân bị dịch bệnh đe dọa, chỉ riêng trong đợt dịch thứ 4, đã có hàng chục nghìn cán bộ, nhân viên y tế, kể cả những học viên và sinh viên ngành y ở nhiều địa phương trên cả nước đã hăng hái trực tiếp thực hiện nhiệm vụ

chăm sóc, điều trị người bệnh, lấy mẫu xét nghiệm ở những địa bàn nguy hiểm nhất, nóng bỏng nhất, những nơi nhân dân cần nhất.

Tổng nhân lực y tế tham gia hỗ trợ chống dịch tại Thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam là gần 24 nghìn người; ước tính có khoảng 2.300 nhân viên y tế bị lây nhiễm, trong đó có 02 điều dưỡng và 01 bác sĩ ra đi mãi mãi. Ngành y tế đã và đang khẳng định được tâm thế, vị trí, vai trò, trách nhiệm của mình trước tính mệnh và sức khỏe của người dân. Trong một thời gian ngắn, chúng ta triển khai hàng chục bệnh viện dã chiến, hàng trăm trạm y tế lưu động để thu dung, điều trị bệnh nhân, giảm chuyên nặng, giảm tử vong, trong khi nếu điều kiện bình thường sẽ mất rất nhiều thời gian để thực hiện. Chúng ta trân trọng những gì đã làm được tốt nhất có thể trong điều kiện hết sức khó khăn.

Hơn 24 nghìn người thuộc ngành y tham gia chống dịch là hơn 24 nghìn bông hoa đẹp, truyền cảm hứng về đức hy sinh, về trách nhiệm với đồng bào, truyền niềm tin để vượt lên nghịch cảnh, truyền năng lượng tích cực để đi qua những ngày khó khăn của dịch bệnh, bồi đắp thêm truyền thống tốt đẹp của dân tộc ta, tình đồng chí, nghĩa đồng bào. Chúng ta tự hào, qua mỗi thử thách cam go, đội ngũ y tế của chúng ta càng trưởng thành, cả về bản lĩnh, ý chí, cả về lòng quả cảm, cả về kiến thức chuyên môn và nhất là tình đồng bào, nghĩa đồng chí lớn lao thể hiện qua công việc. Qua đây, chúng ta tự tin khẳng định: Dù khó khăn, gian khổ chừng nào, chúng ta cũng vượt qua được nếu chúng ta đoàn kết, thống nhất, đồng lòng, đùm bọc, thương yêu, chia sẻ, lắng nghe ý kiến của nhau để tìm ra giải pháp tốt nhất trong

hoàn cảnh khó khăn nhất, tất cả vì nhân dân, góp phần đưa đất nước hùng cường và thịnh vượng. Bên cạnh đó, khó khăn, thử thách cũng làm bộc lộ ra những hạn chế mà chúng ta phải thẳng thắn nhìn lại, có giải pháp khắc phục, như về năng lực y tế, nhất là ở cấp cơ sở.

Như câu chuyện lùi, hoãn kết hôn của nữ điều dưỡng Ngọc Diệp (Bệnh viện Bạch Mai), bác sĩ Đinh Hoàng (Bệnh viện Hùng Vương, Phú Thọ); hay vợ chồng bác sĩ Nguyễn Thị Giang - Đỗ Ngọc Anh (Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng) gửi lại con thơ để xung phong lên đường chống dịch... Có nhiều bác sĩ, tình nguyện viên đã gần như không nghỉ, liên tục chi viện từ vùng dịch này sang vùng dịch khác, như bác sĩ Trần Thanh Linh (Bệnh viện Chợ Rẫy) vừa trở về từ Khu công nghiệp Bắc Giang lại bắt tay ngay vào cứu chữa bệnh nhân tại Bệnh viện Hồi sức COVID-19 Thành phố Hồ Chí Minh...

Nhân dịp này, tôi cũng chia sẻ, đánh giá cao và cảm ơn người thân, gia đình của các y, bác sĩ, nhân viên y tế thời gian qua đã luôn là chỗ dựa tinh thần, là hậu phương vững chắc để mỗi nhân viên y tế nơi tuyến đầu yên tâm công tác, hoàn thành tốt nhiệm vụ cao cả của mình.



Bác sĩ Nguyễn Lâm Hiếu phát biểu tại buổi gặp mặt: “Bài học lớn nhất là chúng ta phải nâng cao chất lượng y tế cơ sở”⁹⁹



PGS.TS.BS Nguyễn Lâm Hiếu báo cáo với Đoàn công tác của Thủ tướng và Bộ Y tế về công tác vận hành bệnh viện dã chiến Hoàng Mai, Hà Nội

⁹⁹ <https://vncdc.gov.vn/thu-tuong-chinh-phu-gap-mat-bieu-duong-dai-dien-luc-luong-y-te-tuyen-dau-chong-dich-nd16632.html>

Thưa các đồng chí, các anh chị em!

Để thực hiện thành công chủ trương “Thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19”, vừa bảo vệ sức khỏe nhân dân, vừa phục hồi và phát triển kinh tế - xã hội trong trạng thái bình thường mới, vai trò của lực lượng tuyến đầu vẫn là thường trực, thường xuyên.

Tôi đề nghị và mong muốn lực lượng y tế tuyến đầu tiếp tục phát huy truyền thống tốt đẹp và những kết quả tích cực, những kinh nghiệm quý thời gian qua, tiếp tục cống hiến, tích cực cho công tác phòng, chống dịch cũng như công tác chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân. Trong thời gian qua, Đảng, Nhà nước và Nhân dân đã rất biết ơn và quan tâm đến đội ngũ cán bộ và nhân viên y tế, dù chưa được trọn vẹn, mong các đồng chí chia sẻ, cảm thông.

Lãnh đạo Đảng, Nhà nước đánh giá cao và động viên tuyến đầu chống dịch, đặc biệt là đội ngũ nhân viên y tế. Chính phủ đã chỉ đạo các bộ, ngành khẩn trương hoàn chỉnh các cơ chế, chính sách hỗ trợ cho lực lượng tuyến đầu, nhất là lực lượng y tế, bảo đảm công bằng, bình đẳng.

Trong thời gian tới, dự báo tình hình dịch bệnh vẫn diễn biến khó lường, nguy cơ xuất hiện biến chủng mới lây lan nhanh hơn, phức tạp và có thể nguy hiểm hơn. Đội ngũ cán bộ y tế sẽ còn rất nhiều gian nan, vất vả. Vì vậy, tôi đề nghị ngành y tế cùng các lực lượng khác tiếp tục tập trung thực hiện hiệu quả các biện pháp phòng, chống, kiểm soát dịch bệnh; trong đó, hết sức chú trọng thực hiện các biện pháp bảo đảm an toàn cho đội ngũ tuyến đầu chống dịch, nhất là các

y, bác sĩ, nhân viên y tế. Bộ Y tế phối hợp với các cơ quan, các địa phương đẩy mạnh chiến dịch tiêm chủng vaccine an toàn, khoa học, hiệu quả, theo thứ tự ưu tiên hợp lý, không gây phiền hà cho nhân dân, xây dựng kế hoạch cho thời gian sắp tới, chuẩn bị vaccine cho năm 2022 và tiêm vaccine cho trẻ em, đẩy mạnh nghiên cứu, chuyển giao công nghệ, sản xuất vaccine trong nước, chuẩn bị chủ động về thuốc chữa bệnh. Bộ Y tế có đề án xây dựng ngành “COVID học”.

Các bộ, ngành, địa phương hỗ trợ, tạo điều kiện, bảo đảm các điều kiện thuận lợi kể cả về vật chất và tinh thần để các lực lượng tuyến đầu hoàn thành tốt nhất nhiệm vụ cao cả của mình; động viên, khen thưởng, tôn vinh kịp thời các tấm gương tiêu biểu, phổ biến nhân rộng các cách làm hay, mô hình tốt trong phòng chống dịch.

Tôi đề nghị đội ngũ y bác sĩ qua thực tiễn công tác, kinh nghiệm của mình tham mưu các cấp, các ngành, các địa phương thực hiện nghiêm túc và kiến nghị xử lý, giải quyết những khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình thực hiện Nghị quyết 128 và hướng dẫn của Bộ Y tế về thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch bệnh, ngày càng hoàn chỉnh các biện pháp phòng chống dịch và khôi phục, phát triển kinh tế - xã hội.

Tôi kêu gọi đồng bào, đồng chí, các cấp, các ngành tiếp tục ủng hộ, đoàn kết, đề cao tính chủ động, ý thức trách nhiệm, tự giác thực hiện các biện pháp phòng chống dịch, coi đó là hành động thiết thực tri ân lực lượng tuyến đầu; tiếp tục đóng góp, hỗ trợ thiết thực cho công tác phòng, chống dịch.

Chúc các anh chị em y, bác sĩ, cán bộ, nhân viên y tế, thầy thuốc, những chiến sĩ trên mặt trận chống COVID-19, những người gánh vác sứ mệnh cao cả nhưng rất đáng tự hào luôn mạnh khỏe, hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặt lợi ích quốc gia dân tộc lên trên hết, trước hết./.



*Mỗi học sinh, sinh viên một Khẩu Trang dành tặng các
Chiến Sĩ áo trắng¹⁰⁰*

¹⁰⁰ “Món quà từ trái tim dành tặng những chiến sĩ áo trắng- những người hùng của dân tộc”, Chương trình do Quỹ Trò nghèo vùng cao- Cơm có thịt phát động với sự đồng hành của 50 trường THCS, THPT, Đại học tại Hà Nội, Đà Nẵng, Hưng Yên và Bình Dương

TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH BỆNH COVID-19 ĐỐI VỚI GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

TS. Lê Trường Sơn¹⁰¹

***Tóm tắt:** Đại dịch COVID-19 ảnh hưởng lớn đến mọi mặt trong đời sống xã hội của đất nước, trong đó có hoạt động giáo dục và đào tạo. Bài viết này nhận diện những cơ hội và thách thức mà dịch bệnh đặt ra đối với giáo dục – đào tạo và từ đó đưa ra một số kiến nghị nhằm phát huy những thuận lợi và hạn chế đến tối đa những ảnh hưởng tiêu cực do dịch bệnh gây ra.*

Dịch COVID-19 được phát hiện lần đầu tiên tại Trung Quốc vào cuối năm 2019 trước khi lan ra toàn thế giới. Tháng 03/2020, Tổ chức Y tế Thế giới đã tuyên bố COVID-19 là đại dịch toàn cầu, điều đó cho thấy mức độ nghiêm trọng của đại dịch này đã đạt ở mức báo động nhất. Tính đến tháng 10/2021, đã có hơn 240 triệu ca nhiễm bệnh, trong đó số bệnh nhân tử vong đã lên đến 4 triệu người¹⁰². Chắc chắn đại dịch COVID-19 sẽ đi vào lịch sử như một trong những thử thách lớn nhất mà loài người phải đương đầu trong thế kỷ XXI.

Tại Việt Nam, kể từ khi các ca nhiễm COVID-19 đầu tiên được phát hiện vào tháng 01/2020 đến nay chúng ta đã trải qua bốn lần bùng phát dịch. Đợt bùng phát dịch lần thứ tư có tốc độ lây rất nhanh, lan rộng ra nhiều địa phương với quy mô lớn nhất từ trước đến nay. Với tinh thần “chống dịch như chống giặc”; “bảo vệ sức khỏe người

¹⁰¹ Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Luật TP.HCM, PTường ban Chỉ đạo Phản ứng nhanh phòng chống Covid19 - ĐH Luật TP.HCM.

¹⁰² Số liệu từ trang thông tin của WHO <https://covid19.who.int/>

dân là trên hết, trước hết”, Nhà nước đã có sự chỉ đạo quyết liệt, kịp thời, bằng những chiến lược, giải pháp đúng đắn và phù hợp, dịch bệnh cơ bản đã được kiểm soát, nhiều địa phương trước đây bị thiệt hại nặng nề do dịch bệnh đã bắt đầu giai đoạn “bình thường mới”. Tuy nhiên, dù đã hạn chế đến mức tối đa, nhưng ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đến mọi mặt trong đời sống xã hội của nước ta vẫn rất nghiêm trọng. Đơn cử như trong lĩnh vực thương mại, trong 6 tháng đầu năm 2020, doanh thu dịch vụ lưu trú, ăn uống giảm tới 18,1% so với cùng kỳ năm 2019, doanh thu du lịch lữ hành giảm tới 53,2%; trong lĩnh vực đầu tư, 6 tháng đầu năm 2020, vốn đầu tư toàn xã hội tăng 3,4% so với cùng kỳ năm trước - mức tăng thấp nhất trong giai đoạn 2016 – 2020; ở góc độ xã hội, COVID-19 tác động làm tăng tỷ lệ nghèo và cận nghèo về thu nhập và làm sụt giảm thu nhập tạm thời của hộ gia đình và người lao động;...¹⁰³. Trong diễn biến dịch bệnh phức tạp, hoạt động giáo dục và đào tạo cũng chịu những ảnh hưởng rất lớn về mọi mặt. Đại dịch COVID-19 đặt ra cả những cơ hội mới và những thách thức đầy khó khăn mà ngành giáo dục phải đối mặt.

1. Những cơ hội và thách thức đặt ra cho hoạt động giáo dục – đào tạo trong đại dịch COVID-19

1.1. Cơ hội

Đại dịch COVID-19 mở ra cơ hội để ngành giáo dục thực hiện chuyển đổi số. Vấn đề chuyển đổi số nói riêng và ứng dụng khoa học – công nghệ tiên tiến trong lĩnh vực giáo dục đã được đặt ra từ lâu,

¹⁰³GS. TS. Nguyễn Quang Thuấn, *Tác động của đại dịch COVID-19 và một số giải pháp chính sách cho Việt Nam trong giai đoạn tới*, Tạp chí Cộng sản, 2020, <https://www.tapchicongsan.org.vn/web/guest/kinh-te/-/2018/819611/tac-dong-cua-dai-dich-covid-19%C2%A0va-mot-so-giai-phap-chinh-sach-cho-viet-nam-trong-giai-doan-toi.aspx>, truy cập ngày 24/10/2021

nhưng vì nhiều nguyên do mà thực hiện còn chậm. Nghị quyết số 52-NQ/TW của Bộ Chính trị năm 2019 cũng đã đánh giá: “Mức độ chủ động tham gia cuộc Cách mạng công nghiệp lần thứ tư của nước ta còn thấp. Thể chế, chính sách còn nhiều hạn chế và bất cập. Cơ cấu và chất lượng nguồn nhân lực chưa đáp ứng được yêu cầu. Khoa học - công nghệ và đổi mới sáng tạo chưa thực sự là động lực phát triển kinh tế - xã hội; hệ thống đổi mới sáng tạo quốc gia mới được hình thành, chưa đồng bộ và hiệu quả. Quá trình chuyển đổi số quốc gia còn chậm, thiếu chủ động do hạ tầng phục vụ quá trình chuyển đổi số còn nhiều hạn chế [...] Những hạn chế nêu trên có những nguyên nhân chủ quan và khách quan; trong đó, nguyên nhân chủ quan là chính”. Nguyên nhân chủ quan ở đây có thể kể đến như sự thụ động trong tiếp thu công nghệ, hay sức ì, tâm lý ngại thay đổi những phương pháp dạy – học truyền thống,... Tuy vậy, dịch bệnh COVID-19 đã buộc các trường học phải đóng cửa, thầy và trò không còn điều kiện tiến hành hoạt động dạy học truyền thống, các cơ sở giáo dục không còn cách nào khác phải tiến hành chuyển đổi số nhanh chóng và hiệu quả. Theo thống kê, cả nước đã có 150 cơ sở giáo dục đại học phải chuyển hình thức giảng dạy từ trực tiếp sang trực tuyến để phòng chống dịch Covid-19¹⁰⁴. Con số này sẽ còn lớn hơn ở bậc giáo dục phổ thông. Để đáp ứng cho nhu cầu dạy và học, các hoạt động dạy và học trực tuyến, chuyển đổi các tài liệu học tập vật lý sang tài liệu số, áp dụng các phương pháp kiểm tra – đánh giá trực tuyến... nhanh

¹⁰⁴Nguyễn Lộc, *Dịch bệnh Covid-19 ảnh hưởng đến mọi mặt của ngành Giáo dục*, Báo Kiểm toán Nhà nước, 2021, <http://baokiemtoannhanuoc.vn/giao-duc/dich-benh-covid-19-anh-huong-den-moi-mat-cua-nganh-giao-duc-149769>, truy cập ngày 24/10/2021

chóng được áp dụng và đi vào ổn định ở các cơ sở trường học. Như vậy, theo định hướng, chủ trương đúng đắn của Đảng và Nhà nước trong việc đổi mới sáng tạo và áp dụng khoa học công nghệ thì công cuộc chuyển đổi số trong giáo dục chắc chắn vẫn sẽ được diễn ra trong điều kiện thông thường, nhưng với tốc độ chậm và lộ trình dài hơn. Chính đại dịch COVID-19 đã buộc ngành giáo dục phải chủ động, tích cực, nhanh chóng tiếp cận, áp dụng sáng tạo khoa học, công nghệ vào giảng dạy để hạn chế đến mức tối đa sự “gián đoạn” trong giáo dục mà dịch bệnh đã gây ra. Trong vòng 02 năm qua, “cú hích” của dịch bệnh đã vô hình trung giúp chúng ta bước một bước dài trong công cuộc chuyển đổi số ngành giáo dục – một điều mà có lẽ ta khó có thể đạt được trong điều kiện bình thường.

Tiếp cận nhanh hơn với công nghệ dạy học trực tuyến cũng mở ra cho chúng ta những tiện ích mới: Người dạy và người học không cần phải đến lớp học vật lý mà vẫn có thể tham gia lớp học trực tuyến ở bất kỳ đâu miễn là có kết nối mạng, tạo điều kiện thuận lợi và sự an toàn cho cả người dạy và người học. Từ đây mở ra cơ hội để tổ chức những lớp học phi không gian trong đó người dạy và người học có thể ở cách xa nhau hàng ngàn cây số - điều không tưởng với những mô hình dạy học truyền thống trong các lớp học vật lý. Việc những chuyên gia, nhà khoa học ở nước ngoài có thể tham gia chia sẻ, giảng dạy trong các lớp học ở Việt Nam bây giờ cũng không còn bị hạn chế bởi khoảng cách địa lý hay phương tiện di chuyển. Ngược lại, nhiều du học sinh cũng có thể “du học” tại nhà qua các khóa học trực tuyến – vừa đảm bảo an toàn, giảm chi phí sinh hoạt tại quốc gia khác, vừa có thể tiếp cận đến giáo dục của các nước tiên bộ hơn. Bên cạnh đó là

tiện ích của những phần mềm, dịch vụ học tập trực tuyến như Zoom, Google Meet hay Microsoft Teams... cho phép chia sẻ video, hình ảnh chất lượng cao, tạo ra các diễn đàn trực tuyến cho phép trao đổi bất kỳ lúc nào; hay các công cụ tạo sản phẩm trình chiếu phục vụ cho học tập rất hiện đại, thu hút, miễn phí trên internet. Những tiện ích nói trên rất có thể sẽ bị bỏ lỡ hoặc chậm ứng dụng nếu không có cú “hích” từ dịch bệnh.

Thực hiện hoạt động giáo dục đào tạo trong các lớp học trực tuyến cũng tạo thuận lợi cho các cơ sở giáo dục đảm bảo và thậm chí là đẩy nhanh tiến độ học tập do việc thiết kế lịch giảng, lịch học bây giờ không còn phụ thuộc vào cơ sở vật chất, số lượng phòng học, bàn ghế. Mặt khác, nhờ ứng dụng công nghệ mà trong thời gian này, những hội thảo, những tọa đàm, các buổi tập huấn, các lớp học trực tuyến có thể diễn ra với hàng ngàn người tham dự, trong khi trước đây điều này phụ thuộc rất lớn vào cơ sở vật chất và trang thiết bị của mỗi cơ sở. Nếu dịch bệnh không xảy ra, nếu như ta chưa bị “buộc” phải chuyển đổi số một cách nhanh chóng thì có thể bây giờ ta vẫn chưa làm được những điều kể trên. Ngược lại, thực tế cho thấy, trong thời gian cả nước chống dịch thì các cơ sở giáo dục vẫn đã cố gắng đảm bảo được tiến độ dạy và học, nhiều cơ sở vẫn tổ chức thành công các hội thảo, tọa đàm có sự tham gia sâu rộng của nhiều chuyên gia, nhà nghiên cứu cũng như học sinh, sinh viên cả nước.

Dưới góc độ xã hội, dịch bệnh buộc nhiều địa phương phải thực hiện giãn cách toàn xã hội, nhưng điều này cũng là cơ hội để các thành viên trong gia đình gần gũi với nhau hơn, đặc biệt là cha mẹ có thời

gian ở bên và quan tâm tới con trẻ nhiều hơn trước đây. Điều này cũng có ảnh hưởng tích cực phần nào đến giáo dục, bởi cấu thành giáo dục gồm 4 yếu tố: giáo dục gia đình, giáo dục nhà trường, giáo dục xã hội và tự giáo dục, trong đó, giáo dục gia đình đóng vai trò đặt nền móng cơ bản¹⁰⁵. Giáo dục nhà trường và giáo dục xã hội chỉ có thể đạt hiệu quả khi và chỉ khi cơ sở là giáo dục gia đình được chú trọng. Tuy nhiên, vì nhiều nguyên do mà không ít gia đình, mỗi quan tâm, chăm sóc của một bộ phận cha mẹ dành cho con trẻ suy giảm, thậm chí có không ít gia đình còn “khoán trắng” cho xã hội và nhà trường việc giáo dục con trẻ, hay một số không ít cha mẹ chưa dành thời gian thích đáng cho con trẻ¹⁰⁶. Điều này đã thay đổi đáng kể khi dịch bệnh buộc các thành viên trong gia đình dành thời gian ở nhà gần như toàn bộ thời gian giãn cách xã hội, tạo điều kiện để cha mẹ quan tâm, theo dõi, sâu sát tình hình học tập của con. Qua đó, phụ huynh một mặt có thể phát hiện kịp thời những vấn đề của người học và kết hợp cùng nhà trường để giải quyết, mặt khác hiểu và thông cảm cho những nỗ lực của nhà trường cũng như toàn ngành giáo dục trong việc đảm bảo tiến độ dạy và học trong thời gian dịch bệnh căng thẳng. Đây là cơ hội để củng cố và phát triển thêm mối quan hệ gia đình – nhà trường thêm khăng khít, bền chặt.

Ngoài ra, những lớp học vắng bóng học sinh cũng là thời điểm thuận lợi để các cơ sở giáo dục kiểm tra và “tân trang” cơ sở vật chất,

¹⁰⁵ThS. Vũ Minh Thanh, *Giáo dục gia đình đóng vai trò quan trọng trong thời đại ngày nay*, 2021 <https://truongchinhtri.edu.vn/home/thong-tin-nghien-cuu-trao-doi/giao-duc-gia-dinh-dong-vai-tro-quan-trong-trong-thoi-dai-ngay-nay-1269.html>, truy cập ngày 25/10/2021

¹⁰⁶TS. Văn Thị Thanh Mai, TS. Đình Quang Thành, *Giáo dục gia đình góp phần quan trọng hình thành và phát triển nhân cách con người*, 2020, <https://tuyengiao.vn/dua-nghi-quyet-cua-dang-vao-cuoc-song/giao-duc-gia-dinh-gop-phan-quan-trong-hinh-thanh-va-phat-trien-nhan-cach-con-nguoi-127016>, truy cập ngày 15/10/2021

thiết bị dạy học, phòng học – điều mà trước đây khó thực hiện được, đặc biệt là các cơ sở giáo dục phải sử dụng phòng học, thiết bị quanh năm.

1.2. Thách thức

Bên cạnh những cơ hội, đại dịch COVID-19 đặt ra những thách thức, khó khăn mà ngành giáo dục phải vượt qua.

Ảnh hưởng nghiêm trọng nhất và rõ ràng nhất của dịch bệnh đối với giáo dục & đào tạo là các cơ sở giáo dục phải đóng cửa. Theo thống kê của UNESCO, vào tháng 4/2020, đã có 117 quốc gia đã phải đóng cửa hoàn toàn các cơ sở giáo dục vì dịch bệnh, ảnh hưởng đến 1,2 tỷ người học (chiếm đến 71,8% tổng số người học trên thế giới. Cho đến cuối tháng 10/2021, mặc dù tình hình dịch bệnh đã được kiểm soát ở nhiều quốc gia, song vẫn còn 14 quốc gia phải đóng cửa hoàn toàn các trường học, tổng số người học bị gián đoạn việc học tập là gần 59 triệu người¹⁰⁷. Chỉ riêng Việt Nam, số người học bị ảnh hưởng bởi đại dịch COVID-19 đã là gần 15 triệu người tính tới tháng 10/2021.

Trong năm học qua, dịch bệnh Covid-19 đã ảnh hưởng đến việc tổ chức dạy học và hoàn thành chương trình năm học. Nhiều thời gian trong năm học, học sinh, sinh viên đã phải tạm dừng việc học trực tiếp trên lớp và chuyển sang hình thức học trực tuyến. Tình hình dịch bệnh phức tạp và khó lường khiến ngành giáo dục cũng khó lên một kịch bản ứng phó thống nhất trong cả năm học, mà kết quả là người học ở nhiều địa phương phải chuyển đổi qua lại giữa các phương thức học

¹⁰⁷ Số liệu từ UNESCO, *Education: From disruption to recovery*, <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>, truy cập ngày 22/10/2021

trực tiếp và học trực tuyến. Việc thay đổi phương thức học tập trong học kỳ cũng phần nào ảnh hưởng tiêu cực đến công tác dạy và học. Bên cạnh đó, nhiều trường học đã phải hoàn thành năm học 2020-2021 muộn so với kế hoạch do đợt dịch COVID-19 lần thứ tư diễn ra đúng vào thời gian thi học kỳ 2, kế hoạch tuyển sinh đầu cấp của nhiều địa phương phải thay đổi do chưa kịp tổ chức khảo sát học kỳ 2 đối với các nhóm học sinh cuối cấp¹⁰⁸. Các kỳ thi Trung học phổ thông quốc gia trong năm học 2019-2020 và 2020-2021 cũng phải tổ chức muộn hơn so với các năm trước đó.

Mặc dù dịch bệnh đã tạo động lực cho việc chuyển đổi số nhanh chóng, nhưng việc yêu cầu ứng dụng khoa học, công nghệ vào dạy học trong một thời gian ngắn cũng đã tạo ra áp lực không nhỏ đến toàn bộ hệ thống giáo dục, từ cấp lãnh đạo, quản lý đến từng giáo viên. Khối lượng công việc lớn gồm: tập huấn, lựa chọn, cập nhật phần mềm để giảng dạy; đổi mới, áp dụng phương pháp giảng dạy cũng như phương pháp kiểm tra – đánh giá cho phù hợp; chuyển đổi tài liệu học tập sang tài liệu số; tạo các diễn đàn học tập trực tuyến, e-learning... đã phải thực hiện trong khoảng thời gian tối thiểu để cố gắng hạn chế tối đa sự gián đoạn trong giáo dục do dịch bệnh. Do đó, việc chuyển đổi số trong giáo dục hiện nay còn nhiều thiếu sót như chưa thực hiện đồng bộ giữa các cơ sở đào tạo, giữa các địa phương, kế hoạch, chương trình, nội dung các môn học trực tuyến chưa thể có sự thay đổi cho phù hợp, công nghệ quản lý còn chưa được đầu tư và ứng dụng đúng mức, các phương thức, diễn đàn e-learning chưa phát

¹⁰⁸Nguyễn Lộc, *Dịch bệnh Covid-19 ảnh hưởng đến mọi mặt của ngành Giáo dục*, Báo Kiểm toán Nhà nước, 2021, <http://baokiemtoannhanuoc.vn/giao-duc/dich-benh-covid-19-anh-huong-den-moi-mat-cua-nganh-giao-duc-149769>, truy cập ngày 24/10/2021

huy được hiệu quả của mình,... Thiết nghĩ những hạn chế này cần phải có thời gian và nguồn lực mới có thể được khắc phục hoàn toàn.

Bên cạnh đó, thực tế đã cho thấy các phương pháp truyền đạt truyền thống dần trở nên kém hiệu quả trong các lớp học trực tuyến do thiếu vắng sự tương tác trực tiếp giữa người dạy và người học cũng như giữa những người học với nhau. Mặt khác, ngay cả những phương pháp giảng dạy tích cực đòi hỏi sự tương tác trực tiếp như thảo luận, làm việc nhóm tại chỗ, diễn kịch đóng vai,...cũng rất khó thực hiện trong lớp học trực tuyến. Đây vừa là thách thức, cũng là cơ hội để người dạy chủ động, nỗ lực tìm tòi, nghiên cứu và đổi mới phương pháp dạy học nhằm làm lớp học sinh động, hấp dẫn và đạt được mục tiêu truyền đạt kiến thức hiệu quả. Có thể kể đến một số phương pháp phù hợp với lớp học trực tuyến như tổ chức seminar, tổ chức cho người học thuyết trình, các phương pháp trực quan sinh động (video, âm thanh...),...Bên cạnh đó, trước dịch bệnh, các phương pháp kiểm tra – đánh giá chủ yếu ở các cơ sở giáo dục tại nước ta vẫn là làm bài thi trực tiếp trên giấy. Tình hình dịch bệnh vừa qua đã buộc các cơ sở giáo dục trên cả nước tổ chức thi trực tuyến mà vẫn phải đảm bảo tính công bằng, nghiêm túc như một cuộc thi trực tiếp. Đây là những thách thức không nhỏ mà các cơ sở giáo dục và từng giáo viên phải vượt qua.

Sự chuyển đổi quá nhanh chóng từ phương thức học tập truyền thống sang phương thức học tập trực tuyến cũng phần nào làm suy giảm năng lực học tập của người học. Báo cáo “Thanh niên và COVID-19: Tác động đến việc làm, giáo dục, quyền và sức khỏe tinh

thần” của Tổ chức Lao động thế giới cho biết, 65% thanh niên thừa nhận đã học kém hơn kể từ khi bắt đầu đại dịch do chuyển đổi từ học tại lớp sang học trực tuyến và học từ xa trong thời gian phong tỏa¹⁰⁹. Điều này có nhiều nguyên nhân khách quan như đường truyền internet, chất lượng của phương tiện giảng dạy, học tập (laptop, máy tính, loa, micro), không gian học tập,...bên cạnh những nguyên nhân chủ quan như phương pháp truyền đạt của giảng viên, mức độ tự giác của học viên. Bên cạnh đó, phương thức đào tạo trực tuyến tuy có nhiều tiện ích nhưng không phải loại hình đào tạo nào, đối tượng đào tạo nào cũng áp dụng được. Đơn cử như dạy nghề hoặc các môn học thực hành, cần có phòng lab hoặc máy móc để người học thao tác, khi chuyển sang học trực tuyến thì người học chỉ có thể học lý thuyết và xem giáo viên thao tác. Tương tự, các môn học liên quan đến giáo dục thể chất cũng gặp khó khăn khi chuyển sang giảng dạy trực tuyến. Vấn đề này càng trở nên phức tạp và khó giải quyết hơn đối với học sinh tiểu học, đặc biệt là các em lớp 1 – đối tượng rất cần sự tương tác trực tiếp trong giảng dạy để “rèn” ngay từ cách cầm viết, cách đánh vần và từng nét chữ. Học tập trực tuyến cũng rất khó áp dụng cho giáo dục mầm non, đồng thời, việc chuẩn bị tâm lý, kỹ năng cho trẻ cuối cấp mầm non chuẩn bị cho trẻ vào lớp 1 cũng gặp khó khăn.

Nguồn tài liệu cho học tập cũng là một vấn đề nan giải, đặc biệt là ở bậc giáo dục đại học. Việc chuyển đổi số toàn bộ học liệu, giáo trình, sách giáo khoa của bất kỳ cơ sở đào tạo nào cũng cần thời gian lâu dài và nguồn lực (cả nhân lực lẫn vật lực). Trong khi đó việc in ấn,

¹⁰⁹COVID-19 tác động tiêu cực lĩnh vực giáo dục và đào tạo thanh niên, Báo điện tử Đảng Cộng sản Việt Nam,2020, <https://dangcongsan.vn/the-gioi/tin-tuc/covid-19-tac-dong-tieu-cuc-linh-vuc-giao-duc-va-dao-tao-thanh-nien-561501.html>, truy cập ngày 23/10/2021

tái bản sách giáo trình, tài liệu học tập cũng gặp khó khăn do các xưởng in, các nhà xuất bản cũng không được hoạt động hết công suất để đảm bảo phòng chống dịch bệnh. Thêm vào đó, các thư viện cũng phải đóng cửa. Từ đó dẫn đến việc tiếp cận đến nguồn tài liệu học tập của người học trở nên khó khăn hơn bao giờ hết, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng của hoạt động dạy và học.

Đóng cửa trường học không chỉ ảnh hưởng tới người học, mà còn cả các bậc phụ huynh, giáo viên, và các cơ sở đào tạo. Nhiều phụ huynh ở Việt Nam phải nghỉ làm để chăm sóc con nhỏ, làm giảm năng suất lao động của xã hội. Thêm vào đó, diễn biến phức tạp của dịch bệnh cũng đẩy các trường học và cơ sở giáo dục tư nhân đối mặt với nguy cơ đóng cửa vĩnh viễn và hệ quả là phá sản, đặc biệt là các cơ sở giáo dục mầm non. Còn đối với các cơ sở giáo dục công lập, những quyết định không chắc chắn sẽ gây ra sự chậm trễ trong việc đóng học phí của học sinh, sinh viên và từ đó ảnh hưởng tới tiền lương của giáo viên và đội ngũ nhân viên. Từ đây có thể thấy, ngành giáo dục bị tổn thương sẽ khiến nhiều lĩnh vực khác trong xã hội chịu ảnh hưởng nghiêm trọng.

Về mặt tâm lý, đại dịch COVID-19 đã và đang ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tinh thần của người dạy và người học. Theo kết quả ban đầu từ một cuộc khảo sát quốc tế về trẻ em và người trưởng thành ở 21 quốc gia được thực hiện bởi UNICEF và Gallup – đơn vị được đề cập trong Báo cáo Tình hình trẻ em Thế giới năm 2021, trung bình cứ 5 người trong độ tuổi từ 15-24 được khảo sát thì có 1 người cho biết họ cảm thấy chán nản hoặc hầu như không có hứng thú làm bất cứ

việc gì và cứ 7 em thì có ít nhất 1 em trong tổng số trẻ em trên toàn cầu bị ảnh hưởng trực tiếp bởi các đợt phong tỏa (ước tính có đến 1,6 tỷ trẻ em phải hứng chịu những thiệt hại nhất định về giáo dục)¹¹⁰. Bên cạnh đó, việc liên tục phải giảng dạy, học tập trực tuyến lâu dài có thể gây ra những hậu quả khó lường về tâm lý của cả giáo viên, học viên, lẫn phụ huynh như gây kiệt sức, rối loạn căng thẳng và lo âu¹¹¹. Đặc biệt là đối với học sinh, trường học không chỉ là nơi học tập kiến thức mà còn là không gian để các em giao tiếp, phát triển các kỹ năng xã hội thông qua các mối quan hệ với giáo viên, với bạn bè và những người xung quanh. Việc cách ly và học trực tuyến dài ngày tiềm tàng hậu quả về một thế hệ có năng lực giao tiếp và các kỹ năng xã hội hạn chế.

Dịch bệnh kéo dài cũng làm cho chi phí giáo dục tăng theo cấp số nhân. Xét trên phương diện kinh tế, việc học trực tuyến đã làm tăng chi phí giáo dục lên rất nhiều: mỗi người dạy và người học ít nhất phải có khả năng truy cập vào internet bằng cách này hay cách khác, ít nhất phải có một thiết bị điện tử có khả năng truy cập vào internet và khởi chạy các phần mềm, ứng dụng học tập trực tuyến, ngoài ra có thể phải cần thêm loa, webcam và micro nếu thiết bị nói trên chưa tích hợp. Nếu gia đình có hai người con trùng buổi học thì phải gấp đôi số thiết bị. Như vậy, chi phí để học tập đã tăng lên đáng kể. Những hộ gia đình ở miền núi, vùng sâu, hải đảo, hoặc những gia đình có kinh tế quá eo hẹp thì sẽ phải làm như thế nào? Đối với các cơ sở giáo dục, chi phí để xây dựng, thiết kế lại chương trình, tập huấn cho cán bộ,

¹¹⁰<https://www.unicef.org/vietnam/vi/thông-cáo-báo-chí/tác-động-của-đại-dịch-covid-19-đối-với-tình-trạng-sức-khỏe-tâm-thần-kém-ở-trẻ-em>

¹¹¹<https://kentuckycounselingcenter.com/mental-health-effects-of-online-learning/>

giảng viên, chuyển đổi tài liệu sang dạng số cũng không hề nhỏ. Ngoài ra, còn các chi phí cho công tác tiêu độc, khử trùng phòng học, phòng, chống dịch bệnh liên tục trong nhiều tháng sau khi giãn cách xã hội và trước khi học sinh quay trở lại trường học.

2. Một số kiến nghị nhằm tận dụng cơ hội và hạn chế những khó khăn mà dịch Covid-19 đặt ra cho ngành giáo dục

Đại dịch COVID-19 ảnh hưởng nghiêm trọng đến mọi mặt trong đời sống xã hội, trong đó giáo dục cũng là một trong những lĩnh vực chịu tác động nặng nề nhất. Nhưng giáo dục không thể và không bao giờ được dừng lại, vì “lợi ích trăm năm trồng người” như lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh.

Do đó mà phải biến nguy thành cơ, tranh thủ tận dụng cơ hội và vượt qua những thách thức đang đặt ra trước ngành giáo dục. Để làm được điều ấy, cần phải thực hiện được một số giải pháp như sau:

Thứ nhất, cần tuyên truyền, quán triệt, thống nhất nhận thức của cơ sở đào tạo, đội ngũ giáo viên, học viên và những cá nhân, tổ chức hữu quan, rằng việc giáo dục và đào tạo trực tuyến không phải chỉ là giải pháp tạm thời, “ngày một ngày hai” mà phải xác định đây có thể là phương thức dài lâu, thậm chí kéo dài cả năm học nếu như tình hình dịch bệnh còn phức tạp. Hoặc là trong tương lai có thể sẽ có sự kết hợp, chuyển đổi linh hoạt giữa lớp học trực tiếp và lớp học trực tuyến. Cả người dạy, người học phải chủ động, tích cực hợp tác cùng nghiên cứu, tìm tòi phương pháp phù hợp nhất với lớp học của mình để vượt qua hạn chế trước mắt cũng như đạt hiệu quả học tập lâu dài.

Thứ hai, lớp học trực tuyến phải được tổ chức trong điều kiện và kỹ thuật tốt nhất mà cơ sở giáo dục có thể cung cấp được. Tức là mỗi cơ sở giáo dục phải chủ động lên kế hoạch, xây dựng nền tảng công nghệ thông tin đồng bộ, từ máy chủ, đường truyền, băng thông, cũng như các ứng dụng để vận hành hệ thống, bài giảng, công nghệ quản lý, kế hoạch, chương trình, nội dung, học liệu... Đối với các cơ sở giáo dục công lập, kinh phí để thực hiện điều này không nhỏ. Một mặt nguồn lực để chuyển đổi số phải do Nhà nước hỗ trợ, mặt khác Nhà nước cần có chính sách huy động từ nguồn lực bên ngoài xã hội.

Thứ ba, Bộ Giáo dục và Đào tạo cũng cần có những quyết sách cần thiết nhằm đồng bộ hóa việc chuyển đổi số trong cả nước, không để tình trạng chênh lệch trong tốc độ và mức độ số hóa trong giáo dục giữa địa phương này với địa phương khác, giữa nông thôn và thành thị, vô hình trung sẽ tạo ra bất công trong việc cung ứng dịch vụ giáo dục giữa các địa phương. Bên cạnh đó, Bộ Giáo dục và Đào tạo và các Sở Giáo dục cũng cần ban hành những hướng dẫn thống nhất cho giáo viên một cách bài bản để việc áp dụng công nghệ đạt hiệu quả và đồng bộ. Việc tổ chức các buổi tập huấn phương thức sử dụng, ứng dụng công nghệ vào giảng dạy cũng rất cần thiết, tạo điều kiện cho người dạy đạt được chuẩn công nghệ thông tin (ví dụ tiêu chuẩn 5 đối với giáo viên cơ sở giáo dục phổ thông được quy định trong Thông tư 20/2018/TT-BGDĐT) cũng như ứng dụng công nghệ trong giảng dạy một cách hữu hiệu.

Thứ tư, tiếp tục đẩy mạnh áp dụng phương thức dạy học qua internet và trên truyền hình. Phương thức này sẽ tạm thời khắc phục được phần nào việc chuyển đổi số còn chưa đồng bộ giữa các địa

phương. Tuy nhiên phương thức dạy học qua internet và trên truyền hình thiếu hoàn toàn sự tương tác giữa người dạy và người học, chỉ có sự truyền đạt kiến thức một chiều, do đó chỉ có thể được xem như một biện pháp tạm thời, hoặc là bổ trợ cho những phương pháp khác.

Thứ năm, việc giảng dạy và học tập bằng hình thức trực tuyến trong thời gian dài có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần của cả người dạy, người học lẫn phụ huynh. Do đó, tùy tình hình dịch bệnh và cơ sở vật chất của mình, các cơ sở giáo dục có thể linh động áp dụng kết hợp giữa dạy học trực tuyến với dạy học trực tiếp. Ví dụ như có thể sắp xếp tổ chức các lớp học trực tiếp một buổi ở hội trường hay lớp học lớn (đảm bảo 5K) sau một khoảng thời gian nhất định học trực tuyến. Bên cạnh đó, đối tượng chịu ảnh hưởng nặng nề nhất từ việc học tập trực tuyến kéo dài là trẻ em. Do vậy mà tăng cường sự kết nối giữa phụ huynh và nhà trường cũng là một biện pháp vô cùng quan trọng trong việc theo dõi, hỗ trợ tâm lý cho học sinh.

Thứ sáu, cần có cơ chế, chính sách hỗ trợ về tài chính cho cả người dạy lẫn người học nhằm giảm tối đa phần chi phí giáo dục tăng lên do dịch bệnh. Một mặt, cần tăng cường chi ngân sách cho giáo dục, từ đó ít nhất các cơ sở giáo dục có thể tiến hành giảm học phí cho người học (mà không làm giảm thu nhập của người dạy), cấp học bổng cho những hoàn cảnh khó khăn, và lý tưởng hơn là hỗ trợ người dạy và người học những thiết bị tối thiểu để đáp ứng việc dạy và học trực tuyến. Mặt khác, Nhà nước cần có chính sách để huy động nguồn lực của xã hội. Ví dụ như tháng 03/2020 các nhà mạng lớn ở Việt Nam, bao gồm Viettel, VNPT, MobiFone và Vietnamobile cam kết hỗ

trợ ngành giáo dục trong việc ngăn chặn và kiểm soát COVID-19 bằng cách miễn phí lưu lượng data điện thoại cho học sinh, sinh viên, giáo viên, và phụ huynh khi sử dụng các giải pháp đào tạo trực tuyến do Bộ GD-ĐT công bố¹¹² - điều này vừa làm giảm chi phí giáo dục của cả người dạy lẫn người học, vừa đẩy nhanh tốc độ chuyển đổi số trong giáo dục.

Trên đây là một vài kiến nghị đóng góp của cá nhân tác giả nhằm phát huy những việc ta đã làm tốt và khắc phục những hạn chế cũng như những tác động tiêu cực mà COVID-19 đã và đang gây ra đối với giáo dục nước nhà. Thay cho lời kết, xin được dẫn lời của Bộ trưởng Nguyễn Kim Sơn trong hội nghị trực tuyến tổng kết năm học 2020-2021, triển khai nhiệm vụ năm học 2021-2022: “Phải có sự điều chỉnh linh hoạt để thích ứng với dịch bệnh, bảo đảm an toàn trên cơ sở không thay đổi mục tiêu bảo đảm chất lượng, lương tâm và trách nhiệm không thay đổi. Bất biến về chuẩn đầu ra và chất lượng nhưng vạn biến về phương pháp”. Để thực hiện được điều đó, rất cần sự hợp tác, chung tay cùng nỗ lực của gia đình, trường học, và của toàn xã hội./.

¹¹²TS. Dương Kim Anh, *Việt Nam: Covid-19 và thách thức đối với ngành Giáo dục*, Friedrich-Ebert-Stiftung Vietnam Office, 2020, <https://vietnam.fes.de/post/viet-nam-covid-19-va-thach-thuc-doi-voi-nganh-giao-duc>, truy cập ngày 25/10/2021

CHIẾC CHÌA KHÓA THỨ 3

PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu¹¹³

Bệnh viện chúng tôi nhận được yêu cầu của Bình Dương giúp vận hành đơn vị hồi sức tích cực (ICU) mới thành lập. Nhóm lãnh đạo chủ chốt họp khẩn cấp.

Lo lắng lớn nhất là dịch đang bùng phát ở Hà Nội mà lại gửi quân đi các nơi nhiều quá, nhờ hậu phương võ trận thì sao. Nhìn ánh mắt của vị trưởng khoa Hồi sức cấp cứu, tôi có thể hiểu rõ lẫn tăn này. Nhưng nhìn lại, thành công của các đoàn công tác đã được nhiều địa phương như Huế, Hà Tĩnh, Phú Yên... ghi nhận khiến chúng tôi có niềm tin vào sự xoay chuyển tình thế ở phía Nam. Kết luận cuối cùng của buổi họp: "Chúng ta sẽ lại lên đường". Đó là hơn một tuần trước, đoàn công tác số một gồm các bác sĩ hồi sức, cấp cứu, gây mê, tim mạch cùng đội ngũ điều dưỡng từ Hà Nội đã đến Bình Dương.

Chiến lược chống dịch ở TP HCM, Bình Dương đã thay đổi. Ngoài việc giảm thiểu tốc độ lây lan cộng đồng, mục tiêu quan trọng nhất đang là giảm tỷ lệ tử vong, tránh lây nhiễm chéo trong bệnh viện để đủ sức trường kỳ chống dịch.

Đi từ bệnh viện tỉnh đến các bệnh viện huyện, tôi mới hiểu năng lực điều trị của chúng ta rất báo động. Có ba vấn đề cần củng cố không chỉ ở những tỉnh đang bùng phát dịch mà ở mọi địa phương, đó

¹¹³ Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội, <https://vnexpress.net/vaccine-hang-cho-4297122.html>

là nhanh chóng khảo sát để triển khai quyết liệt: Oxy, thuốc và con người. Tôi coi đó là ba chiếc chìa khóa chống dịch.

Thứ nhất, oxy là yếu tố sống còn để vượt qua đại dịch.

Có hai loại oxy. Loại thứ nhất là các bình oxy dùng cho tầng một, nơi người nhiễm có triệu chứng nhẹ. Loại này đã được người dân sẵn lòng nên bắt đầu khan hiếm ở phía Nam. Một lần nữa, tôi khẩn thiết đề nghị người dân không tích trữ loại này ở nhà. Vì để bình oxy ở nhà có thể gây nguy hiểm và với thể tích nhỏ ấy, chúng cũng không giúp được gì nhiều cho bệnh nhân nếu đã đến lúc cần thở oxy liên tục. Hãy để chúng ở các trung tâm y tế, nơi có sẵn hệ thống bơm nạp, kết nối những bình nhỏ với nhau tạo nên hệ thống oxy đồng bộ đủ áp lực để thở qua gọng kính hoặc mặt nạ. Việc này giúp nhân viên y tế có thể giúp cho nhiều người bệnh hơn, gồm cả gia đình bạn.

Loại thứ hai là oxy hoá lỏng. Các bồn oxy này cùng với hệ thống khí nén và hút áp lực là bộ ba bắt buộc cần có để bệnh viện trở thành tầng hai và tầng ba - nơi điều trị bệnh nhân Covid trung bình, nặng và nguy kịch. Không có oxy loại này, các máy HFNC, CPAP hoạt động không hiệu quả, còn máy thở chức năng cao lại càng không dùng được.

Việc quan trọng đầu tiên trong thi công cơ sở hồi sức là chỗ lắp bồn oxy và hệ thống đường dẫn. Vì thế, các địa phương nên rà soát triển khai càng sớm càng tốt vì thời gian lắp đặt hệ thống oxy lỏng không thể nhanh hơn một tuần trong điều kiện cách ly phong tỏa.

Thứ hai, thuốc điều trị COVID-19 Việc điều trị ở tầng một và hai chỉ cần tuân thủ đúng phác đồ của bộ Y tế sẽ cứu sống được nhiều bệnh nhân hơn ở tầng ba. Vì khi đã phải lên tầng ba, đặt ống nội khí

quản, tỷ lệ rút được ống và hồi phục là dưới 50% ngay cả ở các trung tâm lớn trên thế giới. Tuần trước, chúng tôi đã thống nhất sử dụng sớm thuốc chống đông và kháng viêm Steroid cho các bệnh nhân COVID-19 có triệu chứng. Nếu chưa được nhập viện mà chỉ ở khu cách ly, không có điều kiện tiêm, một giải pháp có thể áp dụng là qua đường uống. Rất nhiều trường hợp đã vượt qua nguy kịch được nhờ giải pháp này.

Bác sĩ và người dân tại TP HCM, nơi số ca nhiễm lớn nhất và đang đúng giai đoạn bệnh chuyển nặng nhiều, xin đọc thật kỹ về các thuốc điều trị COVID-19 đã được Bộ Y tế cập nhật trong hướng dẫn và phác đồ điều trị. Người chưa mắc bệnh không nên mua dự phòng vì các thuốc này sẵn có trên thị trường với nhiều tên gọi khác nhau; mọi điều trị cụ thể cần liên hệ với các bác sĩ để được chỉ dẫn với liều lượng theo cân nặng và loại trừ các chống chỉ định của thuốc.

Thứ ba và quan trọng nhất, vấn đề khó nhất nhưng lại quyết định chiến thắng trong cuộc chiến này, đó là nhân lực.

Tôi không thể mô tả được cảm xúc khi nhìn thấy giàn máy thở hiện đại bậc nhất V600 đã về đến Bệnh viện Hồi sức bệnh nhân COVID-19 Bình Dương. Trang thiết bị sẽ đủ với sự giúp đỡ của Bộ Y tế, các ban ngành, doanh nghiệp và các nhà hảo tâm. Tôi nhìn thấy sự đóng góp của mọi tầng lớp xã hội chung một mong muốn là đẩy lui dịch bệnh với tổn thất tối thiểu về người. Từ cô điều dưỡng bé nhỏ thức trắng đêm trong bộ đồ PPE nhưng vẫn không về để giúp các đồng nghiệp mới từ Bắc vào chưa thạo nhập số liệu, các bác sĩ với "vũ khí" rất thô sơ mà một tuần nay lăn lộn để không ca bệnh chuyển nặng

nào tử vong ở Phú Giáo; hay bác tài không lương tình nguyện chở tôi đi khắp tâm dịch mà nói mãi mới nhận khẩu trang N95 vì muốn "dành cho người cần hơn" cho đến những người bạn từ rất xa liên tục âm thầm làm những điều tốt nhất cho Sài Gòn, Bình Dương.

Có khi được ít phút nghỉ ngơi nhưng tôi không chợp mắt nổi vì những hình ảnh đã gặp. Con bão tàn khốc đại dịch quét tràn qua những miền trù phú của đất nước, để lại cảnh xác xơ, lạnh lẽo. Những phố phường không bóng người ngoài tiếng còi hú của cứu thương, cảnh sát. Những cánh đồng bỏ hoang cho dù cái đói có thể ập đến bất cứ lúc nào. Những khuôn mặt người dân từ anh công an, trật tự đến cô thanh niên tình nguyện đều toát lên sự căng thẳng. COVID-19 là thứ virus ghê sợ nhất. Nó không màu, không mùi, không vị nên đã len lỏi gần như mọi nơi trên địa cầu cả nghĩa đen và nghĩa bóng. Nó có thể đánh gãy chân ghế các vị lãnh đạo quyền uy và quan liêu, phá tan hoang những nền kinh tế con rồng, con hổ và đơn giản hơn, hại biết bao mảnh đời khốn khó. Những ai coi thường COVID-19 chắc cũng đã thấy, chỉ một chút chủ quan, bao gia đình đã trả cái giá quá đắt. Cũng không thể trách họ vì đã có ai chứng kiến lịch sử này bao giờ mà tiên lượng với dự báo.

Lo ngại những ngày qua dường như đã trút bỏ được một phần, đó là chắc chắn cơ sở vật chất chống dịch sẽ được củng cố, phương tiện, thuốc men và vaccine sẽ đầy đủ hơn.

Chỉ còn nỗi lo về con người, ta cần thêm rất nhiều chuyên gia hồi sức cấp cứu từ bác sĩ đến điều dưỡng. Những chiến hữu của tôi đã thấm mệt. Chứng kiến những sự sống mà mình cố kéo lại bất thành khiến cậu học trò đã chinh chiến khắp nơi của tôi cũng không giấu nổi

buồn lo. Âu lo là vậy nhưng cuối giờ trưa hôm trước, sau khi nói chuyện với các bệnh viện đã chiến tầng một và hai trong tháp chống dịch ba tầng của Bình Dương, tôi vẫn có niềm hy vọng rằng ta sẽ vượt qua trận chiến này. Hy vọng đó không phải ở máy móc, trang thiết bị, thuốc men hay phát kiến khoa học mà đơn giản trong những ánh mắt. Từ vị giám đốc trung tâm y tế huyện quyết tâm xây dựng bệnh viện tầng ba hồi sức bệnh nhân nặng và nguy kịch đến cậu học trò đã hơn một tháng vật lộn trong tâm dịch vẫn khẳng định "Em ơn thầy ạ!".

Lạc quan và nỗ lực, nhưng ta vẫn phải thực tế và nhìn thẳng vào sự thật thì mới có thể lật ngược thế cờ: Tuyến đầu đang rất cần tiếp sức.

Thực sự, chúng tôi cần những cánh tay chìa ra và đặc biệt những trái tim nhiệt huyết đập chung một nhịp. Các bác sĩ, điều dưỡng, y công hay nhân viên hành chính trong bệnh viện ở mọi miền đất nước xin hãy đến với chúng tôi. Các bạn sẽ là chiếc chìa khoá thứ ba để chúng ta đẩy lui được đợt dịch ghê gớm này.

THÁP LỬA NIỀM TIN NƠI TÂM DỊCH BÌNH DƯƠNG

*Lê Thị Hiệp*¹¹⁴

Sẽ đọng mãi trong tâm trí tôi hình ảnh PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu xông pha trong những ngày Bình Dương căng thẳng nhất với dịch bệnh. Ông như cánh chim không mỏi giữa tâm dịch với một trái tim nhiệt thành

Thuận An, ngày 15-9-2021, em bé của tôi chào đời giữa vùng dịch nặng nhất của tỉnh Bình Dương. Thật xúc động! Giữa quay cuồng bệnh tật, chết chóc, cuộc sống tốt đẹp vẫn tiếp diễn, hạnh phúc vẫn đến ngập tràn.

Cuộc chiến cam go

Trong những ngày dịch tràn qua khu nhà tôi ở, đã có những người thân, bạn bè, xóm giềng nhiễm bệnh và ra đi. Tôi nức nở ôm con vào lòng! Mai này, khi con lớn lên, "Con sẽ mang đất nước đi xa/ Đến những tháng ngày mơ mộng". Và tôi sẽ kể cho con nghe về những ngày chúng tôi sống ở tâm dịch, có vị bác sĩ đến chi viện đã góp phần mang đến ngày mai tươi sáng cho mẹ con chúng tôi và vùng đất này. Đó là PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội kiêm Giám đốc Y khoa Trung tâm Hồi sức tích cực Bình Dương.

¹¹⁴ <https://nld.com.vn/suc-khoe/thap-lua-niem-tin-noi-tam-dich-20211124192206311.htm>



PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu (đứng giữa, cầm điện thoại) cùng đoàn các y - bác sĩ từ Hà Nội vào hỗ trợ Bình Dương.

Tháng 4-2021, đợt dịch Covid-19 lần thứ 4 bắt đầu bùng phát ở TP HCM. Thời điểm này, Bình Dương vẫn còn giữ vững "trận địa" trong sản xuất - kinh doanh và các hoạt động xã hội. Tháng 5-2021, từ một ca bệnh chỉ điểm, vài ngày sau, Bình Dương xét nghiệm nhiều khu vực liên quan và điều không mong muốn đã xảy ra: Dịch COVID-19 đã âm thầm lây lan trong cộng đồng, lan vào các công ty, nhà xưởng, các dãy trọ chật hẹp, đông người.

Kịch bản 1.000, 5.000 rồi 20.000 ca nhanh chóng bị lạc hậu trong vòng 1 tháng. Hệ thống y tế dù đã sẵn sàng nhưng vẫn dồn dập rơi vào quá tải. Tâm dịch Bình Dương trở thành nỗi lo đặt lên bàn của các cấp, lo âu trong nỗi suy tư của các vị lãnh đạo, của y - bác sĩ; đội vào dạ dày từng lao động; ăn vào ánh mắt từng đứa trẻ ngơ ngác khi bị nhốt trong nhà. Bình Dương bước vào cuộc chiến cam go. Dân chúng không ít hoang mang.



PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu cùng một em bé ở trong khu cách ly tập trung tại Bình Dương

Nhận lời đề nghị của tỉnh Bình Dương và sự phân công của Bộ Y tế, PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu đã vào Bình Dương hỗ trợ chống dịch và xây dựng hệ thống điều trị COVID-19. Với vai trò hỗ trợ Bình Dương về mặt chuyên môn và chiến lược chống dịch, bước chân PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu không mỗi qua từng vùng dịch phức tạp của Bình Dương. Ông miệt mài lên phương án chuyên môn cho các bệnh viện dã chiến, tư vấn các giải pháp cho y tế tuyến cơ sở. Nhiều ý kiến của ông đã đóng vai trò quan trọng giúp Sở Y tế tỉnh Bình Dương tháo gỡ khó khăn về chuyên môn, tìm giải pháp khống chế dịch bệnh.

Vượt qua từng ngày

Nhìn ông xông pha chiến đấu với những F0, chúng tôi - những người dân đã sống những tháng ngày đầy lo lắng giữa tâm dịch - cảm nhận vị bác sĩ này đang như một vị tướng dũng cảm và đầy mưu lược trên

chiến trường khốc liệt. Ông như đang chiến đấu chống dịch ở chính quê hương ông chứ không phải là nơi đến chi viện.

Qua các bản tin chống dịch của tỉnh Bình Dương lúc bấy giờ, gần như mỗi ngày chúng tôi đều dõi theo ánh mắt lo âu, bước chân của ông từ bệnh viện dã chiến, các khu cách ly tập trung, cùng các đoàn chi viện hay đội tình nguyện, cùng y tế cơ sở và đặc biệt là ở trọng trách nặng nề Giám đốc Y khoa Trung tâm Hồi sức tích cực Bình Dương.

Giữa tâm dịch quay cuồng, những đêm trắng, chúng tôi vẫn đầy hy vọng vào một vị thầy thuốc mà mình chưa từng gặp. Ông đang lo toan cho chúng tôi. Ông đến vùng đất mà dịch bệnh đang hoành hành, có mặt trên khắp các nẻo đường chống dịch. Còn chúng tôi - dân sống ở tâm dịch - nhìn vào những ngọn lửa nơi tuyến đầu như ông và các chiến sĩ khác nữa để vững tin mà vượt qua từng ngày một.

Mai này hết dịch, chúng ta sẽ khác đi. Có thể sẽ thân thiện hơn, bình tĩnh hơn trước những được, mất; biết cách chấp nhận hơn với những thiệt thòi. Dịch rồi sẽ qua nhưng ký ức về nó sẽ còn. Sẽ có những chiều kẹt xe để nhớ ngày thành phố vắng hoe. Và cũng sẽ nhớ rất nhiều những gì mà chúng ta đã cùng nhau và cùng mọi người đi qua những ngày này: Đã có nhiều người mắc bệnh và vĩnh viễn rời xa chúng ta!

Với những người như tôi, sẽ còn đọng mãi trong tâm trí hình ảnh người bác sĩ đến chi viện Bình Dương trong những ngày căng thẳng nhất. Như cánh chim không mỏi giữa tâm dịch, chúng tôi đã cảm nhận được ở người bác sĩ ấy một trái tim nhiệt thành!

Chỉ cần tuyến đầu vững

Cái đêm xem phóng sự "Ranh giới" trên truyền hình, tôi thần thờ rồi khóc nức nở. Mang thai trong suốt thời gian bùng phát dịch, tôi ghen ngào như thấy mình trong đó. Sức khỏe yếu nên tôi không đủ tự tin và đã từ chối tiêm vắc-xin. Mang thai khi ở tâm dịch, ngày tháng trở nên thật dài. Dãy phố trước nhà vì dịch mà chiều nào cũng buồn tênh. Tôi đọc những dòng tin sản phụ phải sinh con ở chốt kiểm soát dịch, càng thấy mức độ dịch căng thẳng ở Bình Dương. Rồi con tôi cũng chào đời. Hôm ấy, Bình Dương công bố có gần 6.000 ca nhiễm COVID-19.



***PGS-TS NGUYỄN LÂN HIẾU (bìa trái) cùng đồng nghiệp tại
Bệnh viện Hồi sức tích cực Becamex (Bình Dương)***

Bản đồ dịch leo thang thẳng đứng. TP Thuận An nơi tôi ở, có những chỗ phải "khóa chặt, đông cứng", tuyệt đối dân không rời khỏi nhà trong 15 ngày. Phố phường như có chiến tranh mà kẻ thù thì tàng

hình và nguy hiểm. Trong 15 ngày khóa chặt đó, Bình Dương quyết tâm xoay chuyển tình thế. Đó là những ngày PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu cùng lực lượng tuyến đầu của Bình Dương quyết tâm và đầy lo toan. Chúng tôi cùng ra trận. Phố phường, chính quyền, nhân dân đùm bọc nhau để xoay chuyển tình thế.

Đưa em tôi làm việc ở một bệnh viện tận Hà Nội, rú rít gọi điện khoe: "Em được chi viện cho Bình Dương rồi. Cũng được về bệnh viện chỗ thầy Hiếu luôn. Bọn em sẽ được hỗ trợ chống dịch ở Trung tâm Hồi sức tích cực Bình Dương". Thương quá. Nó hân hoan khoe được đến nơi căng thẳng nhất của dịch bệnh. Nơi mà theo một bác sĩ đã chia sẻ: "Lần đầu tiên bước chân vào buồng bệnh tầng 3, tôi choáng ngợp trước sự hoành hành của đại dịch. Ở đây toàn người bệnh nặng và rất nhiều người tử vong".

Em tôi cũng như nhiều y - bác sĩ của Bình Dương coi PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu như bậc thầy truyền lửa và niềm tin chuyên môn giữa tâm dịch. Còn chúng tôi ngày ngày xem các bản tin về tuyến đầu và thăm tin tưởng: Chỉ cần tuyến đầu còn trụ vững, chúng tôi nguyện đồng hành để chúng ta chiến thắng. Tôi đã mừng đến phát khóc khi đọc được một dòng trạng thái ông chia sẻ trên mạng xã hội: "Tôi thật vui hôm nay. Lần đầu tiên ca tử vong của Bình Dương xuống thấp nhất từ khi dịch bùng phát ở nơi đây. Cảm ơn tất cả". Tôi đã vững tin như ngày chiến thắng đang đến gần.

Đã có nhiều thay đổi cần thiết trong chiến lược chống dịch nhưng chỉ cần những người ở tuyến đầu còn trụ vững, còn tự tin thì chúng tôi vẫn hy vọng sẽ chiến thắng dịch bệnh.

Sau việc khổng chế được dịch và chuyển sang trạng thái bình thường mới, PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu lại cùng các ban, ngành của tỉnh Bình Dương xây dựng các kế hoạch hậu thời bùng dịch. Các vấn đề như quản lý người nghi nhiễm, giảm tỉ lệ tử vong, giải tán các khu cách ly, nhanh chóng phủ vắc-xin toàn dân, tách đôi mỗi bệnh viện để sẵn sàng điều trị...

Không sợ COVID-19 là cách sống mới mà chúng tôi cần thay đổi. Mỗi ngày, chúng tôi vẫn thấy ông băng băng đi khắp các huyện thị của Bình Dương để chia sẻ những khó khăn mà nhân viên y tế ở đây vừa chiến đấu vừa học hỏi, rút kinh nghiệm. Những rào chắn đầu tiên được gỡ bỏ là những kỷ niệm thật khó phai, tạo nên niềm xúc động sâu sắc trong chúng tôi.

Vào một ngày thắng lợi, Bệnh viện Dã chiến Thới Hòa - bệnh viện lớn nhất Bình Dương - đã đóng cửa. Các đoàn chi viện đã dần hoàn thành nhiệm vụ. PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu cũng chia sẻ: "Ngày cuối cùng đến thăm các huyện, thị Bình Dương. Tất cả các đơn vị hành chính cấp huyện trở lên sẽ có khoa điều trị bệnh truyền nhiễm tách biệt khỏi khu điều trị thông thường... Thành lập các bệnh viện mini trong các khu công nghiệp... Ngày hôm qua, số ca tử vong của Bệnh viện Hồi sức dã chiến Bình Dương đã là 0... Chia tay và hẹn sớm gặp lại các bạn trong một bối cảnh hoàn toàn khác".

Bình Dương của chúng tôi đã đi qua đại dịch bằng sự cố gắng và nhiều sự giúp đỡ của những người như PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu. Tôi cũng như bao người may mắn khỏe mạnh nhưng đã không có cơ hội được gặp để cảm ơn họ đã đem niềm tin đến nơi đây. Ngày mai chúng tôi sẽ khác trong trạng thái bình thường mới. Con tôi sẽ lớn lên

trong những ngày bình an và chúng tôi cũng đã có kinh nghiệm, có chuẩn bị cho những tình huống mới.

Tạm biệt vị bác sĩ mà nhân dân ở tâm dịch Bình Dương chúng tôi yêu mến. Ông và đồng nghiệp đã góp phần đem ngày mai tươi sáng đến Bình Dương. Ngày mai chúng tôi sẽ mạnh mẽ và có cuộc sống tươi đẹp hơn. Cảm ơn những người đã đến chi viện cho Bình Dương trong những ngày gian nan nhất!

Vũ khí là chuyên môn, nhiệt huyết

Lịch sử dân tộc ta những ngày qua đã ghi dấu ấn của một lớp đông đảo cán bộ, nhân viên ngành y coi tương lai dân tộc là tương lai chính mình. Với vũ khí là chuyên môn, nhiệt huyết, họ đã góp phần đem lại cuộc sống bình yên cho những nơi từng là tâm dịch. Trong rất nhiều ngọn lửa giữa trận chiến chống dịch ấy, tôi muốn dành những dòng tri ân trân trọng nhất đến PGS-TS Nguyễn Lâm Hiếu - người đã góp phần thắp lên trong tôi niềm tin từ nơi tâm dịch Bình Dương!

VACXIN HÀNG CHỢ

PGS.TS.BS. Nguyễn Lâm Hiếu¹¹⁵

Tôi đã nhận không biết bao nhiêu cuộc gọi, tin nhắn, e-mails đề nghị hỗ trợ nhập vaccine vào Việt Nam.

Hầu như tất cả chúng đều bắt đầu bằng câu "có nguồn vaccine chắc chắn" ở nước ngoài, chỉ cần xin được giấy phép nhập về là thành công. Không khẳng định tất cả các lời đề nghị là phi lợi nhuận nhưng tôi chắc nhiều người trong số đó chỉ nghĩ đến sự bình an của đất nước. Vì vậy, tôi cũng rất nhiệt tình liên hệ với mọi chỗ quen biết để giúp họ. Nhưng câu trả lời đều là những cái lắc đầu.

Nguyên nhân rất dễ hiểu. Các hãng chỉ chấp nhận đàm phán với chính phủ, vì tất cả vaccine phòng chống COVID-19 đều chưa được thương mại hóa.

Vì sao?

Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ - FDA, Cơ quan quản lý dược phẩm châu Âu - EMA và các quốc gia trên thế giới mới chỉ cấp giấy phép lưu hành khẩn cấp - EUA cho vaccine của Pfizer-BioNtech, Moderna và Johnson & Johnson. Vaccine AstraZeneca vẫn chưa được cấp EUA ở Mỹ.

Còn trong danh sách "lưu hành khẩn cấp" của WHO hiện chỉ có các loại vaccine sau, theo thứ tự thời gian được phê chuẩn: Pfizer/BioNtech, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, Sinopharm và Sinovax.

¹¹⁵ Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội, <https://vnexpress.net/vaccine-hang-cho-4297122.html>

Việc các doanh nghiệp nội và cả FDI đang chủ động tìm nguồn cung vaccine nhằm hỗ trợ chính phủ là nỗ lực rất đáng trân trọng bên cạnh góp tài chính cho Quỹ vaccine. Tuy nhiên, chưa nhà sản xuất vaccine nào có kế hoạch phân phối sản phẩm thương mại tung ra thị trường.

Họ chưa đủ động lực làm điều đó khi mà việc đáp ứng đơn hàng của các chính phủ vẫn còn đầy khó khăn do năng lực sản xuất không kịp nhu cầu trong nhiều tháng tới, thậm chí kéo dài hết năm sau.

Lý do thứ hai, các hãng chỉ bán cho đối tác chính phủ. Như vậy họ mới được miễn bồi hoàn trách nhiệm nếu có tai biến xảy ra khi sử dụng sản phẩm của mình.

Vì vậy, các doanh nghiệp không nên tìm nguồn vaccine gián tiếp. Nếu mua gián tiếp, không rõ nguồn gốc, chúng ta có thể gặp những nguy cơ như vaccine hết hạn bảo quản mà chưa được sử dụng. Ví dụ, Pfizer chỉ được sử dụng trong 30 ngày ở 2 đến 8 độ C khiến nhiều nước Mỹ, Âu phải hủy bỏ vì không kịp tiêm. Ngoài ra, ta cũng không thể chắc chắn tránh khỏi hàng giả, hàng nhái và hàng kém chất lượng nếu mua không chính hãng.

Nhưng chúng ta cũng không nên quá lo. Với những cam kết chính phủ Việt Nam đạt được cho đến hôm nay, nguồn vaccine dự kiến sẽ đủ cho đại bộ phận dân chúng để hướng tới miễn dịch cộng đồng.

Vấn đề quan trọng nhất đang đặt ra với Việt Nam là chiến dịch tổ chức tiêm. Làm sao việc tiêm chủng được thiết kế khoa học, hợp lý,

tránh những bất cập có thể phát sinh trong một chiến dịch tiêm chủng quy mô rộng khắp, lớn nhất trong lịch sử.

Tôi vừa được vinh dự tham gia dự án tiêm chủng vaccine Covid-19 ở Đại học Y Hà Nội. Chương trình bắt đầu từ 26/4, đến hôm nay đã tiêm cho 14.300 người. Điều quan trọng nhất của hoạt động tiêm chủng là phải đảm bảo tối đa an toàn cho người được tiêm.

Từ khâu lập danh sách, khám sàng lọc đến tiêm và theo dõi sau tiêm, chúng tôi phải giám sát hết sức khoa học và tường minh, đồng thời tuân thủ quy định của Bộ Y Tế và Chương trình Tiêm chủng quốc gia. Có gấp gáp bao nhiêu, chúng ta tuyệt đối không nên "sáng tạo" hay cắt bớt bất cứ khâu nào.

Vấn đề là: nếu thực hiện đúng, đủ quy trình, năng suất tiêm sẽ chậm lại. Số người được tiêm mỗi ngày sẽ rất hữu hạn. Mỗi ngày, chúng tôi cần không dưới 100 nhân lực song số người được tiêm tối đa không quá được 1.000. Vậy, thử hình dung, để tiêm hết 70 triệu liều vaccine trên 63 tỉnh thành, chúng ta cần huy động lực lượng y tế khổng lồ đến mức nào.

Có những ý kiến đề xuất cho phép người dân tự tiêm, nhưng với những gì tôi đã chứng kiến, việc xử lý các biến chứng trong và sau tiêm không hề đơn giản. Làm sao người không đủ chuyên môn biết sàng lọc bệnh nền, kỹ thuật lấy thuốc và tiêm? nơi tiêm và kỹ thuật tiêm có được cấp chứng chỉ an toàn, vô khuẩn? Với các phản ứng dị ứng từ nhẹ đến sốc phản vệ, "người thường" biết xử trí ra sao?

Điểm tiêm chủng của Đại học Y Hà Nội tuần trước không có ca sốc phản vệ độ bốn như vài cơ sở khác, nhưng chúng tôi đã gặp hai ca phản vệ độ ba cần xử lý truyền Adrenaline - loại thuốc độc bảng A chỉ

được bác sĩ kê đơn và sử dụng trong bệnh viện. Các chuyên viên cũng xử trí các ca dị ứng nhẹ như tăng huyết áp, tim đập nhanh, mẩn ngứa mề đay mỗi ngày. Hơn nữa, ở khâu theo dõi sau tiêm, nếu phản ứng xảy ra, tất cả chúng ta cần một địa chỉ liên hệ chuyên nghiệp và trách nhiệm cao với mũi tiêm của mình.

Từ hôm triển khai chương trình tiêm chủng trên, hầu như không đêm nào tôi không bị dựng dậy bởi những cuộc điện thoại vì sốt, đau đầu, huyết áp tăng vọt, thậm chí chỉ là "bác sĩ ơi không ngủ được".

Chưa tính đến biến chứng muộn gây rối loạn đông máu, chỉ bằng ấy các lý do, tôi thấy đã đủ để khuyến cáo: không thể để những người không được đào tạo Y khoa tiến hành tiêm chủng cho dân.

Đã có nhiều phản biện, thậm chí chỉ trích ngành Y trong việc chuẩn bị nguồn vaccine cho Việt Nam. Là người trong ngành, tôi biết ơn sự lo lắng của những người có hiểu biết và lương tri. Để cuộc sống sớm bình thường trở lại, xin hãy đồng hành cùng chúng tôi trong chiến dịch tiêm chủng lớn nhất bắt đầu từ tuần này.

Đồng hành bằng cách nào? Bạn chỉ việc tuân thủ các hướng dẫn của cơ quan chức năng khi nhận được thông báo đi tiêm, bảo đảm 5K ở địa điểm tiêm chủng, đừng ngần ngại thông báo các biểu hiện khác thường của cơ thể mình sau tiêm.

Và quan trọng, nói "không" với những chào mời vaccine hàng "xách tay" vì đó là thứ tuyệt đối không nên mua ở chợ đen.

THÀNH TRÌ CHỐNG DỊCH

PGS.TS.BS. Nguyễn Lâm Hiếu¹¹⁶

Đã nhiều lần sang làm việc tại các bệnh viện Ấn Độ, tôi rất hiểu sự quá tải của hệ thống y tế nơi đây.

Có những ngày, tại thành phố Shirdi, nơi có ngôi đền thiêng của đạo Hindu, tôi phải xử lý đến 42 ca can thiệp với bệnh nhân - gặp nhiều lần những ngày bận rộn nhất tại Việt Nam.

Tôi cũng cảm động khi thấy các bác sỹ, nhân viên y tế người Ấn có sức làm việc phi thường, đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng, kỹ thuật viên.

Tuy nhiên, trong dịch COVID-19, chỉ cần vài bác sỹ hay điều dưỡng nhiễm bệnh, mất vài tua trực là không còn gì cứu vãn do tình trạng bệnh viện ở đây thường xuyên quá tải, không có lực lượng dự bị, thay thế. Trong hạ tầng y tế thô sơ, yếu kém của Ấn Độ, bệnh nhân có thể chưa chết vì COVID-19 mà chỉ cần với các cấp cứu thông thường cũng có thể dẫn đến tử vong vì không đủ nhân và vật lực thực hiện.

Mới tháng trước, cán bộ đại sứ quán Việt Nam tại Ấn Độ bị nhiễm COVID-19 nặng, một vị lãnh đạo cấp cao đã điện thoại cho tôi đề nghị hỗ trợ. Phối hợp với Viettel ngay chiều hôm ấy, chúng tôi thiết lập được nền tảng khám chữa bệnh từ xa Telehealth kết nối 24 giờ với tất cả nhân viên tại sứ quán Ấn.

Từ Hà Nội, chúng tôi hướng dẫn từng trường hợp, cách theo dõi nhiệt độ, triệu chứng đến dùng thuốc. Phân tích các kết quả xét

¹¹⁶ Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội, <https://vnexpress.net/vaccine-hang-cho-4297122.html>

nghiệm máu, X-quang, chúng tôi đưa ra quyết định ai bắt buộc phải nhập viện bằng mọi giá, ai không.

Sáng hôm qua, tôi nhận được tin nhắn của phó đại sứ, "anh Nhân đã xuất viện, chị Xuân hạ sốt, bé Phương đỡ hơn". Dòng tin ngắn ngủi làm tôi vui cả ngày.

Điểm quan trọng nhất để Việt Nam tránh khỏi nguy cơ "vỡ trận" như Ấn Độ là bảo vệ thành trì y tế, không để Covid xâm nhập vào bệnh viện một cách ồ ạt, vì bệnh viện là nơi có rất nhiều bệnh nhân bấp bênh sinh tử.

Thành lũy cuối cùng của chúng ta là cơ sở y tế. Nếu hệ thống bệnh viện suy yếu, thảm họa y tế lẫn nhân đạo sẽ xảy ra.

Nhìn lại bài học nước Ấn, do dân số đông quá, không kịp và không đủ để tiêm vaccine, cùng với không tuân thủ giãn cách vì lễ hội và tập tục, hệ thống y tế bị vỡ trận. Nhưng dù sao, chính phủ nước này vẫn sẽ tiếp tục tiêm vaccine càng nhanh càng tốt, ít nhất cho những người chống dịch.

Điều tôi muốn nhấn mạnh: chìa khoá thoát ra khỏi đại dịch, bên cạnh chiến lược y tế, vẫn phải là vaccine.

Tôi là một trong những người đầu tiên của bệnh viện được tiêm phòng COVID-19 cách đây một tuần. Tác dụng phụ xảy ra với tôi chỉ là sốt và sưng vết tiêm trong 24 giờ. Nhưng sau đó là một cảm giác rất tự tin và thanh thản khi mình đã có khả năng bảo vệ người xung quanh và bản thân mình.

Có một nhóm nhỏ tin vào thuốc chữa COVID-19 hay những huyết thanh chứa kháng thể, rồi tế bào gốc... nhưng vaccine vẫn là vũ khí duy nhất giúp loài người vượt qua đại dịch như từng chứng minh

trong lịch sử cận đại. Việc tiêm vaccine bài bản và càng nhiều càng tốt đang là mục tiêu hàng đầu của chính phủ Việt Nam.

Bạn đừng quá lo về tác dụng phụ của vaccine. Ngay trước hôm nghỉ lễ, cùng các chuyên gia, chúng tôi đã có buổi tham vấn từ xa gần hai giờ đồng hồ phân tích rất chi tiết lợi và hại của việc tiêm phòng. Các biến chứng, phản ứng phụ đã được các nhà khoa học tìm ra nguyên nhân và những ca tử vong do tiêm đã được hạn chế tối đa.

Bên cạnh đó, tôi biết những tư lệnh chống dịch của chúng ta ngày càng kinh nghiệm "điều binh khiển tướng". Tuần rồi, hai nước láng giềng Lào và Campuchia chính thức bước vào đại dịch. Biên giới có chỗ chỉ là cái rạch nước, không cần nhảy, chỉ cần bước cũng qua khiến việc ngăn chặn dịch bệnh xâm nhập tứ phía trở nên vô cùng khó khăn. Chính phủ đã kích hoạt hệ thống phòng dịch ở mức cao nhất. Đồng thời, chủ động hỗ trợ y tế với Lào, Campuchia như động thái chặn "giặc" từ xa.

Có thể những tin tức mỗi ngày làm ta lo lắng, nhưng phương pháp truy vết, khoanh vùng dập dịch đã trở nên bài bản. Đợt dịch thứ 3 này có thể kéo dài, nhưng tôi tin sẽ không bùng phát dữ dội gây tổn thất nặng nề. Và sẽ còn đợt dịch thứ 4, thứ 5, nhưng chúng ta kiên quyết không thay đổi chiến lược, không chạy theo bất cứ nước nào, vì hoàn cảnh địa chính trị, đặc biệt là dự trữ nguồn lực y tế và kinh tế của mỗi nước không giống nhau.

Chính phủ đang huy động mọi nguồn lực để nhập vaccine cũng như hỗ trợ tối đa cho tiến độ sản xuất vaccine "made in Vietnam". Bạn đừng lo lắng vì ai cũng sẽ được tiêm vaccine. Và các loại vaccine khác nhau được sử dụng đều chắc chắn được kiểm chứng về hiệu quả bảo vệ cơ thể.

Chiến thuật đúng, vaccine công bằng là vũ khí để Việt Nam bảo vệ các thành trì chống dịch.

Chỉ khi tiêm chủng được cho đại bộ phận dân chúng, Việt Nam mới dần mở cửa như Israel, chính thức bước sang giai đoạn hậu COVID-19.

BÁC SĨ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI HỘI CHẨN, KHÁM BỆNH TỪ XA CHO NGƯỜI DÂN PHẢI CÁCH LY MÙA DỊCH COVID-19

27-04-2020¹¹⁷

Trước tình hình dịch COVID-19 có diễn biến phức tạp, nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa là giải pháp hiệu quả giúp bệnh nhân được tư vấn, chẩn đoán, hỗ trợ quá trình điều trị bệnh mà không cần trực tiếp đến bệnh viện.

Ngày 18/4, tại lễ khai trương nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa, nhằm hỗ trợ các bệnh nhân ở cơ sở trong giai đoạn cách ly xã hội, các bác sĩ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã hội chẩn điện tâm đồ, siêu âm từ xa cho bệnh nhân mắc bệnh mãn tính.



***Các bác sĩ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tham gia khám, chữa bệnh từ xa tại lễ
khai trương***

¹¹⁷https://hmu.edu.vn/mobile/tID6107_bac-si-benh-vien-dai-hoc-y-ha-noi-hoi-chan-kham-benh-tu-xa-cho-nguoi-dan-phai-cach-ly-mua-dich-covid19.html

Trước tình hình dịch COVID-19 có diễn biến phức tạp, **nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa** là giải pháp hiệu quả giúp bệnh nhân được tư vấn, chẩn đoán, hỗ trợ quá trình điều trị bệnh mà không cần trực tiếp đến bệnh viện để thăm khám, góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm bệnh viêm đường hô hấp cấp ra cộng đồng.

Thứ trưởng Thường trực Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long nhấn mạnh: Để chủ động phòng, chống dịch COVID-19, các bệnh viện tuyến trên phải ưu tiên nhận người bệnh nặng, cấp cứu, chuyển tuyến, hạn chế tối đa nhận các trường hợp khám bệnh thông thường mà tuyến dưới thực hiện được. Các bệnh viện cũng cần tăng cường khám bệnh, tư vấn theo các hình thức trực tuyến, điện thoại, viễn thông để giảm lưu lượng người đến khám bệnh.



PGS.TS. Nguyễn Lâm Hiếu - Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tại buổi khai trương nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa

Chính vì vậy, việc khai trương nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa có ý nghĩa góp phần hiện thực hóa các Chỉ đạo của

Thủ tướng Chính phủ trong bối cảnh cả nước đang thực hiện giãn cách xã hội, chung tay phòng chống dịch COVID-19.

Ngay trong buổi khai trương, các bác sĩ của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã sử dụng nền tảng hỗ trợ tư vấn, khám, chữa bệnh từ xa, để kết nối với Bệnh viện Đa khoa huyện Mường Khương (Lào Cai) hội chẩn điện tâm đồ và siêu âm từ xa về các bệnh mãn tính mà người dân cần đi khám.



Các bác sĩ cũng đã kết nối với Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh hội chẩn từ xa đánh giá những trường hợp đột quỵ não để chỉ định điều trị gián tiếp và kết nối trực tiếp với bệnh nhân tại xã Quảng Trạch, huyện Quảng Xương để khám bệnh. Ngay trong sáng nay, các bác sĩ đã hội chẩn từ xa cho bệnh nhân Đỗ Văn H. (64 tuổi) mắc bệnh tim mạch. Bệnh nhân đã được tư vấn khám, chữa bệnh từ xa bởi các chuyên gia tim mạch hàng đầu từ hội trường Đại học Y Hà Nội thông qua nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa.





*Các bác sĩ tham gia khám, chữa bệnh từ xa tại điểm cầu
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

Với nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa, người dân có thể dễ dàng theo dõi sức khỏe qua ứng dụng hoặc website, kết nối với bác sĩ qua hình thức gọi điện, nhắn tin,... đặt lịch khám, tương tác với người thân, người có cùng bệnh và cập nhật các thông tin hướng dẫn điều trị.

Cơ sở y tế có thể lập phác đồ theo dõi cho từng bệnh nhân, quản lý tình trạng sức khỏe hàng ngày, cảnh báo, nhắc nhở điều trị, tương tác trực tiếp với bệnh nhân (qua điện thoại, tin nhắn) và chỉ định điều trị, phục hồi chức năng, tư vấn dinh dưỡng, khám lại.

Trong giai đoạn tiếp theo, khi phổ cập công nghệ 5G tại Việt Nam với khả năng kết nối vạn vật và xử lý thời gian thực, nền tảng hỗ trợ tư vấn khám, chữa bệnh từ xa sẽ còn phát triển cả khả năng phẫu thuật từ xa. Bác sĩ giỏi nhất ở bất kỳ đâu trên thế giới đều có thể trực tiếp tham gia vào quá trình điều trị cho bệnh nhân ở tại Việt Nam.

PHONG TỎA VÔ TỘI VÀ

PGS.TS.BS. Nguyễn Lâm Hiếu¹¹⁸

Cảm xúc khi thấy những rào chắn đầu tiên bị gỡ bỏ sẽ là kỷ niệm khó quên trong đời tôi.

Hình ảnh rào chắn, dây chằng cũng đã gắn với giai đoạn đặc biệt của nhiều người. Trên khắp đất nước, chúng ta đã có quá nhiều khu cách ly tập trung, vùng cách ly trong cộng đồng.

Nhưng cho đến lúc này, việc khoanh vùng phong tỏa, cách ly vô tội vạ những khu vực dân cư chỉ vì có một hay vài ca F0 đã không còn hợp lý. Chúng ta đã chứng kiến sự khốn cùng của người dân khi bị phong tỏa cứng nhiều ngày để tin rằng, phương thức chống dịch đó hoàn toàn không nên lặp lại.

Cuối tháng tư năm nay, tôi đã là một trong những người lên tiếng mạnh mẽ rằng cần nhanh chóng giãn cách xã hội cách triệt để, hướng tới mục tiêu "Zero Covid" ở nước ta. Nhưng khi virus đã tấn công hàng trăm nghìn người dân ở Sài Gòn, Bình Dương, tôi nhận ra, việc mong quét sạch COVID-19 khỏi Việt Nam là điều không thể.

Ở một số tỉnh, thành còn nhiều ca nhiễm, ta đều biết không thể tách hoàn toàn F0 khỏi cộng đồng. Để giảm thiểu sự tổn thất cho dân chúng, việc quản lý lây nhiễm nên thực hiện tính toán theo từng đơn vị nhỏ nhất có thể như một ngõ hẻm, một khu phố, thôn, tổ dân phố và cụm dân cư.

¹¹⁸Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội, <https://vnexpress.net/phong-toa-vo-toi-va-4358378.html>

Cách tiếp cận mới là: thay vì cách ly cả một phường, chính quyền chỉ lựa chọn số người, số hộ nhất định cần phong tỏa, cách ly khi có ca nhiễm. Việc xác định phạm vi này hãy để cho các nhà dịch tễ học quyết định, dựa vào hoàn cảnh thực tế của địa phương.

Dù việc triển khai các khu cách ly tập trung là chiến lược được nhiều nước và Việt Nam lựa chọn khi mới bị Covid xâm nhập, nó cũng đã hỗ trợ chúng ta đi qua ba mùa Covid tương đối bình an.

Nhưng hôm nay, sống cùng virus tức là chúng ta thống nhất được với nhau rằng, việc bóc toàn bộ F0 đưa vào khu cách ly tập trung không còn phù hợp. Không có cơ sở cách ly nào có thể chứa nổi, không có bộ máy nào vừa lo sinh hoạt vừa chăm sóc y tế chu đáo cho những khu tập trung hàng ngàn người.

Đám cháy bởi biến thể Delta có tốc độ lây nhiễm nhanh hơn cháy rừng, vỡ đê rất nhiều lần. Thay đổi cách khoanh vùng phong tỏa, cách ly và quản lý di chuyển của dân chúng chính là chìa khóa thay đổi cách phòng, chống dịch. Làm được điều này, chúng ta mới có thể sống chung với COVID-19 một cách yên ổn mà tôi cho rằng trách nhiệm thay đổi đầu tiên ở các lãnh đạo địa phương.

Covid không có hộ khẩu nên nó chẳng biết ranh giới giữa các phường, quận, các tỉnh, thành mà tránh ra. Hai vùng tiếp giáp với nhau mà chính quyền địa phương vẫn còn chọn cách tiếp cận khác nhau chính là mồi ngon cho virus nhân rộng. Tâm lý cục bộ, chỉ lo bảo vệ "vùng xanh thành tích" của mình vô tình khiến những người có trách nhiệm làm ngơ những dấu hiệu nguy cơ của xã, phường, huyện, tỉnh lân cận. Với biến thể Delta, tư duy cục bộ theo "địa giới của tôi" không thể ứng phó nổi.

Tỉnh Bình Dương tuần này bắt đầu mở cửa trở lại theo nguyên tắc "xuống thang" như thông lệ quốc tế hay gọi. "Lên thang" thế nào sẽ xuống như vậy, không quá vội vã nhảy liên 2-3 bậc, nhưng cũng không dừng mãi trên một nấc. Nghĩa là nói lỏng giãn cách từ từ với các hoạt động cụ thể, tiêu chí cụ thể, bám sát khoa học và thực tiễn.

Những vùng xanh - nơi tỷ lệ phát hiện ca dương tính cộng đồng giảm liên tiếp, không phát hiện ổ dịch mới, số ca nhập viện giảm rõ rệt, các bệnh viện tăng một và hai vận hành an toàn, còn đủ số giường để tiếp nhận các bệnh nhân trở nặng. Tại đây, dân chúng sẽ được mở dần các hoạt động mà Chỉ thị 16+ không cho phép. Cứ sau ba ngày, các số liệu thống kê được tổng kết lại để xem xét nói lỏng tuần tiếp theo. Trước đây cấm các hoạt động thế nào, nay mở ra dần dần như vậy. Tôi nghĩ lộ trình này cũng nên áp dụng rộng rãi với mọi địa phương.

Giai đoạn đầu, chính quyền có thể cho những người đã tiêm đủ hai mũi vaccine hoặc một mũi nhưng đã đủ thời gian vaccine phát huy tác dụng, F0 đã khỏi, người không có yếu tố nguy cơ tăng nặng đi làm trở lại. Thực tế, chưa có bệnh nhân nào được tiêm đủ hai mũi vaccine phải nhập ICU của chúng tôi.

Bình thường mới có nghĩa là không bao giờ trở lại như cũ, nhưng ta đều sẽ được trở lại sinh hoạt, học hành và làm việc với điều kiện nghiêm túc thực hiện 5K.

Với các biến thể khác nhau, tốc độ lây lan cũng như mức nhiễm cộng đồng hiện nay, việc chấp nhận virus như một phần của cuộc sống đã hiện hữu. Chỉ có ổn định ba tầng điều trị, tăng cường "phủ"

vaccine, chúng ta mới có thể mở giãn cách dần dần. Và vì vậy, chiến lược điều trị COVID-19 của Việt Nam cũng cần bài bản lại.

Tôi đề nghị Chính phủ coi COVID-19 là một chuyên ngành y khoa mới như những chuyên ngành khác. Trong quá khứ, câu "chữa cửa mã" chỉ việc mang thai và sinh nở tự nhiên khiến tỷ lệ tử vong rất cao, nhờ chuyên ngành phụ sản phát triển, tỷ lệ tử vong sinh sản còn rất thấp. Trước đây, chúng ta chỉ có khoa Nội, khoa Ngoại, nhưng bây giờ, những chuyên ngành lẻ như tim mạch, thần kinh, hô hấp... rất phát triển. Các bệnh lý được điều trị theo chuyên khoa sâu với việc hiểu rõ bệnh sinh, giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh, diễn biến, biến chứng, thuốc, vaccine giúp sức khỏe cộng đồng được cải thiện.

Chuyên ngành Covid cũng cần xây dựng như vậy để Việt Nam có thể chung sống với virus đặc biệt nguy hiểm này. Chúng ta đã có đủ điều kiện để thực hiện, chỉ cần tập hợp lại thành một hệ thống hoàn chỉnh, có thể do các bác sĩ truyền nhiễm làm nòng cốt.

Nhiều tài liệu về những khía cạnh khác nhau của COVID-19 đã được viết ra bằng tiếng Việt đã cho thấy thế mạnh của chuyên sâu. Bản thân nhóm chúng tôi cũng đang tập hợp các chuyên gia đa lĩnh vực để ra đời sớm nhất một cuốn sách tham khảo về COVID-19. Cần thêm cơ chế rõ ràng từ Bộ Y tế, hướng đi này sẽ thành công.

Khi đó, những hàng rào sắt, những barrie lạnh lùng vô cảm sẽ được thay bằng những hàng rào thu hẹp tối thiểu vùng phong tỏa có F0, hàng rào y tế là các bệnh viện phân tầng linh hoạt sẵn sàng ứng phó với virus lâu dài.

Khoa học là chìa khoá để loài người tồn tại đến hôm nay. Vì thế, cuộc sống có tiệm cận bình thường nhất hay không, ta phải tin và hành động theo khoa học.

Y TẾ PHƯỜNG

Nguyễn Lâm Hiếu¹¹⁹

Bao nhiêu lần gia đình bạn có người bị ốm và tìm đến y tế phường?

Dù đã có nhiều biện pháp, nhưng tỷ lệ lượt người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường rất thấp - chỉ 17,7% năm 2016, 15,9% năm 2018. Y tế cơ sở vẫn chưa thực hiện tốt việc quản lý sức khỏe cá nhân, tầm soát phát hiện bệnh sớm, quản lý bệnh, nhất là các bệnh mạn tính cho cộng đồng địa phương.

Phát biểu khai giảng lớp nâng cao chuyên môn của nhân viên y tế Bình Dương trong điều trị người bệnh COVID-19 mới đây, tôi nhấn mạnh, không phải các trung tâm hồi sức Covid ở tuyến cuối là "chìa khoá" mà chính hệ thống y tế cơ sở cấp quận huyện, phường xã quyết định kết quả cuộc chiến với đại dịch. Chính các nhân viên y tế cơ sở sẽ không còn làm nhiệm vụ phát hiện, truy vết, khoanh vùng mà sẽ tham gia chẩn đoán, phân loại và điều trị sớm F0. Có như vậy, chúng ta mới yên tâm dần mở cửa, kinh tế mới phục hồi và xã hội sẽ bình an.

Cải thiện năng lực y tế cơ sở là mắt xích quan trọng để giải quyết dần những khó khăn, bất cập của ngành Y. Thực ra, Bộ Y tế đã có đề án nâng cao năng lực y tế cơ sở. Mục tiêu của đề án, đến năm 2025, 100% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thực hiện được đầy đủ các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban

¹¹⁹ Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội, <https://vnexpress.net/y-te-phuong-4386710.html>

đầu, thực hiện được tối thiểu 90% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; 100% dân số được quản lý, theo dõi sức khỏe.

Vậy nhưng một câu hỏi chưa có lời giải: làm cách nào để nâng cao chất lượng y tế cơ sở thực chất?

Đại dịch như cơn lốc tràn qua, quét sạch cái vỏ "sơn son thép vàng", bộc lộ những cái ruột vừa yếu về cơ sở vật chất và đặc biệt yếu về chuyên môn, con người. Nhìn vào số lượng, đúng là ta không thiếu các trạm y tế xã, phường, vì đây là tiêu chí bắt buộc của mỗi địa phương. Bệnh viện quận, huyện cũng được quan tâm đầu tư xây dựng ở những tỉnh thành có điều kiện. Tuy nhiên, việc đầu tư rất hình thức. Xây nhà to đẹp, vị trí cũng đắc địa, nhưng cái ruột chẳng có gì.

Tôi đã thăm rất nhiều trạm y tế xã. Với những câu hỏi đơn giản như "Cấp cứu ngừng tuần hoàn, sốc phản vệ thế nào cho đúng cách?", câu trả lời tôi nhận được thường là những nụ "cười trừ" hoặc sai bét. Gần như 100% các trạm y tế đều không có máy shock điện, một phương tiện mà chúng ta có thể bắt gặp ở nhiều địa điểm công cộng tại các nước phát triển.

Chính vì những nguyên nhân tưởng như rất nhỏ mà các trạm y tế xã, phường cuối cùng chỉ làm nhiệm vụ tiêm chủng, chữa cảm cúm, khâu vết thương và phát thuốc tăng huyết áp, đái tháo đường, động kinh... Ngày thường, nhân viên khá nhàn rỗi, nhưng khi dịch xảy ra lại là nơi vất vả nhất với trăm việc đổ lên đầu và rối như canh hẹ, vì cấp nào cũng chỉ đạo được cái trạm y tế với nhóm người chẳng ra chuyên môn cũng không phải công chức nhà nước.

Dài dòng vậy để ta cùng hiểu, từ chủ trương đến thực sự bắt tay vào xây dựng cái tổ hệ thống y tế cơ sở là quãng đường dài và rất nhiều chông gai.

Tôi thấy hai yếu tố rõ ràng là mục tiêu cần thay đổi. Thứ nhất là cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc men. Thứ hai, nhưng quan trọng hơn, là thay đổi con người. Y tế cơ sở cũng cần hai công cụ để đạt được mục tiêu đó là chính sách và tiền bạc.

Về cơ sở vật chất, một cuộc tổng rà soát cấp quốc gia hệ thống y tế quận huyện, xã phường; đưa ra danh mục trang thiết bị thuốc men, kỹ thuật thực hiện dựa vào mô hình bệnh tật hiện nay là cấp thiết. Cơ chế đầu thầu thuốc cho hệ thống này cũng cần thay đổi, đặc biệt với những thuốc dành cho bệnh mạn tính để chấm dứt tình trạng mỗi tháng mỗi loại thuốc khác nhau cho một bệnh nhân tăng huyết áp thông thường. Hệ thống công nghệ thông tin y khoa rất cần ưu tiên đầu tư đến tận cấp xã, phường, đồng thời đồng bộ dữ liệu ít nhất trong phạm vi một tỉnh để liên thông các kết quả xét nghiệm.

Tiền ở đâu ra?

Nguồn tiền đầu tư nằm trong chương trình mục tiêu quốc gia, được coi là tiêu chí đánh giá phát triển của địa phương. Muốn vậy, ta phải xác lập lại cơ chế hoạt động của các trạm y tế xã phường, coi chúng như các phòng khám chịu quản lý trực tiếp cả về hành chính lẫn chuyên môn của trung tâm y tế quận, huyện. Các bác sĩ, điều dưỡng có thể luân chuyển giữa những cơ sở y tế này.

Con người quan trọng nhất nhưng cũng vô cùng khó khăn. Đã quá lâu, chúng ta không chú trọng và ngủ quên trên chiến thắng khi đã có những thành công nhất định của hệ thống y tế công cộng trong quá

khứ. Dự phòng là mục tiêu quan trọng nhưng chữa bệnh cũng cần được coi là chìa khoá để y tế cơ sở có đủ sức tồn tại và phát triển trong kinh tế thị trường hôm nay.

Tôi khuyến nghị những thay đổi sau:

Thứ nhất, luật pháp có cơ chế bảo vệ nhân viên y tế trước nạn hành hung không có xu hướng giảm những năm qua. Trường hợp vì công an rút súng dọa nhân viên y tế ở Lâm Đồng mới đây là ví dụ điển hình về sự yếu thế của y tế cơ sở Việt Nam. Chế tài nghiêm khắc là nhiệm vụ của các cấp chính quyền.

Thứ hai, ngành chủ quản thiết lập hệ thống đào tạo liên tục cho nhân viên y tế, coi như điều kiện cần để họ tiếp tục hành nghề, tổ chức một cách thuận tiện, nghiêm túc. Telehealth là một giải pháp đã chứng minh hiệu quả trong thời gian qua, tạo hành lang pháp lý để y học từ xa vươn đến mọi trạm y tế xã, phường. Công nghệ thông tin hướng tới chăm sóc sức khỏe đến tận các hộ dân, y tế cơ sở vì thế không thể nằm ngoài xu thế.

Cuối cùng, nhanh chóng sửa đổi Luật Khám chữa bệnh nhằm nâng cao vai trò của y tế cơ sở. Theo đó, bãi bỏ những quy định phân tuyến phi khoa học như: theo hạng bệnh viện chỉ được dùng thuốc, làm dịch vụ, thủ thuật mức độ nhất định, không hạn chế phạm vi hoạt động của nhân viên y tế, chỉ cần đánh giá đủ điều kiện vật chất và con người là có thể cho phép các trạm y tế tiến hành các thủ thuật, các phương pháp điều trị dưới sự giám sát chặt chẽ của bệnh viện quận, huyện.

Tương tự, ở cấp cao hơn, bệnh viện, trung tâm y tế quận huyện sẽ là cánh tay nối dài của các bệnh viện tỉnh, thành. Với chỉ đạo tuyến thông suốt, việc phân khúc điều trị sẽ là một hệ thống mềm, uyển chuyển không cứng nhắc duy ý chí.

Tôi không thể không nhắc đến thu nhập của nhân viên y tế cơ sở. Với thu nhập dưới mức trung bình hiện nay, chắc chắn không một bác sĩ nào dù mới ra trường lại chọn y tế xã, phường làm nơi bắt đầu sự nghiệp. Một chiến sĩ công an có thể phấn đấu từ cảnh sát khu vực trở thành vị tướng quyền uy, nhưng một bác sĩ phường, xã khó bao giờ tiến dần đến những vị trí đầu ngành. Đơn giản, vì muốn nâng cao tay nghề cũng như danh tiếng, nhân viên y tế rất cần phương tiện khám chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và đặc biệt là được thực hành thường xuyên với những ca bệnh phức tạp.

Đã khó phát triển về chuyên môn lại thu nhập "ba cọc ba đồng", thà bỏ nghề chứ ít bác sĩ muốn bám trụ ở trạm y tế xã. Bằng chứng là hơn một nửa số trạm y tế xã, phường ở TP HCM chưa có trường trạm. Hay huyện Phù Mỹ, Bình Định, nơi tôi ứng cử đại biểu Quốc hội, nhiều năm nay không tuyển nổi bác sĩ trẻ phần nhiều vì những lý do này. Các bác sĩ ở các trạm y tế xã hầu hết đã trên tuổi 50.

Giải pháp tình thế "hỗ trợ năm triệu đồng mỗi tháng để giữ chân nhân viên y tế" đã được đề xuất lên Hội đồng Nhân dân TP HCM. Tuy nhiên, theo tôi, đó chỉ là bước tạm thời. Chỉ khi các trạm y tế đơn sơ được "biến" thành phòng khám thuộc bệnh viện tuyến trên, phát triển dịch vụ y tế hiện đại, quản lý chăm sóc được bệnh mạn tính, ứng dụng công nghệ điều trị tại nhà, nhân viên y tế mới có động lực để làm việc và đạt thành quả xứng đáng với thu nhập của mình.

Rất mong sau đại dịch không thể nào quên này, mọi nhà đều biết địa chỉ của trạm y tế gần nhất.

NĂM THỨ BA COVID

PGS.TS.BS. Nguyễn Lâm Hiếu¹²⁰

Tôi là bác sĩ tìm mạch, Hải là bác sĩ hồi sức cấp cứu. Đại dịch bùng phát, chúng tôi được phân công vào những nơi cam go nhất.

Tôi và Hải, không ai thuộc chuyên ngành bệnh nhiệt đới hay y tế công cộng - những chuyên ngành chỉ huy công cuộc chống dịch COVID-19 trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nhưng chúng tôi lần lượt đi chống dịch từ Huế, Phú Yên, Hà Tĩnh rồi Bình Dương, TP HCM, Bình Định... và cuối cùng đang "trấn thủ" Hà Thành.

Đi nhiều, làm nhiều, đối mặt nhiều tình huống cam go, chúng tôi mày mò đọc, học hỏi, chia sẻ với đồng nghiệp ở mọi chuyên ngành, nhiều quốc tịch. Chính điều này đã thôi thúc cả hai cùng chủ biên một cuốn sách về COVID-19

Ban đầu, tôi và Hải dự định chia sẻ kiến thức về hồi sức cấp cứu bệnh nhân mắc Covid - mảng chưa có tiền lệ ở Việt Nam. Nhưng rồi dịch chuyển biến quá nhanh, "Zero Covid" buộc phải chuyển sang chung sống thích ứng an toàn, chúng tôi quyết định mời thêm nhiều người ở chuyên ngành khác cùng viết sách để làm cơ sở ra đời ngành Covid học.

Nhóm tác giả biên soạn cuốn "Chẩn đoán và điều trị Covid-19" thuộc nhiều chuyên ngành, bệnh viện, địa phương. Lứa tuổi, kinh nghiệm cũng như học hàm, học vị cũng rất khác, nhưng cùng chung

¹²⁰ Đại biểu Quốc hội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Covid19 Becamex Bình Dương, Giám đốc bệnh viện dã chiến Hoàng Mai Hà Nội,

hiệt huyết, quyết tâm ra đời một sản phẩm hữu ích cho ngành Y nước nhà.

Có những người rất trẻ, chỉ mới tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, lại là những thành viên tích cực nhất. Có tác giả đang bị nhiễm COVID-19 vẫn miệt mài viết từ chính kinh nghiệm bản thân mình. Nhiều tác giả thuộc chuyên ngành chống nhiễm khuẩn, y tế công cộng, sản khoa, dược lý, phục hồi chức năng, tâm thần học... hai vị chủ biên chúng tôi chưa gặp ngoài đời bao giờ, nhưng khi được mời đã hoàn thành bản thảo rất nhanh và chất lượng.

Và chúng tôi cùng lập một kỷ lục. Từ khi Phó giáo sư Hoàng Bùi Hải đề xuất ý tưởng cho đến khi bản thảo gần 900 trang vào nhà in chỉ không đầy bốn tháng. Chỉ có COVID-19 mới buộc tất cả trôi nhanh đến vậy.

Đến tuần cuối cùng của năm cũ, tôi mới nhận ra, năm 2021 của tôi lướt qua nhanh đến nỗi, mọi việc tưởng như bộ phim vừa xem trong giây lát.

Một cái Tết con Trâu vui vầy với thành quả chống dịch được thế giới khen ngợi. Những sách lược thành công, những anh hùng chống dịch, chiến thuật đánh đuổi giặc Covid với mục tiêu "zero Covid" ở mọi góc ngách Việt Nam được coi là thành công mỹ mãn... Cho đến những ngày cuối tháng tư, sắp bước vào nghỉ lễ, ổ dịch chủng mới Delta phát hiện ở TP HCM.

Với những gì virus gây ra ở các nước trên thế giới, đặc biệt là Ấn Độ, chính bản thân tôi là người ủng hộ "zero Covid" khi chương trình tiêm chủng diện rộng chưa bắt đầu. Chúng tôi đã nhắn tin, gọi điện tới

các vị lãnh đạo xin được giãn cách xã hội dù ngắn ngày để gói gọn "con Delta" vô cùng phức tạp này.

Biết bao cố gắng của cả hệ thống và toàn dân đã đổ ra, nhưng hậu quả của cơn bão tràn qua thật khủng khiếp mà một người ở tâm dịch suốt ba tháng như tôi không bao giờ muốn nhắc lại. Những tổn thất là bài học đắt giá mà chúng ta luôn phải ghi nhớ. Những cường quốc y tế với phương tiện cấp cứu hồi sức hiện đại còn không giảm được tỷ lệ tử vong khi dịch bùng phát, trong khi một hệ thống y tế từ cơ sở đến trung ương còn thiếu và yếu như chúng ta làm sao xoay chuyển được tình hình? Ai cũng thấy sự dũng cảm và ý chí của những người tham gia chống dịch, nhưng với "vũ khí" thô sơ, ta đã không ngăn được cơn đại hồng thủy. Chúng ta đã không giữ lại được nhiều mạng sống cho người dân Nam bộ trong những tháng hè khốc liệt năm qua.

Những tháng cuối năm này, số ca nhiễm vẫn tăng chóng mặt, nhưng tình huống đã hoàn toàn khác. Vaccine đã được phủ diện rộng và tỷ lệ tử vong rơi chủ yếu vào nhóm chưa tiêm, bệnh nền nguy hiểm. Hệ thống y tế cũng đã kinh nghiệm hơn với việc phát hiện và điều trị ca tăng nặng. Việc điều trị cách ly người nhiễm tại nhà đã được xã hội chấp nhận. Tâm lý nghi kỵ người nghi nhiễm đã không còn vì ai trong chúng ta cũng có thể là F0 hay F1.

Phải làm gì để một năm mới tốt đẹp hơn? Như cuốn sách về COVID-19 sắp xuất bản, tôi tin rằng chiến lược coi Covid như một bệnh, một chuyên khoa là hướng đi tất yếu trong thời kỳ thích ứng an toàn - cụm từ tôi tâm đắc.

Có xem Covid như một bệnh lý chuyên khoa, ta mới có thể yên tâm quay lại cuộc sống bình thường. Chỉ khi nắm chắc được sinh bệnh học, diễn biến tự nhiên và các biến chứng... tỷ lệ tăng nặng và tử vong sẽ được khống chế. Covid -19 sẽ như những đại dịch bùng phát dữ dội rồi thoái triển thành một loại cúm mùa mà lịch sử nhân loại từng chứng kiến.

Để được an toàn, chúng ta cần thay đổi cách đối xử với y tế. Cũng cố lại hệ thống chữa bệnh từ cấp nhỏ nhất là phường, xã, huyện; xây dựng khoa truyền nhiễm tách khỏi khu điều trị thông thường từ các bệnh viện huyện đến trung ương; trang bị máy móc, thuốc men, phương tiện phòng hộ, kit test... đầy đủ là nhiệm vụ của cả chính quyền chứ không riêng ngành Y.

Đầu tư nhiều hơn vào con người với việc đào tạo nhân viên y tế bài bản, bảo đảm thu nhập và tạo hướng đi để phát triển chuyên môn là căn cơ để có một ngành Y thành công trong mắt xã hội. Nếu còn để những bác sĩ trẻ ra trường nhận lương tháng 5 triệu đồng và tiền chống dịch từ tháng 7/2021 vẫn chưa về tài khoản, chúng ta có lỗi.

Cuối cùng là đầu tư vào khoa học. Việt Nam có thể thúc đẩy chuyên ngành Covid học; nghiên cứu, thử nghiệm và tự sản xuất vaccine một cách bài bản; phối hợp sản xuất các thuốc kháng virus chất lượng và giá thành phù hợp ngay trong năm 2022. Khi các hướng dẫn khoa học và dễ hiểu được cập nhật liên tục, người dân không hoảng loạn bầu vuu vào những luận cứ phi khoa học nữa.

Những việc quan trọng này, chỉ một mình Bộ Y tế loay hoay không thể thành công. Sự đồng thuận từ trên xuống dưới của mọi cấp chính quyền theo tôi là chìa khoá để mở ra một năm 2022 khác biệt cho đất nước.

HOST STATE'S EMERGENCY MEASURES TRIGGERED IN COVID-19 AND LEGAL DEFENSES UNDER INTERNATIONAL INVESTMENT LAW- STEPPING ON CPTPP'S THIN ICE

Ngo Nguyen Thao Vy, LL.M¹²¹

Nguyen Xuan My Hien, LL.M¹²²

Abstract

Due to the global-scale impact of the COVID-19 pandemic, the investors have witnessed an increasing trend of national emergency measures adopted by the host States in various sectors to fight against the crisis. Currently, the investment protection system in the newly-emerged Free Trade Agreement (FTA)- The Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership (CPTPP) strives to shift the equilibrium of public interests and the investor's rights into a more balanced position in both procedural and substantive aspects. Legal provisions regarding the State's right to regulate in certain "necessary" situations seems to be too vague to pave way for the State's measures in emergency context. Here arises the question that, amidst the a pandemic, whether the investment provisions in those FTAs can be used as an effective legal defense for host States in the arbitration claims brought by foreign investors. Hence, the paper analyses the nature of and legal consequences from the host state's emergency measures adopted during the COVID-19 pandemic under the international investment law, with the aim to propose appropriate approach under the CPTPP for host States to protect themselves from arbitration claims in such controversial context.

Keywords: *new-generation FTA, CPTPP, emergency measures, COVID- 19 pandemic, legitimate public welfare objectives, public power.*

¹²¹ Lecturer, International law faculty, HCM City University of Law (Giảng viên Bộ môn Luật Thương mại Quốc tế, Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP. Hồ Chí Minh)

¹²² Lecturer, International law faculty, HCM City University of Law (Giảng viên Bộ môn Luật Thương mại Quốc tế, Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP. Hồ Chí Minh)

Tóm tắt

Do tác động trên phạm vi toàn cầu của đại dịch COVID-19, các nhà đầu tư đã chứng kiến xu hướng ngày càng tăng của các biện pháp khẩn cấp được quốc gia tiếp nhận đầu tư áp dụng trong các lĩnh vực khác nhau nhằm phòng chống khủng hoảng trên nhiều phương diện. Hiện nay, hệ thống bảo hộ đầu tư trong Hiệp định Thương mại tự do (FTA) thế hệ mới, cụ thể là Hiệp định Đối tác Toàn diện và Tiến bộ xuyên Thái Bình Dương (CPTPP), cố gắng cân bằng lợi ích công cộng của quốc gia tiếp nhận đầu tư và quyền lợi của nhà đầu tư về khía cạnh quy định pháp luật thủ tục lẫn nội dung. Dù vậy, các điều khoản liên quan đến quyền ban hành quy định của Nhà nước trong một số tình huống "cần thiết" dường như vẫn còn quá mơ hồ để mở đường cho các biện pháp của Nhà nước trong bối cảnh khẩn cấp. Từ đây, một câu hỏi đặt ra là, giữa đại dịch, liệu các điều khoản đầu tư trong các FTA đó có thể được sử dụng như một biện pháp bảo vệ pháp lý hiệu quả cho các quốc gia tiếp nhận đầu tư trước các khiếu kiện trọng tài do nhà đầu tư nước ngoài khởi xướng hay không. Vì vậy, bài viết phân tích bản chất và hậu quả pháp lý từ các biện pháp khẩn cấp của quốc gia tiếp nhận đầu tư được ban hành trong đại dịch COVID-19 dưới góc độ luật đầu tư quốc tế. Mục đích của nghiên cứu này là nhằm đề xuất cách tiếp cận phù hợp theo CPTPP để các quốc gia tiếp nhận đầu tư tự bảo vệ mình khỏi các khiếu nại trọng tài trong bối cảnh nhiều biến động và tranh cãi hiện nay.

Từ khoá: FTA thế hệ mới, CPTPP, biện pháp khẩn cấp, đại dịch COVID- 19, mục tiêu lợi ích công cộng chính đáng, quyền lực công.

Introduction:

On November 12, 2018, Vietnam ratified a “*new and high-standard trade agreement*”- the Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership (CPTPP).¹²³ This newly-emerged Free Trade Agreement (FTA) stipulates a new generation of investment policies in its Chapter 9 which aims to pursue sustainable development through responsible investment. The CPTPP’s investment chapter is mostly based on the United States 2012 model bilateral investment treaty (BIT).¹²⁴ In general, Chapter 9 provides protection for investors in the territory of other parties, including commitments to: grant most- favored- nation (MFN) and national treatment (NT) to investors from CPTPP countries and domestic investors, prohibit expropriation that is not for public purpose, without due process or without compensation and prevent CPTPP parties from imposing “*performance requirements*” on local content or technology localisation. Also, this chapter includes provisions for investor- state dispute settlement (ISDS). Moreover, in response to a growing number of ISDS cases arising from regulatory measures taken by host states for the protection of environment, public health, national security or financial stability, CPTPP: (i) includes explicit language in the treaty preamble reaffirming the flexible approach to the right to regulate for legitimate public welfare objectives; (ii) provides certain exceptions for duties and principles set forth by the CPTPP; and (iii) allows contracting parties to make reservations or to exclude non-trade issues from the agreement’s scope of application.

Since more than million confirmed cases and deaths of COVID 19 due to this pandemic, there is an increasing emergency measures

¹²³ Thanh Nguyen, Thanh Thuy (2018), Does CPTPP take effect in early 2019, <https://customsnews.vn/does-cptpp-takes-effect-in-early-2019-7097.html>.

¹²⁴ Global Agenda Council on Trade & FDI, Will the Trans-Pacific Partnership Agreement Reshape the Global Trade and Investment System? What’s In and What’s New: Issues and Options, http://www3.weforum.org/docs/WEF_White_Paper_Whats_in_and_whats_new.pdf, p. 10

adopted by many States to slow down the outbreak of Coronavirus and protect people's health. Unfortunately, such measures could give rise to ISDS claims from foreign investors whose investments have been expropriated or treated unfairly. This practice has sparked debate on what sorts of defense under the CPTPP might be available to host states. To resolve such question, this paper is structured as follows: Section I briefly describes the emergency measures adopted by host state during COVID- 19 pandemic; Section II presents the state's right to regulate for public objectives in certain new generation FTAs; Section III examines legal defenses for host state under CPTPP; and Section IV concludes the paper by evaluating the CPTPP in the light of host State and foreign investors' right equilibrium in the outbreak of global pandemics.

1. Overview of host state's Emergency Measures adopted during the COVID-19 pandemic

Looking at the picture of measures taken by the host State during the COVID-19, there is a variety of instruments adopted by the CPTPP Member States, from legislative to administrative and judicial orders. However, the general scenario also shows hesistance in the implementation of host State's measures for public interests. The possible reason is a majority of CPTPP members, especially developed countries, have neither granted any strict temporary ban or lockdown order that may directly affect the business operation, nor have they adopted measures that could infringe the foreign investor's benefits. For instance, on 26 February 2020, the Crown Use and Compulsory Licensing provisions in the Patents Act of Australia were updated as part of a series of amendments in the Intellectual Property Laws Amendment (Productivity Commission Response Part 2 and Other Measures) Act 2020 (Cth).¹²⁵ So far, no steps have been taken

¹²⁵ Crown use is a mechanism that allows Australian Federal, State and Territory authorities (and third parties authorized by these authorities) to access and use patented technology, or technology for which a patent application is pending, without the authorization of the rights holder if certain conditions are met. The relevant provisions are contained in Chapter 17 of the Patents Act. Compulsory licensing provides a similar mechanism for third party entities, including private companies.

in Australia according to the Crown Use or Compulsory Licence mechanisms in response to the COVID-19 pandemic. Meanwhile, Japan mainly provides financial support which applies to all entities operating within its territory, whether they are pure local enterprises or not.¹²⁶ Developing member countries seem to be more sensitive to the pandemic, evidenced by stricter measures adopted during the course of fighting against COVID-19 which may directly affect the economic rights of the foreign investors, such as setting price caps for certain pharmaceutical products and medical devices by the Chilean government,¹²⁷ and mandatory suspension of non-essential activities by the Mexican government.¹²⁸

Turning to measures adopted by non-CPTPP member States, it seems that those States can utilize their right to regulate and policy space to the higher level in order to cope with COVID-19. In Spain, the Ministry of Health announced it would take all of Spain's private health providers and their facilities into public control.¹²⁹ Similar steps have been taken in parts of the United States, where the Governors of both California and New York authorized the requisition of equipment and facilities to treat patients.¹³⁰ Therefore, questions arise regarding the legal ground incorporated in the CPTPP related to the host State's measures for public interests, which one and to which extent that it

¹²⁶ KPMG (2020), Japan- Government and institution measures in response to COVID-19, <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/japan-government-and-institution-measures-in-response-to-COVID.html>

¹²⁷ KPMG (2020), Chile- Government and institution measures in response to COVID-19, <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/chile-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>

¹²⁸ KPMG (2020), Mexico- Government and institution measures in response to COVID-19, <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/mexico-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>

¹²⁹ Kevin O’Gorman, Paul Stothard and Martin Valasek (2020), Investor-state claims in the era of the COVID-19 pandemic, International arbitration export, <https://www.nortonrosefulbright.com/en/knowledge/publications/e8979151/investorstate-claims-in-the-era-of-the-covid19-pandemic>, pg.18

¹³⁰ Kevin O’Gorman, Paul Stothard and Martin Valasek (2020), id, pg.19

serves as a legal defense for the achievement of the public goal pursued by the States in this pandemic context.

2. State's right to regulate and public objective pursuance in the new generation of international trade agreements

The number of trade agreements has grown dramatically since the early 1990s, evidenced by the data showing that the preferential arrangements in force until 2015 increased from 20 in 1990 to 279 at the end of 2015.¹³¹ Previous generations of FTAs focused mostly on commitments on tariffs on industrial and agricultural goods and other border measures such as export taxes. Newer agreements have evolved to become deeper in the sense that the set of policy areas covered has expanded, such as international flows of investment and labor, the protection of intellectual property rights and the environment, the right to regulate and policy space of the Member States, the recognition of public interests in certain areas, amongst others. Such "deep" trade agreements matter for not only economic development but also the public welfare of the society. The rules embedded in such "*deep trade agreements*" (DTAs), along with the multilateral trade rules and other elements of international economic law such as international investment agreements, influence how countries (and, hence, the people and firms that live and operate within their territories) transact, invest, work, and, ultimately, develop.¹³²

One of the basic objectives of the investment chapter of DTAs is to protect the assets of the investor from uncompensated seizure or in the case of conflict in the host country. Modern DTAs typically ban host states from expropriating foreign investment unless the state

¹³¹ Aaditya Mattoo, Alen Mulabdic, Michele Ruta (2017), Deep trade agreements as public goods, <https://voxeu.org/article/trade-effects-deep-agreements>

¹³² <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34055>, p. 3

meets four cumulative conditions.¹³³ Additionally, investment chapters of DTAs also adopt certain flexibilities for public policy, with the inclusion of provisions or references to protection of the environment and other public interests, fundamental labor principles and human rights, compliance with social corporate responsibility standards, or the participation of DTA parties in relevant organizations.¹³⁴ To implement the duty to observe public interests, the right to regulate of the host State is of the essence and deemed as the balance between investor protection and the state's right to introduce instruments pursuing legitimate policy interests, such as national security, public health, and safety, or the environment. 73 percent of DTAs include a right to regulate providers in the public interest, which is associated with provisions on expropriation.¹³⁵ Some DTAs incorporate elements of GATT Article XX and GATS Article XIV on exceptions, either directly in the investment chapter or through a general exception chapter which links to the investment chapter. Along with environmental concerns, human life and health considerations are subject to the right to regulate in 85 percent of all investment chapters,¹³⁶ which allows the exemption for the host State from being claimed as maintaining or issuing expropriatory acts toward the investment. Such approaches are also incorporated into the CPTPP and in the global battle against COVID-19, these provisions become the hot topic amongst scholars and legal practitioners concerning the possibilities of ISDS arbitral claims.

¹³³ The expropriation must be (a) for a public purpose; (b) carried out in a nondiscriminatory manner; (c) under some kind of legal process; and (d) accompanied by payment of (usually) the full value of the expropriated asset, usually specified as of the date of the expropriation.

¹³⁴ Mattoo, Aaditya; Rocha, Nadia; Ruta, Michele (2020), Handbook of Deep Trade Agreements. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34055>, p. 152

¹³⁵ Mattoo, Aaditya; Rocha, Nadia; Ruta, Michele (2020), id, p. 163.

¹³⁶ Mattoo, Aaditya; Rocha, Nadia; Ruta, Michele (2020), id, p. 164.

3. Legal Defense for Host State's Measures under CPTPP

In the light of international investment law, foreign investors who have been affected by government-mandated COVID- 19 measures may, in certain circumstances, initiate a claim where their investment has been treated incompatibly with a State's obligation under a relevant international investment agreement (IIA). As a new generation FTA, CPTPP provides member states certain safeguard provisions that reserve for the state the right to regulate. These safeguard provisions are found in the treaty's preamble, its body, annexes, or even its reservations, declarations, and understandings.¹³⁷ In the body of the treaty text, a reference to the right to regulate is placed in a separate article (Article 9.16 or Article 29.2) or incorporated into an article on individual investor protection (Article 9.4, 9.5 and 9.8). They could become legal defenses to preserve regulatory space for public health policies and others to combat COVID- 19. Thus, when the contested measures violate some investment protection provisions in CPTPP, the host State may rely on relevant defenses within its regulatory power, including exclusions that opt measures protecting legitimate public welfare objectives out of the scope of some investment provisions, as well as the investment chapter's general exception in terms of public health and national security.

3.1. Legitimate public welfare exclusions in Chapter 9 CPTPP

Where emergency measures are taken to respond to mitigate crisis arisen in the wake of COVID, the implicated State may rely on prudential exclusion clauses under CPTPP. Particularly, CPTPP has excluded legitimate public welfare objectives' policy from the scope of Article 9.4- NT, Article 9.5- MFN, Article 9.8- Expropriation, and Article 9.10- Performance requirement. Hence, State parties could

¹³⁷ Vera Korzun (2016), The Right to Regulate in Investor-State Arbitration: Slicing and Dicing Regulatory Carve-Outs, *Vanderbilt journal of transnational law* Vol 50:355, p. 388

take advantage of these exemptions to seek the protection of their regulatory measures.

3.1.1. In international investment aspect

In term of Article 9.4 and Article 9.5 CPTPP, when a claimant challenges that a host State's measure is inconsistent with the NT and MFN, the claimant bears the burden to prove that the respondent failed to accord to the claimant or claimant's covered investment treatment no less favorable than it accords, in like circumstances to its investors, or their investments, in its territory (Article 9.4), or to investors of any other Party or of any non-Party, or their investments, in its territory (Article 9.5). The most important part of MFN and NT analysis is to answer the question: whether the more favorable treatment is accorded to an investor or an investment "*in like circumstances*"? To determine which cases may constitute as "*like circumstances*", it is vital to consider the totality of circumstances regulated in paragraph 4 and 5 which have been discriminated against based on their nationality. Not only do such circumstances include competition in the relevant business or economic sectors, but also in the applicable legal and regulatory frameworks and whether the differential treatment is based on legitimate public welfare objectives, including public health.¹³⁸ However, CPTPP does not mention to what extent the tribunal's discretion in determining whether "*legitimate public welfare objectives*" exist.¹³⁹

To determine whether an action or a series of actions constitutes expropriation, Article 9.8(1) of the CPTPP allows expropriation where there is a "*public purpose*" with the caveat that the taking is compensated. There is no doubt that takings and expropriation require

¹³⁸ Drafters' Note on Interpretation of "In Like Circumstances" Under Article 9.4 (National Treatment) and Article 9.5 (Most-Favoured-Nation Treatment), <https://www.mfat.govt.nz/assets/Trans-Pacific-Partnership/Other-documents/Interpretation-of-In-Like-Circumstances.pdf>

¹³⁹ Lise Johnson & Lisa Sachs (2015), The TPP's Investment Chapter: Entrenching, rather than reforming, a flawed system, Columbia center on sustainable investment, <http://ccsi.columbia.edu/files/2015/11/TPP-entrenching-flaws-21-Nov-FINAL.pdf>

compensation if it is for a public purpose. But the focus here is the guidance on the distinction between indirect expropriations and non-compensable regulatory measures under the supra note 3b, Annex 9B. Its language is most similar to the supra note 12, Annex B of 2012 U.S. Model BITs.¹⁴⁰ The Annex directs the tribunal that non-discriminatory regulatory measures on legitimate policy grounds, including public health shall not be regarded as indirect expropriation unless adopted in rare circumstances. It must be noted that supra note 3b would only be applied if the measure taken is non-discriminatory in nature. Furthermore, footnote 37 provides a list of regulatory actions to protect public health. It comprises measures concerning the regulation, pricing and supply of, and reimbursement for, pharmaceuticals (including biological products), diagnostics, vaccines, medical devices, gene therapies and technologies, health-related aids and appliances, and blood and blood-related products. Besides, this article shall not apply to the issuance of compulsory licenses granted to intellectual property rights under the TRIPS Agreement, or the revocation, limitation, or creation of intellectual property rights, to the extent that the issuance, revocation, limitation, or creation is consistent with Chapter 18 (Intellectual Property) and the TRIPS Agreement. Therefore, this provision seems to provide a strong level of protection to the state's regulatory power relating to public health. Such expropriation provision thus is expected to be an effective defense for host states against frivolous claims of foreign investors relating to emergency measures adopted during the COVID-19. Nevertheless, supra note 3b, Annex 9B does not mention the definition of "*rare circumstances*", which may lead to controversy in practice. Due to the lack of explanation guidance for "*rare circumstances*", the arbitral tribunal has wide discretion to follow strict interpretation approach and may conclude that measure adopted and applied to protect legitimate public welfare is an indirect expropriation.

¹⁴⁰ Noam Zamir & Paul Barker (2018), The Trans-Pacific Agreement and states' right to regulate under-investment, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3256912, p. 218-222

3.1.2. *In business and international trade aspects*

According to Article 9.10 CPTPP, host States are prohibited to impose or enforce any requirements, commitments, or undertakings; condition the receipt or continued receipt of an advantage for the establishment, acquisition, expansion, management, conduct, operation, or sale or other disposition of an investment. In other words, performance requirements are measures requiring investors to behave in a particular way or to achieve certain outcomes in the host country such as economic or non-economic goals.¹⁴¹ Thus, CPTPP stipulates obligations on the removal of performance requirements. For instance: no conditions on local content requirements, export conditions, use of certain technology, location of the investment project, etc.¹⁴² In practice, governmental measures regulating performance requirements are increasingly challenged by foreign investors under IIAs. However, Article 9.10.3(d) and 9.10.3(f) permit certain performance requirements¹⁴³ to be adopted and maintained if they are necessary to secure compliance with laws and regulations that are not inconsistent with this Agreement or necessary to protect human, animal or plant life or health; or related to the conservation of living or non-living exhaustible natural resources. Hence, a nexus requirement, denoting the required link between a state measure and a permissible objective is “*necessary for*” and “*relating to*”. In practice, it determines the stringency of the test required to prove that a measure is “*necessary*” and a less strict one to prove the measure is “*relating to*”. Further, to prevent abuse of exceptions, it is often clarified that the measures must be applied in a non-arbitrary manner

¹⁴¹ Suzy H. Nikiéma (2014), IISD Best Practices Series: Performance Requirements in Investment Treaties Best Practices Series, p. 1

¹⁴² Dr. Oliver Massmann, Vietnam – evaluation of the implementation of the EU-Vietnam free trade agreement and the comprehensive and progressive agreement for Trans-pacific Partnership, <https://blogs.duanemorris.com/vietnam/2020/07/22/vietnam-evaluation-of-the-implementation-of-the-eu-vietnam-free-trade-agreement-and-the-comprehensive-and-progressive-agreement-for-trans-pacific-partnership/>

¹⁴³ 9.10.1(b), 9.10.1(c), 9.10.1(f), 9.10.1(h), 9.10.1(i), 9.10.2(a) and 9.10.2(b).

and not disguised as investment protectionism. Such public policy exceptions could serve as a shield for ISDS claims arising from emergency measures during COVID- 19. Nevertheless, it is now debatable to examine what may constitute an “*arbitrary or unjustifiable manner, or do not constitute a disguised restriction on international trade or investment*” manner.¹⁴⁴

To sum up, the mentioned exclusions in CPTPP recognizes the state’s right to regulate public health objectives. As a result, the host state could apply these defenses to deal with discrimination, expropriation and performance requirements claims. Yet, due to the vague language of some phrases in the treaty, the interpretation will depend on the standard of review that the tribunal applies.

3.2. General exceptions of Chapter 9 CPTPP

To relieve host states from treaty liability for their emergency measures during the COVID-19 pandemic, Article 9.16 CPTPP prescribes general exceptions. This is in addition to other safeguards already regulated in the CPTPP. In practice, it is regarded as the most common means of safeguard provisions that reserve regulatory space for host states to adopt and enforce measures necessary for the protection of public health.¹⁴⁵ Hence, Article 9.16 CPTPP is expected to eliminate the liability of state and damages for the contested measures if successfully invoked.

Most IIAs incorporate general exceptions based on provisions found in WTO. For instance, Article XX of the General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) and Article XIV of the General Agreement on Trade in Services (GATS). Nonetheless, Article 9.16 CPTPP provides a different approach from most of IIAs, which leads to a separate degree of deference to the state's own determination as to what measures are appropriate to protect the public during the

¹⁴⁴ Elizabeth Sheargold & Andrew Mitchell (2019), “Public Health in Investment Law and Arbitration’ in Julien Chaisse, Leïla Choukroune and Sufian Jusoh (eds), *Handbook of International Investment Law and Policy* (Springer), p. 12

¹⁴⁵ Vera Korzun (2016), *id.*, p. 389

pandemic. According to Article 9.16 CPTPP, the parties could adopt, maintain or enforce any measure otherwise consistent with this Chapter that it considers appropriate to ensure that investment activity in its territory is undertaken in a manner sensitive to regulatory objectives. Apart from broadening the scope of regulatory objectives, Article 9.6 CPTPP is similar to Article 12.2 US Model BIT 2004¹⁴⁶ which are not subject to any dispute settlement recourse, however. When it comes to interpreting this article, the language “*otherwise consistent with this chapter*” turns general exception nothing but window dressing.¹⁴⁷ Ironically, this article affirms the state's authority to regulate foreign investors “*to ensure that investment activity in its territory is undertaken in a manner sensitive to environmental, health or other regulatory objectives*” provided that the obligations stated in Chapter 9 must not be violated. Hence, when the host state adopts or enforces emergency measures to combat COVID- 19 and even when the Article 9.16 CPTPP is invoked successfully, the foreign investors can still win the ISDS case as their protection under CPTPP is violated. In other words, Member States have the freedom to adopt or maintain a lawful measure regulating investment activity if they suppose it is appropriate to ensure the sensitiveness to regulatory objectives.

In this regard, the required nexus between a measure and permissible policy objectives is “*sensitiveness*”. It sets the respective desired level of protection of the objective. This nexus is not interpreted in the treaty, thus requires a case-by-case assessment by the arbitral tribunal. Furthermore, according to Article 9.16 CPTPP, the lawful measure shall be directed to the regulation of a foreign investor’s activity in its territory, instead of the benefit of the public at

¹⁴⁶ *Nothing in this Treaty shall be construed to prevent a Party from adopting, maintaining, or enforcing any measure otherwise consistent with this Treaty that it considers appropriate to ensure that investment activity in its territory is undertaken in a manner sensitive to environmental concerns.*

¹⁴⁷ Yurica Ramos Montes (2018), Can the language of the Trans-Pacific Partnership still contribute to the international investment system? An analysis of TPP’s language regarding states’ powers to regulate, The arbitration brief, p. 31

large. Consequently, in our opinion, Article 9.16 CPTPP could not be a legal defense for the host states' measures aiming to protect public health as expected because its language stating that regulatory measures must still be consistent with the provisions of Chapter 9. In practice, though the tribunal in *Daimler Financial Services AG v. Argentina* did not deny that States have a right to regulate following their international obligations, Argentina still liable to pay compensation.¹⁴⁸

In short, as a Chapter 9's general exceptions, Article 9.16 CPTPP could not provide an effective safeguard to relieve host states from treaty liability for their emergency measures during the COVID-19 pandemic. Therefore, there is less chance for host state to defense successfully against discrimination, performance requirements and expropriation claims from the foreign investors.

3.3. National security exceptions in CPTPP

CPTPP prescribes national security exceptions to recognize the right to protect the essential security interests of the state. Hence, states may invoke Article 29.2 CPTPP in order to seek to avoid liability due to undertaking measures for the maintenance of national security. In this regard, Article 29.2 CPTPP could become an effective defense for emergency measures during COVID- 19 that would otherwise breach CPTPP obligations.

The most notable distinction between the general (Article 9.16 CPTPP) and national security exceptions (Article 29.2 CPTPP) is the specific objectives. Security exceptions have specific objectives, typically the "*maintenance or restoration of international peace and security, or protection of the host state's essential security interests*". Indeed, most of such exceptions are limited in their scope to circumstances related to periods of war, traffic of arms, or other emergencies.¹⁴⁹ The security exception in Article 29.2 provides that a

¹⁴⁸ Noam Zamir & Paul Barker (2018), id, p. 215.

¹⁴⁹ Vera Korzun (2016), id, pg. 394

CPTPP Party cannot be required to provide or allow access to any information where it determines that to do so would be contrary to its essential security interests. Moreover, the exception ensures that a CPTPP Party may apply any measure that it considers necessary for the fulfillment of its obligations concerning the maintenance or restoration of international peace and security, or the protection of its essential security interests.¹⁵⁰ Thus, there are two key elements from Article 29.2 CPTPP: (i) who can determine the situation and (ii) whether the measure is necessary for the protection of essential security interest. Due to the phrase “*it considers*” in Article 29.2.b CPTPP, the national and essential security clauses are worded in “*self-judging*” terms.¹⁵¹ Therefore, the state could explicitly clarify that COVID 19- public health crisis is an essential security interest that falls under the scope of this exception.¹⁵² However, such measures must pass the stringent test required to prove that a measure is “*necessary*”. In the absence of a specific definition of “*necessary*”, a state may nonetheless be able to invoke the necessity defense available under customary international law. According to Art. 25 (1) International Law Commission (ILC)’s articles on state responsibility, to successfully invoke the necessity defense, the host state must prove that (1) the state’s act was sought to protect its essential interest; (2) the state faces a grave and imminent peril; (3) the act in question is the only way for the state to protect that essential interest; and that (4) the act does not seriously impair the vital interests of another state or the international community.

¹⁵⁰ New Zealand Foreign Affairs Trade (2018), Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership National Interest Analysis- National interest analysis, <https://www.mfat.govt.nz/assets/CPTPP/CPTPP-Final-National-Interest-Analysis-8-March>, pg. 54

¹⁵¹ Katia Yannaca-Small (2007), Essential Security Interests under International Investment Law, p. 98.

¹⁵² Michael Ostrove, Kate Brown de Vejar, Mariana Lozza, Ben Sanderson (2020), State defenses to investment claims arising from COVID-19, https://www.dlapiper.com/en/us/insights/publications/2020/04/state-defences-to-investment-claims-arising-from-covid-19/?utm_source=linkedin_company&utm_medium=social&utm_campaign=communications&utm_term=emea&utm_content=publication-communications&linkId=87558837

Relating to the first condition which mentions the grave and imminent peril host state faces, the staggering number of deaths due to CoronaVirus and the advisory statements issued by the WHO prove that COVID- 19 an unfolding event which poses an imminent threat of grave harm to the world's population. Hence, the outbreak and spread of COVID- 19 meets this requirement. In terms of the essential interests, the Coronavirus threatens interests by the virus's impact on the well-being of a States' population and the international community. Generally, public health is likely to qualify as an "*essential interest*". It must be safeguarded to protect the fundamental needs of the population, and potentially even the continued existence of the State itself.⁶ Another criterion is that the measure must not seriously impair an essential interest of another State or of the international community as a whole. Tribunals need to conduct a balancing act between allowing States to take measures to protect their essential interests while ensuring that such measures do impair other essential interests of another State or of the international community. Lastly, the measure must be the only way to protect the essential interest from the impending harm at the time. It is explained that the necessary test poses a high threshold. When assessing the measures adopted, the tribunal would examine the information available at the time, and taking account of the whole package of measures, as well as alternative measures which could have the same effect, even if they are more costly. The last condition is the most challenging test, especially Russia, the US and China invested and did some experimental of the COVID-19 vital limb.

However, the host State cannot rely on the necessity defense to avoid a wrongful act if: (i) the obligation in question excludes reliance on necessity; and (ii) the State contributed to the situation of necessity.¹⁵³ The first exclusion means the necessity defense is no longer valid if IIA precludes the reliance on necessity. The second one relating to the scope of requirement of non- contribution is considered

¹⁵³ Federica Paddeu and Kate Parlett (2020), COVID-19, and Investment Treaty Claims, <http://arbitrationblog.kluwerarbitration.com/2020/03/30/covid-19-and-investment-treaty-claims/>

as a controversial issue. Although COVID-19 itself is not caused by an act of the State, the conduct in response to the pandemic will answer the question of whether any acts or omissions of the State exclude the chance to defend under the situation of necessity. Finally, if a situation of necessity is found, it is relevant to assess the period during which it was applicable. In other words, after the end of the period of necessity, the State may no longer be exempted from the requirement to pay compensation.¹⁵⁴

Ultimately, national security exceptions could serve as the most effective legal defense so far for host states in adopting a range of measures taken in response to the spread of COVID-19. It is due to the possibility to prove a state of necessity due to the pandemic. Yet, the tribunal tends to interpret the plea in very restrictive terms. Consequently, it could be difficult for States to establish all the requisite elements.

Conclusion

The COVID-19 pandemic is a grave threat to the essential interests of states, including the health of people in the world and the whole economy. In response to an unprecedented health crisis, if the government adopts or maintains non-discrimination measures or performance requirements or expropriation which cause suffer substantial losses for investors, it may trigger a series of ISDS claims. As mentioned, CPTPP Member States may rely on defenses under certain exclusions, general exception, and national security along with the customary international law. Nonetheless, as a new generation FTA, CPTPP failed to bring states effective defense in enforcing measures in response to the COVID-19 pandemic in certain aspects. It partly comes from the vague language of some phrases in the treaty and the interpretation is subject to tribunal's determination. Further, the protection standard most frequently invoke- Minimum standard

¹⁵⁴ Cleary Gottlieb (2020), COVID- 19: Public health emergency measures and state defenses in international investment law, <https://www.clearygottlieb.com/news-and-insights/publication-listing/covid-19-public-health-emergency-measures-and-state-defenses-in-international-investment-law>

treatment (MST) is not expressly carved out. Therefore, any possibility and risk accompanied in each choice of legal defense should be thoroughly analyzed to protect and ensure the host State's right to regulate from an ISDS claim.

The more severe the global health crisis is, the greater need to avoid and control ISDS claims. Especially, when legal defenses available in CPTPP are not successful, states should be mindful of the possible impact on foreign investors and their investment while adopting measures in response to COVID- 19. It could be done by state's attempt to consult with foreign investors when drafting regulation for protecting public health and national security. The government's measures should not impose an unreasonable, excessive burden on foreign investors. Moreover, from our perspective, Article 9.16 CPTPP should be reformed to allow host states to in the one hand protect public health in times of crisis, in the other hand, prevent abuse of exceptions./.

References:

- 1) Global Agenda Council on Trade & FDI (2016), Will the Trans-Pacific Partnership Agreement Reshape the Global Trade and Investment System? What's In and What's New: Issues and Options.
- 2) Kevin O'Gorman, Paul Stothard and Martin Valasek (2020), Investor-state claims in the era of the COVID-19 pandemic, International arbitration export
- 3) **Aaditya Mattoo, Alen Mulabdic, Michele Ruta** (2017), Deep trade agreements as public goods
- 4) Mattoo, Aaditya; Rocha, Nadia; Ruta, Michele (2020), Handbook of Deep Trade Agreements. Washington, DC: World Bank. © World Bank

- 5) Vera Korzun (2016), The Right to Regulate in Investor-State Arbitration: Slicing and Dicing Regulatory Carve-Outs, *Vanderbilt journal of transnational law* Vol 50:355
- 6) Noam Zamir & Paul Barker (2018), The Trans-Pacific Agreement and states' right to regulate under-investment
- 7) Suzy H. Nikiéma (2014), IISD Best Practices Series: Performance Requirements in Investment Treaties Best Practices Series
- 8) Elizabeth Sheargold & Andrew Mitchell (2019), "Public Health in Investment Law and Arbitration" in Julien Chaisse, Leïla Choukroune and Sufian Jusoh (eds), *Handbook of International Investment Law and Policy* (Springer)
- 9) Yurica Ramos Montes (2018), Can the language of the Trans-Pacific Partnership still contribute to the international investment system? An analysis of TPP's language regarding states' powers to regulate, The arbitration brief
- 10) Katia Yannaca-Small (2007), Essential Security Interests under International Investment Law
- 11) <https://home.kpmg>
- 12) <https://customsnews.vn>
- 13) <https://www.mfat.govt.nz>
- 14) <http://ccsi.columbia.edu>
- 15) <https://blogs.duanemorris.com>
- 16) <https://www.dlapiper.com>
- 17) <http://arbitrationblog.kluwerarbitration.com>
- 18) <https://www.clearygottlieb.com>

CÁC BIỆN PHÁP HẠN CHẾ, CẤM XUẤT KHẨU DƯỢC PHẨM TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH COVID-19 – GÓC NHÌN TỪ KHUNG PHÁP LÝ WTO VÀ HIỆP ĐỊNH CPTPP

ThS. Ngô Nguyễn Thảo Vy¹⁵⁵

ThS. Bs. Nguyễn Quốc Hùng¹⁵⁶

Tóm tắt:

Trong thời kỳ đại dịch COVID-19 còn đang diễn tiến khó lường, các quốc gia đang nỗ lực bảo đảm kho dự trữ dược phẩm cung cấp đầy đủ cho công dân của mình, thông qua những biện pháp mạnh mẽ như hạn chế/cấm xuất khẩu một số loại dược phẩm được cho là thiết yếu. Các biện pháp này mang tính chất nhạy cảm xét về nhiều khía cạnh của pháp luật thương mại quốc tế, đặc biệt khi các hiệp định thương mại tự do thế hệ mới như Hiệp định Đối tác Xuyên Thái Bình Dương (CPTPP) có những quy định đặc thù mà quốc gia thành viên cần phải quan tâm cân nhắc. Bài viết này sẽ phân tích quyền tiếp cận dược phẩm trong thời kỳ COVID-19 với liên hệ cụ thể tới quy định về hạn chế xuất, nhập khẩu của những hiệp định trong khuôn khổ Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO) và Hiệp định Đối tác Xuyên Thái Bình Dương (CPTPP), nhằm đưa ra lưu ý cho Việt Nam với tư cách quốc gia ký kết các hiệp định này.

Từ khoá: quyền tiếp cận dược phẩm, COVID-19, thương mại quốc tế, WTO, CPTPP.

Trong Bản Hiến chương thành lập Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1946, quyền về sức khỏe nói chung được thừa nhận rộng rãi là một trong những quyền cơ bản của con người, bởi *“tận hưởng quyền được chăm sóc sức khỏe là quan trọng đối với tất cả các khía cạnh khác trong cuộc sống của một người và đặc biệt quan trọng cho việc thụ hưởng các quyền con người khác”*.¹⁵⁷ Tuyên ngôn về Quyền con

¹⁵⁵ Giảng viên Bộ môn Luật Thương mại Quốc tế, Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP. Hồ Chí Minh.

¹⁵⁶ Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình, Giảng viên Khoa Y Đại học Văn Lang.

¹⁵⁷ Hiến chương của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1946.

người năm 1948 tại khoản 1 Điều 25 xác nhận mọi người đều có quyền được hưởng mức sống đủ để đảm bảo sức khỏe và phúc lợi của bản thân và gia đình, trong đó có ăn, mặc, ở, chăm sóc y tế; quyền được bảo đảm trong trường hợp ốm đau, tàn tật, già yếu. Quyền này cũng được khẳng định lại tại Điều 12 Công ước quốc tế về các Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa năm 1966, theo đó, con người có quyền được hưởng điều kiện tốt nhất có thể về sức khỏe thể chất và tinh thần.

Ủy ban các Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa của Liên Hiệp Quốc đã nhấn mạnh rằng quyền về sức khỏe không chỉ giới hạn ở quyền về chăm sóc y tế mà bao hàm hàng loạt các yếu tố kinh tế - xã hội thúc đẩy các điều kiện đảm bảo cho con người có một cuộc sống khỏe mạnh, trong đó, yếu tố tiếp cận được phẩm đảm bảo chất lượng, số lượng và giá cả hợp lý được đề cao.¹⁵⁸

Trong bối cảnh của đại dịch COVID-19, vấn đề này càng trở nên bức thiết hơn bao giờ hết. Ủy ban Nhân quyền của Liên Hiệp Quốc ban hành báo cáo vào tháng 4 năm 2020, trong đó kêu gọi *“các hệ thống chăm sóc sức khỏe phổ biến, giá cả hợp lý hỗ trợ chống lại đại dịch bằng cách đảm bảo mọi người đều có thể tiếp cận, không phân biệt đối xử, các biện pháp cơ bản ngăn chặn sự lây lan của virus”*.¹⁵⁹ Hướng dẫn của Ủy ban này vào ngày 13 tháng 5 năm 2020 cũng tuyên bố: *“Đây là thời điểm đoàn kết và hợp tác để giải quyết virus và giảm thiểu các tác động, thường là ngoài ý muốn, của các biện pháp được thiết kế để ngăn chặn sự lây lan của COVID-19. Tôn trọng các quyền con người trên nhiều phạm vi, bao gồm các quyền kinh tế, xã hội, văn hóa, dân sự và chính trị, sẽ là nền tảng cho sự thành công của ứng phó và phục hồi sức khỏe cộng đồng sau đại dịch.”*¹⁶⁰ Khi ban bố tình trạng khẩn cấp, các quốc gia là thành viên của Công ước quốc tế về

¹⁵⁸ UN CESCR (2000), “General Comment No. 14 (2000): The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)”, E/C.12/2000/4, 11/8/2000, đoạn 12 và 17.

¹⁵⁹ United Nations (2020), *COVID-19 and Human Rights: We are all in this together*, Truy cập tại: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/COVID-19-and-Human-Rights.pdf>, tr. 4.

¹⁶⁰ UNHR (2020), *Human Rights at the Heart of Response: COVID-19 GUIDANCE*, Truy cập tại: https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_Guidance.pdf.

các quyền dân sự và chính trị phải đáp ứng nghĩa vụ pháp lý của mình bằng cách cung cấp thông báo chính thức thông qua Tổng thư ký Liên hợp quốc, nhằm đảm bảo “*quyền hạn trong tình trạng khẩn cấp chỉ được sử dụng cho các mục tiêu sức khỏe cộng đồng chính đáng, không được sử dụng làm cơ sở để [...] từ chối các quyền con người khác hoặc thực hiện các bước khác không thực sự cần thiết để giải quyết tình hình sức khỏe.*”¹⁶¹ Tuy nhiên, trong các văn bản này của mình, Ủy ban lại không hướng dẫn cụ thể các biện pháp dành cho dược phẩm và các thiết bị y tế - vốn là một phần trọng yếu trong công tác phòng và chống dịch bệnh COVID-19.

Do đó, dù quyền tiếp cận thuốc nói riêng và quyền về sức khỏe nói chung là vấn đề cần xem xét ở mức độ hợp tác quốc tế toàn cầu, cơ quan chuyên trách về nhân quyền tâm cỡ của Liên Hiệp Quốc lại bỏ qua việc tiếp cận sâu sát hơn về những biện pháp mang tính quốc tế của các quốc gia, đặc biệt khi nhiều Chính phủ ban hành những biện pháp làm hạn chế quyền tiếp cận dược phẩm như lệnh cấm/hạn chế xuất khẩu dược phẩm. Do đó, các vấn đề này có thể được đưa về xem xét trong bối cảnh của những hiệp định thương mại quốc tế có liên quan, đặc biệt là những thỏa thuận trong khuôn khổ Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO) và các hiệp định tự do thương mại thế hệ mới như Hiệp định Đối tác Xuyên Thái Bình Dương (CPTPP) – vốn thể hiện nỗ lực dung hoà các lợi ích thương mại và phi thương mại trong bối cảnh hợp tác quốc tế đa lĩnh vực thông qua những quy định và ngoại lệ của mình.

1. Thực tiễn ban hành các biện pháp cấm/hạn chế xuất khẩu thiết bị y tế, dược phẩm của một số quốc gia trong đại dịch COVID-19

Do ảnh hưởng nghiêm trọng bởi đại dịch COVID-19, thương mại toàn cầu được dự báo sẽ sụt giảm mạnh trong khoảng từ 13 đến 32% trong năm 2020, chủ yếu do biện pháp giãn cách của các nền kinh tế lớn khiến cho sản lượng sản xuất sụt giảm, bên cạnh các lệnh

¹⁶¹ Tlđđ.

hạn chế xuất khẩu gây trở ngại cho chuỗi giá trị cung ứng toàn cầu.¹⁶² Đối tượng chịu sự hạn chế này chủ yếu là các thiết bị bảo hộ cá nhân (personal protective equipment – PPE) như khẩu trang, găng tay, áo bảo hộ, cũng như dược phẩm và các nguyên liệu sản xuất dược phẩm. Điều tra cho thấy tính đến tháng 4 năm 2020, đã có ít nhất 80 quốc gia và các vùng lãnh thổ hải quan riêng biệt ban hành biện pháp hạn chế xuất khẩu các hàng hoá y tế, trong đó có 46 quốc gia thành viên WTO.¹⁶³ Con số này được nhận xét chỉ là báo cáo bước đầu, không phản ánh thực tế tất cả các biện pháp tương tự được ban hành.

Tiêu biểu, Liên minh Châu Âu vốn từng là một trong những thị trường tích cực tự do hoá thương mại, nay lại ban hành các biện pháp hạn chế xuất khẩu chặt chẽ. Căn cứ theo Quy định số 2020/402, việc xuất khẩu các thiết bị PPE phải được sự cho phép của cơ quan có thẩm quyền cho đến cuối tháng 4 năm 2020. Vào giữa tháng 4, Ủy ban tuyên bố sẽ sửa đổi quy định này để từ 26 tháng 4 năm 2020 trở đi, giấy phép nhập khẩu sẽ chỉ áp dụng đối với mặt hàng khẩu trang, nhưng hiện nay vẫn chưa được thực hiện.¹⁶⁴ Tương tự, Hoa Kỳ cũng ban hành các biện pháp hạn chế xuất khẩu chặt chẽ thông qua cơ chế cấp phép theo hướng dẫn của Cơ quan Quản lý Tình trạng Khẩn cấp Liên bang (*Federal Emergency Management Agency - FEMA*) đối với các mặt hàng quan trọng trong công cuộc chống dịch như máy lọc không khí, khẩu trang và găng tay bảo hộ, chính thức có hiệu lực từ ngày 10 tháng 4 năm 2020.¹⁶⁵

¹⁶² BDI (2020), *Export Controls and Export Bans over the Course of the Covid-19 Pandemic*, tr. 1.

¹⁶³ Cụ thể, Hoa Kỳ và Ấn Độ tuy ban hành nhưng vẫn chưa báo cáo các biện pháp hạn chế xuất khẩu này cho WTO.

Xem thêm: Global Trade Alert (2020), *Tackling Covid-19 Together*, Truy cập tại: <https://www.globaltradealert.org/reports/51>.

¹⁶⁴ EU Commission (2020), *European Commission Narrows down Export Authorisation Requirements to Protective Masks only and Ex- tends Geographical and Humanitarian Exemptions*, Truy cập tại: <https://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=2132>.

¹⁶⁵ Đặc biệt, doanh nghiệp được xét đủ yêu cầu để cấp giấy phép cần thoả mãn điều kiện phải đề dành 80% hàng hoá sản xuất hằng năm cho thị trường nội địa trước khi giao kết hợp đồng xuất khẩu. Vào ngày 21 tháng 4 năm 2020, FEMA đã ban hành danh sách các ngoại lệ cho lệnh hạn chế xuất khẩu chặt chẽ này, theo đó giải thích hạn chế xuất khẩu sẽ không làm ảnh hưởng đến các cam kết quốc tế của Hoa Kỳ như cứu trợ cho các tổ chức phi chính phủ, hay chuỗi cung ứng quan trọng đối với lợi ích kinh tế của nước này như luân

So với những quốc gia khác, chính sách hạn chế xuất khẩu của Ấn Độ có sự khác biệt khi hàng hoá thuộc đối tượng điều chỉnh không phải là trang thiết bị PPE, mà là một số loại vitamin và nguyên liệu đầu vào để điều chế dược phẩm. Vào ngày 3 tháng 3 năm 2020, quốc gia này đã ban hành Thông báo số 50/2015-2020 sửa đổi Chính sách xuất khẩu các thành phần hoạt chất dược phẩm (*Active Pharmaceutical Ingredients - APIs*).¹⁶⁶ Điều này khiến cho 10% doanh nghiệp hoạt động trong lĩnh vực dược tại Ấn Độ bị ảnh hưởng, đặc biệt là đối với việc sản xuất các loại thuốc có thành phần cơ bản là paracetamol (thuốc giảm đau), acyclovir (chất chống virus), và các thành phần hoá học sử dụng trong quá trình sản xuất nhiều loại kháng sinh (neomycin, ornidazole, metronidazole, tinidazole). Mục tiêu của biện pháp này được cho là bảo đảm “*đủ nguồn cung trong nước đối với các sản phẩm trọng yếu hoặc các sản phẩm được bán với giá trong nước thấp hơn giá bán trên thế giới.*”¹⁶⁷ Với tư cách là một trong các thị trường sản xuất thuốc generic quan trọng nhất trong khu vực nói riêng và trên thế giới nói chung, quyết định này của Ấn Độ được xem là quá khắt khe và có thể gây sự thiếu hụt trầm trọng nguyên liệu để sản xuất dược phẩm cần thiết để chống lại virus COVID-19 đối với các quốc gia khác.

Qua thực tiễn nêu trên, có thể thấy dù mục đích của lệnh cấm/hạn chế xuất khẩu này chủ yếu là nhằm bảo đảm nguồn cung cho chính sách bảo vệ sức khoẻ công cộng trong nước. Dù chính sách của nhiều quốc gia thể hiện rằng biện pháp cấm hoặc hạn chế xuất khẩu này chỉ là tạm thời, việc dịch bệnh diễn tiến phức tạp và khó đoán

chuyển hàng hoá giữa nội bộ doanh nghiệp hay các cơ sở thuộc sở hữu hay đối tác với doanh nghiệp Hoa Kỳ.

Federal Register (2020), *FEMA Prioritization and Allocation of Certain Scarce or Threatened Health and Medical Resources for Domestic Use*, Truy cập tại: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2020-04-10/pdf/2020-07659.pdf>.

¹⁶⁶ India Ministry of Commerce & Industry (2020), *Notification No. 50 / 2015-2020, New Delhi dated 3 March 2020, Amendment in Ex- port Policy of APIs*, Truy cập tại: <https://pharmexcil.com/circulars/dgft-notification-no-50-2015-2020-dt.3rd-march-2020-on-amendment-in-export-policy-of-apis-and-formulation-made-from-apis/10381/5aab4c0add67cdd631913e88f01b2bd9.html>

¹⁶⁷ WTO (2020), *Export Prohibitions and Restrictions. World Trade Organisation (WTO)*, Truy cập tại: https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/export_prohibitions_report_e.pdf.

được thời gian kết thúc sẽ khiến các quốc gia duy trì biện pháp này hay thậm chí ban hành các lệnh mới chặt chẽ hơn, từ đó gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến quyền tiếp cận được phẩm xét trên bình diện toàn cầu. Hơn nữa, không phải bất kỳ biện pháp nào vì mục tiêu bảo vệ lợi ích công cộng cũng kích hoạt ngoại lệ tại Điều XX Hiệp định chung về thuế quan và mậu dịch (GATT), cũng như tính không minh bạch trong việc ban hành các biện pháp này gây khó khăn trong việc bảo đảm lợi ích thương mại lẫn phi thương mại của các quốc gia thành viên.

2. Các vấn đề đặt ra đối với biện pháp cấm/hạn chế xuất khẩu thiết bị y tế, được phẩm theo pháp luật WTO

2.1. Ngoại lệ cho biện pháp hạn ngạch đối với thiết bị y tế, được phẩm theo pháp luật WTO

Trong khuôn khổ WTO, về mặt bản chất, cấm xuất khẩu và thủ tục cấp phép xuất khẩu là loại biện pháp hạn chế định lượng thuộc phạm vi cấm và khuyến khích triệt tiêu của Điều XI GATT.¹⁶⁸ Các biện pháp chịu sự điều chỉnh này sẽ phải đáp ứng hai điều kiện: (i) là biện pháp hạn ngạch, cấp phép hoặc các biện pháp phi thuế quan khác, và (ii) các biện pháp này cấm hoặc hạn chế xuất khẩu đối với hàng hóa.¹⁶⁹ Trong vụ *China-Raw Materials*, Cơ quan Phúc thẩm đã chỉ ra rằng đối với các biện pháp được quy định tại Điều XI, “các biện pháp cấm và hạn chế xuất khẩu này đã tạo nên hiệu ứng làm hạn chế số lượng hoặc khối lượng hàng hoá xuất khẩu hoặc nhập khẩu”¹⁷⁰ thông qua quá trình “xây dựng, thiết kế và hình thành các biện pháp này.”¹⁷¹

¹⁶⁸ Nội dung của Điều XI GATT 1994: “Không một sự cấm hay hạn chế nào khác ngoại trừ thuế quan và các khoản thu khác, dù mang hình thức hạn ngạch, giấy phép nhập khẩu hay xuất khẩu hoặc các biện pháp khác sẽ được bất cứ một bên ký kết nào định ra hay duy trì nhằm vào việc nhập khẩu từ lãnh thổ của bất kỳ bên ký kết nào hay nhằm vào việc xuất khẩu hay bán hàng để xuất khẩu đến lãnh thổ của bất kỳ bên ký kết nào.”

¹⁶⁹ Pauwelyn, J. (2020), *Export restrictions in times of pandemic: Options and limits under international trade agreements*, Truy cập tại: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3579965

¹⁷⁰ Báo cáo của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS394 *China – Raw Materials* được ban hành vào ngày 30 tháng 1 năm 2012, đoạn 320.

¹⁷¹ Báo cáo của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS438 *Argentina – Import Measures* được ban hành vào ngày 15 tháng 1 năm 2015, đoạn 5.217.

Dù vậy, điều khoản này cũng quy định ngoại lệ đối với trường hợp việc cấm hay hạn chế xuất khẩu áp dụng tạm thời để ngăn ngừa hoặc giải quyết sự thiếu hụt nghiêm trọng (“critical shortage”) lương thực hoặc các hàng hoá khác thiết yếu (“essential”) đối với quốc gia xuất khẩu.¹⁷² Dù Cơ quan Phúc thẩm trong vụ **China-Raw Materials** cũng đưa ra hướng dẫn khi giải thích sự thiếu hụt nghiêm trọng là “*sự sụt giảm về số lượng đáng kể, đến mức độ quan trọng nhất định hoặc chạm ngưỡng quyết định sống còn, hoặc tạo nên một bước ngoặt*”,¹⁷³ việc quyết định sản phẩm nào là thiết yếu để thuộc phạm vi áp dụng của các lệnh cấm hoặc hạn chế xuất khẩu này sẽ tùy vào cách nhìn nhận của từng quốc gia trong từng bối cảnh đặc biệt khi cân nhắc nhiều yếu tố gồm cả điều kiện kinh tế, diễn tiến của dịch bệnh của quốc gia này, số lượng dự trữ của hàng hoá có liên quan trong nước, đánh giá nguy cơ xảy ra thiếu hụt nghiêm trọng. Bên cạnh đó, Điều XX GATT cũng cho phép ngoại lệ đối với những biện pháp tuy vi phạm nghĩa vụ của thành viên WTO nhưng “*cần thiết để đảm bảo sức khoẻ, cuộc sống của con người và động thực vật*”¹⁷⁴ với những điều kiện chặt chẽ hơn.¹⁷⁵ Dù việc áp dụng còn gây nhiều tranh cãi, Điều XXI GATT quy định về ngoại lệ an ninh cũng có thể áp dụng cho các trường hợp này nhằm “*bảo vệ lợi ích an ninh thiết yếu*” của quốc gia. Nhìn chung, quốc gia ban hành và áp dụng biện pháp này đều phải có nghĩa vụ tự đánh giá, cân nhắc và chứng minh tính hợp pháp, hợp lý trong mọi trường hợp.

Lấy ví dụ trong trường hợp cấm xuất khẩu dược phẩm và các thành phần sản xuất dược phẩm của Ấn Độ, căn cứ theo Thông báo số 50/2015-2020 được ban hành vào ngày 3 tháng 3 năm 2020 của Cơ quan quản lý Ngoại thương New Delhi, Ấn Độ cấm xuất khẩu một số loại thuốc, trong đó bao gồm vitamin nhóm B (B1, B6, B12),

¹⁷² Điều XI khoản 2(a) GATT 1994.

¹⁷³ *Tlđđ* 19, đoạn. 324: “Deficiencies in quantity that are crucial, that amount to a situation of decisive importance, or that reach a vitally important or decisive stage, or a turning point.”

¹⁷⁴ Điều XX điểm b GATT 1994.

¹⁷⁵ Đoạn mở đầu Điều XX GATT 1994: “Với bảo lưu rằng các biện pháp đề cập ở đây không được theo cách tạo ra công cụ phân biệt đối xử độc đoán hay phi lý giữa các nước có cùng điều kiện như nhau, hay tạo ra một sự hạn chế trả hình với thương mại quốc tế.”

paracetamol và progesterone.¹⁷⁶ Dù văn bản không ghi rõ mục đích ban hành lệnh cấm xuất khẩu này là gì, nhưng xét trong bối cảnh ra đời văn bản cũng như các loại thuốc được liệt kê trong danh sách, có thể cho rằng hành động này của Ấn Độ là nhằm củng cố trữ lượng quốc gia về dược phẩm sử dụng cho công cuộc chống lại đại dịch COVID-19. Tuy nhiên, khi xem xét phác đồ điều trị khuyến nghị của WHO,¹⁷⁷ cũng như của riêng Ấn Độ,¹⁷⁸ vitamin nhóm B (B1, B6, B12) và progesterone không nằm trong danh mục thuốc được sử dụng để điều trị các triệu chứng của COVID-19. Do đó, tính cần thiết của biện pháp cấm xuất khẩu hai loại thuốc này để cho phép hưởng ngoại lệ tại Điều XI:2(a) và XX(b) GATT sẽ là khó khăn đối với Ấn Độ.¹⁷⁹ Tuy nhiên, lưu ý rằng các ngoại lệ đặt ra điều kiện áp dụng chỉ nhằm ngăn ngừa rủi ro tranh chấp sau này nếu một thành viên WTO cho rằng các biện pháp cấm và hạn chế xuất khẩu gây phương hại đến lợi

¹⁷⁶ <https://taxguru.in/dgft/amendment-export-policy-apis-formulations-apis.html>

¹⁷⁷ WHO đưa ra hướng dẫn điều trị bệnh viêm đường hô hấp Covid-19 các nhóm thuốc cần thiết (1) gồm: Giảm đau, hạ sốt (Paracetamol), Thuốc vận mạch (epinephrine, norepinephrine, vasopressin, dopamine, dobutamine), Thuốc chống huyết khối tĩnh mạch (heparin), Corticosteroid, Thuốc an thần (haloperidol, nhóm benzodiazepine), Thuốc ức chế bơm proton, Thuốc kháng histamin H2, Thuốc kháng sinh (tùy theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố vật chủ, dịch tễ học địa phương), Thuốc điều trị sốt rét (chloroquine, hydroxychloroquine), Thuốc diệt siêu vi (Lopinavir/ritonavir, Remdesivir, Umifenovir , Favipiravir), Thuốc ức chế miễn dịch (Tocilizumab, Interferon-β-1a), liệu pháp huyết tương, Dịch truyền (Normal saline, Ringer lactat).

Xem thêm: WHO (2020), *Clinical Management of COVID-19*, Interim Guidance, 27/5/2020.

¹⁷⁸ Phác đồ điều trị Covid-19 của Ấn Độ: Giảm đau, hạ sốt (Paracetamol), Thuốc vận mạch, Thuốc chống huyết khối tĩnh mạch (heparin, enoxaparin), Corticosteroid, Thuốc an thần, Thuốc kháng sinh (tùy theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố bệnh nhân, dịch tễ học địa phương), Thuốc điều trị sốt rét (hydroxychloroquine), Thuốc diệt siêu vi (Remdesivir), Thuốc ức chế miễn dịch (Tocilizumab), liệu pháp huyết tương, Dịch truyền (Normal saline, Ringer lactat).

Xem thêm: Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (2020), *Directorate General of Health Services: Clinical Management Protocol: COVID-19*, 13/6/2020.

¹⁷⁹ Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS332 *Brazil — Measures Affecting Imports of Retreaded Tyres* xét thấy việc xác định sự cần thiết của một biện pháp theo Điều XX (b) là một hoạt động tổng thể đòi hỏi phải cân nhắc và cân bằng tầm quan trọng của các lợi ích hoặc giá trị đang bị đe dọa, mức độ đóng góp vào mục tiêu của biện pháp và tính hạn chế thương mại của nó.

Xem thêm: Phán quyết của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS332 *Brazil — Measures Affecting Imports of Retreaded Tyres* được ban hành vào ngày 3 tháng 12 năm 2007, đoạn 210.

ích thương mại của mình theo Điều XXIII GATT. Vấn đề bức thiết hơn là về hệ quả nhãn tiền, xét trên bình diện chuỗi giá trị cung ứng toàn cầu, việc cấm/hạn chế xuất khẩu dược phẩm gây ra tác dụng ngược đối với cả nhà xuất khẩu và nhà nhập khẩu, cũng như ảnh hưởng nghiêm trọng đến quyền tiếp cận dược phẩm của người dân tại cả hai quốc gia xuất khẩu và nhập khẩu. Cụ thể, cấm xuất khẩu sẽ dẫn tới sự thiếu hụt hàng hoá, khiến giá cả toàn cầu bị đẩy lên, các quốc gia nghèo với khả năng sản xuất giới hạn trong khi ngân sách không đủ để mua số lượng lớn hàng hoá giá cao sẽ là chủ thể đầu tiên gánh chịu tác động tiêu cực từ hiện tượng này.¹⁸⁰ Đối với các quốc gia cấm xuất khẩu và quốc gia phát triển, chính sách này cũng tạo nên hiệu ứng “gây ông đập lưng ông”. Đơn cử, Liên minh Châu Âu vốn tự chủ sản xuất được phần lớn các thiết bị y tế và biệt dược phát minh nhưng lại phụ thuộc vào thuốc generic nhập khẩu, các thiết bị bảo hộ và nguyên liệu đầu và sản xuất dược phẩm từ các quốc gia đang phát triển như Ấn Độ và Trung Quốc, trong khi nhu cầu đối với các hàng hoá này rất cao vì tính chất phổ thông của nó.¹⁸¹ Do đó, việc theo đuổi chính sách bảo hộ trong thời kỳ nhạy cảm này sẽ khiến chính quốc gia đó khó mà thuyết phục các đối tác mở cửa để nhập khẩu những mặt hàng cần thiết để bảo vệ sức khoẻ công cộng. Vấn đề tương tự cũng sẽ xảy ra với Ấn Độ, vì dù paracetamol là một trong những loại thuốc chủ yếu được dùng để điều trị các triệu chứng của COVID-19 trên phạm vi toàn cầu, việc cấm xuất khẩu loại thuốc này để đảm bảo trữ lượng dược phẩm cho các ca nhiễm trong nước sẽ gây rủi ro cho Ấn Độ trong việc thuyết phục các quốc gia khác xuất khẩu thuốc này sang mình trong trường hợp lượng paracetamol trong kho dự trữ quốc gia không còn đủ để chữa COVID-19 trong nước.

Từ lý do nêu trên, dù các biện pháp này được thực hiện với ý tưởng ban đầu là nhằm đảm bảo trữ lượng thiết bị y tế và dược phẩm

¹⁸⁰ *Tlđđ* 11, tr. 1-3; WTO (2020), *Information Note: Export Prohibitions and Restrictions*, tr. 8.

¹⁸¹ Hơn nữa, các cơ sở sản xuất quan trọng thuộc lĩnh vực hoá chất và dược phẩm của Liên minh lại được đặt ngoài lãnh thổ này, cụ thể là tại Hoa Kỳ, Trung Quốc, Brazil, Indonesia, Nam Phi, Canada, Mexico và Liên bang Nga. Từng quốc gia này đóng vai trò là mắt xích trong chuỗi cung ứng trong khu vực cung cấp nguyên liệu và hàng hoá cần thiết cho Liên minh.

Xem thêm: *Tlđđ* 11, tr. 4.

cần thiết trong nội bộ quốc gia và tăng cơ hội tiếp cận được phẩm để thực thi các quyền về sức khỏe của người dân trong nước, nhìn về bình diện toàn cầu và trong bối cảnh hợp tác xa hơn, quyền tiếp cận được phẩm của công dân ở cả quốc gia phát triển và đang phát triển đều bị hạn chế một cách nghiêm trọng, ảnh hưởng lớn đến công cuộc phòng chống dịch bệnh COVID-19 vốn đang diễn biến khó lường trên phạm vi toàn thế giới.

2.2. Tính minh bạch của các biện pháp hạn ngạch đối với thiết bị y tế và được phẩm theo pháp luật WTO

Vấn đề quan trọng đặt ra thêm ở đây liên quan đến nghĩa vụ tuân thủ nguyên tắc minh bạch, khi thực tế cho thấy rất nhiều biện pháp không được thông báo cho Ban Thư ký của WTO dù cơ quan này đã ban hành quy định yêu cầu các thành viên phải thông báo mọi biện pháp hạn chế định lượng được áp dụng.¹⁸² Tuyên bố của Bộ trưởng các nước G20 vào ngày 30 tháng 3 năm 2020 đã nhấn mạnh rằng: *“Các biện pháp khẩn cấp được ban hành nhằm phòng chống COVID-19, nếu xét thấy cần thiết, phải có định hướng, cân bằng hợp lý, minh bạch và tạm thời, nhằm không tạo ra các rào cản thương mại hoặc gây phương hại tới chuỗi cung ứng toàn cầu, cũng như phải phù hợp với quy định của WTO.”*¹⁸³ Điều đó cho thấy vấn đề minh bạch đối với các biện pháp áp dụng cho hàng hoá xuất khẩu trong thời kỳ đại dịch đang làm vấn đề cần được quan tâm.

Về mặt nguyên tắc, những biện pháp này sẽ phải thông báo nhanh nhất cho thể cho Ban Thư ký của WTO căn cứ theo Quyết định về Thủ tục thông báo các Hạn chế định lượng được ban hành vào năm 2012 (*Decision on Notification Procedures for Quantitative Restrictions – QR*), còn những biện pháp áp dụng cho mặt hàng nông nghiệp sẽ phải thông báo cho Ủy ban về Nông nghiệp trong khuôn

¹⁸² Quyết định về Thủ tục thông báo các Hạn chế định lượng được ban hành vào năm 2012 [Decision on Notification Procedures for Quantitative Restrictions] G/L/59/Rev.1, được thông qua vào ngày 3 tháng 7 năm 2012.

¹⁸³ Nguyên văn: *“Emergency measures designed to tackle COVID-19, if deemed necessary, must be targeted, proportionate, transparent, and temporary, and that they do not create unnecessary barriers to trade or disruption to global supply chains, and are consistent with WTO rules.”*

khổ WTO.¹⁸⁴ Tuy nhiên, như đã thể hiện trong phần thực tiễn, các quốc gia thành viên đều không thực hiện nghĩa vụ này trong bối cảnh hiện tại, khiến cho việc xác định mức độ phù hợp với pháp luật WTO của những biện pháp này trở nên khó khăn. Bên cạnh đó, Điều XI không đặt ra nghĩa vụ tham vấn trước và trong khi áp dụng các biện pháp hạn chế định lượng đối với mặt hàng xuất khẩu.¹⁸⁵ Điều này cũng có nguy cơ làm phát sinh hiện tượng “tiền trạm hậu tẩu”, gây quan ngại cho các quốc gia nhập khẩu, đặc biệt trong bối cảnh đối phó với dịch bệnh COVID-19 cần phản ứng nhanh và yêu cầu đầy đủ vật lực.

Do đó, nhìn chung hành lang pháp lý trong khuôn khổ WTO chưa thực sự hiệu quả để điều chỉnh những biện pháp có nguy cơ làm hạn chế quyền tiếp cận được phẩm của công dân các quốc gia thành viên.

3. Quy định của CPTPP điều chỉnh biện pháp cấm/hạn chế xuất khẩu được phẩm và hiệu ứng đối với quyền tiếp cận được phẩm

Trong khi các ngoại lệ nhằm bảo vệ lợi ích công cộng đối với một số biện pháp tác động lên thương mại hàng hoá quốc tế của hiệp định CPTPP dẫn chiếu trực tiếp đến Điều XX của Hiệp định GATT,¹⁸⁶ hiệp định này dành hẳn một Chương 26 để ghi nhận các nghĩa vụ và

¹⁸⁴ Nhìn chung, các hiệp định WTO quy định ba loại thông báo: (i) thông báo từng trường hợp (ad hoc) khi một thành viên thực hiện một hành vi nhất định, (ii) nghĩa vụ thông báo chỉ một lần (One-time-only notification), đa số được yêu cầu khi một quốc gia muốn trở thành thành viên WTO, và (iii) thông báo thường xuyên hay định kỳ. Các biện pháp cấm hoặc hạn chế xuất khẩu thiết bị y tế và được phẩm này thuộc trường hợp thông báo ad hoc. Xem thêm: CSIS (2020), *Transparency at the WTO: Why Does Transparency Matter, and Are Members Meeting Their Obligations?*, Truy cập tại: <https://www.csis.org/analysis/transparency-wto-why-does-transparency-matter-and-are-members-meeting-their-obligations>.

¹⁸⁵ Trong khi đó, Điều XII khoản 4(d) GATT 1994 quy định về các biện pháp hạn chế cán cân thanh toán có ghi nhận yêu cầu “các bên ký kết phải mời bất kỳ bên ký kết nào hiện đang áp dụng các hạn chế theo tinh thần của điều khoản này, tham vấn khi một bên ký kết có yêu cầu và thấy có biểu hiện áp dụng các hạn chế không phù hợp với các quy định của điều khoản này [...] làm thiệt hại cho thương mại của một bên ký kết.”

¹⁸⁶ Điều 29.1 khoản 1 CPTPP: “Điều XX của GATT 1994 và các giải thích kèm theo Điều XX sẽ được viện dẫn và trở thành một phần của Hiệp định này.”

thủ tục về “Minh bạch hoá và Chống tham nhũng” với 12 điều khoản chi tiết, hơn nữa còn dành hẳn Phụ lục 26-A “Minh bạch hoá và Công bằng thủ tục cho các sản phẩm được phẩm và thiết bị y tế” đối với loại hàng hoá mang tính chất đặc thù này. Về mặt quy định chung, CPTPP yêu cầu mỗi bên ký kết sẽ đảm bảo rằng các luật, quy định, thủ tục và quyết định hành chính trong nước “*liên quan tới bất kì vấn đề nào thuộc phạm vi Hiệp định này*” sẽ “*ngay lập tức*” được đăng tải hoặc công bố để các bên liên quan được biết.¹⁸⁷ Do đó, về mặt đối tượng, nghĩa vụ này áp dụng cho mọi loại biện pháp thuộc mọi lĩnh vực mà hiệp định điều chỉnh, thể hiện sự thống nhất cao khi thực hiện minh bạch hoá trong quá trình thực thi hiệp định. Bên cạnh đó, việc tuân thủ về mặt thời gian của thông báo là chặt chẽ hơn so với quy định của WTO.

Vấn đề minh bạch hoá các biện pháp áp dụng cho được phẩm và thiết bị y tế được ghi nhận tại Phụ lục 26, Điều 26-A1 (c) của CPTPP, theo đó: “*...thúc đẩy kịp thời tiếp cận tới các sản phẩm được phẩm và thiết bị y tế với giá cả phải chăng, thông qua các thủ tục minh bạch, khách quan, nhanh chóng, và có trách nhiệm, không làm phương hại đến quyền của một Bên nào để áp dụng các tiêu chuẩn phù hợp về chất lượng, an toàn, và hiệu quả.*” Tổng quan các điều khoản thuộc Phụ lục này, nhìn chung nội dung của Phụ lục 26 là nhằm đảm bảo tính minh bạch và công bằng về mặt thủ tục trong việc công khai danh sách và định giá sản phẩm. Do đó, các quy định trong Phụ lục không đóng góp nhiều giá trị trong việc thúc đẩy riêng vấn đề quyền tiếp cận được phẩm và điều chỉnh những biện pháp trực tiếp cản trở quyền này như ban hành hạn ngạch được phẩm. Tuy vậy, điều này không có nghĩa là những biện pháp cấm/hạn chế xuất khẩu được phẩm bị loại trừ khỏi phạm vi điều chỉnh của CPTPP mà vẫn phải chịu sự điều chỉnh của các điều khoản chung tại Chương 26.

Ngoài ra, nhằm đảm bảo quyền lợi của các bên tham gia hiệp định, CPTPP bắt buộc bên ban hành biện pháp công bố trước khi dự kiến ban hành và “*tạo cơ hội hợp lý để các tổ chức, cá nhân có quan tâm và các Bên khác đóng góp ý kiến đối với các biện pháp dự kiến*”

¹⁸⁷ Điều 26.2 khoản 1 CPTPP.

ban hành đó".¹⁸⁸ Khi một Bên thấy rằng bất kỳ biện pháp thực tế hoặc dự kiến nào có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc thực hiện Hiệp định hoặc theo cách khác có thể ảnh hưởng đáng kể lợi ích của Bên khác theo Hiệp định này, CPTPP buộc bên đó sẽ thông báo cho Bên còn lại về biện pháp thực tế hoặc dự kiến ban hành biện pháp đó, cũng như cung cấp thông tin và trả lời câu hỏi nếu được yêu cầu.¹⁸⁹ Như vậy, thay vì báo cáo lên một cơ quan mang tính đa phương như WTO, CPTPP đơn giản hoá thủ tục và tạo cơ hội cho các thành viên có quyền và lợi ích liên quan được trực tiếp tham vấn với nhau về các biện pháp có khả năng gây ra sự thay đổi trong thương mại quốc tế của hai bên. Quy định này tạo điều kiện thuận lợi cho tốc độ trao đổi giữa các bên, đặc biệt trong các trường hợp cần ban hành và phản ứng nhanh như giữa đại dịch COVID-19, cũng như đảm bảo được lợi ích thương mại của các quốc gia ký kết. Do đó, các quốc gia thành viên CPTPP cần lưu ý cơ chế này khi thực hiện các biện pháp cấm hoặc hạn chế xuất khẩu thiết bị y tế và dược phẩm, cũng như tận dụng các quy định pháp lý trên để đảm bảo lợi ích thương mại và phi thương mại được thừa nhận trong hiệp định, nhằm đảm bảo tính thông suốt của chuỗi cung ứng toàn cầu về thiết bị y tế và dược phẩm, cũng như bảo vệ được quyền con người cho từng cá nhân.

4. Kết luận

Do hậu quả của đại dịch COVID-19, nhu cầu về các mặt hàng y tế và dược phẩm để ứng phó với sự bùng phát chưa từng có. Chuỗi cung ứng y tế quốc tế thông thường và sản xuất các sản phẩm đã gặp phải sự gián đoạn lớn, với sự thiếu hụt toàn cầu về các mặt hàng bao gồm thiết bị bảo vệ cá nhân và các sản phẩm y tế, và sự chậm trễ đáng kể trong giao hàng. Tình huống này rất có thể sẽ ảnh hưởng đến các đơn hàng y tế thông thường không liên quan đến COVID. Đây là bối cảnh mới mang tính chất thách thức cao đối với các nước đang và kém phát triển, bởi các quốc gia nhìn chung không có cùng kinh nghiệm trong việc điều chỉnh pháp luật lẫn trong việc vận hành có hiệu quả các quy định về tạo điều kiện cho quyền tiếp cận dược phẩm của công

¹⁸⁸ Điều 26.2 khoản 2 CPTPP.

¹⁸⁹ Điều 26.5 khoản 1 và 2 CPTPP.

dân. Các biện pháp này không nên bị lạm dụng để tạo ra rào cản thương mại trá hình, cũng như ảnh hưởng đến quyền tiếp cận thiết bị y tế, dược phẩm của công dân các quốc gia khác xét theo góc độ chuỗi cung ứng giá trị toàn cầu về thiết bị y tế và dược phẩm. Lời kêu gọi của Ủy ban Nhân quyền Liên Hiệp Quốc phản ánh nguyên tắc chủ đạo dung hoà biện pháp thương mại với mục tiêu về quyền con người trong thời đại nhiều biến động hiện nay như sau: “Đại dịch không chỉ là một cuộc khủng hoảng sức khỏe; đó là khủng hoảng kinh tế, khủng hoảng nhân đạo, khủng hoảng an ninh và khủng hoảng nhân quyền. [...] Cuộc khủng hoảng đã làm nổi bật những yếu kém bên trong và giữa các quốc gia. [...] Để thoát ra khỏi cuộc khủng hoảng này sẽ đòi hỏi một cách tiếp cận toàn xã hội, toàn chính phủ và toàn thế giới được thúc đẩy bởi lòng nhân ái và đoàn kết.”/.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. VĂN BẢN PHÁP LUẬT

1. Hiệp định Marrakesh thành lập Tổ chức Thương mại Thế giới.
2. Hiệp định chung về Thương mại và Thuế quan (GATT).
3. Hiệp định Đối tác Xuyên Thái Bình Dương (CPTPP).
4. Hiến chương của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1946.
5. Quyết định về Thủ tục thông báo các Hạn chế định lượng được ban hành vào năm 2012 được thông qua vào ngày 3 tháng 7 năm 2012.

B. QUYẾT ĐỊNH GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

1. Phán quyết của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS332 *Brazil — Measures Affecting Imports of Retreaded Tyres* được ban hành vào ngày 3 tháng 12 năm 2007.
2. Báo cáo của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS394 *China — Raw Materials* được ban hành vào ngày 30 tháng 1 năm 2012.

3. Báo cáo của Cơ quan Phúc thẩm trong vụ kiện DS438 *Argentina – Import Measures* được ban hành vào ngày 15 tháng 1 năm 2015.

C. BÀI BÁO, NGHIÊN CỨU KHOA HỌC VÀ TÀI LIỆU TRỰC TUYẾN

1. BDI (2020), *Export Controls and Export Bans over the Course of the Covid-19 Pandemic*.
2. CSIS (2020), *Transparency at the WTO: Why Does Transparency Matter, and Are Members Meeting Their Obligations?*, Truy cập tại: <https://www.csis.org/analysis/transparency-wto-why-does-transparency-matter-and-are-members-meeting-their-obligations..>
3. EU Commission (2020), *European Commission Narrows down Export Authorisation Requirements to Protective Masks only and Ex- tends Geographical and Humanitarian Exemptions*, Truy cập tại: <https://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=2132>.
4. Federal Register (2020), *FEMA Prioritization and Allocation of Certain Scarce or Threatened Health and Medical Resources for Do- mestic Use*, Truy cập tại: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2020-04-10/pdf/2020-07659.pdf>.
5. Global Trade Alert (2020), *Tackling Covid-19 Together*, Truy cập tại: <https://www.globaltradealert.org/reports/51>.
6. Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (2020), *Directorate General of Health Services: Clinical Management Protocol: COVID-19*, 13/6/2020.
7. India Ministry of Commerce & Industry (2020), *Notification No. 50 / 2015-2020, New Delhi dated 3 March 2020, Amendment in*

- Export Policy of APIs*, Truy cập tại: <https://pharmexcil.com/circulars/dgft-notification-no-50-2015-2020-dt.3rd-march-2020-on-amendment-in-export-policy-of-apis-and-formulation-made-from-apis/10381/5aab4c0add67cdd631913e88f01b2bd9.html>
8. Légifrance (2020), *LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)*, Truy cập tại: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041746313/2020-09-15/>.
 9. Neil George Cherian (2016), “Using Compulsory Licenses to Access Pharmaceuticals: A Cross-Case Analysis on Outcomes”, *Master Thesis*, University of Oslo.
 10. Pauwelyn, J. (2020), *Export restrictions in times of pandemic: Options and limits under international trade agreements*, Truy cập tại: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3579965
 11. UNHR (2020), *Human Rights at the Heart of Response: COVID-19 Guidance*, Truy cập tại: https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_Guidance.pdf.
 12. United Nations (2020), *COVID-19 and Human Rights: We are all in this together*, Truy cập tại: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/COVID-19-and-Human-Rights.pdf>.

13. United Nations (2020), *COVID-19 and Human Rights: We are all in this together*, Truy cập tại: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/COVID-19-and-Human-Rights.pdf>.
14. WHO (2020), *Clinical Management of COVID-19*, Interim guidance 27/5/2020.
15. WTO (2020), *Export Prohibitions and Restrictions. World Trade Organisation (WTO)*, Truy cập tại: https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/export_prohibitions_report_e.pdf.

QUYỀN ÁP DỤNG CÁC BIỆN PHÁP CƯỜNG CHẾ TIÊM CHỮNG CỦA NHÀ NƯỚC KHI TÌNH TRẠNG KHẨN CẤP TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH SARS-COV-2

Chung Lê Hồng Ân¹⁹⁰

Nguyễn Phương An¹⁹¹

Lê Minh Nhật¹⁹²

Tóm tắt:

Trước đại dịch SARS-COV-2, trên thế giới đã từng trải qua những đợt dịch nghiêm trọng, có tính lây lan cao, đe dọa đến không chỉ sức khỏe và tính mạng của từng cá nhân riêng lẻ, mà cả sự an toàn của toàn xã hội. Các đợt dịch bệnh chỉ có thể được giải quyết triệt để khi phần lớn dân số có khả năng miễn nhiễm với bệnh và sự lây lan¹⁹³. Các quốc gia phải áp dụng qui định tiêm chủng bắt buộc trên diện rộng để tạo ra miễn nhiễm cộng đồng¹⁹⁴. Tuy nhiên, điều này có thể gây ra những mâu thuẫn với tự do cá nhân của công dân. Một quyền hiến định quan trọng được pháp luật các quốc gia và cả luật quốc tế bảo vệ. Bởi vì còn tồn tại nhiều quan điểm khác nhau về vấn đề này, bài viết tham khảo thêm góc nhìn của các nhà lập pháp, hành pháp và tư pháp Hoa Kỳ. Bên cạnh đó, bài viết cũng phân tích tính hợp lý và

¹⁹⁰ Thạc sĩ, Giảng viên Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP.HCM.

¹⁹¹ Thạc sĩ, Giảng viên Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP.HCM.

¹⁹² Thạc sĩ, Giảng viên Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP.HCM.

¹⁹³ Ví dụ: Dịch bệnh Athens, Đại dịch hạch Antonine, Đại dịch hạch Cyprian, Bệnh đậu mùa năm 1492, Dịch hạch ở London (Anh) năm 1665 – 1666... Xem thêm: <https://thanhnien.vn/the-gioi/nhung-dai-dich-kinh-hoang-trong-lich-su-nhan-loai-1275247.html>, truy cập ngày 01/8/20201.

¹⁹⁴ Xem thêm: Thu Hằng, “*Điểm danh những quốc gia bắt buộc tiêm vaccine COVID-19*”, <https://baotintuc.vn/the-gioi/diem-danh-nhung-quoc-gia-bat-buoc-tiem-vaccine-covid19-20210721161002331.htm>, truy cập ngày 01/8/2021.

hợp pháp của hành vi các chính phủ buộc công dân của mình tiêm vaccine ngừa dịch bệnh do vi rút SARS-COV-2 gây ra.

Vaccine là chế phẩm được dùng để bảo vệ con người khỏi những bệnh nguy hiểm, thường có khả năng gây tử vong¹⁹⁵. Vaccine giúp hệ miễn dịch tấn công các tác nhân gây bệnh hiệu quả hơn bằng cách chuẩn bị cho hệ miễn dịch sẵn sàng ứng phó với một số bệnh cụ thể. Từ đó, nếu virus hoặc vi khuẩn tấn công cơ thể đã được tiêm vaccine, hệ miễn dịch sẽ nhận diện được và biết cách chống lại. Thông qua việc kích thích sự tự vệ tự nhiên của cơ thể, vaccine tăng sức đề kháng của cơ thể để chống lại bệnh nhanh hơn và hiệu quả hơn. Nếu trong cộng đồng có đủ số người được tiêm chủng phòng ngừa một bệnh nào đó, thì cộng đồng đó có thể đạt tới mức độ miễn dịch cộng đồng. Miễn dịch cộng đồng tạo ra một tầng bảo vệ chống lại bệnh cho cả những người chưa được tiêm chủng, ví dụ như trẻ sơ sinh.

Thế giới đã bước sang năm thứ hai chung sống với dịch SARS-COV-2 và virus cũng đã có những biến thể khác nhau. Các biện pháp nhằm làm chậm hoặc ngăn chặn sự lây lan của virus đã được áp dụng trước đây như đeo khẩu trang, rửa tay thường xuyên, giữ khoảng cách khi tiếp xúc, phong tỏa các khu vực có ca dương tính, giãn cách xã hội... dần kém hiệu quả và không thể ngăn chặn sự lây nhiễm khi virus liên tục biến đổi và có nhiều biến thể mới xuất hiện. Thông qua các số liệu thống kê¹⁹⁶, vaccine phòng SARS-COV-2 đã chứng minh được tác dụng hiệu quả trong việc ngăn chặn ảnh hưởng của virus đến sức khỏe, cơ thể của người được tiêm. Tuy nhiên, vaccine không ngăn chặn việc virus có thể lây sang người khác nếu tiếp xúc gần với người bị nhiễm¹⁹⁷. Vì vậy, khi chưa thể thực hiện tiêm chủng cho toàn bộ cư dân thì các quốc gia vẫn áp dụng đồng thời các biện pháp phòng bệnh và triển khai tiêm vaccine.

¹⁹⁵ Xem thêm: <https://www.unicef.org/vietnam/vaccine-faqs>, truy cập ngày 01/8/2021

¹⁹⁶ Xem thêm tại <http://trungtamtytequan6.medinet.gov.vn/ncovi/4-buc-anh-chup-phoi-cua-benh-nhan-sar-cov-2-da-tiem-cac-loai-vac-xin-khac-nhau-v-c16409-48490.aspx> và <https://vietnamese.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/effectiveness/why-measure-effectiveness/breakthrough-cases.html>, truy cập ngày 01/8/2021.

¹⁹⁷ Dr Takeshi Kasai, SAR-COV-2 vaccines offer hope, but are not a 'silver bullet', <https://www.who.int/vietnam/news/commentaries/detail/sar-cov-2-vaccines-offer-hope-but-are-not-a-silver-bullet>, truy cập ngày 01/8/2021.

Bên cạnh hiệu quả minh thị của vaccine, vẫn còn những trường hợp viêm nhiễm, dị ứng hoặc sốc phản vệ dẫn đến hệ quả nghiêm trọng và thậm chí tử vong¹⁹⁸. Vì vậy, một bộ phận nhỏ người dân có những lo ngại khi phải tiêm vaccine¹⁹⁹. Điều này là dễ hiểu, bởi lẽ, quyền sống (right to life) là quyền cơ bản nhất của con người mà không một chính phủ nào được quyền tước đoạt. Theo quy định tại Điều 6 Công ước về các quyền dân sự và chính trị (ICCPR) năm 1966²⁰⁰, “mọi người đều có quyền được sống và không ai có thể bị tước mạng sống một cách tùy tiện”²⁰¹. Quyền sống là quyền tự nhiên và có ý nghĩa vô cùng đặc biệt của con người, trong mọi hoàn cảnh, kể cả trong tình trạng khẩn cấp của quốc gia cũng không thể bị vi phạm²⁰².

Cá nhân không thể bị tước đoạt mạng sống một cách bất hợp pháp hay tùy tiện bởi bất kỳ chủ thể nào, kể cả cơ quan nhà nước. Hay nói cách khác, nếu cá nhân không đồng ý tiêm chủng, Chính phủ không thể cưỡng chế và tiêm vaccine cho họ. Tuy nhiên, khoản 2 Điều 4 ICCPR cũng đã loại trừ quyền sống khi liệt kê những quyền con người mà quốc gia thành viên có thể áp dụng những biện pháp hạn chế trong một số trường hợp đặc biệt như tình trạng khẩn cấp đe dọa sự sống của quốc gia²⁰³. Trong những trường hợp như vậy, việc hạn chế quyền tự do lựa chọn của số ít người lại là bảo đảm cho quyền được sống của số đông còn lại. Vaccine được các chính phủ lựa chọn tiêm

¹⁹⁸ GS. Nguyễn Trần Hiền, “*Ích lợi và nguy cơ của tiêm vaccine*”, <http://www.tiemchungmorong.vn/vi/content/ich-loi-va-nguy-co-cua-tiem-vac-xin.html>, truy cập ngày 01/8/2021.

¹⁹⁹ Xem thêm: Khổng Hà, “*Xuất hiện tâm lý ngại tiêm vaccine phòng COVID-19*”, <https://cand.com.vn/Binh-luan-quoc-te/Xuat-hien-tam-ly-ngai-tiem-vaccine-phong-COVID-19-i576143/>, truy cập ngày 01/8/2021.

²⁰⁰ Việt Nam gia nhập ICCPR vào ngày 24/9/1982 và ICCPR có hiệu lực đối với Việt Nam từ ngày 24/12/1982.

²⁰¹ Chỉ duy nhất một trường hợp quốc gia được quyền tước đoạt mạng sống của cá nhân đó là hình phạt tử hình trong lĩnh vực hình sự, khi người đó phạm tội nghiêm trọng nhất và phải được quy định trong pháp luật quốc gia.

²⁰² Bình luận chung số 36 thông qua tại kỳ họp thứ 124 (ngày 30/10/2018) của HRC (Human Rights Committee), đoạn I.2

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/15/PDF/G1926115.pdf?OpenElement>, truy cập ngày 01/8/2021.

²⁰³ Sẽ được phân tích kỹ hơn ở phần III của bài viết.

cho công dân của mình thường là loại vaccine đã được Tổ chức Y tế thế giới WHO đánh giá và phê chuẩn²⁰⁴. Tỷ lệ gây hại cho sức khỏe của người được tiêm phòng là rất thấp²⁰⁵. Tuy nhiên, một vấn đề cần được quan tâm đó là cách thức nhà nước bắt buộc công dân của mình tiêm vaccine và những chế tài nếu từ chối tiêm, liệu có bị đánh giá là cực đoan và không hợp lý hay không.

1. Pháp luật và thực tiễn tại Hoa Kỳ

Vào đầu Thế kỷ 20, thành phố Cambridge, thuộc bang Massachusetts bắt buộc người dân phải tiêm phòng bệnh đậu mùa. Năm 1902, một đạo luật của Massachusetts đã cấp cho hội đồng y tế thành phố quyền yêu cầu tiêm chủng *“khi cần thiết vì sức khỏe hoặc sự an toàn của cộng đồng”*²⁰⁶, yêu cầu tất cả người lớn phải được tiêm phòng để ngăn chặn dịch bệnh. Hình phạt cho việc từ chối tiêm chủng là phạt tiền 5\$ (khoảng 100\$ ngày nay). Henning Jacobson từ chối tiêm chủng, cho rằng ông và con trai đã có những phản ứng xấu với những lần tiêm phòng trước đó. Tòa án Tối cao Massachusetts cho rằng không cần thiết phải lo lắng về bất kỳ tác hại nào có thể xảy ra từ việc tiêm chủng, bởi vì không ai bị buộc phải tiêm chủng: *“Nếu một người cho rằng họ không nên tiêm chủng, các nhà chức trách không có quyền tiêm chủng cho người đó bằng vũ lực. Điều tồi tệ nhất có thể xảy ra với anh ta theo quy định là khoản thanh toán 5 đô la”*²⁰⁷. Do đó, Jacobson bị phạt và ông ta kháng cáo lên Tòa án Tối cao Hoa Kỳ.

²⁰⁴ Procedure for assessing the acceptability, in principle, of vaccines for purchase by United Nations agencies, https://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pq_revised_procedure_final_1may2012.pdf và xem thêm tại <https://www.unicef.org/vietnam/stories/what-you-need-know-about-sar-cov-2-vaccines>, truy cập ngày 01/8/2021.

²⁰⁵ Xem thêm tại: <https://www.qdnd.vn/y-te/cac-van-de/hay-tiem-bat-cu-vaccine-nao-da-duoc-who-phe-duyet-667802> và [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(sar-cov-2\)-vaccines-safety](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(sar-cov-2)-vaccines-safety), truy cập ngày 02/8/2021.

²⁰⁶ Massachusetts Revised Laws c. 75, §137, xem thêm tại: <https://malegislature.gov/laws/generallaws/parti/titlexii/chapter75>, truy cập ngày 02/8/2021.

²⁰⁷ *Commonwealth v Pear; Commonwealth v Jacobson*, 183 Mass 242, 248 (1903), xem thêm tại: https://www.researchgate.net/publication/347954439_Common_Good_Constitutionalism_and_Vaccine_Mandates_A_Review_of_Jacobson_v_Massachusetts_in_Light_of_COVID-19, truy cập ngày 02/8/2021.

Tòa án Tối cao Hoa Kỳ đã duy trì quyền lực của nhà nước trong việc trao quyền cho Hội đồng Y tế áp đặt một chương trình tiêm chủng chung trong thời gian có dịch bệnh. Hiến pháp Hoa Kỳ xác nhận rằng các tiểu bang, tùy thuộc vào các giới hạn của hiến pháp, có quyền lập pháp. Trong những năm 1800, Tòa án Tối cao xác nhận rằng quyền lực này bao gồm quyền thông qua các luật thúc đẩy “*sức khỏe, hòa bình, đạo đức, giáo dục và trật tự tốt của người dân*”²⁰⁸. Tòa án cho rằng luật tiêm chủng được áp dụng “*chỉ khi, theo ý kiến của Hội đồng Y tế, điều đó là cần thiết cho sức khỏe cộng đồng hoặc sự an toàn của cộng đồng*”²⁰⁹. Hội đồng Y tế có đủ điều kiện để đưa ra phán quyết đó, phù hợp với các tiền lệ của chính mình, Tòa án nói rằng cơ quan lập pháp có đặc quyền xác định cách kiểm soát dịch bệnh, miễn là nó không hành động theo cách bất hợp lý, độc đoán hoặc áp bức. Ví dụ, chương trình tiêm chủng bắt buộc không nên áp dụng cho những người cho thấy rằng việc tiêm chủng sẽ làm suy giảm sức khỏe hoặc ảnh hưởng đến tính mạng. Đây là một tiền lệ điển hình, trả lời cho câu hỏi chính phủ có quyền yêu cầu công dân tiêm vaccine hay không. Tòa án Tối cao Hoa Kỳ đã trích dẫn vụ Jacobson kiện Massachusetts trong nhiều vụ kiện có nội dung tương tự sau đó²¹⁰. Gần đây hơn, thành phố New York đã ra lệnh cho người dân ở một phần của quận Brooklyn tiêm vaccine phòng bệnh sởi hoặc nộp phạt 1.000\$ sau khi bùng phát dịch ở đó vào năm 2019²¹¹.

Từ đó, chúng ta thấy Hiến pháp Hoa Kỳ trao cho các bang quyền lập pháp và hành pháp về vấn đề kiểm soát trật tự, an toàn xã hội liên quan đến y tế cộng đồng. Việc tiêm chủng bắt buộc chỉ được áp dụng

²⁰⁸ Tucker JR. *The Constitution of United States: A Critical Discussion of the Its Genesis, Development, and Interpretation*. Chicago, Ill: Callaghan & Co.; 1899:859.

²⁰⁹ *Jacobson v Massachusetts*, 197 US 11 (1905), trang 27.

²¹⁰ Tòa án Tối cao U. S. đã trích dẫn *Jacobson* kiện Massachusetts trong vụ *Buck v Bell* năm 1927.

Năm 2020, một tòa phúc thẩm liên bang đã sử dụng *Jacobson* kiện Massachusetts để biện minh cho lệnh cấm phá thai ở Texas trong đại dịch coronavirus. Nhà nước đã đưa việc phá thai vào một quy định cấm phẫu thuật không cần thiết..

²¹¹ NPR: “Judge upholds mandatory measles vaccination as New York closes more schools”, link: <https://www.npr.org/2019/04/19/715016284/brooklyn-judge-upholds-mandatory-vaccinations-as-new-york-city-closes-more-schools>

trong những trường hợp cần thiết vì sức khỏe hoặc sự an toàn của cộng đồng. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa công dân bị buộc tiêm chủng trái với ý chí của họ. Họ có quyền không tiêm nhưng phải đóng phạt. Ngoài ra, qui định bắt buộc này cũng sẽ có những ngoại lệ trong nhiều trường hợp khác nhau như sức khỏe hay tôn giáo. Hiện nay, tất cả 50 tiểu bang của Hoa Kỳ đều có yêu cầu học sinh tiêm các loại vaccine cụ thể để đi học, như bệnh như viêm gan B, quai bị và thủy đậu. 45 bang cho phép học sinh chưa tiêm chủng đến trường nếu cha mẹ của họ phản đối việc tiêm chủng vì lý do tôn giáo, và 15 bang cho phép phản đối về mặt triết học. Các tiểu bang cũng đặt ra các yêu cầu về vaccine cho sinh viên đại học và cao đẳng, và nhiều bang trong số đó có quy định bắt buộc đối với công nhân và bệnh nhân trong một số cơ sở chăm sóc sức khỏe nhất định, đặc biệt là bệnh viện và viện dưỡng lão.²¹²

Ngày 26/07/2021, CNN đưa tin các luật sư của Bộ Tư pháp đã xác định rằng luật liên bang không cấm các cơ quan nhà nước và doanh nghiệp tư nhân yêu cầu nhân viên tiêm vaccine SARS-COV-2²¹³. Để bảo vệ nhân viên và khách hàng của mình khỏi đại dịch, nhiều người sử dụng lao động ở cả tổ chức công và tư đang yêu cầu nhân viên tiêm phòng trước khi trở lại làm việc như một điều kiện để tiếp tục làm việc.

Thành phố New York đã thông báo rằng tất cả nhân viên chính phủ cần phải tiêm phòng trước ngày 13 tháng 9 năm 2021, nếu không sẽ phải kiểm tra SARS-COV-2 hàng tuần. Tổng thống Joe Biden đã công bố một nghĩa vụ tương tự - tiêm vaccine hoặc xét nghiệm - cho các nhân viên và nhà thầu của chính phủ liên bang vào ngày 29 tháng 7 năm 2021.²¹⁴

²¹² The Washington Post: “Can I be required to get vaccinated against Covid – 19”, link: https://www.washingtonpost.com/business/can-i-be-required-to-get-vaccinated-against-sar-cov-2/2021/07/29/1d5376f6-f0b2-11eb-81b2-9b7061a582d8_story.html

²¹³ <https://edition.cnn.com/2021/07/26/politics/doj-sar-cov-2-vaccine-requirements-olc-opinion/index.html>

²¹⁴ The National Law Review: “Can employers make Covid – 19 vaccinations mandatory?”, tại link: <https://www.natlawreview.com/article/can-employers-make-sar-cov-2-vaccinations-mandatory>, truy cập ngày 08/8/2021.

Đã có nhiều khiếu nại dựa trên quyền từ chối vaccine SARS-COV-2. Các nguyên đơn trong một số vụ kiện đã lập luận rằng các nhà tuyển dụng không thể áp đặt các yêu cầu về vaccine vì vaccine SARS-COV-2 chỉ nhận được Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp từ Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm²¹⁵, do đó vaccine vẫn nằm trong tình trạng “không được phê duyệt” và “đang thử nghiệm”. Nhân viên tại Bệnh viện Giám lý Houston ở Texas²¹⁶, Trung tâm giam giữ Dona Ana ở New Mexico²¹⁷, và các trường học của Hạt Los Angeles ở California²¹⁸ đều lập luận rằng người sử dụng lao động yêu cầu họ tiêm vaccine SARS-COV-2 hoặc phải xét nghiệm là vi phạm quyền của họ theo luật liên bang.

Các nguyên đơn trong cả ba trường hợp đều đưa ra qui định từ 21 U.S.C. § 360bbb-3²¹⁹, luật điều chỉnh khả năng của Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh trong việc cấp Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp cho các loại thuốc hoặc thiết bị y tế chưa được FDA chấp thuận đầy đủ. Luật quy định rằng Bộ trưởng phải thiết lập các điều kiện để đảm bảo rằng bất kỳ ai quản lý sản phẩm theo Giấy phép sử dụng khẩn cấp phải thông báo cho bệnh nhân “*lựa chọn chấp nhận hoặc từ chối sử dụng sản phẩm, và hậu quả, nếu có hành vi từ chối quản lý sản phẩm*”²²⁰. Các nguyên đơn cho rằng luật này cho họ quyền theo luật liên bang để từ chối vaccine và người sử dụng lao động không được làm khác đi. Một số nguyên đơn viện dẫn các nguồn luật khác để

²¹⁵ Hiện nay, vaccine Covid – 19 chưa nhận được sự phê duyệt đầy đủ từ FDA.

²¹⁶ Vụ Bridges v. Bệnh viện Giám lý Houston, xem thêm tại: https://www.govinfo.gov/app/details/USCOURTS-txsd-4_21-cv-01774, truy cập ngày 08/8/2021.

²¹⁷ Legaretta v. Macias Case, xem thêm tại: [https://www.pacermonitor.com/public/case/38647277/Legarreta v Macias et al](https://www.pacermonitor.com/public/case/38647277/Legarreta_v_Macias_et_al), truy cập ngày 08/8/2021.

²¹⁸ California Educators for Medical Freedom v. Los Angeles Unified School District Case, Xem thêm tại: [https://www.pacermonitor.com/public/case/39054115/California Educators for Medical Freedom et al v The Los Angeles Unified School District et al](https://www.pacermonitor.com/public/case/39054115/California_Educators_for_Medical_Freedom_et_al_v_The_Los_Angeles_Unified_School_District_et_al), truy cập ngày 08/8/2021.

²¹⁹ Xem nguyên văn ở link: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/21/360bbb-3>, truy cập ngày 08/8/2021.

²²⁰ 21 USC § 360bbb-3 (c) (1) (A) (ii) (III), xem thêm tại: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/21/360bbb-3>, truy cập ngày 08/8/2021.

đòi quyền từ chối tiêm chủng. Ví dụ, các nguyên đơn ở New Mexico đã chỉ ra Griswold kiện Connecticut và Roe kiện Wade, hai vụ kiện nổi tiếng của Tòa án Tối cao cho rằng hiến pháp công nhận quyền riêng tư bao gồm quyền truy cập vào các biện pháp tránh thai và phá thai. Họ lập luận rằng quyền tương tự này cấm Trung tâm Dona Ana Detention đuổi việc họ nếu họ từ chối tiêm vaccine. Các nguyên đơn của California và Texas đã chỉ ra Bộ luật Nuremberg năm 1947, luật quốc tế được thông qua sau thảm họa Holocaust cấm thí nghiệm y tế cưỡng bức mà không có sự đồng ý. Về cơ bản, các nguyên đơn lập luận rằng nhiệm vụ tiêm vaccine của người sử dụng lao động tương tự các thí nghiệm y tế kinh hoàng do các bác sĩ Đức Quốc xã tiến hành trên các tù nhân trại tập trung.²²¹

Có rất ít khả năng rằng những lập luận này sẽ được các tòa án thông cảm. Trái ngược với tuyên bố của các nguyên đơn, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh và Ủy ban Cơ hội Việc làm Bình đẳng (EEOC) đều công nhận rằng luật liên bang không ngăn cản người sử dụng lao động áp đặt các nhiệm vụ về vaccine. Trang web của CDC cho biết: “*Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) không bắt buộc tiêm chủng. Tuy nhiên, tiểu bang, chính quyền địa phương hay chủ lao động có thể yêu cầu hoặc bắt buộc tiêm vaccine SARS-COV-2 hay không là vấn đề của tiểu bang*”²²². Tương tự như vậy, EEOC nói rằng “*Luật Cơ hội Việc làm Bình đẳng liên bang không ngăn chủ sử dụng lao động yêu cầu tất cả nhân viên khi vào làm việc phải được tiêm vaccine SARS-COV-2*”, miễn là người sử dụng lao động tạo điều kiện hợp lý cho nhân viên khuyết tật hoặc tín ngưỡng tôn giáo khi tình trạng và tôn giáo của họ không cho phép tiêm chủng²²³.

²²¹ The National Law Review: “Can employers make Covid – 19 vaccinations mandatory?”, tại link: <https://www.natlawreview.com/article/can-employers-make-sar-cov-2-vaccinations-mandatory>, truy cập ngày 08/8/2021.

²²² CDC: “Workplace vaccination program”, link: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/essentialworker/workplace-vaccination-program.html#anchor_1615585395585

²²³ The New York Times: “EEOC says companies can mandate vaccine, but few push ahead.”, link: <https://www.nytimes.com/2021/06/01/business/workplace-vaccine-requirements.html>, truy cập ngày 09/8/2021.

Tòa án duy nhất xét xử một trong những trường hợp này đã tỏ ra không kiên nhẫn trước những lập luận này. Vào ngày 12 tháng 6 năm 2021, Tòa án Quận phía Nam của Texas, Hoa Kỳ đã bác bỏ tất cả các cáo buộc chống lại Bệnh viện Giám lý Houston, nói thẳng rằng những nỗ lực của các nguyên đơn trong việc miêu tả họ là những người không muốn tham gia vào các thí nghiệm y tế làm sai sự thật và rằng bất kỳ sự đánh đồng nào với thí nghiệm của Đức Quốc xã trong các trại tập trung đều là “đáng trách”. Tòa án lưu ý rằng không có nguyên đơn nào thực sự bị ép buộc tiêm chủng. Thay vào đó, Bệnh viện đã cho họ lựa chọn từ chối vaccine và cho họ biết hậu quả của việc từ chối, cụ thể là họ sẽ bị nghỉ việc.²²⁴

Tuy nhiên, các nhà lập pháp, hành pháp và tư pháp Hoa Kỳ vẫn mở ra những ngoại lệ cho việc tiêm vaccine. Những trường hợp này, như đã nêu ở trên, nếu không tiêm cũng không gặp phải chế tài gì. Hơn nữa, luật pháp Hoa Kỳ còn yêu cầu người sử dụng lao động không phân biệt đối xử với những trường hợp ngoại lệ này; và tạo điều kiện thuận lợi cho họ hoà nhập với môi trường làm việc. Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ²²⁵ cho phép người lao động không cần phải tiêm vaccine nếu người đó bị những vấn đề sức khoẻ mà luật pháp bảo vệ. Cụ thể, người sử dụng lao động phải trao đổi với người lao động để xác định xem liệu việc miễn trừ có hợp lý cho người khuyết tật và trách nhiệm công việc của người đó hay không; và không phải là gánh nặng quá mức cho người sử dụng lao động. Người sử dụng lao động cần phải chứng minh rằng việc cho phép người lao động không tiêm

²²⁴ The National Law Review: “Can employers make Covid – 19 vaccinations mandatory?”, tại link: <https://www.natlawreview.com/article/can-employers-make-sar-cov-2-vaccinations-mandatory>, truy cập ngày 09/8/2021.

²²⁵ Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ (ADA) trở thành luật vào năm 1990. ADA là luật dân quyền nghiêm cấm phân biệt đối xử đối với các cá nhân khuyết tật trong mọi lĩnh vực của đời sống công cộng, bao gồm việc làm, trường học, giao thông và tất cả các địa điểm công cộng và tư nhân mở cửa cho công chúng. Mục đích của luật là đảm bảo rằng người khuyết tật có quyền và cơ hội như mọi người. ADA đưa ra các biện pháp bảo vệ quyền công dân cho các cá nhân khuyết tật tương tự như các biện pháp bảo vệ quyền công dân được cung cấp cho các cá nhân trên cơ sở chủng tộc, màu da, giới tính, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác và tôn giáo. Nó đảm bảo cơ hội bình đẳng cho các cá nhân khuyết tật trong các phòng ở công cộng, việc làm, giao thông vận tải, các dịch vụ của chính quyền địa phương và tiểu bang, và viễn thông. ADA được chia thành năm tiêu đề (hoặc phần) liên quan đến các lĩnh vực khác nhau của đời sống công cộng.

chúng sẽ gây ra gánh nặng không đáng có hoặc gây ra mối đe dọa trực tiếp tại nơi làm việc, điều này sẽ khó thực hiện nếu có sẵn các giải pháp thay thế như làm việc tại nhà hoặc chuyển đến một khu vực tách biệt với đồng nghiệp. Ủy ban Cơ hội Việc làm Bình đẳng, cơ quan thực thi luật liên bang chống lại sự phân biệt đối xử trong công việc, đã nói rằng các biện pháp bảo vệ của ADA áp dụng cho vaccine Covid - 19.²²⁶

2. Pháp luật và thực tiễn tại Việt Nam

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm 2007 quy định hai hình thức sử dụng vaccine, sinh phẩm y tế là sử dụng tự nguyện và bắt buộc. Sử dụng bắt buộc được áp dụng đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vaccine đối với các bệnh có vaccine phòng bệnh và sẽ được miễn phí sử dụng vaccine²²⁷. Bệnh truyền nhiễm là bệnh lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp từ người hoặc từ động vật sang người do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm²²⁸. Cũng theo quy định của luật này, thẩm quyền ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm phải sử dụng vaccine bắt buộc thuộc về Bộ trưởng Bộ Y tế. Những trường hợp tiêm vaccine để bảo vệ sức khỏe cho mình và cho cộng đồng nhưng không thuộc Danh mục bệnh truyền nhiễm bắt buộc sử dụng vaccine bắt buộc của Bộ Y tế được coi là sử dụng vaccine tự nguyện và được Nhà nước hỗ trợ, khuyến khích. Các bệnh truyền nhiễm được yêu cầu tiêm chủng bắt buộc bao gồm: bạch hầu, bại liệt, ho gà, rubella, tả, sởi, viêm não Nhật Bản B và bệnh dại²²⁹. Trong trường hợp bắt buộc sử dụng vaccine, nếu không thực hiện theo quy định, cá nhân có thể bị xử

²²⁶ The Washington Post: “Can I be required to get vaccinated against Covid – 19”, link: https://www.washingtonpost.com/business/can-i-be-required-to-get-vaccinated-against-sar-cov-2/2021/07/29/1d5376f6-f0b2-11eb-81b2-9b7061a582d8_story.html, truy cập ngày 09/8/2021.

²²⁷ Khoản 1 Điều 29 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm 2007.

²²⁸ Khoản 1 Điều 2 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm 2007.

²²⁹ Điều 2 Thông tư 38/2017/TT-BYT về danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vaccine, sinh phẩm y tế bắt buộc.

phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế với mức tiền phạt từ 1.000.000đ đến 3.000.000²³⁰.

Ngày 01 tháng 4 năm 2020, Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 447/QĐ-TTg về việc công bố dịch SARS-COV-2. Theo đó, SARS-COV-2 (dịch viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của virus Corona gây ra) là dịch bệnh trên phạm vi toàn quốc và tính chất, mức độ nguy hiểm được xếp vào bệnh truyền nhiễm nhóm A - nguy cơ ở mức độ đại dịch toàn cầu. Các biện pháp phòng, chống dịch được thực hiện theo Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, dịch bệnh này không được quy định trong Danh mục bệnh truyền nhiễm phải sử dụng vaccine bắt buộc²³¹. Do đó, việc sử dụng vaccine đối với dịch SARS-COV-2 thuộc trường hợp sử dụng tự nguyện. Trên thực tế, mọi người có nhu cầu sử dụng vaccine, chỉ cần đăng ký theo khu vực dân cư, các doanh nghiệp, cơ quan có thể đăng ký cho người lao động... Trong trường hợp này, Nhà nước đóng vai trò khuyến khích và hỗ trợ công dân sử dụng vaccine. Ở giai đoạn đăng ký sử dụng, người dân được thông tin đầy đủ về các tác dụng phụ của vaccine và sẽ được yêu cầu ký vào bản cam kết sử dụng vaccine cũng như xác nhận đã đọc và được thông tin về các tác dụng, nguy cơ khi tiêm vaccine. Các loại vaccine đang được sử dụng hiện nay tại Việt Nam đều đã được Tổ chức y tế thế giới (WHO) phê duyệt và được Bộ Y tế cấp phép sử dụng²³². Khi thực hiện tiêm chủng tại các cơ sở y tế, người dân được thông tin công khai về tên, chủng loại, xuất xứ của vaccine và có quyền lựa chọn tiếp tục tiêm hay không. Ngoài ra, cơ sở y tế sẽ tiến hành khám sàng lọc để đảm bảo sức khỏe trước khi thực hiện tiêm chủng. Những trường hợp tự nguyện sử dụng vaccine nhưng có bệnh

²³⁰ Điểm a khoản 2 điều 9 Nghị định 117/2020/NĐ-CP quy định : “ Phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 3.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Không sử dụng hoặc cản trở việc sử dụng vaccine, sinh phẩm y tế đối với các bệnh có vaccine, sinh phẩm y tế phòng bệnh trong trường hợp có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch hoặc đến vùng có dịch theo yêu cầu, hướng dẫn của cơ quan có thẩm quyền.

²³¹ Danh mục được ban hành tại Thông tư 38/2017/TT-BYT, còn dịch Covid 19 xảy ra sau khi Thông tư được ban hành, cụ thể là từ ngày 23/1/2020 (thời điểm xác định trường hợp đầu tiên mắc ca bệnh viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra) và cho đến nay Bộ Y tế vẫn chưa bổ sung dịch Covid 19 vào Danh mục trên.

²³² Quyết định 1210/QĐ-BYT ngày 9-2-2021 của Bộ Y tế.

nền và nếu sử dụng vaccine có thể nguy hiểm đến tính mạng sẽ bị từ chối để đảm bảo sức khỏe cũng như tính mạng của họ. Tuy nhiên, do hiện nay nguồn cung vaccine có hạn mà nhu cầu sử dụng lại cao, nên Việt Nam đang triển khai tiêm vaccine SARS-COV-2 cho các đối tượng ưu tiên căn cứ Nghị quyết 21/NQ-CP năm 2021. Cụ thể đối tượng ưu tiên tiêm và miễn phí gồm: lực lượng tuyến đầu phòng, chống dịch²³³, quân đội, công an, nhân viên, cán bộ ngoại giao của Việt Nam được cử đi nước ngoài, hải quan, cán bộ làm công tác xuất nhập cảnh, người cung cấp dịch vụ thiết yếu²³⁴, giáo viên, người làm việc tại các cơ sở giáo dục, đào tạo; người làm việc tại các cơ quan, đơn vị hành chính thường xuyên tiếp xúc với nhiều người; người mắc các bệnh mạn tính, người trên 65 tuổi, người sinh sống tại các vùng có dịch, người nghèo, các đối tượng chính sách xã hội, người được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, lao động ở nước ngoài và các đối tượng khác do Bộ Y tế quyết định căn cứ yêu cầu phòng chống dịch.

Pháp luật Việt Nam không quy định cụ thể về việc doanh nghiệp có quyền bắt buộc người lao động phải tiêm vaccine phòng SARS-COV-2. Trên thực tế cũng chưa ghi nhận trường hợp doanh nghiệp bắt buộc hay cưỡng chế người lao động tiêm vaccine và có nhiều trường hợp người lao động từ chối khi được gọi đi tiêm do lo lắng về tác dụng phụ cũng hoặc sức khỏe không đảm bảo. Tuy nhiên, việc tiêm vaccine là một cơ hội để phòng bệnh SARS-COV-2 cho mỗi người và thể hiện trách nhiệm với cộng đồng. Khi người lao động được tiêm vaccine đầy đủ, họ sẽ có kháng thể với vi rút, không bị nhiễm bệnh hoặc nếu bị nhiễm thì các triệu chứng cũng nhẹ hơn và không nguy hiểm đến tính mạng. Từ đó, năng suất lao động được đảm bảo, góp phần tạo môi trường làm việc an toàn và hoạt động sản xuất, kinh doanh của doanh nghiệp cũng không bị giảm sút. Đặc biệt trong bối cảnh hiện nay, khi biến chủng mới của vi rút corona với tốc độ lây lan nhanh hơn và nguy hiểm hơn đang “tấn công” vào các khu công

²³³ Lực lượng này bao gồm người làm việc trong các cơ sở y tế; người tham gia phòng chống dịch (Thành viên Ban chỉ đạo phòng, chống dịch các cấp, người làm việc ở các khu cách ly, làm nhiệm vụ truy vết, điều tra dịch tễ, tổ covid dựa vào cộng đồng, tình nguyện viên, phóng viên...).

²³⁴ Ví dụ như cung cấp dịch vụ hàng không, vận tải, du lịch; cung cấp dịch vụ điện, nước...

ngiệp, việc sử dụng vaccine sẽ góp phần đảm bảo an toàn, vệ sinh lao động.

An toàn lao động là giải pháp phòng, chống tác động của các yếu tố nguy hiểm nhằm bảo đảm không xảy ra thương tật, tử vong đối với con người trong quá trình lao động, vệ sinh lao động là giải pháp phòng, chống tác động của yếu tố có hại gây bệnh tật, làm suy giảm sức khỏe cho con người trong quá trình lao động²³⁵. Mục đích chính của an toàn vệ sinh lao động là bảo đảm quyền của người lao động được làm việc trong điều kiện an toàn, vệ sinh lao động và tuân thủ đầy đủ các biện pháp an toàn, vệ sinh lao động trong quá trình lao động; ưu tiên các biện pháp phòng ngừa, loại trừ, kiểm soát các yếu tố nguy hiểm, yếu tố có hại trong quá trình lao động. Lợi ích lớn nhất khi thực hiện các biện pháp an toàn lao động đó là ngăn ngừa tai nạn và bảo vệ sức khỏe cho người lao động. Trong điều kiện cần thiết, người sử dụng lao động có quyền yêu cầu người lao động chấp hành các nội quy, quy trình, biện pháp bảo đảm an toàn, vệ sinh lao động tại nơi làm việc. Trường hợp người lao động đủ điều kiện sức khỏe nhưng không tiêm vaccine phòng SARS-COV-2 có thể tạo tâm lý lo lắng, ảnh hưởng đến nhiều người lao động khác và có thể có nguy cơ làm lây lan dịch bệnh. Và để đảm bảo an toàn, vệ sinh lao động cũng như hoạt động sản xuất, kinh doanh, người lao động có thể phải đối mặt với nguy cơ bị người sử dụng lao động luân chuyển, yêu cầu tạm nghỉ việc không hưởng lương, phải có kết quả xét nghiệm âm tính trong một thời gian nhất định mới được quay lại làm việc, thậm chí có thể bị đơn phương chấm dứt hợp đồng.

Như vậy, luật pháp liên bang Hoa Kỳ giao cho các bang thẩm quyền qui định việc tiêm vaccine bắt buộc trong những trường hợp cần thiết cũng như quyền của người sử dụng lao động yêu cầu người lao động tiêm vaccine như một điều kiện để được tiếp tục làm việc. Tuy nhiên, việc bắt buộc này không có nghĩa là một người sẽ bị tiêm phòng trái với ý muốn của họ. Họ có thể từ chối tiêm, nhưng phải đối mặt với một số hệ quả, như là bị đóng phạt hoặc/và mất việc. Tại Việt Nam hiện nay chưa ghi nhận trường hợp người sử dụng lao động áp

²³⁵ Khoản 2 Điều 3, khoản 1 Điều 7 Luật An toàn, vệ sinh lao động năm 2015

dụng các chế tài để bắt buộc người lao động thực hiện tiêm chủng. Tuy nhiên, pháp luật cũng không quy định cụ thể về việc cấm người sử dụng lao động có hành vi nói trên. Do đó, khả năng người lao động gặp khó khăn khi xin việc hoặc làm việc tại các doanh nghiệp hoàn toàn có thể xảy ra. Nhóm tác giả cho rằng, hợp đồng lao động xuất phát từ sự thoả thuận, ý chí của cả hai bên. Trường hợp người lao động cần bảo vệ môi trường lao động lành mạnh, bảo vệ kinh doanh của mình nên yêu cầu nhân viên tiêm ngừa mà bị từ chối, tức là sự đồng thuận của hai bên về một điều kiện quan trọng trong hợp đồng không đạt được. Người lao động có quyền chấm dứt hợp đồng.

3. Quy định của pháp luật quốc tế

Như đã phân tích ở trên, chính phủ Hoa Kỳ và Việt Nam hiện đang thực hiện chương trình tiêm ngừa SARS-COV-2 trên diện rộng cho toàn bộ công dân của mình. Hành vi này theo pháp luật của hai quốc gia này là không vi hiến. Còn về khía cạnh luật quốc tế, liệu hành vi này liệu có được xem là vi phạm. Có ý kiến cho rằng quy định về tiêm chủng bắt buộc là hành vi vi phạm các điều ước quốc tế về quyền con người. Vậy quốc gia có phải chịu trách nhiệm pháp lý quốc tế cho hành vi của mình hay không?

Về vấn đề này, trong khoa học pháp lý quốc tế tồn tại nguyên tắc “*Necessitas non habet legem. Necessitas non habet legem*” có thể được dịch theo nghĩa khái quát nhất là “*Sự cần thiết không cần biết đến luật*” hay “*trong tình trạng khẩn cấp thì chẳng có luật nào cả*” (the violation of a law may be excused by necessity)²³⁶, nghĩa là các vi phạm pháp luật khi cần thiết có thể được chấp nhận. Cụm từ “*Necessitas non habet legem*” được viện dẫn để hợp pháp hóa hay loại trừ trách nhiệm cho quốc gia khi họ vi phạm các nghĩa vụ quốc tế. Tinh thần của nguyên tắc cũng được ghi nhận trong Dự thảo các điều luật về trách nhiệm pháp lý quốc tế của quốc gia đối với các hành vi sai trái quốc tế (Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts) tại Điều 25 quy định về hành động của

²³⁶ PGS.TS. Nguyễn Minh Tuấn, Thuật ngữ Latinh thông dụng chuyên ngành luật, <http://tuansl.blogspot.com/2014/09/sach-thuat-ngu-latinh-chuyen-nganh-luat.html>, truy cập ngày 31/7/2021.

các quốc gia trong trường hợp cần thiết (necessity)²³⁷. Trong bình luận của mình, Ủy ban pháp luật quốc tế đã định nghĩa “tình trạng cần thiết” là “tình huống của một quốc gia có biện pháp duy nhất để bảo vệ lợi ích thiết yếu bị đe dọa bởi một nguy cơ nghiêm trọng và sắp xảy ra là áp dụng hành vi không phù hợp với những gì được yêu cầu bởi một nghĩa vụ quốc tế đối với quốc gia khác”²³⁸. Như vậy, nếu như hành động của một quốc gia mặc dù được xem là vi phạm nghĩa vụ quốc tế nhưng nếu thỏa mãn các điều kiện tại Điều 25 Dự thảo các điều luật về trách nhiệm pháp lý quốc tế của quốc gia đối với các hành vi sai trái quốc tế thì vẫn có thể được chấp nhận.

Trong thực tiễn xét xử, các cơ quan tài phán quốc tế cũng giải thích về trường hợp miễn trách trong trường hợp “cần thiết”. Trong *Vụ Gabčíkovo-Nagymaros Project (Hung. v. Slov.)*, 1997 I.C.J. 7 (Sept. 25), Tòa án cho rằng, hành động trái với nghĩa vụ quốc tế trong trường hợp cần thiết được xem là tập quán trong luật quốc tế²³⁹. Tuy nhiên, theo Tòa án, hành động như vậy phải được thực hiện trên cơ sở “lợi ích thiết yếu” của quốc gia thực hiện hành vi gắn liền với một trong các nghĩa vụ quốc tế của quốc gia đó; lợi ích đó chắc chắn đã bị đe dọa bởi một “hiểm họa nghiêm trọng và sắp xảy ra”; hành động quốc gia đó phải là “phương tiện duy nhất” để bảo vệ lợi ích thiết yếu; hành

²³⁷ “1. Một quốc gia không thể viện dẫn một tình thế cấp thiết làm cơ sở để loại trừ sự sai trái của hành vi thực hiện không phù hợp với nghĩa vụ quốc tế, trừ khi hành vi sai trái đó:

a. Là phương cách duy nhất đối với quốc gia để bảo vệ một lợi ích quan trọng trước một mối nguy hiểm nghiêm trọng sắp sửa xảy ra và

b. Không làm phương hại nghiêm trọng đến một lợi ích quan trọng của quốc gia hoặc các quốc gia khác nơi tồn tại nghĩa vụ của quốc gia thực hiện hành vi hoặc lợi ích quan trọng của cộng đồng quốc tế.

2. Trong mọi trường hợp, tình thế cấp thiết không thể được quốc gia viện dẫn làm cơ sở nhằm loại trừ sự sai trái nếu như:

a. Nghĩa vụ quốc tế liên quan đã không cho phép viện dẫn tình thế cấp thiết. Vấn đề này thường được quy định trong các điều ước quốc tế về luật nhân đạo hoặc về các vấn đề nhân quyền.

b. Quốc gia viện dẫn nói trên cũng góp phần tạo ra tình thế cấp thiết”.

²³⁸ Yearbook of the International Law Commission, 1980, Vol. II, Part 2, para.1.

²³⁹ *Vụ Gabčíkovo-Nagymaros Project (Hung. v. Slov.)*, 1997 I.C.J. 7 (Sept. 25), para.51.

động đó không được “làm tổn hại nghiêm trọng [đến] lợi ích thiết yếu” của quốc gia có quyền; và quốc gia thực hiện hành vi đó không được “góp phần vào việc xảy ra tình trạng cần thiết”²⁴⁰.

Ngoài ra, trong luật quốc tế về quyền con người cũng tồn tại những quy phạm cho phép các quốc gia thực hiện các hành động bảo vệ lợi ích công cộng mặc dù những hành động đó có thể sẽ hạn chế quyền con người. Các quyền con người và những trường hợp hạn chế quyền đã được ghi nhận trong các văn kiện pháp lý quốc tế về quyền con người như Tuyên ngôn quốc tế về nhân quyền (UDHR) năm 1948, ICCPR năm 1966, Công ước về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR) năm 1966, Công ước châu Âu về nhân quyền (ECHR) năm 1953...

Theo đó, có thể phân nhóm các quyền con người thành hai nhóm: (i) các quyền dân sự và chính trị và (ii) các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội. Cả hai nhóm quyền này đều có thể bị hạn chế trong một số trường hợp nhất định²⁴¹. Theo quy định tại Điều 29 UDHR năm 1948, ai cũng có nghĩa vụ đối với cộng đồng trong đó nhân cách của mình có thể được phát triển một cách tự do và đầy đủ. Trong khi hành xử những quyền tự do của mình, ai cũng phải chịu những giới hạn do luật pháp đặt ra để đảm bảo những quyền tự do của người khác cũng được thừa nhận và tôn trọng, những yêu cầu chính đáng về đạo lý, trật tự công cộng và an lạc chung trong một xã hội dân chủ cũng được thỏa mãn. Như vậy, mỗi cá nhân đều được hưởng và được nhà nước bảo đảm đối với các quyền tự do của họ.

Tuy nhiên, các quyền con người không là vô hạn mà phải được đặt trong mối tương quan với quyền của các chủ thể khác. Công ước ICCPR 1966 quy định cụ thể hơn về trường hợp và điều kiện hạn chế các quyền của cá nhân tại Điều 4. Theo đó, trong trường hợp có tình trạng khẩn cấp xảy ra đe dọa sự sống còn của quốc gia và đã được chính thức công bố, các quốc gia thành viên có thể áp dụng những biện pháp hạn chế các quyền được quy định trong Công ước²⁴². Theo

²⁴⁰ Vụ Gabcikovo-Nagumaros Project (Hung. v. Slov.), 1997 I.C.J. 7 (Sept. 25), para.52.

²⁴¹ Điều 4 ICCPR 1966 và Điều 4 ICESCR 1966.

²⁴² Trừ một số quyền cụ thể được liệt kê ở Khoản 2, Điều 4 ICCPR.

Các nguyên tắc Siracusa²⁴³, khái niệm tình trạng khẩn cấp được hiểu là tình trạng mà một quốc gia phải đối mặt với những nguy cơ đe dọa đến sự sống còn của quốc gia. Sự đe dọa này có thể ảnh hưởng tới người dân, ở quy mô toàn bộ hay một phần lãnh thổ quốc gia và gây nguy hiểm cho sự toàn vẹn của cộng đồng dân cư, tính độc lập chính trị hoặc sự toàn vẹn lãnh thổ quốc gia hoặc khả năng duy trì các chức năng cơ bản của các thiết chế thiết yếu trong việc đảm bảo và bảo vệ các quyền được công ước ICCPR ghi nhận. Quốc gia đang có các xung đột, nội chiến nhưng không gây nên đe dọa nghiêm trọng đối với sự tồn tại của quốc gia hoặc đang có khó khăn về kinh tế không được xem là tình trạng khẩn cấp²⁴⁴. Khi xảy ra tình trạng khẩn cấp các quốc gia thành viên có thể tạm thời ngừng hoặc giảm bớt nghĩa vụ bảo đảm các quyền được ghi nhận trong Công ước.

Để đặt ra các giới hạn với những quyền được ghi nhận trong Công ước, quốc gia thành viên phải thỏa mãn các điều kiện: (i) những giới hạn đó phải được quy định trong pháp luật quốc gia, (ii) những giới hạn đặt ra không trái với bản chất của các quyền có liên quan, (iii) việc đặt ra các hạn chế về quyền là cần thiết trong một xã hội dân chủ và (iv) nhằm mục đích duy nhất là để thúc đẩy lợi ích chung của cộng đồng. Bên cạnh trường hợp hạn chế chung, ICCPR còn đề cập cụ thể các trường hợp hạn chế của một số quyền khi quy về các quyền này trong công ước. Các trường hợp thường được viện dẫn để giới hạn các quyền bao gồm: bảo vệ an ninh quốc gia, bảo đảm an toàn cho cộng đồng, bảo vệ sức khỏe hay đạo đức cộng đồng, bảo vệ các quyền, tự do hợp pháp của người khác...²⁴⁵ Việt Nam đã trở thành thành viên của Tuyên ngôn UDHR 1948, Công ước ICCPR 1966 và ICESCR

²⁴³ Năm 1984 một Hội nghị quốc tế đã được tổ chức tại thành phố Siracusa, (Ý) và đã thông qua các nguyên tắc về hạn chế và tạm đình chỉ thực hiện quyền con người – gọi là Các nguyên tắc Siracusa. Các nguyên tắc này đã được Hội đồng kinh tế, xã hội (ECOSOC) của Liên hợp quốc chấp thuận và đưa vào phụ lục của Nghị quyết - UN Doc E/ CN.4/1985/4 (1985) Với 9 nguyên tắc Siracusa đã giải thích là làm rõ thêm các quy định về hạn chế và tạm đình chỉ thực hiện các quyền con người trong Công ước quốc tế về các quyền dân sự, chính trị.

²⁴⁴ Các đoạn 39-41, Nguyên tắc siracusa về các điều khoản giới hạn và tạm đình chỉ quyền trong ICCPR.

²⁴⁵ Khoản 2 Điều 12, Điều 13, Khoản 1 Điều 14, Khoản 3 Điều 18, Khoản 3 Điều 19, Điều 21, Khoản 2 Điều 22 ICCPR 1966.

1966 nên Nhà nước đã chuyển hóa nội dung của các văn bản này vào pháp luật quốc gia để thực thi. Hiến pháp năm 2013 đã bổ sung khái niệm quyền con người và dành một chương để quy định về quyền con người, quyền và nghĩa vụ cơ bản của công dân. Bên cạnh đó, Hiến pháp cũng quy định các trường hợp hạn chế quyền con người, quyền công dân vì lý do quốc phòng, an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đạo đức xã hội, sức khỏe của cộng đồng...²⁴⁶

Quyền sống là quyền đầu tiên được quy định trong Công ước ICCPR 1966. Quyền này gắn liền với cá nhân, được coi là quyền tối cao và tuyệt đối. Quyền sống được loại trừ khi áp dụng các biện pháp hạn chế quy định tại điều 4 ICCPR 1966²⁴⁷. Như vậy, trong mọi trường hợp, quyền này được tôn trọng và bảo vệ tuyệt đối. Do đó, các quốc gia không có quyền bắt buộc người dân tiêm chủng vaccine vì hành động này có thể gây nguy hiểm đối với sức khỏe và tính mạng của họ²⁴⁸. Tuy nhiên, khi cá nhân thực hiện các quyền của mình cũng

²⁴⁶ Khoản 2 Điều 14 Hiến pháp năm 2013,

²⁴⁷ Khoản 2 Điều 4 Công ước ICCPR 1966.

²⁴⁸ Mặc dù, để được cấp phép lưu hành và sử dụng đối với người, các vaccine phải trải qua quy trình thử nghiệm nghiêm ngặt và sẽ bị từ chối cấp phép nếu gây hại đến sức khỏe con người. Do đó, tỉ lệ ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của con người do tác dụng của vaccine là rất thấp. Xem thêm quy trình kiểm nghiệm và cấp phép vaccine của một số quốc gia và WHO:

- Hoa Kỳ: https://www.cdc.gov/vaccines/parents/infographics/journey-of-child-vaccine.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2Fparents%2Finfographics%2Fjourney-of-child-vaccine-text.html và <https://www.cdc.gov/vaccines/basics/test-approve.html#track>, truy cập ngày 25/8/2021.

- Việt Nam: https://dichvucong.moh.gov.vn/dichvucong/-/dvc/thutuchanhchinh/3.html?dichvucong_WAR_bytedvcportlet_redirectPage=https%3A%2F%2Fdichvucong.moh.gov.vn%3A443%2Fweb%2Fguest%2Fdichvucong%2F-%2Fdvc%2Fthutuchanhchinh%2F3.html%3F_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_coQuanQuanLy%3D%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_tenMaThuTuc%3D%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_mucDo%3D%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_cur%3D1%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_delta%3D75%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_valueShowHide%3D%26_dichvucong_WAR_bytedvcportlet_hienThiTheoDangLuoi%3D&dichvucong_WAR_bytedvcportlet_delta=75&dichvucong_WAR_bytedvcportlet_cur=1&dichvucong_WAR_bytedvcportlet_mvPath=%2Fhtml%2Fdvc%2Fportlet%2Fdichvucong%2Fxem_thutuc.jsp&dichvucong_WAR_bytedvcportlet_tthId=1108213, truy cập ngày 25/8/2021.

- WHO: https://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pq_revised_procedure_final_1may2012.pdf, và

phải đảm bảo không đe dọa hay xâm phạm đến quyền của các chủ thể khác. Vì vậy, quốc gia cho phép người dân lựa chọn việc tiêm hay không tiêm vaccine nhưng để đảm bảo quyền sống của các chủ thể khác, những người lựa chọn không tiêm vaccine đối với một số loại bệnh theo quy định của quốc gia sẽ phải chịu những hậu quả pháp lý bất lợi. Những hệ quả này không phải nhằm mục đích sự trừng phạt hay răn đe đối với hành vi từ chối sử dụng vaccine mà để các cá nhân cân nhắc và cân trọng khi đưa ra quyết định, từ đó cân bằng giữa lợi ích của cá nhân và lợi ích chung của cộng đồng. Việc không tiêm chủng của cá nhân có thể ảnh hưởng đến duy trì miễn dịch cộng đồng. Bởi lẽ cần có đủ số người tiêm chủng nhất định thì cộng đồng mới có thể đạt tới mức độ miễn dịch cộng đồng. Miễn dịch cộng đồng tạo ra một tầng bảo vệ chống lại bệnh cho cả những người chưa được tiêm chủng, như trẻ sơ sinh và có thể phòng ngừa, ngăn chặn bùng phát và lây lan dịch bệnh.

Kết luận

Quyền áp dụng các biện pháp cưỡng chế tiêm chủng của nhà nước khi tình trạng khẩn cấp trong bối cảnh đại dịch SARS-COV-2 sẽ phải được đánh giá trong từng bối cảnh, điều kiện và quy định của pháp luật mỗi quốc gia. Tuy nhiên, về nguyên tắc của luật quốc tế nói chung và luật quốc tế về quyền con người nói riêng đã có những nguyên tắc cho phép nhà nước được thực hiện các biện pháp cưỡng chế bắt buộc nhằm đảm bảo lợi ích công cộng như trong hoàn cảnh dịch bệnh COVID-19. Nhóm tác giả cho rằng quyền tự do của con người không phải là không có giới hạn. Chúng bị giới hạn để bảo vệ những giá trị to lớn hơn, như sức khỏe và sự an toàn của cả cộng đồng cũng như quyền tự do của cá nhân khác. Quyền từ chối tiêm vaccine của một số người có thể làm ảnh hưởng đến quyền được sống trong một môi trường an toàn, không dịch bệnh của những cá nhân khác. Hành động của Việt Nam hay các quốc gia yêu cầu bắt buộc hoặc đặt ra các điều kiện, chế tài đối với việc tiêm vaccine là cần thiết.

BẢO VỆ KỶ VỌNG CHÍNH ĐÁNG CỦA NHÀ ĐẦU TƯ NƯỚC NGOÀI THEO CÁC HIỆP ĐỊNH ĐẦU TƯ QUỐC TẾ - LIÊN HỆ ĐẾN CÁC BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT DỊCH COVID-19 TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Xuân Mỹ Hiền²⁴⁹

Võ Thái Thu Giang²⁵⁰

Tóm tắt

Dịch bệnh Covid-19 đã ảnh hưởng tiêu cực đến các khía cạnh kinh tế, chính trị, xã hội trên phạm vi toàn thế giới. Để đối phó với cuộc khủng hoảng chưa từng có do dịch bệnh gây ra, nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam, đã phải thực hiện các biện pháp nhằm kiểm soát dịch bệnh, đảm bảo sức khỏe cộng đồng và phục hồi nền kinh tế. Mặt khác, trong bối cảnh các quốc gia trên thế giới ký kết nhiều Hiệp định đầu tư quốc tế nhằm thu hút vốn đầu tư nước ngoài, nếu các biện pháp trên gây thiệt hại đến các khoản đầu tư của nhà đầu tư nước ngoài, thì Chính phủ có thể phải đối mặt với các vụ kiện do vi phạm các tiêu chuẩn đối xử dành cho nhà đầu tư nước ngoài tại trọng tài đầu tư quốc tế. Bài viết tập trung trả lời câu hỏi liệu việc ban hành các biện pháp kiểm soát dịch bệnh tại Việt Nam có dẫn đến rủi ro bị khiếu kiện vì phá vỡ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài theo các Hiệp định đầu tư quốc tế mà Việt Nam là thành viên? Để trả lời câu hỏi này, bài viết sẽ phân tích cách ghi nhận bảo vệ “kỳ vọng chính đáng – legitimate expectation” - một thành tố của tiêu chuẩn đối xử công bằng và thỏa đáng trong các Hiệp định đầu tư quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Đồng thời, tác giả sẽ liệt kê một số biện pháp kiểm soát dịch bệnh mà các quốc gia trên thế giới ban hành đã phải đối mặt với nguy cơ bị khiếu kiện vì phá vỡ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài. Trên cơ sở đó, bài viết xem xét thực tiễn giải quyết tranh chấp giải thích về thành tố kỳ vọng chính đáng để đánh

²⁴⁹ ThS. Giảng viên Khoa Luật Quốc tế, Đại học Luật TP. Hồ Chí Minh

²⁵⁰ Trợ lý pháp lý, Công ty Luật TNHH Ernst & Young Việt Nam

giá liệu các biện pháp kiểm soát dịch bệnh được Việt Nam ban hành có nguy cơ bị khiếu kiện do vi phạm thành tố này trong tương lai.

Từ khóa: kỳ vọng chính đáng, tiêu chuẩn đối xử công bằng và thỏa đáng, biện pháp kiểm soát dịch bệnh, Covid-19.

Hiện nay, Việt Nam đã trở thành thành viên của nhiều hiệp định đầu tư (*International Investment Treaty* - IIA), trong đó có ghi nhận cơ chế giải quyết tranh chấp giữa quốc gia tiếp nhận đầu tư và nhà đầu tư nước ngoài. Các IIA này mở ra cơ hội thương mại tiềm năng với các nền kinh tế phát triển, cũng như góp phần quan trọng trong việc thúc đẩy tiến trình cải cách hành chính, hoàn thiện môi trường thương mại và đầu tư của Việt Nam. Tuy nhiên, trong bối cảnh dịch bệnh Covid-19 diễn biến phức tạp và các biện pháp khẩn cấp kiểm soát dịch bệnh được ban hành liên tục, Việt Nam có thể phải đối mặt với những thách thức đặt ra từ chính các điều khoản trong các hiệp định này liên quan đến mục tiêu cân bằng giữa lợi ích của các nhà đầu tư nước ngoài và lợi ích quốc gia. Các biện pháp kiểm soát dịch bệnh, một mặt cần bảo vệ sức khỏe công cộng, mặt khác cần bảo vệ kỳ vọng chính đáng (KVCD) của nhà đầu tư nước ngoài, nhằm tránh rủi ro bị khiếu kiện tại trọng tài đầu tư quốc tế. Bài viết này (1) trình bày quy định về KVCD trong các IIA mà Việt Nam là thành viên; đồng thời (2) phân tích các biện pháp mà các quốc gia trên thế giới áp dụng có nguy cơ dẫn đến khiếu kiện phá vỡ KVCD của nhà đầu tư; (3) liệt kê các biện pháp do Việt Nam áp dụng để kiểm soát dịch bệnh; (4) trên cơ sở phân tích thực tiễn giải quyết tranh chấp về vi phạm KVCD của nhà đầu tư nước ngoài, tác giả đánh giá những khả năng các biện pháp mà Việt Nam ban hành có thể bị khiếu kiện.

1. Quy định về bảo vệ kỳ vọng chính đáng trong các Hiệp định đầu tư quốc tế

Trong số các yếu tố cấu thành tiêu chuẩn đối xử Công bằng và Thỏa đáng (*Fair and Equitable treatment* - FET)²⁵¹, thành tố được cho

²⁵¹ Tiêu chuẩn đối xử công bằng và thỏa đáng là nguyên tắc quan trọng được ghi nhận trong hiệp định đầu tư quốc tế nhằm bảo hộ khoản đầu tư và nhà đầu tư nước ngoài khỏi những

là trọng tâm và cơ bản nhất là yêu cầu về tôn trọng và bảo vệ KVCĐ của nhà đầu tư.²⁵² KVCĐ sẽ được hình thành khi có sự tồn tại một hành vi từ nước tiếp nhận đầu tư mà nhà đầu tư đã dựa vào để thực hiện đầu tư. Những hành vi tạo ra kỳ vọng cho nhà đầu tư không thể bị thay đổi một cách bất hợp lý dẫn đến thiệt hại đáng kể cho nhà đầu tư nước ngoài (hoặc khoản đầu tư).²⁵³

Nhìn chung, KVCĐ không được quy định minh thị trong đa số các IIA giữa các quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, thực tiễn giải quyết tranh chấp cho thấy các nhà đầu tư nước ngoài thường có xu hướng lập luận rằng quốc gia tiếp nhận đầu tư đã phá vỡ KVCĐ khi đưa cáo buộc về FET và quan điểm này dần được thừa nhận thông qua thực tiễn giải quyết tranh chấp.²⁵⁴

Tính đến tháng 11/2021, Việt Nam hiện tại có khoảng 67 IIA đang có hiệu lực, trong đó có 48 Hiệp định đầu tư song phương (*Bilateral investment treaty*- BIT) và 19 điều ước có quy định về đầu tư.²⁵⁵ Tương tự như xu hướng chung của các IIA trên thế giới, hầu hết các hiệp định này đều quy định chung chung về tiêu chuẩn FET mà không đề cập tới KVCĐ.²⁵⁶ Chẳng hạn như trong Hiệp định khuyến khích bảo hộ đầu tư Việt Nam - Pháp có quy định: “*Mỗi Bên ký kết cam kết bảo đảm đối xử công bằng và thỏa đáng, phù hợp với các nguyên tắc của luật pháp quốc tế đối với đầu tư của các công dân và*

hành vi không công bằng của Nhà nước. Đây là tiêu chuẩn thường được viện dẫn trong các tranh chấp đầu tư quốc tế.

²⁵² Michele Potestà (2013), “Legitimate Expectations in Investment Treaty Law: Understanding the Roots and the Limits of a Controversial Concept”, *ICSID Review - Foreign Investment Law Journal*, Volume 28, Issue 1, Spring 2013, trang 1.

²⁵³ Laryea E.T (2020), “Legitimate Expectations investment Treaty Law Concept and Scope of Application”, *Handbook of International Investment Law and Policy*, Springer Publisher, Singapore, trang 2.

²⁵⁴ Michele Potestà (2013), tldd 246, trang 3.

²⁵⁵ Nguồn thống kê: UNCTAD, Vietnam - Investment Dispute Navigator, <https://investmentpolicy.unctad.org/investment-dispute-settlement/country/229/viet-nam>, truy cập ngày 24/11/2021.

²⁵⁶ Hiệp định khuyến khích bảo hộ đầu tư Việt Nam - Pháp, Điều 3; Hiệp định thương mại Việt Nam - Mỹ, Chương IV, Điều 3; Hiệp định khuyến khích và bảo hộ đầu tư lẫn nhau giữa Việt Nam và Hà Lan, Điều 3...

công ty của Bên ký kết kia trên lãnh thổ và trong các vùng biển của mình”. Tuy nhiên, một số hiệp định mà Việt Nam mới ký kết gần đây có sự đổi mới trong cách quy định so với hiệp định truyền thống khi có ghi nhận minh thị về KVCD, cụ thể là hiệp định Đối tác Toàn diện và Tiến bộ xuyên Thái Bình Dương (*The Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership* - CPTPP) và Hiệp định bảo hộ đầu tư giữa Việt Nam và Liên minh Châu Âu (*EU-Vietnam Investment Protection Agreement* - EVIPA).²⁵⁷ Theo CPTPP, một sự kiện thuần túy về việc Nhà nước có hành động hoặc không hành động trái với kỳ vọng của nhà đầu tư không cấu thành sự vi phạm tiêu chuẩn đối xử công bằng và thỏa đáng, dù cho sự kiện này có thể dẫn đến hậu quả gây thiệt hại cho khoản đầu tư. Như vậy, CPTPP chỉ khẳng định việc phá vỡ kỳ vọng của nhà đầu tư không cấu thành sự vi phạm FET, chứ không phủ nhận sự bảo hộ đối với những kỳ vọng có tính đáng của nhà đầu tư nước ngoài. Mặt khác, EVIPA đã ghi nhận minh thị việc bảo vệ KVCD của nhà đầu tư nước ngoài như một thành tố của tiêu chuẩn FET, tuy nhiên không được xem xét một cách độc lập. Khi xem xét các thành tố cấu thành sự vi phạm FET được liệt kê tại Điều 2.5.2, cơ quan giải quyết tranh chấp có thể xem xét việc liệu Nhà nước đã có những tuyên bố cụ thể (*specific representation*) để thuyết phục nhà đầu tư tiến hành đầu tư, từ đó tạo ra KVCD cho nhà đầu tư. Đồng thời, nhà đầu tư này đã dựa vào tuyên bố của Nhà nước để quyết định tiến hành hay duy trì khoản đầu tư, nhưng sau đó, Nhà nước không thực hiện được. Theo quan điểm của tác giả, dù cách quy định có phần không tương đồng, nhưng cả hai hiệp định này đều gián tiếp thừa nhận rằng hành vi phá vỡ KVCD không đương nhiên dẫn tới vi phạm FET mà cần phải được xem xét cùng với các thành tố khác cấu thành tiêu chuẩn FET. Vì vậy, các quy định cụ thể về KVCD đã khẳng định sự tồn tại của KVCD khi xem xét sự vi phạm tiêu chuẩn FET. Điều này có thể gợi mở khả năng bị khiếu kiện về KVCD cho nhiều quốc gia tiếp nhận đầu tư trên thế giới, trong đó có Việt Nam.

²⁵⁷ Điều 9.63 Hiệp định CPTPP; Điều 2.5.4 Hiệp định EVIPA.

2. Một số biện pháp kiểm soát dịch bệnh Covid-19 trên thế giới đối mặt với rủi ro bị khiếu kiện phá vỡ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài

Diễn biến dịch bệnh Covid-19 kéo dài và khó lường đã gây ra theo những thiệt hại đáng kể về sức khỏe, tính mạng con người cũng như nền kinh tế của mọi quốc gia trên thế giới. Nhằm đảm bảo nguồn cung thực phẩm thiết yếu, thiết bị y tế, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các chính phủ đã ban bố nhiều biện pháp ngăn chặn sự lây lan của virus như phong tỏa thành phố và các lệnh kiểm soát nghiêm ngặt, các lệnh cấm du lịch. Mặt khác, các chính phủ cũng đồng thời ban hành hàng loạt các biện pháp phục hồi nền kinh tế trong đại dịch. Thế nhưng, nhiều ý kiến quan ngại về viễn cảnh làn sóng các nhà đầu tư nước ngoài khiếu kiện chính phủ đối với hàng loạt các biện pháp kiểm soát dịch bệnh được ban hành gây cản trở hoạt động đầu tư trong bối cảnh Covid-19. Thậm chí, số lượng vụ kiện mà mỗi quốc gia sẽ phải đối mặt có thể là rất lớn, bởi lẽ các IIA cho phép mỗi nhà đầu tư nước ngoài cá nhân khiếu kiện chính phủ quốc gia tiếp nhận đầu tư khi khoản đầu tư của họ bị thiệt hại. Vì vậy, mỗi biện pháp vi phạm IIA có thể kéo theo vô số vụ kiện chính phủ từ các nhà đầu tư nước ngoài, dẫn đến sự tổn kém về chi phí, thời gian và sức lực khi tham gia các vụ kiện, đồng thời quốc gia cũng đối mặt với rủi ro bị tuyên bố thua kiện và bồi thường cho nhà đầu tư nước ngoài.²⁵⁸

Tính đến thời điểm hiện tại, chưa có một ghi nhận chính thức nào về khiếu kiện đối với biện pháp quốc gia áp dụng để chống dịch. Tuy nhiên, trên thực tế đã có quốc gia đối mặt với nguy cơ bị khởi kiện. Cụ thể, vào tháng 4 năm 2020, Peru đã bị đe dọa khiếu kiện bởi nhà đầu tư nước ngoài khi thông qua dự luật đình chỉ việc thu phí trên các đường cao tốc như một trong nhiều cách thức được triển khai nhằm giảm nhẹ hậu quả của đại dịch Covid-19 ở nước này. Tuy nhiên, một số chủ sở hữu các đường cao tốc là nhà đầu tư nước ngoài vẫn tiếp tục việc thu phí và đang đe dọa sẽ bắt đầu các thủ tục tố tụng

²⁵⁸ Bernasconi-Osterwalder, N., Brewin, S., & Maina, N. (2020), "Protecting Against Investor-State Claims Amidst COVID-19: A call to action for governments", *International Institute for Sustainable Development*, trang 1.

trọng tài đầu tư chống lại Peru.²⁵⁹ Bên cạnh Peru, những quốc gia khác vẫn có thể đối mặt với rủi ro khởi kiện do các biện pháp được thông qua. Điển hình, các quốc gia Mỹ La tinh đã ban hành lệnh cấm “ngừng cung cấp nước sạch để rửa tay tại các hộ gia đình có thu nhập thấp do chưa thanh toán tiền nước trong thời gian xảy ra đại dịch”.²⁶⁰ Mặc dù lệnh cấm này được cộng đồng quốc tế hoan nghênh, nhiều luật sư đầu tư quốc tế đã cảnh báo về rủi ro các công ty dịch vụ công ích nước ngoài có thể khiếu kiện chính phủ vì tạo ra rào cản cho hoạt động đầu tư. Những biện pháp trên có thể đi ngược lại KVCD của nhà đầu tư, vi phạm các tiêu chuẩn quan trọng của IIA, dẫn đến rủi ro chính phủ bị khiếu kiện tại trọng tài đầu tư quốc tế. Thậm chí, những nhà đầu tư nước ngoài này có thể sử dụng phương thức này như lời đe dọa các chính phủ nhằm đấu tranh chống lại mọi hạn chế đối với hoạt động đầu tư.

Dù chưa có vụ kiện chính thức nào cho đến thời điểm hiện tại, các quốc gia vẫn có nguy cơ bị khiếu kiện đối với các biện pháp đối phó với dịch bệnh vì bốn lý do sau đây:

Đầu tiên, trong quá khứ, đã có nhiều biện pháp nhằm bảo vệ lợi ích công cộng²⁶¹ bị khởi kiện trước các Hội đồng trọng tài quốc tế (HĐTT) như: bảo vệ sức khỏe, thương mại, biện pháp liên quan tới tài chính và kể cả các biện pháp đề ra trong thời điểm quốc gia gặp các khủng hoảng lớn.²⁶² Trong bối cảnh dịch Covid 19, có 2 nhóm biện pháp được các quốc gia trên thế giới áp dụng:

²⁵⁹ “Peru warned of potential ICSID claims over covid-19 measures”, <https://www.bilaterals.org/?peru-warned-of-potential-icsid>, truy cập ngày 23/11/2021.

²⁶⁰ Alexander Serrano & Daniela Gutierrez Torres (2020), Latin America moving fast to ensure water services during Covid-19, <https://blogs.worldbank.org/water/latin-america-moving-fast-ensure-water-services-during-covid-19>, truy cập ngày 23/11/2021.

²⁶¹ Lợi ích công cộng là lợi ích của toàn thể cộng đồng. Một biện pháp nhằm bảo vệ lợi ích công cộng có thể được hiểu là biện pháp nhằm các mục tiêu của toàn thể cộng đồng như bảo vệ môi trường, sức khỏe cộng đồng, an ninh quốc gia.

²⁶² Bernasconi-Osterwalder, N., Brewin, S., & Maina, N. (2020), tldd 252, trang 3.

(i) biện pháp được áp dụng nhằm bảo vệ sức khỏe công cộng và (ii) biện pháp được áp dụng nhằm chống lại các vấn đề khủng hoảng do dịch gây ra.

(i) Biện pháp được áp dụng nhằm bảo vệ sức khỏe công cộng

Trong nhóm biện pháp thứ nhất, theo phán quyết vụ kiện *Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Cộng hòa đông Uruguay (Philip Morris)*,²⁶³ Uruguay đã bị cáo buộc phá vỡ KVCĐ khi đưa ra các biện pháp chống hút thuốc bao gồm: Quy định Yêu cầu Trình bày Đơn năm 2008 về hạn chế việc bán nhiều loại thuốc lá từ cùng một hãng và Quy định 80/80 năm 2009 về việc các cảnh báo về sức khỏe phải chiếm 80% trên bao bì. Ngoài ra, đã có trường hợp quốc gia phải đối mặt với vụ kiện đầu tư quốc tế do áp dụng biện pháp cấm hóa chất độc hại hoặc sản phẩm có chứa hóa chất độc hại.²⁶⁴ Mặc dù cáo buộc của nhà đầu tư trong các vụ kiện trên đều bị bác bỏ bởi cơ quan giải quyết tranh chấp, điều đó không có nghĩa là các biện pháp nhằm bảo vệ sức khỏe công cộng sẽ nghiêm nhiên được “miễn trừ” mà vẫn sẽ được xem xét kỹ lưỡng theo từng vụ việc cụ thể nếu có khiếu kiện.

(ii) Biện pháp được áp dụng nhằm chống lại các vấn đề khủng hoảng do dịch gây ra

Trong nhóm các biện pháp thứ hai, Argentina là một ví dụ điển hình khi phải đối mặt với khoảng 50 vụ kiện từ năm 2001 đến năm 2012 xuất phát từ các biện pháp về kinh tế mà nước này phải thực thi nhằm giảm thiểu tác động của cuộc khủng hoảng kinh tế tại thời điểm năm 2001-2002.²⁶⁵ Quốc gia này đã thua kiện trong nhiều các vụ kiện

²⁶³ Vụ kiện *Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Cộng hòa đông Uruguay*, ICSID Case No. ARB/10/7.

²⁶⁴ Vụ kiện *Chemtura Corporation v. Chính phủ Canada*, UNCITRAL; Vụ kiện *Methanex Corporation v. Cộng hòa liên bang Mỹ*, UNCITRAL.

²⁶⁵ Federico Lavopa (2015), “Crisis, Emergency Measures and the Failure of the ISDS System: The Case of Argentina”, *Investment Policy Brief*, No.2, July 2015, trang 1-2. Một số vụ kiện tiêu biểu mà Argentina là bị đơn bao gồm: *Enron Corporation and Ponderosa Assets, L.P. v. Argentina*, ICSID Case No. ARB/01/3; *Continental Casualty Company v. Argentina*, ICSID Case No. ARB/03/9; *LG&E Energy Corp., LG&E Capital Corp., and LG&E International, Inc. v. Cộng hòa Argentina*, ICSID Case No. ARB/02/1.

nêu trên và phải bồi thường cho nhà đầu tư theo các phán quyết của HĐTT lên tới hơn 2 tỷ đô la Mỹ, cùng với một số khiếu kiện khác đã được các bên tự giải quyết với số tiền hàng trăm triệu đô la Mỹ.²⁶⁶

Thứ hai, với mục đích lấp những khoảng trống trong luật đầu tư quốc tế, tiêu chuẩn FET đã trở thành một tiêu chuẩn hay bị khiếu kiện nhất trong các tranh chấp về đầu tư. Lập luận về sự vi phạm tiêu chuẩn này đã trở thành cách thức phổ biến được các nhà đầu tư vận dụng để yêu cầu bồi thường trước những hành vi không công bằng và thiếu thỏa đáng của nhà nước.²⁶⁷ Chính vì lẽ đó, tiêu chuẩn FET nói chung và KVCĐ nói riêng sẽ có khả năng là mối đe dọa lớn tới quốc gia khi bị yêu cầu phải tham gia những vụ kiện do nhà đầu tư nước ngoài khởi xướng trong và sau khi Covid-19 kết thúc.²⁶⁸

Lý do thứ ba xuất phát từ việc các nghĩa vụ đặt ra bởi FET và KVCĐ còn nhiều điểm chưa rõ ràng, thiếu thống nhất, từ đó dẫn đến khó dự đoán trước được yêu cầu mà quốc gia phải thực hiện để tránh bị coi là vi phạm. Điều này thể hiện rõ ở các kết luận khác nhau của các HĐTT về cùng một nhóm biện pháp được áp dụng trong các khiếu kiện liên quan đến Argentina nêu trên và chuỗi các vụ kiện về năng lượng tái tạo chống lại Tây Ban Nha. Sự thiếu rõ ràng, thiếu thống nhất này có thể sẽ càng trầm trọng hơn khi càng nhiều các biện pháp được đặt ra để chống dịch Covid-19 và thực tiễn việc các HĐTT không bị ràng buộc bởi các phán quyết trước đó.²⁶⁹

Cuối cùng, dù các quốc gia có chủ quyền trong việc ban hành các biện pháp chống dịch, các chính phủ không thể xem Covid-19 như là một “tám khiên vạn năng” cho tất cả các luật lệ và quy định được đặt ra, đặc biệt khi các biện pháp trên không mang lại hiệu quả, không

²⁶⁶ Bernasconi-Osterwalder, N., Brewin, S., & Maina, N. (2020), tldđ 252, trang 4.

²⁶⁷ Võ Thái Thu Giang (2021), *Bảo vệ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài - Một số lưu ý cho Việt Nam, Khóa luận tốt nghiệp*, Đại học Luật TP.Hồ Chí Minh, trang 3, 17.

²⁶⁸ Julien Chaisse (2020), "Both possible and improbable - could Covid- 19 measures give rise to investor-state dispute?", *Contemporary Asia Arbitration Journal (CAA Journal)*, vol. 13, trang 148.

²⁶⁹ Bernasconi-Osterwalder, N., Brewin, S., & Maina, N. (2020), tldđ 252, trang 11.

dựa trên bằng chứng khoa học, mà chỉ nhằm mục đích cản trở thương mại trá hình và gây thiệt hại đến lợi ích của nhà đầu tư. Do đó, các biện pháp của quốc gia vẫn phải được các quốc gia xem xét cân trọng để đảm bảo sự tuân thủ với luật quốc tế và không vi phạm các tiêu chuẩn bảo hộ đầu tư quốc tế.²⁷⁰

Tóm lại, như đã trình bày, các biện pháp được quốc gia thực thi vì lợi ích công cộng vẫn có thể bị khởi kiện, và các biện pháp áp dụng trong thời điểm dịch bệnh cũng không phải là ngoại lệ. Do đó, nếu các chính phủ tùy tiện trong việc ban hành các biện pháp phòng chống dịch, phá vỡ KVCD của nhà đầu tư và gây thiệt hại đến lợi ích của họ, thì các quốc gia có thể phải đối mặt và thậm chí thất bại trong các vụ kiện đầu tư quốc tế.

3. Một số biện pháp kiểm soát dịch bệnh Covid-19 của Việt Nam

Tính đến ngày 23/11/2021, dịch bệnh vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp. Thế giới đã ghi nhận 256 triệu ca nhiễm Covid và khoảng 5,1 triệu người tử vong.²⁷¹ Việt Nam đang đối mặt với đợt bùng phát dịch lần 4 và gặp nhiều thách thức với đa ổ dịch, đa nguồn lây và đa biến chủng.²⁷² Để đối phó với tác động của đại dịch, Việt Nam, cũng như nhiều quốc gia khác đã và đang phải thông qua một loạt các biện pháp khẩn cấp. Các biện pháp này được đặt ra nhằm hạn chế sự lây lan của vi rút và giảm thiểu tác động của dịch bệnh lên nền kinh tế. Thế nhưng, các biện pháp này đồng thời cũng mang lại những ảnh hưởng tiêu cực đến nhà đầu tư nước ngoài và có thể phá vỡ những KVCD của nhà đầu tư nước ngoài.

²⁷⁰ Benedetteli, Massimo, "Could COVID-19 emergency measures give rise to investment claims? First reflections from Italy.", <https://www.bilaterals.org/?could-covid-19-emergency-measures>, truy cập ngày 25/11/2021.

²⁷¹ WHO (2021), *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*, Online Publication, Số 67, trang 1.

²⁷² Thiên Lam, “Nhận diện đợt dịch thứ 4: Đa ổ dịch, đa nguồn lây và đa biến chủng”, <https://nhandan.vn/tieu-diem/nhan-dien-dot-dich-thu-4-da-o-dich-da-nguon-lay-va-da-bien-chung-645552/>, truy cập ngày 17/11/2021.

Theo quan điểm của nhóm tác giả, có thể chia các biện pháp được ban hành có liên quan đến Covid-19 có khả năng bị cáo buộc phá vỡ KVCD của nhà đầu tư làm hai nhóm chính như sau: (i) Nhóm các biện pháp chống dịch; và (ii) Nhóm các biện pháp hỗ trợ nhà đầu tư.

(i) Nhóm các biện pháp chống dịch

Dựa theo tính chất và cách phân loại của tác giả Julien Chaisse,²⁷³ nhóm tác giả chia các biện pháp chống dịch của Việt Nam thành 4 nhóm. Mỗi nhóm đều có những tác động nhất định đến các nhà đầu tư nước ngoài tại Việt Nam.

- **Nhóm 1(a)- Điều kiện để hoạt động:** Việt Nam chỉ cho phép nhân viên giao hàng (shipper) được giao mặt hàng cần thiết trong thời điểm dân cách theo Chỉ thị 16 để tránh lây lan dịch bệnh và mỗi shipper của một đơn vị vận chuyển chỉ được hoạt động trong một địa bàn.²⁷⁴ Biện pháp này có thể làm giảm doanh thu và hạn chế hoạt động của các sàn thương mại điện tử và các nhà bán lẻ có dịch vụ giao hàng tận nơi.
- **Nhóm 1(b) - Tiếp cận thị trường và minh bạch, bao gồm:** biện pháp kiểm soát giá thông qua việc cấm việc tăng giá tùy tiện hoặc đầu cơ, tích trữ gây ảnh hưởng đến việc cung ứng vật tư, sinh phẩm chẩn đoán, thiết bị

²⁷³ Julien Chaisse (2020), tldd 262, trang 123- 140.

²⁷⁴ Công văn 2491/UBND-ĐT của Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh ngày 26/07/2021 về tăng cường quản lý hoạt động xe mô tô ứng dụng công nghệ phục vụ vận chuyển hàng hóa thiết yếu trong thời gian Thành phố thực hiện giãn cách xã hội theo tinh thần Chỉ thị số 16/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ.

y tế phòng chống dịch bệnh Covid-19;²⁷⁵ biện pháp kiểm soát xuất khẩu thông qua việc yêu cầu phải xin giấy phép khi xuất khẩu mặt hàng khẩu trang y tế.²⁷⁶ Đây là các biện pháp đặt ra nhằm đảm bảo nguồn cung những mặt hàng thiết yếu. Tuy nhiên, các nhà đầu tư là công ty sản xuất, xuất khẩu các mặt hàng này sẽ có thể mất các cơ hội kinh doanh khi phải giữ lại hàng hóa để bán cho thị trường trong nước và không được tăng giá bán quá cao để kiếm lời.

- **Nhóm 1 (c) - Vấn đề về quy trình thích đáng (Due process):** Phó Chánh án Tòa án nhân dân tối cao đã có Công văn vào tháng 05/2021 về việc tạm dừng việc xét xử ở đơn vị hành chính thực hiện cách ly xã hội, trừ các trường hợp cấp bách phải thực hiện theo yêu cầu của pháp luật.²⁷⁷ Quy định này có những ảnh hưởng nhất định lên các bên tư nhân khi những vụ việc mà họ là một bên rơi vào trường hợp “không cấp bách” và do đó dẫn đến việc trì hoãn giải quyết.
- **Nhóm 1(d) - Các biện pháp khác với tác động gián tiếp:** Nhiều tỉnh thành, địa phương như thành phố Hồ

²⁷⁵ Công văn 6547/BYT-TB-CT của Bộ y tế ngày 11/08/2021 V/v đảm bảo sản xuất, kinh doanh và rà soát công khai giá trang thiết bị y tế trong điều kiện phòng chống dịch COVID-19.

²⁷⁶ Quyết định 868/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế ngày 11/03/2020 quy định việc cấp giấy phép xuất khẩu đối với mặt hàng khẩu trang y tế trong giai đoạn phòng, chống dịch Covid-19.

²⁷⁷ Công văn 125/TANDTC-VP của Chánh án Tòa án nhân dân tối cao ngày 11/05/2021.

Chí Minh, Hà Nội đã phải áp dụng các chỉ thị về dẫn cách xã hội trong một thời gian dài. Các biện pháp được đề ra bao gồm: Hạn chế di chuyển, ban hành lệnh đình chỉ hoạt động của cơ sở, dịch vụ không thiết yếu.²⁷⁸ Gần đây nhất, Nghị quyết 128/NQ-CP (“Nghị quyết 128”)²⁷⁹ đã được ban hành nhằm chuyển sang trạng thái “bình thường mới”, theo đó, các địa phương sẽ tự mình đánh giá và xác định cấp độ dịch và tình hình dịch trên địa bàn dựa trên các tiêu chí được hướng dẫn, từ đó có các biện pháp phù hợp. Đây có thể coi là nhóm biện pháp ảnh hưởng tới doanh nghiệp nhiều nhất. Các nhà đầu tư trong lẫn ngoài nước sẽ ít nhiều khó tìm được nguồn cung nguyên liệu sản xuất, khó tìm kiếm được khách hàng đầu ra cũng như chậm trễ trong khâu cung ứng hàng hóa, vận chuyển, phân phối sản phẩm...Việc các nhân viên, chuyên gia của doanh nghiệp bị hạn chế di chuyển hay làm việc tại công ty có thể khiến nhiều doanh nghiệp sẽ gặp khó khăn trong việc giữ vững hoạt động, bởi lẽ một số ngành nghề sẽ gặp vướng mắc khi vận hành từ xa như doanh nghiệp sản xuất, cung ứng dịch vụ khách hàng, tổ chức sự kiện, du lịch.

²⁷⁸ Chỉ thị 15/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 27/03/2020 về quyết liệt thực hiện đợt cao điểm phòng, chống dịch Covid-19; Chỉ thị số 16/CT-Ttg của Thủ tướng Chính phủ ngày 31/3/2020 về Thực hiện các biện pháp cấp bách phòng, chống dịch Covid -19)

²⁷⁹ Nghị quyết 128/NQ-CP của Chính Phủ ngày 11/10/2021 ban hành quy định tạm thời “thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch Covid-19”

Theo kết quả báo cáo của tổ chức Ngân hàng thế giới (World Bank) vào tháng 9/2020, một phần lớn doanh nghiệp (khoảng 1/2) phải đóng cửa trong tháng 4/2021 do chỉ đạo của Chính phủ hoặc do quyết định của chính doanh nghiệp. Hơn 80% doanh nghiệp đã mở cửa trong tháng 6 song khoảng 20% số doanh nghiệp chỉ hoạt động một phần hoặc vẫn phải đóng cửa. Mặc dù các quy định giãn cách xã hội đã nới lỏng, cầu vẫn ở mức thấp, 81% doanh nghiệp vẫn bị giảm doanh số trong tháng 6/2020 so với cùng kỳ năm ngoái. Doanh nghiệp bị ảnh hưởng chồng chất bởi nhiều khía cạnh khác nhau. Hơn một nửa số doanh nghiệp tham gia khảo sát bị tác động bởi sụt giảm đầu vào. Cùng với việc giảm cầu, các doanh nghiệp phải hứng chịu tình trạng sụt giảm dòng tiền.²⁸⁰ Ngoài những tác động riêng rẽ có thể nhận biết, khi xem xét trong tác động cộng gộp và về lâu dài, các biện pháp trên có thể hạn chế quyền sở hữu trí tuệ, làm thay đổi môi trường hoạt động bình thường của đầu tư theo cách thức không dự đoán trước, cũng như có khả năng tạo ra sự phân biệt đối xử giữa công ty trong nước và nước ngoài. Rộng hơn nữa, quyền tự do kinh doanh cơ bản có thể bị đình trệ trong thời gian dài, ảnh hưởng đến khả năng tồn tại của doanh nghiệp.²⁸¹

(ii) Nhóm các biện pháp hỗ trợ nhà đầu tư

Bên cạnh các biện pháp khống chế tình hình dịch bệnh, Việt Nam cũng có ban hành nhiều biện pháp để giúp doanh nghiệp giữ vững hoạt động kinh doanh và giảm bớt khó khăn như: Hỗ trợ cắt giảm chi phí, tháo gỡ khó khăn về tài chính, dòng tiền cho doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh; Tạo điều kiện thuận lợi về lao động, chuyên gia; Miễn, giảm thuế thu nhập doanh nghiệp, thuế giá trị gia tăng và các loại thuế khác phải nộp phát sinh từ hoạt động sản xuất, kinh doanh.²⁸² Cần lưu ý rằng các biện pháp này cũng có thể làm

²⁸⁰ World Bank (2020), *Tác động của COVID-19 đối với doanh nghiệp tại Việt Nam - Khảo sát nhanh về doanh nghiệp và COVID-19 Báo cáo số 1 – tháng 9/2020*, trang 7.

²⁸¹ Benedetteli, Massimo, tldd 262.

²⁸² Nghị quyết 105/NQ-CP của Chính phủ ngày 09/09/2021 về hỗ trợ doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh trong bối cảnh dịch Covid-19; Nghị quyết 406/NQ-UBTVQH15 của Ủy ban thường vụ quốc hội ngày 19/10/2021 về ban hành một số giải pháp nhằm hỗ trợ doanh nghiệp, người dân chịu tác động của dịch Covid-19.

phá vỡ kỳ vọng của nhà đầu tư nếu không được thực hiện một cách phù hợp, như sẽ phân tích ở phần 4.1.

4. Đánh giá rủi ro bị khiếu kiện bảo vệ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài - Liên hệ đến các biện pháp kiểm soát dịch bệnh Covid-19 tại Việt Nam

Mặc dù các biện pháp được thực hiện có thể ảnh hưởng tiêu cực đến nhà đầu tư và phá vỡ những kỳ vọng nhất định, nhưng không phải bất kỳ kỳ vọng nào từ phía nhà đầu tư đều được bảo vệ, mà cần phải thỏa mãn bốn điều kiện đặt ra sau đây. Thứ nhất, kỳ vọng phải phát sinh từ một cơ sở được chấp nhận. Thứ hai, kỳ vọng phải phát sinh tại thời điểm đầu tư. Thứ ba, nhà đầu tư phải thực sự dựa vào những cam kết, tuyên bố hoặc khung pháp lý điều chỉnh hoạt động đầu tư để hình thành kỳ vọng. Cuối cùng, kỳ vọng được bảo vệ phải thỏa mãn tính chính đáng.²⁸³ Do điều kiện về sự dựa vào của nhà đầu tư thường được thỏa mãn, tác giả sẽ tập trung xem xét ba điều kiện còn lại trong mối tương quan với các biện pháp kiểm soát dịch bệnh Covid-19 Việt Nam đã ban hành.

4.1 Cơ sở phát sinh kỳ vọng

Kỳ vọng có thể phát sinh dựa trên ba cơ sở chính, bao gồm: cam kết trong hợp đồng giữa nhà đầu tư và nước tiếp nhận; các tuyên bố bởi chủ thể mang quyền lực nhà nước; hoặc trong một số trường hợp gây tranh cãi hơn là khung pháp lý trong nước tồn tại tại thời điểm đầu tư. Trên thực tế, kỳ vọng của nhà đầu tư bị phá vỡ trong thời điểm Covid-19 có thể là kết quả của việc rút lại hoặc không thực hiện các cam kết trong hợp đồng với nhà đầu tư hoặc do sự thay đổi trong khung pháp lý điều chỉnh đầu tư. Do đó, bài viết tập trung phân tích về hai cơ sở phát sinh kỳ vọng: (i) cam kết trong hợp đồng; (ii) khung pháp lý.

Thứ nhất, khả năng kỳ vọng phát sinh từ hợp đồng đầu tư (Hợp đồng đối tác công tư) là có tồn tại. Với việc chính phủ Việt Nam ngày càng quan tâm nhiều đến việc thu hút vốn đầu tư nước ngoài trong

²⁸³ Võ Thái Thu Giang (2021), tldd 261, trang 31.

lĩnh vực đối tác công tư, việc hợp tác giữa nhà nước và các nhà đầu tư trong các dự án đầu tư ngày càng tăng, đặc biệt là trong lĩnh vực mua sắm chính phủ và cung cấp dịch vụ công.²⁸⁴ Theo đó, nhiều hợp đồng đã được ký kết giữa chính phủ Việt Nam và các đối tác nước ngoài. Câu hỏi đặt ra là các hợp đồng này có thể làm phát sinh KVCĐ của nhà đầu tư nước ngoài hay không? Hành vi vi phạm hợp đồng có phải là sự phá vỡ KVCĐ hay không?

Thông thường, một hành vi vi phạm hợp đồng đơn thuần không đương nhiên thuộc phạm vi điều chỉnh của luật quốc tế, do đó, sẽ không thể phát sinh KVCĐ theo IIA.²⁸⁵ Tuy nhiên, trong trường hợp một quốc gia ban hành các biện pháp thay đổi về khung pháp lý chung, từ đó, tác động đến các cam kết có liên quan với nhà đầu tư nước ngoài có thể dẫn đến khiếu kiện về vấn đề bảo vệ KVCĐ của nhà đầu tư. Trong vụ *CMS Gas Transmission Company v. Cộng hòa Argentina*, ICSID Case No. ARB/01/8, nhà đầu tư đã thành công khiếu kiện vi phạm KVCĐ đối với Argentina khi nước này thông qua luật khẩn cấp chấm dứt việc tính thuế bằng đồng đô la và điều chỉnh thuế quan dựa trên PPI của Mỹ²⁸⁶ được áp dụng cho nhà đầu tư - một cơ chế được quy định cả trong pháp luật của nước này lẫn hợp đồng với nguyên đơn.²⁸⁷ Thế nhưng, trên thực tế, vẫn còn có sự chưa thống nhất trong việc đề ra ra tiêu chí để vi phạm hợp đồng trở thành cơ sở phát sinh kỳ vọng. Một số HĐTT yêu cầu sự vi phạm phải mang bản

²⁸⁴ Đào Kim Anh (2018), “Bảo vệ kì vọng chính đáng của nhà đầu tư trong pháp luật đầu tư quốc tế và một số lưu ý cho Việt Nam”, *Tạp chí Luật học*, Số 4/2018, trang 15.

²⁸⁵ Thông thường, trừ trường hợp có thỏa thuận khác giữa các quốc gia, những cam kết với chủ thể tư như hợp đồng giữa nhà đầu tư và nước tiếp nhận sẽ do hệ thống pháp luật quốc gia điều chỉnh và không thuộc phạm vi điều chỉnh của luật quốc tế.

²⁸⁶ Chỉ số giá sản xuất của Hoa Kỳ (United States Producer Price Index - US PPI) là thước đo chính thức của giá sản xuất trong nền kinh tế của Hoa Kỳ. Nó đo lường sự thay đổi trung bình về giá mà các nhà sản xuất trong nước nhận được đối với sản phẩm đầu ra của họ.

²⁸⁷ Phán quyết vụ *CMS Gas Transmission Company v. Argentina*, ICSID Case No. ARB/01/8, đoạn 209, 269.

chất thể hiện quyền lực công²⁸⁸ hoặc vi phạm phải là sự chối bỏ hoàn toàn và bất hợp lý đối với hợp đồng.²⁸⁹ Do đó, theo quan điểm của tác giả, nếu chỉ là hành vi vi phạm hợp đồng đơn thuần, khiếu kiện chống lại Việt Nam có thể không thành công.

Thứ hai, khung pháp lý của quốc gia tiếp nhận đầu tư có thể cấu thành kỳ vọng của các nhà đầu tư. Nội dung kỳ vọng của nhà đầu tư có thể là kỳ vọng chung rằng khung pháp lý dành cho họ sẽ không bị thay đổi, dẫn đến gây bất lợi cho khoản đầu tư hoặc có thể là các kỳ vọng cụ thể tùy thuộc vào biện pháp, ảnh hưởng lên nhà đầu tư và mỗi ngành nghề. Đối với các doanh nghiệp bán hàng trên website thương mại, đó có thể là kỳ vọng về việc họ được hoạt động buôn bán như bình thường, về quyền tự do kinh doanh. Đối với các nhà đầu tư bị ảnh hưởng bởi quy định hạn chế xuất khẩu, đó có thể là kỳ vọng về việc được tự do xuất khẩu hoặc tìm kiếm khách hàng tiềm năng. Các doanh nghiệp buôn bán mặt hàng khẩu trang y tế, nước sát khuẩn có thể mang các kỳ vọng về việc được khai thác tối đa lợi nhuận từ các sản phẩm được họ sản xuất, phân phối... Trong vụ kiện *Philip Morris*, nguyên đơn đã nêu các kỳ vọng về việc chính phủ sẽ cho phép nhà đầu tư khai thác và sử dụng tài sản của thương hiệu và quyền sở hữu trí tuệ vì Quy định 80/80 về nội dung bao bì đã đồng thời khiến cho thiết kế bao bì của nguyên đơn không được giữ nguyên.²⁹⁰

Cơ sở có khả năng cao đưa đến các cáo buộc về KVCD là các thay đổi trong khung pháp lý dành cho nhà đầu tư như đã liệt kê ở trên. Tương tự như cáo buộc về vi phạm hợp đồng, các cáo buộc về thay đổi khung pháp lý sẽ chỉ được chấp nhận trong một số trường hợp hạn chế bởi các HĐTT khi thỏa được các yêu cầu nhất định bởi vì khung pháp lý không hàm chứa một cam kết cho nhà đầu tư và có thể

²⁸⁸ Phán quyết vụ *CMS Gas Transmission Company v. Argentina*, ICSID Case No. ARB/01/8, đoạn 299.

²⁸⁹ Phán quyết vụ *Waste Management, Inc. v. Mexico*, ICSID Case No. ARB(AF)/00/3, ban hành ngày 30/04/2004, đoạn 114-115.

²⁹⁰ Phán quyết vụ *Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Cộng hòa đông Uruguay*, ICSID Case No. ARB/10/7, ban hành ngày 08/07/2016, đoạn 341.

bị thay đổi tùy theo các điều kiện về kinh tế của quốc gia tiếp nhận. Các điều kiện thường được đặt ra để thay đổi khung pháp lý được chấp nhận là có khả năng phá vỡ kỳ vọng bao gồm: có sự thay đổi hoàn toàn,²⁹¹ thay đổi liên tục trong khung pháp lý, sự thay đổi mang tính bất công, thiếu thiện chí hoặc tạo hệ quả phân biệt đối xử.

Đối chiếu với các biện pháp chống Covid-19 mà Việt Nam đã áp dụng, tác giả cho rằng khung pháp lý khuyến khích đầu tư nước ngoài của Việt Nam có thể cấu thành kỳ vọng cho nhà đầu tư nước ngoài. Tuy nhiên, dưới sức ép của dịch Covid-19, các biện pháp pháp lý được liệt kê tại mục (3) của bài viết, như đã phân tích, có thể gây ảnh hưởng đến quyền lợi của nhà đầu tư. Các biện pháp yêu cầu dẫn cách, hạn chế di chuyển, ban hành lệnh đình chỉ hoạt động của cơ sở, dịch vụ không thiết yếu theo Chỉ thị 15, 16 có thể cản trở các hoạt động đầu tư của nhà đầu tư nước ngoài tại Việt Nam. Ngoài ra, một số Công văn quy định các biện pháp đảm bảo nguồn cung những mặt hàng thiết yếu và biện pháp tạm dừng việc xét xử ở đơn vị hành chính; biện pháp hỗ trợ doanh nghiệp cũng tạo ra những rào cản cho các nhà đầu tư nước ngoài tại Việt Nam. Những quy định này đã tạo ra sự thay đổi khung pháp lý mà nhà đầu tư nước ngoài tại Việt Nam đã dựa vào để tiến hành đầu tư. Tuy nhiên, không phải mọi sự thay đổi khung pháp lý đều cấu thành sự phá vỡ kỳ vọng của nhà đầu tư. Như đã phân tích trước đó, sự thay đổi khung pháp lý phải được thực hiện một cách (i) liên tục; (ii) thiếu thiện chí; hoặc (iii) mang tính phân biệt đối xử.

Đầu tiên, do tình hình dịch bệnh khó lường trước được nên sự thay đổi khung pháp lý liên tục để đáp ứng với tình hình dịch bệnh thường xuyên xảy ra để đáp ứng với công tác phòng chống dịch. Mặc dù, Việt Nam khá thống nhất trong việc đưa ra các đường lối chống dịch, nhưng do sự phức tạp trong tình hình dịch bệnh ở mỗi địa phương và thiếu những chỉ dẫn cụ thể, nên trong quá trình áp dụng trên thực tiễn vẫn phát sinh nhiều điểm bất cập và thiếu thống nhất.

²⁹¹ Khung pháp lý được coi là thay đổi hoàn toàn khi biện pháp để đối phó với tình hình kinh tế bị khiêu kiện không thể được coi là vi phạm đối với tiêu chuẩn FET khi được xem xét một cách độc lập, nhưng chúng lại tạo nên một sự thay đổi hoàn toàn của khi được xem xét trong tác động tích lũy

Nhiều địa phương đã tự đặt ra các điều kiện riêng như việc cấp giấy thông hành để hạn chế đi lại của người dân.²⁹² Mới đây nhất, mặc dù Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn tạm thời để thực hiện Nghị quyết 128, trong đó nêu rõ việc xét nghiệm được thực hiện theo địa bàn nguy cơ và nhóm nguy cơ, không chỉ định xét nghiệm đối với việc đi lại của người dân, nhưng nhiều tỉnh, thành vẫn yêu cầu phải trình giấy xét nghiệm SARS-CoV-2 âm tính.²⁹³ Sự thiếu thống nhất này trong việc áp dụng pháp luật của các địa phương cùng với sự thay đổi liên tục khung pháp lý để kịp thời đối phó với dịch Covid-19 có thể tạo ra những khó khăn cho nhà đầu tư nước ngoài ở một số địa phương.

Vấn đề thứ hai liên quan tới tính thiện chí của các biện pháp được nhà nước thông qua. Tuy một số nhà đầu tư có thể cáo buộc rằng mục đích thật sự đằng sau các quy định được đặt ra có thể không thật sự nhằm bảo vệ sức khỏe, mà nhằm vào các mục đích về chính trị,²⁹⁴ nhưng theo quan điểm của tác giả, lập luận này thiếu cơ sở chứng minh trên thực tế. Bởi lẽ, ý chí của Nhà nước khi ban hành các biện pháp kiểm soát dịch bệnh Covid-19 thường được thể hiện minh thị trên các phương tiện thông tin truyền thông, cụ thể là hướng đến bảo vệ sức khỏe công cộng. Việc chứng minh động cơ chính trị không phải là vấn đề dễ dàng đối với các nhà đầu tư, và vì vậy, lập luận này thường không đạt hiệu quả thuyết phục cao khi được đưa ra trong quá trình giải quyết tranh chấp.

Cuối cùng, cách thức áp dụng biện pháp có thể bị coi là tạo hệ quả phân biệt đối xử về nhiều mặt như: phân biệt giữa nhà đầu tư trong nước và ngoài nước, phân biệt giữa các ngành công nghiệp hoặc

²⁹² Lê Kiên, “Các chỉ thị 15, 16, 19 không còn phù hợp, cần thay bằng văn bản thống nhất cả nước”, <https://tuoitre.vn/cac-chi-thi-15-16-19-khong-con-phu-hop-can-thay-bang-van-ban-thong-nhat-ca-nuoc-20211012192305276.htm>, truy cập ngày 17/11/2021

²⁹³ Đỗ Thoa, “Triển khai chủ trương “bình thường mới” - mỗi nơi một kiểu”, <https://dangcongsan.vn/thoi-su/trien-khai-chu-truong-binh-thuong-moi-moi-noi-mot-kiem-594224.html>, truy cập ngày 18/11/2021.

²⁹⁴ Mao-wei Lo (2020), “Legitimate Expectations in a Time of Pandemic: The Host State’s COVID-19 Measures, Its Obligations and Possible Defenses Under International Investment Agreements”, *Contemporary Asia Arbitration Journal*, 249/2020, trang 257.

giữa doanh nghiệp thiết yếu và không thiết yếu. Nhà đầu tư có thể cáo buộc về sự phân biệt giữa doanh nghiệp thiết yếu và không thiết yếu vì theo các chỉ thị về dân cách xã hội, chỉ có doanh nghiệp thiết yếu mới được hoạt động. Hơn nữa, hướng dẫn tại công văn 2601/VPCP-KGVX²⁹⁵ chưa làm rõ doanh nghiệp thiết yếu bao gồm doanh nghiệp nào. Ngoài ra, các biện pháp hỗ trợ doanh nghiệp cũng có thể là đối tượng của khiếu kiện khi một số ngành công nghiệp (như hàng không, du lịch) lại được hỗ trợ nhiều hơn so với các ngành công nghiệp khác.²⁹⁶ Điều này có thể đẩy lên câu hỏi về sự phân biệt đối xử giữa các ngành công nghiệp khác nhau.

4.2 Thời điểm phát sinh kỳ vọng

Thời điểm kỳ vọng phát sinh là một yếu tố rất quan trọng. Chỉ có những kỳ vọng phát sinh tại thời điểm đầu tư mới có thể được bảo hộ.

Đối với trường hợp nhà đầu tư phá vỡ cam kết trong hợp đồng, chỉ có những hợp đồng ký kết trước thời điểm biện pháp phòng chống dịch bệnh bị cáo buộc được áp dụng mới thỏa yếu tố về thời điểm phát sinh. Trong trường hợp đó, ngay tại thời điểm ký kết, các biện pháp ảnh hưởng tiêu cực lên khoản đầu tư chưa tồn tại và do đó nhà đầu tư có quyền kỳ vọng về việc nhà nước không phá vỡ các cam kết đã đưa ra. Do đó, miễn là cơ sở cáo buộc xảy ra sau thời điểm ký kết hợp đồng, dù vi phạm hợp đồng vì bất kỳ lý do gì, kể cả do Covid-19, yếu tố thời điểm phát sinh đều được thỏa mãn. Ngược lại, nếu tại thời điểm hợp đồng được ký kết, nhà đầu tư đã phải biết về biện pháp kiểm soát Covid-19 nhất định thì không thể cho rằng KVCĐ đã được phát sinh.

²⁹⁵ Công văn 2601/VPCP-KGVX v/v thực hiện Chỉ thị số 16/CT-TTg về phòng, chống dịch COVID-19 của Văn phòng chính phủ ngày 03/04/2020.

²⁹⁶ Xem thêm về chính sách hỗ trợ cho ngành du lịch và hàng không: VGP, “Doanh nghiệp du lịch được hưởng những chính sách hỗ trợ gì?”, <http://baochinhphu.vn/Tra-loi-cong-dan/Doanh-nghiep-du-lich-duoc-huong-nhung-chinh-sach-ho-tro-gi/446923.vgp>, truy cập ngày 18/11/2021; Phan Trang, “Hiểu đúng về các chính sách hỗ trợ cho ngành hàng không”, <http://baochinhphu.vn/Kinh-te/Hieu-dung-ve-cac-chinh-sach-ho-tro-cho-nganh-hang-khong/426592.vgp>, truy cập ngày 18/11/2021.

Đối với kỳ vọng về khung pháp lý, về mặt nguyên tắc, nhà đầu tư phải biết được khung pháp lý có liên quan (ưu đãi/ lợi ích) tại thời điểm bắt đầu thực hiện đầu tư hoặc tại thời điểm ra các quyết định quan trọng về khoản đầu tư hiện hữu và dựa vào đó để có những kỳ vọng nhất định.²⁹⁷ Ở viễn cảnh thứ nhất, nếu thời điểm thực hiện đầu tư hoặc ra quyết định quan trọng liên quan đến khoản đầu tư trùng với thời điểm biện pháp phòng chống Covid bị cáo buộc đang được áp dụng hoặc có khả năng cao sẽ được áp dụng thì sẽ không thể khiếu kiện chính các biện pháp đó. Bởi lẽ, trong thời điểm dịch bệnh, khung pháp lý có xu hướng ngày càng bất lợi cho nhà đầu tư hơn và do đó buộc nhà đầu tư phải biết trước hoặc dự đoán được các bất lợi do các biện pháp bị khiếu kiện gây ra cho khoản đầu tư. Do đó, nhà đầu tư khó có thể cho rằng mình đã dựa vào khung pháp lý trong thời điểm này để ra quyết định đầu tư hoặc điều chỉnh với khoản đầu tư đã có sẵn. Ở viễn cảnh thứ hai phổ biến hơn, nhà đầu tư thực hiện đầu tư trước khi biện pháp phòng chống Covid-19 được ban hành. Nhà đầu tư lúc này chưa biết về dịch bệnh hoặc biện pháp được áp dụng và vì vậy hoàn toàn có thể kỳ vọng chung ngay từ đầu rằng sẽ không bị áp dụng các biện pháp gây ảnh hưởng tiêu cực đến khoản đầu tư về sau.

4.3 Tính chính đáng của kỳ vọng

Tính “chính đáng” cần được xem xét dưới hai mặt là mặt khách quan và mặt chủ quan.

Ở mặt khách quan, HĐTT sẽ phải xem xét hoàn cảnh của quốc gia tiếp nhận đầu tư mà nhà đầu tư đã phải biết được tại thời điểm có thay đổi về khung pháp lý hoặc rút lại cam kết hợp đồng, từ đó cân nhắc xem liệu kỳ vọng có thật sự “chính đáng” trong bối cảnh đó. Hoàn cảnh khách quan có thể thể hiện ở nhiều mặt như: tình hình dịch bệnh có phức tạp không? Tình hình chống dịch ở Việt Nam thời điểm đó như thế nào? Việt Nam đã trải qua gần 02 năm chống dịch với

²⁹⁷ Christopher Schreuer, Ursula Kriebaum (2012), “At what time must legitimate expectations exist?”, *Transnational Dispute Management 1*, trang 8.

những diễn biến khác nhau, do đó vấn đề này sẽ cần được xem xét kĩ lưỡng ở từng mốc thời gian cụ thể.

Ở mặt chủ quan, một số HĐTT có thể đặt ra cho nhà đầu tư nghĩa vụ phải soát xét cẩn thận về môi trường đầu tư nói chung và tình hình Việt Nam như đã đề cập ở trên (nghĩa vụ cẩn trọng hợp lý). Nghĩa vụ này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh các quốc gia bị ảnh hưởng rất nhiều bởi dịch bệnh về mặt kinh tế, chính trị xã hội và do đó khung pháp lý sẽ có những thay đổi để ứng phó với tình hình dịch bệnh. Nếu không soát xét cẩn thận, nhà đầu tư phải tự chịu trách nhiệm về rủi ro đã có thể lường trước khi đầu tư. Những nội dung cần soát xét có thể là xem xét liệu có biện pháp nào tồn tại tại thời điểm đầu tư mà có thể ảnh hưởng tới lĩnh vực dự định đầu tư trên thực tiễn lẫn trong quy định pháp luật. Nếu chưa có thì nhà đầu tư có thể kỳ vọng chính đáng rằng mình sẽ không bị áp dụng các biện pháp này trong tương lai hay không? Một lần nữa, điều này lại phụ thuộc rất nhiều vào tình hình dịch bệnh và chủ trương của quốc gia, vào từng ngành đầu tư nhất định. Trong vụ kiện *Metalpar v. Argentina*, HĐTT cho rằng nhà đầu tư đã có hoạt động kinh doanh ở nước tiếp nhận và đã phải biết được về tình hình tồi tệ của ngành công nghiệp ô tô ở nước này, do đó kỳ vọng về việc khoản đầu tư sẽ không chịu sự ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng là điều không hợp lý.²⁹⁸

Như vậy, Việt Nam vẫn tồn tại nguy cơ bị khởi kiện phá vỡ KVCD do những nguyên nhân khách quan và chủ quan. Về mặt khách quan, sự thiếu rõ ràng trong cách thức ghi nhận tiêu chuẩn FET nói chung và KVCD nói riêng trong các IIA cũng như sự thiếu thống nhất trong phán quyết của các HĐTT đã khiến cho tiêu chuẩn này thường xuyên bị khiếu kiện bởi các nhà đầu tư nước ngoài. Hơn nữa, nhiều trong số các biện pháp mà quốc gia đặt ra trong thời điểm Covid-19 gần như chưa có tiền lệ trước đây và do đó sẽ phải được xem xét cẩn trọng để đảm bảo tuân thủ các chuẩn mực quốc tế về đối xử với nhà đầu tư. Về mặt chủ quan, các kỳ vọng liên quan đến biện pháp cụ thể được Việt Nam áp dụng vẫn có khả năng thỏa mãn các điều kiện được

²⁹⁸ Phán quyết vụ *Metalpar S.A. và Buen Aire S.A. v. Argentina*, ICSID Case ARB/03/05 ban hành ngày 06/06/2008, đoạn 187.

đặt ra để kỳ vọng được bảo vệ theo luật quốc tế. Như đã phân tích ở trên, nguy cơ bị khiếu kiện của Việt Nam phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau: cách thức áp dụng, mục đích áp dụng của biện pháp chống dịch/ biện pháp hỗ trợ doanh nghiệp; bản chất của vi phạm hợp đồng; nhận định của nhà đầu tư về các biện pháp được áp dụng; hoàn cảnh riêng biệt của nhà đầu tư như: nội dung kỳ vọng của nhà đầu tư, nhà đầu tư đã thực hiện soát xét pháp lý cẩn thận chưa; tình hình dịch bệnh và chủ trương của Việt Nam tại thời điểm đó như thế nào...và do đó đây là một vấn đề cần được xem xét theo từng vụ việc cụ thể.

Kết luận

Đề ứng phó với những tác động khó lường trước được của đại dịch Covid-19, việc đưa ra các biện pháp khẩn cấp là điều không thể tránh khỏi. Tuy nhiên, điều này cũng mang lại nhiều rủi ro khiếu kiện cho Việt Nam. Trong thời điểm tình hình dịch bệnh diễn biến tại các quốc gia còn nhiều phức tạp, việc giảm thiểu nguy cơ phải đối mặt với các khiếu kiện nói chung và về KVCD nói riêng là điều cần thiết. Bởi lẽ bất kỳ quốc gia nào, trong đó có Việt Nam đều gặp vô vàn khó khăn khi phải đối mặt với nhiều khiếu kiện cùng lúc hoặc tệ hơn là phải trả số tiền bồi thường khi thua kiện.

Nhìn chung, có thể thấy, Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong việc bảo vệ KVCD của nhà đầu tư nước ngoài, thông qua sự dung hòa giữa lợi ích của nhà đầu tư và mối quan tâm về sức khỏe cộng đồng khi các biện pháp đưa ra không quá bất công cho một đối tượng doanh nghiệp cụ thể. So với một số biện pháp đã được ghi nhận ở một số nước như bắt buộc sản xuất (*compulsory production*), trưng dụng tài sản, trút hữu...các biện pháp của Việt Nam vẫn chưa gặp phải phản ứng tiêu cực hay đe dọa khiếu kiện từ bất kỳ nhà đầu tư nào. Ngoài ra, việc kịp thời đưa ra các chính sách hỗ trợ doanh nghiệp cũng phần nào giúp giảm sự bất mãn và thiệt hại cho các nhà đầu tư. Đây là một chính sách phù hợp bởi trên thực tế, các nhà đầu tư thường khởi kiện ra trọng tài quốc tế khi các khoản đầu tư của họ chịu thiệt hại lớn từ một chính sách hoặc hành vi nhất định của nhà nước. Chính vì thế, Việt Nam cần phát huy và tránh việc áp dụng các biện pháp khắt khe hơn với doanh nghiệp nói chung và nhà đầu tư nước ngoài nói riêng trừ khi

thật sự cần thiết. Ngoài ra, Việt Nam cần khắc phục sự thiếu thống nhất, thiếu minh bạch trong cách thức áp dụng các quy định để tạo một môi trường kinh doanh ổn định hơn, giảm thiểu khả năng bị coi là phân biệt đối xử hoặc thay đổi khung pháp lý cho đầu tư một cách liên tục hoặc hoàn toàn.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Văn bản quy phạm pháp luật

- (1) Nghị quyết 128/NQ-CP của Chính Phủ ngày 11/10/2021 ban hành quy định tạm thời “thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch Covid-19”
- (2) Nghị quyết 105/NQ-CP của Chính phủ ngày 09/09/2021 về hỗ trợ doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh trong bối cảnh dịch Covid-19; Nghị quyết 406/NQ-UBTVQH15 của Ủy ban thường vụ quốc hội ngày 19/10/2021 về ban hành một số giải pháp nhằm hỗ trợ doanh nghiệp, người dân chịu tác động của dịch Covid-19
- (3) Chỉ thị 15/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 27/03/2020 về quyết liệt thực hiện đợt cao điểm phòng, chống dịch Covid-19; Chỉ thị số 16/CT-Ttg của Thủ tướng Chính phủ ngày 31/3/2020 về Thực hiện các biện pháp cấp bách phòng, chống dịch Covid -19)
- (4) Quyết định 868/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế ngày 11/03/2020 quy định việc cấp giấy phép xuất khẩu đối với mặt hàng khẩu trang y tế trong giai đoạn phòng, chống dịch Covid-19

- (5) Công văn 6547/BYT-TB-CT của Bộ y tế ngày 11/08/2021 V/v đảm bảo sản xuất, kinh doanh và rà soát công khai giá trang thiết bị y tế trong điều kiện phòng chống dịch COVID-19
- (6) Công văn 2491/UBND-ĐT của Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh ngày 26/07/2021 về tăng cường quản lý hoạt động xe mô tô ứng dụng công nghệ phục vụ vận chuyển hàng hóa thiết yếu trong thời gian Thành phố thực hiện giãn cách xã hội theo tinh thần Chỉ thị số 16/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ
- (7) Công văn 2601/VPCP-KGVX v/v thực hiện Chỉ thị số 16/CT-TTg về phòng, chống dịch COVID-19 của Văn phòng chính phủ ngày 03/04/2020
- (8) Công văn 125/TANDTC-VP của Chánh án Tòa án nhân dân tối cao ngày 11/05/2021

B. Vụ kiện

- (9) Vụ kiện *Chemtura Corporation v. Chính phủ Canada*, UNCITRAL
- (10) Vụ kiện *Methanex Corporation v. Cộng hòa liên bang Mỹ*, UNCITRAL
- (11) Vụ kiện *Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Cộng hòa đông Uruguay*, ICSID Case No. ARB/10/7
- (12) Vụ kiện *CMS Gas Transmission Company v. Argentina*, ICSID Case No. ARB/01/8

- (13) Vụ kiện *Metalpar S.A. và Buen Aire S.A. v. Argentina*, ICSID Case ARB/03/05
- (14) Vụ kiện *Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. and Abal Hermanos S.A. v. Cộng hòa đông Uruguay*, ICSID Case No. ARB/10/7
- (15) Vụ kiện *Waste Management, Inc. v. Mexico*, ICSID Case No. ARB(AF)/00/3

C. Tài liệu tham khảo

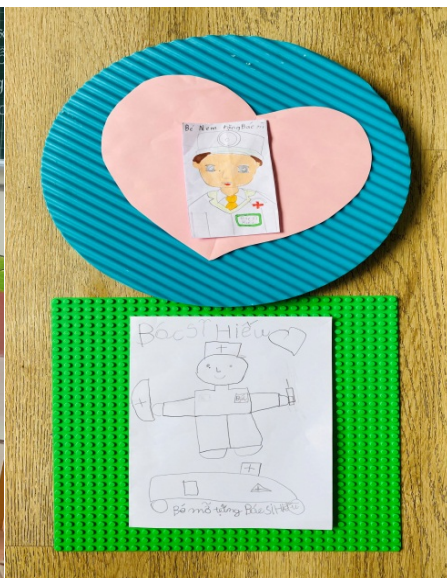
- (16) Alexander Serrano & Daniela Gutierrez Torres (2020), “Latin America moving fast to ensure water services during Covid-19”, <https://blogs.worldbank.org/water/latin-america-moving-fast-ensure-water-services-during-covid-19> (truy cập ngày 23/11/2021)
- (17) Benedetteli, Massimo, "Could COVID-19 emergency measures give rise to investment claims? First reflections from Italy.", <https://www.bilaterals.org/?could-covid-19-emergency-measures> (truy cập ngày 25/11/2021)
- (18) Bernasconi-Osterwalder, N., Brewin, S., & Maina, N. (2020), "Protecting Against Investor–State Claims Amidst COVID-19: A call to action for governments", International Institute for Sustainable Development
- (19) Christopher Schreuer, Ursula Kriebaum (2012), “At what time must legitimate expectations exist?”, *Transnational Dispute Management 1*

- (20) Đào Kim Anh (2018), “Bảo vệ kì vọng chính đáng của nhà đầu tư trong pháp luật đầu tư quốc tế và một số lưu ý cho Việt Nam”, Tạp chí Luật học, Số 4/2018
- (21) Đỗ Thoa, “Triển khai chủ trương "bình thường mới" - mỗi nơi một kiểu”, <https://dangcongsan.vn/thoi-su/trien-khai-chu-truong-binh-thuong-moi-moi-noi-mot-kiem-594224.html> (truy cập ngày 18/11/201)
- (22) Federico Lavopa (2015), “Crisis, Emergency Measures and the Failure of the ISDS System: The Case of Argentina”, Investment Policy Brief, No.2, July 2015
- (23) Julien Chaisse (2020), "Both possible and improbable - could Covid- 19 measures give rise to investor-state dispute?", *Contemporary Asia Arbitration Journal (CAA Journal)*, vol. 13
- (24) Laryea E.T (2020), “Legitimate Expectations investment Treaty Law Concept and Scope of Application”, *Handbook of International Investment Law and Policy*, Springer Publisher, Singapore
- (25) Lê Kiên, “Các chỉ thị 15, 16, 19 không còn phù hợp, cần thay bằng văn bản thống nhất cả nước”, <https://tuoitre.vn/cac-chi-thi-15-16-19-khong-con-phu-hop-can-thay-bang-van-ban-thong-nhat-ca-nuoc-20211012192305276.htm> (truy cập ngày 17/11/2021)
- (26) Mao-wei Lo (2020), “Legitimate Expectations in a Time of Pandemic: The Host State’s COVID-19 Measures, Its Obligations and Possible Defenses Under International

Investment Agreements”, *Contemporary Asia Arbitration Journal*, 249/2020

- (27) Michele Potestà (2013), “Legitimate Expectations in Investment Treaty Law: Understanding the Roots and the Limits of a Controversial Concept”, *ICSID Review - Foreign Investment Law Journal*, Volume 28, Issue 1, Spring 2013
- (28) “Peru warned of potential ICSID claims over covid-19 measures”, <https://www.bilaterals.org/?peru-warned-of-potential-icsid&lang=en> (truy cập ngày 23/11/2021)
- (29) Thiên Lam, “Nhận diện đợt dịch thứ 4: Đa ổ dịch, đa nguồn lây và đa biến chủng”, <https://nhandan.vn/tieu-diem/nhan-dien-dot-dich-thu-4-da-o-dich-da-nguon-lay-va-da-bien-chung-645552/> (truy cập ngày 17/11/2021)
- (30) UNCTAD, Vietnam - Investment Dispute Navigator, <https://investmentpolicy.unctad.org/investment-dispute-settlement/country/229/viet-nam>, (truy cập ngày 24/11/2021)
- (31) Võ Thái Thu Giang (2021), *Bảo vệ kỳ vọng chính đáng của nhà đầu tư nước ngoài - Một số lưu ý cho Việt Nam*, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Luật TP.Hồ Chí Minh
- (32) WHO (2021), *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*, Online Publication, Số 67
- (33) World Bank (2020), *Tác động của COVID-19 đối với doanh nghiệp tại Việt Nam - Khảo sát nhanh về doanh nghiệp và COVID-19 Báo cáo số 1 – tháng 9/2020*

**THÍCH ỨNG ĐỂ CHỦ ĐỘNG ỨNG PHÓ
SONG HÀNH VỚI CÔNG TÁC CHỐNG DỊCH, ĐỘI NGŨ Y
BÁC SĨ VẪN KHÔNG NGỪNG NHỮNG SỨ MỆNH CAO CẢ
CHO XÃ HỘI, CHO TRẺ EM VÙNG CAO**



PGS.TS.BS.Nguyễn Lâm Hiền cùng các bác sĩ trong chuyến công tác thiện nguyện khánh thành trường học, phát áo ấm khám chữa bệnh cho trẻ em Hoàng Su Phì những ngày đầu tiên của năm mới 2022





***Hy vọng một ngày mai toàn thế giới sớm đẩy lùi dịch bệnh COVID-19
 Trẻ em, học sinh, sinh viên được tới trường
 Cuộc sống người dân bình an, xã hội dân ổn định để phát triển
 Và nụ cười các bác sĩ tỏa sáng khắp muôn nơi***



MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU

GIỚI THIỆU VỀ CÁC TÁC GIẢ

PHẦN I

<i>NHẬN DIỆN TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID 19 ĐẾN HỆ THỐNG Y TẾ TẠI VIỆT NAM.....</i>	<i>9</i>
--	-----------------

PHẦN II

<i>GIẢI PHÁP CHUYÊN MÔN CỦA HỆ THỐNG Y TẾ NHẪM ỨNG PHÓ TRƯỚC NHỮNG TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID 19</i>	<i>85</i>
--	------------------

PHẦN III

<i>GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN CƠ SỞ PHÁP LÝ NHẪM BẢO VỆ QUYỀN KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN VÀ ỨNG PHÓ VỚI TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID 19.....</i>	<i>101</i>
--	-------------------

PHẦN IV

<i>BỒI THƯỜNG THIẾT HẠI PHÁT SINH TRONG HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH</i>	<i>157</i>
---	-------------------

PHẦN V

<i>MỘT SỐ BÀI PHÁT BIỂU, BÀI VIẾT CHUYÊN ĐỀ VỀ DỊCH BỆNH COVID</i>	<i>185</i>
---	-------------------

- BÀI PHÁT BIỂU CỦA THỦ TƯỚNG PHẠM MINH CHÍNH, TRƯỞNG BAN CHỈ ĐẠO QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID19 TRONG BUỔI GẶP MẶT ĐẠI DIỆN LỰC LƯỢNG TUYỂN ĐẦU TIÊU BIỂU TRONG CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19.....*** 187
- TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH BỆNH COVID-19 ĐỐI VỚI GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO*** 197
- CHIẾC CHÌA KHÓA THỨ 3.....*** 213
- THÁP LỬA NIỀM TIN NƠI TÂM DỊCH BÌNH DƯƠNG*** 218
- VACCIN HÀNG CHỢ*** 226

- THÀNH TRÌ CHỐNG DỊCH	230
- BÁC SĨ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI HỘI CHẨN, KHÁM BỆNH TỪ XA CHO NGƯỜI DÂN PHẢI CÁCH LY MÙA DỊCH COVID-19	234
- PHONG TỎA VÔ TỘI VÀ	240
- Y TẾ PHƯỜNG	244
- NĂM THỨ BA COVID	249
- HOST STATE'S EMERGENCY MEASURES TRIGGERED IN COVID-19 AND LEGAL DEFENSES UNDER INTERNATIONAL INVESTMENT LAW- STEPPING ON CPTPP'S THIN ICE	253
- CÁC BIỆN PHÁP HẠN CHẾ, CẤM XUẤT KHẨU DƯỢC PHẨM TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH COVID-19 – GÓC NHÌN TỪ KHUNG PHÁP LÝ WTO VÀ HIỆP ĐỊNH CPTPP	272
- QUYỀN ÁP DỤNG CÁC BIỆN PHÁP CƯỖNG CHẾ TIÊM CHỦNG CỦA NHÀ NƯỚC KHI TÌNH TRẠNG KHẨN CẤP TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH SAR-COV-2	289
- BẢO VỆ KỲ VỌNG CHÍNH ĐÁNG CỦA NHÀ ĐẦU TƯ NƯỚC NGOÀI THEO CÁC HIỆP ĐỊNH ĐẦU TƯ QUỐC TẾ - LIÊN HỆ ĐẾN CÁC BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT DỊCH COVID-19 TẠI VIỆT NAM	308

LỜI KẾT

Lấy tình chế động, lấy bất biến thích ứng với vạn biến.

Trọn 02 năm với bao diễn biến hiểm nguy, phức tạp, lực lượng y bác sĩ và tuyến đầu chống dịch đã vô cùng vất vả, từ bị động chuyển sang chủ động ứng phó với đại dịch Covid19. Những kinh nghiệm phải trả bằng những tổn thất to lớn về người và của trong quá khứ là "kim chỉ nam" cho chúng ta tìm được những giải pháp hữu hiệu nhất trong thời gian tới. Thay đổi chính sách, hình thành các điều luật khả thi, thích ứng để việc khám chữa bệnh của người dân được đảm bảo nhất đồng thời nâng cao đời sống của nhân viên y tế và các lực lượng chức năng tham gia chống dịch là mục đích của nhóm tác giả quyển sách này.

Mong muốn rất nhiều nhưng chỉ hy vọng góp phần nhỏ bé để người dân Việt Nam vượt qua đại dịch bình an.

Kính chúc Quý độc giả một năm mới 2022 tràn đầy năng lượng tích cực, may mắn và hạnh phúc.

Hà Nội - Hồ Chí Minh, tháng 01 năm 2022

Nguyễn Lân Hiếu

HỘI LUẬT GIA VIỆT NAM NHÀ XUẤT BẢN HỒNG ĐỨC

Địa chỉ: 65 Tràng Thi, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội

Email: nhaxuatbanhongduc65@gmail.com

Điện thoại: 024.39260024 Fax: 024.39260031

TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH BỆNH COVID-19 ĐỐI VỚI Y TẾ TẠI VIỆT NAM

THỰC TRẠNG, GIẢI PHÁP CHUYÊN MÔN VÀ PHÁP LÝ

Chủ biên

PGS. TS. NGUYỄN LÂN HIẾU

Thiết kế bìa

Nguyễn Yến Nhi

Chịu trách nhiệm xuất bản

Chịu trách nhiệm nội dung

Biên tập

