

Số: /SYT-NV

Bình Phước, ngày tháng 01 năm 2024

V/v hướng dẫn một số nội dung liên quan đến việc thực hành để cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Nghị định số 96/2023/NĐ-CP

Kính gửi: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh.

Ngày 09/01/2023, Quốc hội ban hành Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;

Ngày 30/12/2023, Chính phủ ban hành Nghị định số 96/2023/NĐ-CP về Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2024.

Sở Y tế hướng dẫn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh một số nội dung liên quan đến việc thực hành để cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Nghị định số 96/2023/NĐ-CP, như sau:

1. Về cơ sở hướng dẫn thực hành:

- Là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động có hình thức tổ chức và phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với chức danh chuyên môn (Trường hợp cơ sở không đủ các chuyên khoa theo nội dung thực hành được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đáp ứng nội dung thực hành).

- Trước khi tổ chức hướng dẫn thực hành, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành thực hiện (*theo Phụ lục 01 kèm theo*) và nội dung thực hành cụ thể gửi về Sở Y tế.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được tổ chức hướng dẫn thực hành khi có Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố của Sở Y tế.

2. Về việc tổ chức thực hành (áp dụng đối với người bắt đầu thực hành từ ngày 01/01/2024) thực hiện theo quy trình sau:

- Người thực hành phải có đơn đề nghị thực hành (*theo Phụ lục 02 kèm theo*) và bản sao hợp lệ một trong các văn bằng chuyên môn gửi đến cơ sở hướng dẫn thực hành nơi đăng ký thực hành.

- Sau khi nhận được đơn đề nghị thực hành, nếu đồng ý tiếp nhận, người đứng đầu hoặc người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở hướng dẫn thực hành có trách nhiệm:

+ Ký hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh với người thực hành (*theo Phụ lục 03 kèm theo*);

+ Gửi văn bản đăng ký danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh (theo Phụ lục 04 kèm theo) về Sở Y tế, trong đó phải nêu rõ thời gian bắt đầu thực hành và dự kiến thời gian kết thúc thực hành;

+ Phân công người hướng dẫn thực hành (theo Phụ lục 05 kèm theo). Người hướng dẫn thực hành phải có giấy phép hành nghề với chức danh, phạm vi hành nghề phù hợp với nội dung, đối tượng được hướng dẫn thực hành; Có trình độ đào tạo tương đương hoặc cao hơn người thực hành; Có thời gian hành nghề khám bệnh, chữa bệnh liên tục từ 03 năm trở lên. Một người hướng dẫn thực hành chỉ được hướng dẫn tối đa 05 người thực hành trong cùng một thời điểm.

- Tổ chức thực hành đảm bảo thời gian và nội dung thực hành phù hợp với từng chức danh chuyên môn của người thực hành.

- Sau khi hoàn thành thực hành và có kết quả đánh giá, nhận xét của người hướng dẫn thực hành đối với người thực hành, cơ sở hướng dẫn thực hành có trách nhiệm cấp giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành cho người thực hành (theo Phụ lục 06 kèm theo).

3. Đối với người đã bắt đầu thực hành trước ngày 01/01/2024 nhưng chưa hoàn thành việc thực hành được lựa chọn thực hành theo một trong các quy định sau đây:

- Tiếp tục thực hành theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 và các văn bản hướng dẫn thi hành của Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12. Kết quả thực hành được sử dụng để đề nghị cấp giấy phép hành nghề, trong đó phạm vi hành nghề thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12.

- Thực hành theo hướng dẫn tại mục 2 Công văn này.

4. Các cơ sở hướng dẫn thực hành lưu giữ toàn bộ hồ sơ gốc liên quan đến việc tổ chức thực hành của từng cá nhân thực hành làm cơ sở để Sở Y tế xem xét cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh (khi Sở Y tế có yêu cầu cung cấp hồ sơ).

Nhận được Công văn này, đề nghị các cơ sở hướng dẫn thực hành khẩn trương triển khai thực hiện. Sở Y tế không xem xét cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh nếu cơ sở hướng dẫn thực hành không thực hiện đúng và đầy đủ quy định của pháp luật và hướng dẫn của Sở Y tế.

Trong quá trình triển khai thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị có văn bản gửi Sở Y tế hoặc liên hệ Bs Thương – CV Phòng Nghiệp vụ (Số điện thoại: 0973.641.354) để được hướng dẫn./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Các cơ sở y tế (để biết);
- Giám đốc SYT;
- Các Phó Giám đốc SYT;
- Các Phòng chức năng SYT;
- Lưu VT, NV (T12.01).

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Phụ lục 1 - Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹ CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
TÊN CƠ QUAN, TỔ Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
CHỨC² -----

Số:/.....³.....

.....⁴....., ngày tháng năm ...

BẢN CÔNG BỐ

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành

Kính gửi:.....⁵.....

Tên cơ sở hướng dẫn thực hành:.....⁶.....

Số giấy phép hoạt động.....Cơ quan cấp:.....⁷.....ngày ... tháng ... năm

Địa chỉ:.....⁸.....

Người chịu trách nhiệm chuyên môn:.....

Điện thoại liên hệ:.....Email (nếu có):.....

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành theo quy định với các nội dung sau đây:

1. Đối tượng hướng dẫn thực hành:⁹.....
2. Danh sách người hướng dẫn thực hành.....¹⁰.....
3. Các nội dung thực hành được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở thực hành khác (nếu có)¹¹.....
4. Số lượng người thực hành có thể tiếp nhận để hướng dẫn thực hành.....
5. Chi phí hướng dẫn thực hành.....¹.....

Cơ sở cam kết và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung đã công bố.

Tài liệu gửi kèm theo Bản công bố (Giấy phép hoạt động...)

THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Trường hợp thực hiện trực tuyến thì ký
số hợp lệ của cá nhân, tổ chức

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp của cơ sở thực hành (nếu có).

² Tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

³ Chữ viết tắt tên cơ quan, tổ chức ban hành văn bản công bố.

⁴ Địa danh.

⁵ Tên cơ quan tiếp nhận văn bản công bố.

⁶ Ghi rõ tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

⁷ Ghi rõ tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁸ Địa chỉ ghi trên Giấy phép hoạt động.

⁹ Đối tượng hướng dẫn thực hành: liệt kê các chức danh chuyên môn mà cơ sở hướng dẫn thực hành phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

¹⁰ Liệt kê danh sách người hướng dẫn thực hành.

¹¹ Liệt kê nội dung người thực hành không thực hành tại cơ sở đó mà phải thực hành ở cơ sở khác (kèm theo hợp đồng hợp tác thực hành).

¹ Ghi cụ thể chi phí hướng dẫn thực hành.

Phụ lục 02 - Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

.....¹, ngày tháng năm ...**ĐƠN ĐỀ NGHỊ****Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³:

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ:⁴.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn:⁵.....

Thời gian đăng ký thực hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị.....²..... cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

NGƯỜI LÀM ĐƠN
(Ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh.² Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.³ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.⁴ Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.⁵ Ghi theo văn bằng đào tạo.

Phụ lục 03 - Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh.....¹..........².....

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

Số:/HĐTH-.....³..........⁴....., ngày tháng năm ...**HỢP ĐỒNG****Thực hành khám bệnh, chữa bệnh***Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;**Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;**Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

Hôm nay, ngày tháng ... năm ... tại, chúng tôi gồm:

BÊN A:.....

Đại diện là ông/bà:

Chức vụ:

Địa chỉ thường trú: Điện thoại:

BÊN B:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Văn bằng chuyên môn:⁵.....

Địa chỉ thường trú:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:.....⁶..... Ngày cấp Nơi cấp:.....

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành1. Thời gian thực hành: Ông/bà có văn bằng chuyên môn⁷..... được thực hành từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm2. Địa điểm thực hành:⁸.....3. Nội dung chuyên môn thực hành:⁹.....**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

- a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).
- c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số/2023/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2023 của Chính phủ.
- d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B

1. Bên B có quyền:

- a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.
- b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành:
.....¹⁰.....
- c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).
- d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.
- đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

- a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.
- c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.
- d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

Điều 4. Điều khoản thi hành

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.
2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.
3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

BÊN A

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

BÊN B

(Ký, ghi rõ họ tên)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở thực hành.

³ Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Địa danh.

⁵ Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

⁶ Ghi một trong các thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁷ Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

⁸ Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

⁹ Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

¹⁰ Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

Phụ lục 04 - Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH

Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Bình Phước

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh:
2. Địa chỉ:
3. Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

STT	Họ và tên	Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành¹
1		
2		
...		

....., ngày tháng ... năm ...

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày ... tháng ... năm đến ngày.... tháng.... năm.

Phụ lục 05 - Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành

.....¹.....
².....

 Số:/QĐ-.....³.....
⁴....., ngày tháng năm ...

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

QUYẾT ĐỊNH**Về việc phân công người hướng dẫn thực hành**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 963/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ.....⁵.....

Xét đơn đề nghị của.....⁶.....

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Tiếp nhận ông/bà⁷....., sinh ngày tháng ... năm, có văn bằng chuyên môn được thực hành tại⁸..... trong thời gian từ ngày.... tháng ... năm đến ngày....tháng... năm.....

Điều 2. Phân công ông/bà⁹....., chứng chỉ hành nghề số:¹⁰..... chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn thực hành cho ông/bà⁷..... trong thời gian quy định tại Điều 1 Quyết định này.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên tại Điều 1, Điều 2 và¹¹..... chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

GIÁM ĐỐC

(Ký và ghi rõ họ tên)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

³ Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Địa danh.

⁵ Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

⁶ Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

⁷ Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

⁸ Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁹ Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

¹⁰ Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

¹¹ Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).

Phụ lục 06 - Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹ **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
TÊN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
THỰC HÀNH -----

Số:/..... , ngày tháng năm ...

GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH

.....².....xác nhận:

Họ và tên:.....

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³:.....

Ngày cấp: Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:.....⁴..... Năm tốt nghiệp:.....

Đã thực hành tại:.....⁵..... do⁶.....
hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:
2. Năng lực chuyên môn:⁷
3. Đạo đức nghề nghiệp:⁸

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN
THỰC HÀNH⁹**

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở hướng dẫn, thực hành.

² Tên cơ sở hướng dẫn, thực hành.

³ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁴ Ghi rõ theo văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

⁵ Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn đã thực hành.

⁶ Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

⁷ Nhận xét cụ thể về khả năng khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

⁸ Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

⁹ Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.