

Tình hình sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách ở Việt Nam

Tháng 4/2022



MỤC LỤC

Danh mục **1**

1. Danh mục hình
2. Danh mục bảng
3. Danh mục từ viết tắt

Về chúng tôi **3**

Về dự án **5**

Lời cảm ơn **5**

Tóm tắt **7**

Chương 1. Giới thiệu **9**

1. Tổng quan
2. Mục tiêu

Chương 2. Phương pháp **17**

1. Tổng quan tài liệu
2. Phỏng vấn sâu

Chương 3. Kết quả **21**

1. Tổng quan tài liệu
 - 1.1. Phân loại văn bản và các quy định về sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách
 - 1.2. Văn bản do Bộ Y tế ban hành
 - 1.3. Bài báo, báo cáo

2. Phỏng vấn sâu
 - 2.1. Thông tin nhân khẩu học
 - 2.2. Khái niệm
 - 2.3. Thành công của Việt Nam trong hoạch định chính sách
 - 2.4. COVID-19
 - 2.5. Hoạch định chính sách
 - 2.6. Các vấn đề về sử dụng bằng chứng
 - 2.7. Các vấn đề liên quan đến nghiên cứu
 - 2.8. Kết nối chính sách và nghiên cứu
 - 2.9. Thành quả và vấn đề tồn tại của OUCRU
 - 2.10. Khuyến cáo cho việc kết nối chính sách của OUCRU

Chương 4. Thảo luận **65**

1. Sử dụng bằng chứng và trích dẫn tài liệu tham khảo
2. Các bên liên quan tham gia nghiên cứu
3. Kế hoạch kết nối chính sách của OUCRU

Chương 5. Kết luận **73**

Phụ lục 1. Hướng dẫn phỏng vấn sâu với các bên liên quan **75**

Tài liệu tham khảo **77**

Danh mục

Danh mục hình

1. Hình 1. Ba khung lý thuyết trong xây dựng chính sách	10
2. Hình 2. Khung Đa chiều của Kingdon	11
3. Hình 3. Khung Hệ tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin	12
4. Hình 4. Sơ lược về hệ thống y tế Việt Nam	13
5. Hình 5. Sơ đồ quy trình tìm kiếm và lựa chọn văn bản do Bộ Y tế ban hành	23
6. Hình 6. Tóm tắt kết quả tổng quan tài liệu do Bộ Y tế ban hành	24
7. Hình 7. Sơ đồ quy trình tìm kiếm và lựa chọn các bài báo và báo cáo	25
8. Hình 8. Các yếu tố thúc đẩy thay đổi chính sách	27
9. Hình 9. Các yếu tố làm tăng khả năng các nhà hoạch định chính sách chấp nhận kết quả nghiên cứu	28
10. Hình 10. Các bên liên quan trong xây dựng chính sách	29
11. Hình 11. Thành công của Việt Nam trong hoạch định chính sách	34
12. Hình 12. Nguồn bằng chứng về COVID-19	37
13. Hình 13. Quy trình xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19	39
14. Hình 14. Tính bảo mật và chia sẻ trong hoạch định chính sách	40
15. Hình 15. Các yếu tố quyết định trong hoạch định chính sách	41
16. Hình 16. Quy trình hoạch định chính sách	48
17. Hình 17. Quan điểm của các bên liên quan về độ sẵn có của bằng chứng	49
18. Hình 18. Quan điểm của các bên liên quan về nguồn bằng chứng	50
19. Hình 19. Các vấn đề tồn tại trong kết nối nghiên cứu và chính sách	56
20. Hình 20. Khuyến nghị cách thức tăng cường kết nối với các nhà hoạch định chính sách	62
21. Hình 21. Ý kiến của các bên liên quan về việc thành lập Ban Cố vấn về Chính sách	64
22. Hình 22. Chu trình liên tục của hệ thống kết nối chính sách	69

Danh mục bảng

Bảng 1. Thông tin nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu	32
Bảng 2. Khái niệm về chính sách và nhà hoạch định chính sách	32
Bảng 3. Hạn chế trong hoạch định chính sách và đề xuất giải pháp	44

Danh mục từ viết tắt

AECOPD	Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
ASP	Chương trình giám sát sử dụng kháng sinh
BM	Bệnh viện Bạch Mai
BYT	Bộ Y tế
CAP	Viêm phổi cộng đồng
CCT	Trung tâm cai nghiện tập trung
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CR	Bệnh viện Chợ Rẫy
CSO	Tổ chức xã hội dân sự
EBPs	Thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng
EPPI Centre	Trung tâm Bằng chứng về Chính sách và Thông tin Thực hành và Điều phối
HIPAA	Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế
HSPI	Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
HUPH	Trường Đại học Y tế công cộng
I-I-I	Khung Tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin của Weiss
KCB	Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế
KKS	Kháng kháng sinh
L-E	Khung Liên kết và Trao đổi của Lomas
MeSH	Tiêu đề Y khoa
MSF	Khung Đa chiều của Kingdon
NĐTƯ	Bệnh Viện Bệnh Nhiệt Đới Trung Ương
NGO	Tổ chức phi chính phủ
NICE	Viện Nghiên cứu Sức khỏe và Điều trị Quốc gia
OAB	Ban cố vấn Ứng phó với Dịch bệnh
OUCRU	Đơn vị Nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford
PCDC	Trung tâm Kiểm soát bệnh tật cấp tỉnh
QH	Quốc hội
QS	Tiêu chuẩn chất lượng
SYT	Sở Y tế
TIHE	Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên
US-CDC	Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ
VAAC	Cục Phòng, Chống HIV/AIDS Việt Nam
VIDS	Hội Truyền nhiễm Việt Nam
VNCH	Bệnh viện Nhi Trung ương Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
YTDP	Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế



Về chúng tôi

Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU) là đơn vị nghiên cứu lâm sàng và sức khỏe cộng đồng với quy mô lớn có trụ sở tại Việt Nam, Indonesia và Nepal.

Trực thuộc Trung tâm Y học Nhiệt đới và Sức khỏe Toàn cầu, Đại học Oxford (Vương quốc Anh), OUCRU được thành lập năm 1991 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Năm 2003, OUCRUNP được thành lập tại Kathmandu, Nepal, trong khuôn khổ hợp tác với Bệnh viện Patan và Học viện Khoa học Y tế Patan. OUCRU Hà Nội được thành lập vào năm 2006 trong khuôn khổ hợp tác với Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. Năm 2008, Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Eijkman-Oxford (EOCRU) được thành lập tại Jakarta, Indonesia, kết quả của sự hợp tác với Viện Sinh học Phân tử Eijkman và Khoa Y Đại học Indonesia.

Chúng tôi mong muốn có thể tác động tốt hơn tới nền y tế của Việt Nam, của khu vực và toàn cầu thông qua chương trình nghiên cứu bệnh truyền nhiễm dựa trên nhu cầu thực tế của mỗi quốc gia trong khu vực Đông Nam Á.

Chúng tôi triển khai các chương trình nghiên cứu lâm sàng và trong phòng thí nghiệm với quần thể đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện và cộng đồng, bao gồm các nghiên cứu về dịch tễ học, miễn dịch học, di truyền vật chủ và mầm bệnh, sinh học phân tử, vi sinh và vi-rút học, mô hình toán học, tin sinh học, thống kê sinh học và xã hội học. Các nghiên cứu được triển khai với sự hỗ trợ của Phòng Hỗ trợ thử nghiệm lâm sàng và Trung tâm quản lý dữ liệu, tuân thủ các quy định quốc gia và quốc tế và dưới sự quản lý toàn diện của các bộ phận tài chính, kết nối công chúng và hỗ trợ hành chính.

OUCRU nhận được sự hỗ trợ đáng kể từ Quỹ Wellcome trong khuôn khổ của Chương trình Châu Phi và Châu Á. Cùng với các đối tác của mình, chúng tôi đã thành công trong việc nâng cấp cơ sở hạ tầng và nâng cao năng lực triển khai thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu khoa học cơ bản ở Việt Nam, Indonesia và Nepal.

Trang thông tin điện tử: www.oucru.org



Về dự án

Kể từ khi thành lập vào năm 1991, OUCRU Việt Nam đã tích cực hợp tác với các đối tác trong cộng đồng chính sách với tư cách là một trong những đơn vị đầu ngành về nghiên cứu sức khỏe cộng đồng và lâm sàng. Trong 30 năm qua, OUCRU đã gặt hái được nhiều thành tựu và đã thành công trong việc tác động tới một số chính sách y tế ở Việt Nam và trong khu vực.

Báo cáo này là một trong những kết quả chính của dự án “Thiết lập hệ thống kết nối chính sách tại OUCRU: Dự án thí điểm” do OUCRU Việt Nam thực hiện từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 9 năm 2021.

Tác giả chính của báo cáo này là cô Katrina Lawson và ThS. Nghiêm Nguyễn Minh Trang. GS. Guy Thwaites, PGS. TS. H Rogier van Doorn, TS. Jennifer Van Nui, TS. Hugo Turner, ThS. Nguyễn Kim Ngân và Ngô Phan Bảo Trân là đồng tác giả.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn GS.TS. Guy Thwaites, Giám đốc OUCRU và PGS.TS. Rogier van Doorn, Giám đốc OUCRU Hà Nội vì những đóng góp và hỗ trợ rất giá trị để nâng cao chất lượng của nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu cũng chân thành cảm ơn tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu vì đã đồng ý tham gia phỏng vấn, nhiệt tình chia sẻ kinh nghiệm và kiến thức, cũng như đã đưa ra những khuyến cáo ý nghĩa để OUCRU có thể tăng cường các hoạt động kết nối chính sách. Nhóm nghiên cứu đã cố gắng hết sức triển khai các hoạt động nghiên cứu cũng như tiến hành giám sát và đánh giá nhằm nâng cao chất lượng dự án để có thể góp phần thiết lập hệ thống kết nối chính sách tại OUCRU.



Ảnh: OUCRU Hà Nội làm việc với Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Nam Định

Tóm tắt

Tổng quan

Chính sách y tế và sức khỏe dựa trên bằng chứng từ lâu đã được xem là những yếu tố then chốt trong việc nâng cao chất lượng hệ thống y tế toàn cầu¹. Các chuyên gia y tế có những đóng góp quan trọng cho quá trình này. Vai trò của họ trong việc thực hiện các nghiên cứu y tế liên quan đến chính sách, phổ biến kết quả có thể chuyển thành hành động, thúc đẩy sử dụng bằng chứng trong chính sách và phát triển quan hệ đối tác đã được ghi nhận.

Với hơn 30 năm kinh nghiệm trong nghiên cứu y tế tại Việt Nam, OUCRU mong muốn có thể tác động tốt hơn tới nền y tế của Việt Nam, của khu vực và toàn cầu thông qua chương trình nghiên cứu bệnh truyền nhiễm dựa trên nhu cầu thực tế của mỗi quốc gia trong khu vực Đông Nam Á. Để phát triển chương trình nghiên cứu theo hướng này, OUCRU nhận thấy cần phải hiểu rõ vai trò, vị trí và nhu cầu chính sách ở Việt Nam. Do đó, chúng tôi triển khai nghiên cứu này để tìm hiểu tình hình sử dụng bằng chứng của các nhà hoạch định chính sách ở Việt Nam.

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là tìm hiểu tình hình sử dụng bằng chứng khoa học trong hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam. Nghiên cứu cũng sẽ tìm kiếm cơ hội để cộng đồng khoa học (và cụ thể là OUCRU) có thể kết nối tốt hơn với các nhà hoạch định chính sách để thúc đẩy quá trình hợp tác giữa hai bên.

Phương pháp

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tổng quan tài liệu bằng cả tiếng Anh và tiếng Việt, từ các hướng dẫn được Bộ Y tế (BYT) ban hành trong vòng 5 năm qua, các nghiên cứu, báo cáo và tổng quan do các tổ chức trong nước và quốc tế công bố trong khoảng thời gian này. Chúng tôi cũng phỏng

vấn các bên liên quan có kinh nghiệm xây dựng chính sách về thái độ của họ đối với việc kết nối với các nhà nghiên cứu và sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong xây dựng chính sách, sử dụng bằng chứng trong quá trình ra quyết định, cơ hội và thách thức trong kết nối nghiên cứu và chính sách, cũng như tìm cách thúc đẩy kết nối nghiên cứu và chính sách.

Kết quả

Rất ít tài liệu của BYT hay y văn mô tả hoặc trình bày cách thức sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách. Tuy nhiên, y văn có cung cấp thông tin về các khía cạnh có liên quan hoặc có thể ảnh hưởng đến quy trình xây dựng chính sách. Các yếu tố giúp tăng khả năng các nhà hoạch định chính sách chấp nhận kết quả nghiên cứu bao gồm tính kịp thời của nghiên cứu, mức độ liên quan của chủ đề, khả năng tiếp cận với kết quả nghiên cứu, tính rõ ràng của kết quả, chất lượng của phương pháp nghiên cứu và mối quan hệ hợp tác tin cậy lâu dài³. Ngoài các quan chức chính phủ và chính quyền địa phương, những người cung cấp thông tin quan trọng khác như các tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ địa phương, tổ chức xã hội dân sự hoặc các nhà hoạt động cũng đóng góp vào từng bước của quá trình xây dựng chính sách⁴. Các phương pháp vận động chính sách hiệu quả có các cấu phần chính như nâng cao năng lực và kiến thức về các quá trình chính sách, kết nối sớm với các nhà hoạch định chính sách trong quá trình nghiên cứu, sử dụng các phương pháp vận động chính sách có hệ thống và rõ ràng, cũng như trao đổi thông tin thường xuyên⁵.

Xây dựng chính sách ở Việt Nam là một quá trình liên tục và có sự tham gia của các chuyên gia từ các đơn vị liên quan và cán bộ quản lý. Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong xây dựng chính sách, thể hiện qua những tiến bộ trong sử dụng bằng chứng, các nhà khoa học

tham gia nhiều hơn vào toàn bộ quá trình, và các kết quả nghiên cứu được ứng dụng vào thực tiễn nhiều hơn. Chính sách được ban hành nhanh và kịp thời hơn và Việt Nam có khả năng tiếp cận tốt với thông tin cập nhật trên thế giới. Tuy nhiên, hiện vẫn còn nhiều trở ngại. Áp lực về thời gian, thiếu thông tin, năng lực hạn chế, thiếu các quy trình chuẩn đã gây khó khăn cho quá trình xây dựng chính sách.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu khẳng định chính sách y tế ở Việt Nam đều được xây dựng dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, bằng chứng khoa học chỉ là một trong những yếu tố then chốt trong hoạch định chính sách. Đối tượng tham gia nghiên cứu giải thích rằng việc xây dựng chính sách cũng phụ thuộc vào bối cảnh và nguồn lực sẵn có. Các nhà hoạch định chính sách lựa chọn bằng chứng dựa trên cấp độ của bằng chứng, chất lượng của nghiên cứu, tính phù hợp của bằng chứng trong bối cảnh Việt Nam và nguồn cung cấp bằng chứng. Để thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng trong chính sách, chìa khóa thành công nằm ở việc phát triển cơ chế tốt hơn. Xây dựng hướng dẫn chuẩn về phát triển hướng dẫn dựa trên bằng chứng là một giải pháp tiềm năng có thể giúp giải quyết các vấn đề tồn tại trong sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách.

Quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng cần có sự kết nối chặt chẽ giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách. Tuy nhiên, ở Việt Nam, việc này chưa được thực hiện triệt để. Quan điểm của họ khác nhau và họ có ưu tiên khác nhau. Các nhà nghiên cứu không muốn chia sẻ dữ liệu, các nhà hoạch định chính sách hạn chế về mặt thời gian và tỷ lệ thay đổi nhân sự cao là những trở ngại trong kết nối thường được nhắc đến. Riêng với OUCRU, để tăng cường khả năng kết nối chính sách, OUCRU nên kết nối với các nhà hoạch định chính sách ngay từ khi bắt đầu hình thành ý tưởng nghiên cứu.

OUCRU cũng nên kết nối nhiều hơn nữa với BYT ở cấp lãnh đạo các vụ/cục cũng như với các chuyên viên. Tăng cường trao đổi thông tin thường xuyên với các bên liên quan, qua các kênh chính thức và không chính thức, là một cách tiếp cận khác để kết nối tốt hơn với các nhà hoạch định chính sách.

Kết luận

Xây dựng chính sách ở Việt Nam là một quá trình liên tục, có sự tham gia của các nhà khoa học lẫn các cán bộ quản lý, bắt đầu từ việc lựa chọn các vấn đề ưu tiên cần sửa đổi, thành lập hội đồng, sau đó viết dự thảo, tổ chức các cuộc họp, đến bước cuối cùng là hoàn thiện và ban hành văn bản. Một điều khá rõ ràng là các nhà hoạch định chính sách đã tham vấn và sử dụng bằng chứng trong cả quá trình. Việc bằng chứng được đưa vào chính sách như thế nào không chỉ phụ thuộc vào bản thân bằng chứng đó. Để thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng trong quá trình ra quyết định, cần thiết lập cơ chế tốt hơn và có hướng dẫn phát triển các hướng dẫn dựa trên bằng chứng, cũng như tăng cường kết nối chính sách và nghiên cứu. Để kết nối tốt hơn, các cơ quan nghiên cứu nên tăng cường trao đổi thông tin thường xuyên, củng cố hơn nữa các mối quan hệ hợp tác hiện có, và thiết lập quan hệ hợp tác mới với các bên liên quan về chính sách. Cần thúc đẩy và tạo điều kiện để các nhà hoạch định chính sách tham gia nghiên cứu từ các bước đầu tiên và trong suốt quá trình nghiên cứu. Vai trò của các nhà hoạch định chính sách khi tham gia nghiên cứu cần được xem xét kỹ lưỡng để đảm bảo những giá trị đóng góp của họ và đảm bảo tính khách quan của nghiên cứu.

Chương 1. Giới thiệu

1. Tổng quan

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khẳng định tầm quan trọng của các bằng chứng từ nghiên cứu khoa học chất lượng cao trong xây dựng chính sách y tế. Y học dựa trên bằng chứng và chính sách y tế là chiến lược quan trọng để cải thiện hệ thống y tế toàn cầu¹. Trong quá trình hoạch định chính sách, các chuyên gia y tế đóng vai trò then chốt, thực hiện các nghiên cứu liên quan đến chính sách, phổ biến các kết quả có thể chuyển thành hành động, thúc đẩy sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách, và xây dựng quan hệ hợp tác². Do đó, các nhà nghiên cứu có nhiều cơ hội tham gia xây dựng và triển khai các chính sách nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Trong bài báo “Từ nghiên cứu đến tác động chính sách y tế”, Clancy và cộng sự đã trình bày bốn cách mà các nhà nghiên cứu có thể tác động đến chính sách – xác định các vấn đề quan trọng, phân tích lợi ích và tác hại của các giải pháp chính sách, ước tính chi phí và hậu quả của các đề xuất chính sách, và tham gia tích cực vào các quy trình chính sách để hỗ trợ việc ra quyết định⁶. Quy trình xây dựng chính sách có thể không giống nhau trong các lĩnh vực y tế khác nhau⁷.

Tìm hiểu về các khung lý thuyết trong xây dựng chính sách y tế có thể giúp xác định các yếu tố thúc đẩy kết nối chính sách thành công, và từ đó, tăng khả năng tác động đến quá trình ra quyết định. Khung Đa chiều của Kingdon (Kingdon’s Multiple Streams Theory – MSF)⁸⁻¹⁰, Khung Tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin của Weiss (Weiss’ Ideology, Interest and Information Framework – I-I-I)^{3,11} và Khung Liên kết và Trao đổi của Lomas (Lomas’ Linkage and Exchange Framework – L-E)^{3,12} đã được áp dụng trong quá trình lên kế hoạch, xây dựng chính sách, và triển khai chính sách. Nội dung chính của lý thuyết được tóm tắt trong **Hình 1** dưới đây.

MSF*	I-I-I*	L-E*
<ul style="list-style-type: none">• Vấn đề: Bằng chứng (dữ liệu) phản ánh tình hình cần cải thiện• Chính sách: Chuyên gia có tâm ảnh hưởng đến chính sách đề xuất các biện pháp can thiệp để giải quyết vấn đề• Chính trị: Tác động của các sự kiện quốc gia và quốc tế liên quan	<ul style="list-style-type: none">• Hệ tư tưởng: Triết học, nguyên tắc, giá trị và định hướng chính trị• Mối quan tâm: Mối quan tâm riêng của các nhà hoạch định chính sách• Thông tin: Thực trạng, mức độ nghiêm trọng của vấn đề, lý do tại sao xảy ra sự việc và tiến độ (nếu có)	<ul style="list-style-type: none">• Tạo môi trường làm việc chung cho các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách• Lựa chọn ưu tiên• Chương trình tài trợ• Đánh giá các hồ sơ xin tài trợ• Triển khai nghiên cứu• Trình bày kết quả• Lập kế hoạch đánh giá

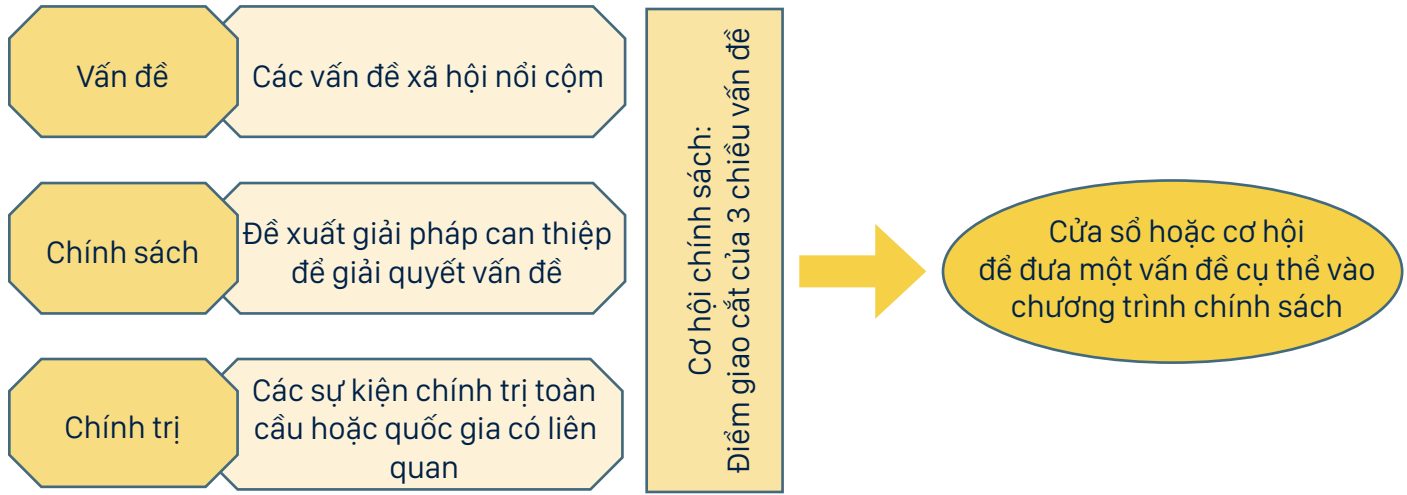
Hình 1. Ba khung lý thuyết trong xây dựng chính sách

* MSF: Khung Đa chiều⁸⁻¹⁰

I – I – I: Hệ tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin^{3,11}

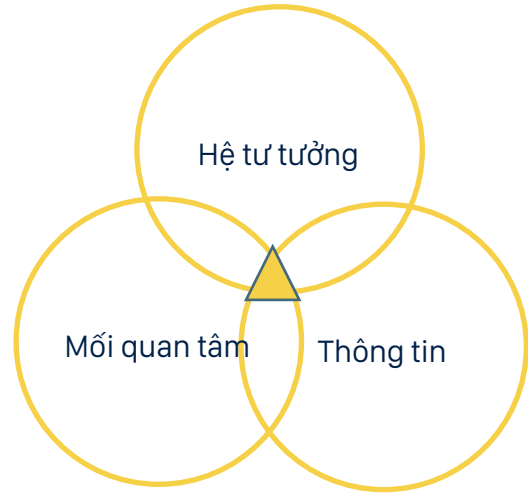
L – E: Liên kết và Trao đổi^{3,12}

Mỗi khung lý thuyết đều đề cập đến nội dung về kết nối giữa cộng đồng nghiên cứu và chính sách. Ví dụ: *Khung MSF* đã được nhắc đến khi thảo luận về việc **lên kế hoạch** để đưa ra quyết định giúp cung cấp thông tin cho chính sách^{10,13}. MSF mô tả ba chiều ảnh hưởng: vấn đề, chính sách và chính trị (được mô tả trong **Hình 1** và **Hình 2**) và khi ba chiều này giao nhau, đó là cơ hội để tạo ra chính sách hợp lý¹⁰. Khi hiệu chỉnh MSF, Asa Knaggard nhấn mạnh rằng chiều vấn đề nên được coi trọng như chiều chính sách và chiều chính trị, đồng thời, kiến thức có thể không mang tính khoa học nhưng những kiến thức khoa học nên được đặt ở vị trí cao hơn so với kinh nghiệm và kiến thức chuyên môn⁹. Bằng chứng và dữ liệu từ nghiên cứu khoa học phản ánh tình hình và các hành động cần thiết để cải thiện tình hình, và do đó, tầm quan trọng của bằng chứng khoa học cần được nâng lên một vị trí thích hợp.



Hình 2. Khung Đa chiều của Kingdon

Khung Hệ tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin (I-I-I) thường được nhắc đến trong các cuộc thảo luận về việc các nhà khoa học phổ biến kết quả nghiên cứu và khả năng các nhà hoạch định chính sách chấp nhận sử dụng các kết quả này. Nền tảng cho khung lý thuyết này là từ khoa học xã hội nói riêng và cách thức tạo ảnh hưởng đến chính sách của khoa học xã hội. Thông qua khung lý thuyết này, tác giả khẳng định rõ tầm quan trọng của việc hiểu bản chất của việc ra quyết định chính trị để có thể xác định vị trí của nghiên cứu trong quá trình đó. Khung I-I-I chỉ ra rằng nghiên cứu đóng một vai trò rất quan trọng trong quá trình xây dựng chính sách vì nghiên cứu có thể được dùng như một công cụ giúp hiểu rõ vấn đề. Nghiên cứu cũng có thể giúp xây dựng các chiến lược can thiệp tốt hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu không phải là thông tin duy nhất được các nhà hoạch định chính sách sử dụng khi đưa ra quyết định: Họ cũng dựa trên hệ tư tưởng và mối quan tâm của chính họ. Về bản chất, kết quả nghiên cứu không thể quyết định được vấn đề, mà chúng tồn tại trong bối cảnh cạnh tranh. Khi hệ tư tưởng và mối quan tâm tương thích với nhau và khiến cho thông tin trở nên liên quan đến chính sách, nghiên cứu sẽ có cơ hội thể hiện vai trò lớn hơn.

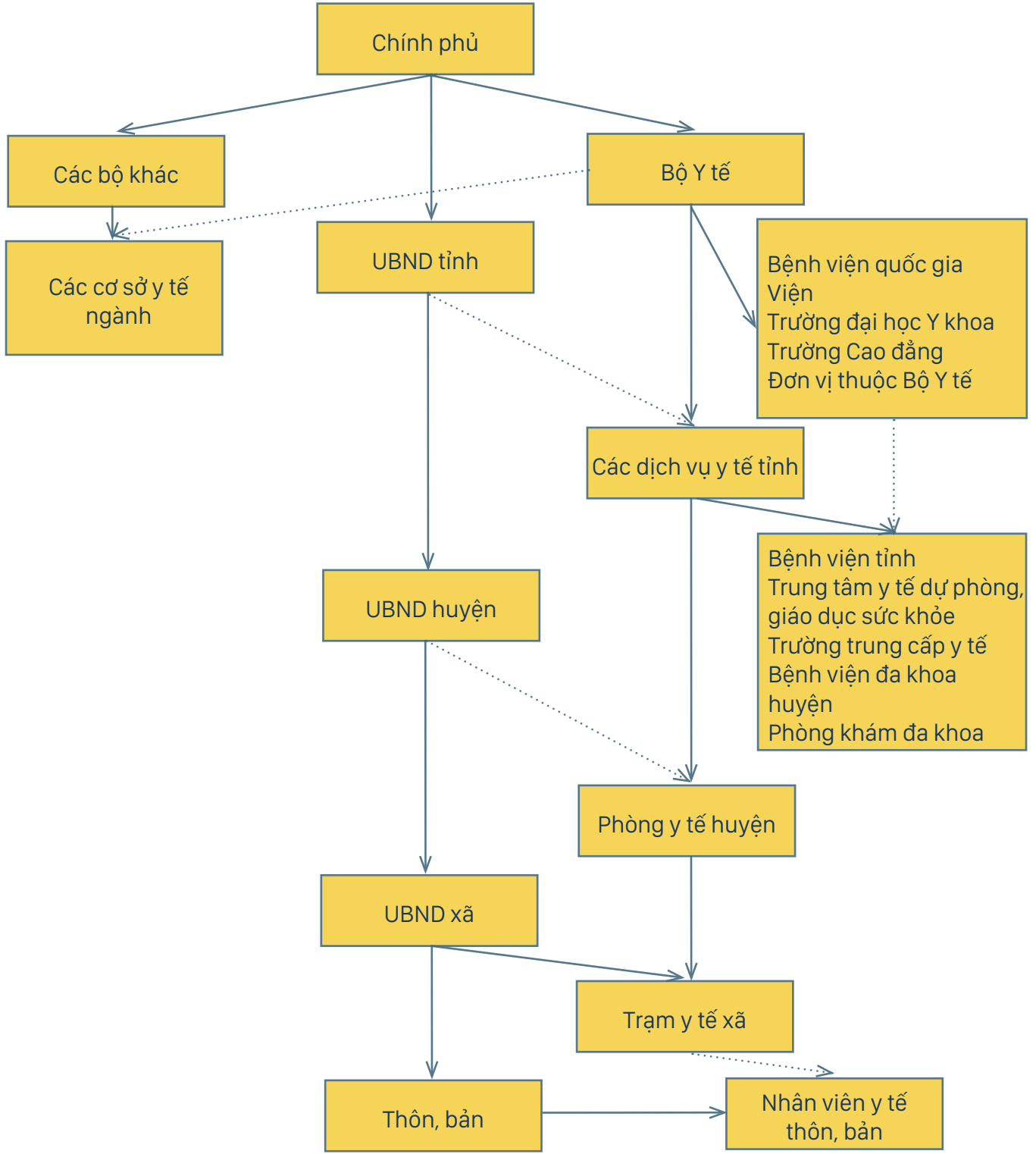


Hình 3. Khung Hệ tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin

Việc ra quyết định cũng cần có sự thỏa hiệp và đánh đổi để tránh mất đi sự ủng hộ từ các nhóm khác³. Khung I-I-I có thể được dùng làm công cụ chẩn đoán cho một số tình huống nhất định: Nếu nghiên cứu không tạo được tác động chính sách như mong đợi, nguyên nhân có thể do bản thân thông tin nghiên cứu hoặc phương pháp truyền tải thông tin đó không phù hợp với hệ tư tưởng hoặc mối quan tâm của các bên liên quan¹¹. Khi hệ tư tưởng, mối quan tâm và thông tin gặp nhau, tiến trình kết nối sẽ thuận lợi và phát huy hiệu quả (xem **Hình 3**).

Trọng tâm của *Khung Liên kết và Trao đổi (L-E)* là mối liên hệ giữa hoạch định chính sách và triển khai nghiên cứu. Để xây dựng khung lý thuyết này, Lomas đã tổng hợp các quan điểm từ nhiều nguồn khác nhau về sự tham gia của các nhà nghiên cứu trong quá trình hoạch định chính sách và ngược lại, sự tham gia của các nhà hoạch định chính sách trong nghiên cứu. Việc các nhà hoạch định chính sách tham gia nghiên cứu có thể giúp thúc đẩy tính liên quan và khả năng ứng dụng của nghiên cứu, và việc các nhà nghiên cứu tham gia xây dựng chính sách, bằng năng lực phân tích của họ, có thể giúp tăng tính đồng thuận và giảm tính bất định trong quá trình ra quyết định. Tính nhất quán trong các thông điệp từ nhà nghiên cứu tới người ra quyết định có thể là cách hiệu quả nhất để cung cấp thông tin từ các nghiên cứu khoa học cho người ra quyết định. Việc kết nối với nhà nghiên cứu không chỉ là thiết lập mối quan hệ với nhà nghiên cứu đó mà còn có thể tăng cường tiếp cận với khối lượng kiến thức sâu rộng của một cộng đồng nghiên cứu. Dựa trên những kiến thức đã tổng hợp, Lomas đã xây dựng nguyên lý Liên kết và Trao đổi, trong đó các nhà nghiên cứu lẫn các nhà hoạch định chính sách đều cùng tham gia các hoạt động khác nhau như lựa chọn ưu tiên, đánh giá các hồ sơ xin tài trợ, quyết định tài trợ cho các chương trình, triển khai nghiên cứu, công bố kết quả và tiến hành đánh giá¹².

Hiểu được hệ thống y tế của Việt Nam và cách thức hoạt động của hệ thống sẽ giúp xác định các yếu tố liên quan đến xây dựng chính sách y tế, và xác định đối tác cần thiết lập quan hệ hợp tác nhằm tạo ra tác động chính sách. Hệ thống y tế của Việt Nam bao gồm bốn cấp vận hành là cấp trung ương, cấp tỉnh, cấp huyện và cấp xã (xem **Hình 4**). Cơ sở y tế ở các cấp khác nhau được giao quyền, trách nhiệm và vai trò khác nhau và giải quyết các vấn đề khác nhau của ngành y tế từ cấp trung ương đến cơ sở¹⁴. Bộ Y tế chịu trách nhiệm về tất cả hoạt động liên quan đến y tế trên toàn quốc, bao gồm chỉ đạo xây dựng kế hoạch hành động quốc gia, chiến lược và chính sách của ngành y¹⁵.



————> Quản lý Nhà nước và chỉ đạo trực tiếp
> Chỉ đạo chuyên môn, nghiệp vụ

Hình 4. Sơ lược về hệ thống y tế Việt Nam

Nghị định 75 của Chính phủ ban hành năm 2017¹⁵ quy định Bộ Y tế Việt Nam là cơ quan của Chính phủ thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế, bao gồm:

- Y tế dự phòng
- Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng
- Giám định y khoa, pháp y, pháp y tâm thần
- Y, dược cổ truyền
- Sức khỏe sinh sản
- Trang thiết bị y tế
- Dược, mỹ phẩm
- An toàn thực phẩm
- Bảo hiểm y tế
- Dân số
- Quản lý nhà nước các dịch vụ công trong lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý nhà nước của bộ.

Ở Việt Nam, "văn bản quy phạm pháp luật" được phân thành 15 loại, bao gồm:

1. Hiến pháp
2. Bộ luật, luật, nghị quyết của Quốc hội
3. Pháp lệnh, nghị quyết của Ủy ban thường vụ Quốc hội; nghị quyết liên tịch giữa Ủy ban thường vụ Quốc hội với Đoàn Chủ tịch Ủy ban trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam
4. Lệnh, quyết định của Chủ tịch nước
5. Nghị định của Chính phủ; nghị quyết liên tịch giữa Chính phủ với Đoàn Chủ tịch Ủy ban trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam
6. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ
7. Nghị quyết của Hội đồng Thẩm phán Tòa án nhân dân tối cao
8. Thông tư của Chánh án Tòa án nhân dân tối cao; thông tư của Viện trưởng Viện kiểm sát nhân dân tối cao; thông tư của Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ; thông tư liên tịch giữa Chánh án Tòa án nhân dân tối cao và Viện trưởng Viện kiểm sát nhân dân tối cao; thông tư liên tịch giữa Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ, Chánh án Tòa án nhân dân tối cao và Viện trưởng Viện kiểm sát nhân dân tối cao; quyết định của Tổng Kiểm toán nhà nước
9. Nghị quyết của Hội đồng nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương
10. Quyết định của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh
11. Văn bản quy phạm pháp luật của chính quyền địa phương ở đơn vị hành chính kinh tế đặc biệt
12. Nghị quyết của Hội đồng nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh
13. Quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện
14. Nghị quyết của Hội đồng nhân dân xã, phường, thị trấn
15. Quyết định của Ủy ban nhân dân cấp xã¹⁶.

Với tư cách là tổ chức cấp bộ, Bộ Y tế có trách nhiệm xây dựng và trình lên chính phủ các đề xuất của các cấp chính sách khác nhau bao gồm "văn bản quy phạm pháp luật" và "tài liệu chuyên môn" liên quan đến sức khỏe và dân số. Bộ Y tế cũng lãnh đạo, hướng dẫn và thực hiện các chính sách liên quan đến các lĩnh vực thuộc trách nhiệm của mình^{15,17}.

OUCRU đã hoạt động trong lĩnh vực nghiên cứu bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam hơn 30 năm. Trong hơn 30 năm qua, OUCRU đã thiết lập quan hệ hợp tác chặt chẽ với nhiều đơn vị giữ vai trò quan trọng trong hệ thống y tế Việt Nam, bao gồm các bệnh viện và viện nghiên cứu cũng như Bộ Y tế. Tuy nhiên, những nỗ lực kết nối này tùy thuộc vào từng dự án hoặc theo từng vấn đề cụ thể, và không được thực hiện một cách hệ thống. Trong bối cảnh toàn thế giới đang rất quan tâm đến việc đưa nghiên cứu vào chính sách và thực hành¹⁸, OUCRU mong muốn có thể tác động tốt hơn tới nền y tế của Việt Nam, của khu vực và toàn cầu thông qua chương trình nghiên cứu bệnh truyền nhiễm dựa trên nhu cầu thực tế của mỗi quốc gia trong khu vực Đông Nam Á.

Để có thể xây dựng chương trình nghiên cứu dựa trên nhu cầu thực tế, và thiết lập cơ chế kết nối hệ thống, OUCRU nhận thấy cần phải hiểu rõ vai trò, vị trí và nhu cầu chính sách ở Việt Nam. Để thực hiện mục tiêu ngắn hạn là kết nối hiệu quả với các bên liên quan đến chính sách, và mục tiêu dài hạn là tạo ra tác động đến sức khỏe, OUCRU cần hiểu các cấu phần của quy trình xây dựng chính sách ở Việt Nam, và cách thức thiết lập quan hệ đối tác hiệu quả với các bên liên quan trong môi trường hoạch định chính sách. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để tìm hiểu tình hình sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã thực hiện tổng quan tài liệu từ các hướng dẫn do BYT ban hành trong vòng năm năm qua, cũng như các bài báo, báo cáo và tổng quan của các cơ quan trong nước và quốc tế trong giai đoạn này. Chúng tôi cũng phỏng vấn các bên liên quan đến chính sách về kinh nghiệm và thái độ của họ đối với việc kết nối với các nhà nghiên cứu và sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong xây dựng chính sách, sử dụng bằng chứng trong quá trình ra quyết định, các thách thức và cơ hội kết nối nghiên cứu và chính sách, cũng như cách triển khai các hoạt động kết nối chính sách và nghiên cứu tốt hơn.

Trong báo cáo này, "chính sách" là tất cả các loại văn bản do các nhà hoạch định chính sách xây dựng và đã được phê duyệt - ở cấp địa phương, quốc gia và quốc tế. "Các nhà hoạch định chính sách" là những người trực tiếp tham gia vào quá trình xây dựng chính sách.

2. Mục tiêu

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là tìm hiểu tình hình sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách và ra quyết định ở Việt Nam. Nghiên cứu cũng sẽ xác định cơ hội triển khai các hoạt động kết nối nghiên cứu và chính sách để thúc đẩy quá trình hợp tác giữa hai bên.

Mục tiêu cụ thể:

- Tìm hiểu quá trình xây dựng chính sách ở Việt Nam và các bên liên quan tham gia xây dựng chính sách;
- Tìm hiểu và ghi nhận cách thức sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong hoạch định chính sách ở Việt Nam;
- Tìm hiểu những thách thức và cơ hội kết nối chính sách và nghiên cứu để cung cấp thông tin cho quá trình hoạch định chính sách y tế;
- Xác định cách thức tăng cường kết nối nghiên cứu và chính sách.



Ảnh: Cuộc họp chuyên gia Việt Nam - Vương quốc Anh về "Các bệnh truyền nhiễm ở động vật - con người" tháng 1/2011 tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Chương 2. Phương pháp

Chúng tôi thực hiện tổng quan tài liệu từ các hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam ban hành và các công trình nghiên cứu và báo cáo được công bố trong 5 năm qua. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng tiến hành phỏng vấn sâu với các bên liên quan trong lĩnh vực chính sách y tế ở Việt Nam.

1. Tổng quan tài liệu

Chúng tôi rà soát một số nguồn thông tin chính thức (được liệt kê bên dưới). Mỗi nguồn có một thuật toán tìm kiếm khác nhau; do đó, chúng tôi đã sử dụng các cách tìm kiếm khác nhau đối với mỗi nguồn.

- **Tiêu chí lựa chọn:**

- Thời gian: Ban hành từ ngày 1/1/2015 đến ngày 4/3/2020
- Vấn đề: Liên quan đến sức khỏe bao gồm điều trị lâm sàng, y tế dự phòng, quy trình xét nghiệm, chăm sóc sức khỏe/thực hành/y học dựa trên bằng chứng, xây dựng chính sách
- Địa điểm: Việt Nam

- **Tiêu chí loại trừ:**

- Vấn đề: Vấn đề liên quan đến chiến lược marketing, ngành rượu, sản phẩm y tế kỹ thuật số, thủ tục đấu thầu, kiểm toán bệnh viện, thực hiện nghị định hoặc thông tư, thủ tục hành chính, khảo sát, giá cả, thư tử, kế hoạch, thư mời...
- Tình trạng: Tài liệu hết hiệu lực

- **Nguồn thông tin:**

- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế (<https://emohbackup.moh.gov.vn/publish/home>),
- Cổng thông tin điện tử Cục Quản lý Khám chữa bệnh (www.kcb.vn/vanban/huong-dan),
- Cổng thông tin điện tử Cục Phòng, Chống HIV/AIDS Việt Nam (www.vaac.gov.vn/vanban_detail),
- PubMed,
- Cochrane,
- Trung tâm EPPI,
- Health Evidence.

CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP

- **Chiến lược tìm kiếm**

Chúng tôi đã sử dụng chức năng tìm kiếm nâng cao trên các cổng thông tin. Địa điểm được lựa chọn để tìm kiếm là Việt Nam và ngày công bố/ban hành tài liệu từ 1/1/2015 đến 4/3/2020.

Chúng tôi sử dụng các từ khóa “Hướng dẫn”, “Điều trị”, “Dự phòng”, và “Phòng chống” để tìm kiếm các hướng dẫn do Bộ Y tế Việt Nam ban hành.

Chúng tôi sử dụng các thuật ngữ MeSH để lọc các công trình được công bố trên PubMed, Cochrane và Trung tâm EPPI. Các thuật ngữ được sử dụng là:

- chăm sóc sức khỏe dựa trên bằng chứng
- thực hành dựa trên bằng chứng
- y học dựa trên bằng chứng
- bằng chứng được sử dụng trong chính sách
- xây dựng chính sách.

- **Số liệu nghiên cứu**

a. Quản lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm Zotero để quản lý dữ liệu tổng quan tài liệu. Chúng tôi cũng sử dụng Microsoft Excel để theo dõi nội dung chính của các bài báo và báo cáo được sử dụng trong tổng quan tài liệu.

b. Quy trình thu thập số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm Microsoft Excel để quản lý dữ liệu được trích xuất từ các nguồn được chọn. Chúng tôi lưu lại thông tin chính của các bài báo được đưa vào phần tổng quan tài liệu:

- Tiêu đề
- Tác giả
- Năm ban hành/công bố
- Các quốc gia tham gia trong công trình công bố
- Mục tiêu chính/mục tiêu cụ thể
- Đối tượng nghiên cứu/cỡ mẫu
- Phương pháp
- Các kết quả chính liên quan đến câu hỏi nghiên cứu về tình hình sử dụng bằng chứng và xây dựng chính sách

- **Tổng quan tài liệu**

Sau khi rà soát tài liệu của Bộ Y tế, chúng tôi cũng rà soát tài liệu tham khảo được trích dẫn trong các văn bản để tìm hiểu cách thức sử dụng bằng chứng trong các tài liệu này.

Vì số lượng các nghiên cứu về tình hình sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách ở Việt Nam khá hạn chế, nhóm nghiên cứu quyết định rà soát thêm các tài liệu thu thập được từ các lượt tìm kiếm, để xem liệu có thể suy đoán được cách thức sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách hay không. Trong quá trình tổng quan tài liệu từ các nghiên cứu đã được công bố, chúng tôi cũng đã tìm kiếm thông tin về các khung phân tích chính sách để hiểu được các lý thuyết về xây dựng chính sách đã được sử dụng trong các nghiên cứu này.

2. Phỏng vấn sâu

- **Đối tượng tham gia nghiên cứu**

Nghiên cứu viên đã tiếp cận và mời các bên liên quan từ Bộ Y tế, các cơ quan nhà nước, bệnh viện, trường đại học, tổ chức quốc tế, công ty tư nhân, và các hiệp hội chuyên môn được xác định là có kinh nghiệm hoạch định chính sách tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu**

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích khi xây dựng danh sách đối tượng tiềm năng dựa trên kết quả tổng quan tài liệu, kết quả rà soát hoạt động kết nối chính sách trong OUCRU và dựa trên mối quan hệ hợp tác hiện tại của OUCRU với các bên liên quan. Nghiên cứu lựa chọn đối tượng tiềm năng dựa trên vị trí công tác, chuyên môn, và kinh nghiệm trong xây dựng chính sách về lâm sàng, dự phòng và xét nghiệm. Nghiên cứu cũng áp dụng phương pháp quả bóng tuyết để xác định thêm các đối tượng tham gia phỏng vấn sâu.

- **Quy trình lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu**

Nghiên cứu viên tiếp cận các đối tượng tiềm năng và mời họ tham gia phỏng vấn. Trước mỗi cuộc phỏng vấn, nghiên cứu viên sẽ gửi cho mỗi đối tượng tham gia một bản Thông tin Nghiên cứu, giải thích chi tiết về nghiên cứu và việc tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ giải thích thông tin và trả lời các câu hỏi của đối tượng tham gia nghiên cứu. Khi đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu viên sẽ yêu cầu họ ký vào Phiếu Chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- **Vấn đề y đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được phê duyệt đạo đức từ Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu các bệnh nhiệt đới Oxford (OxTREC) và từ Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, Việt Nam trước khi tiến hành phỏng vấn sâu.

- **Phỏng vấn**

Trong các cuộc phỏng vấn sâu, nghiên cứu sử dụng bản hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc bao gồm các câu hỏi tìm hiểu về thông tin nhân khẩu của đối tượng tham gia nghiên cứu, vai trò của họ trong xây dựng chính sách, quan điểm và kiến thức của họ về quy trình xây dựng chính sách, về sử dụng bằng chứng và về các vấn đề liên quan đến kết nối nghiên cứu và chính sách (xem thông tin chi tiết trong **Phụ lục 1. Hướng dẫn phỏng vấn sâu với các bên liên quan**). Phần lớn các cuộc phỏng vấn đều được ghi âm khi đối tượng tham gia nghiên cứu chấp thuận ghi âm; nếu không, thông tin chính của cuộc phỏng vấn đã được ghi chép lại.

- **Phân tích số liệu**

Các bản thu âm và ghi chép đã được giải băng để phân tích số liệu. Chúng tôi sử dụng phương pháp phân tích theo chủ đề trong nghiên cứu này. Chúng tôi đã áp dụng các bước sau trong phân tích số liệu: làm quen với số liệu, mã hóa, thiết lập chủ đề, định nghĩa và đặt tên chủ đề, và viết kết quả phân tích²¹. Nghiên cứu sử dụng phần mềm NVivo 12 để quản lý quá trình mã hóa và phân tích số liệu.



CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

Chương 3. Kết quả

1. Tổng quan tài liệu

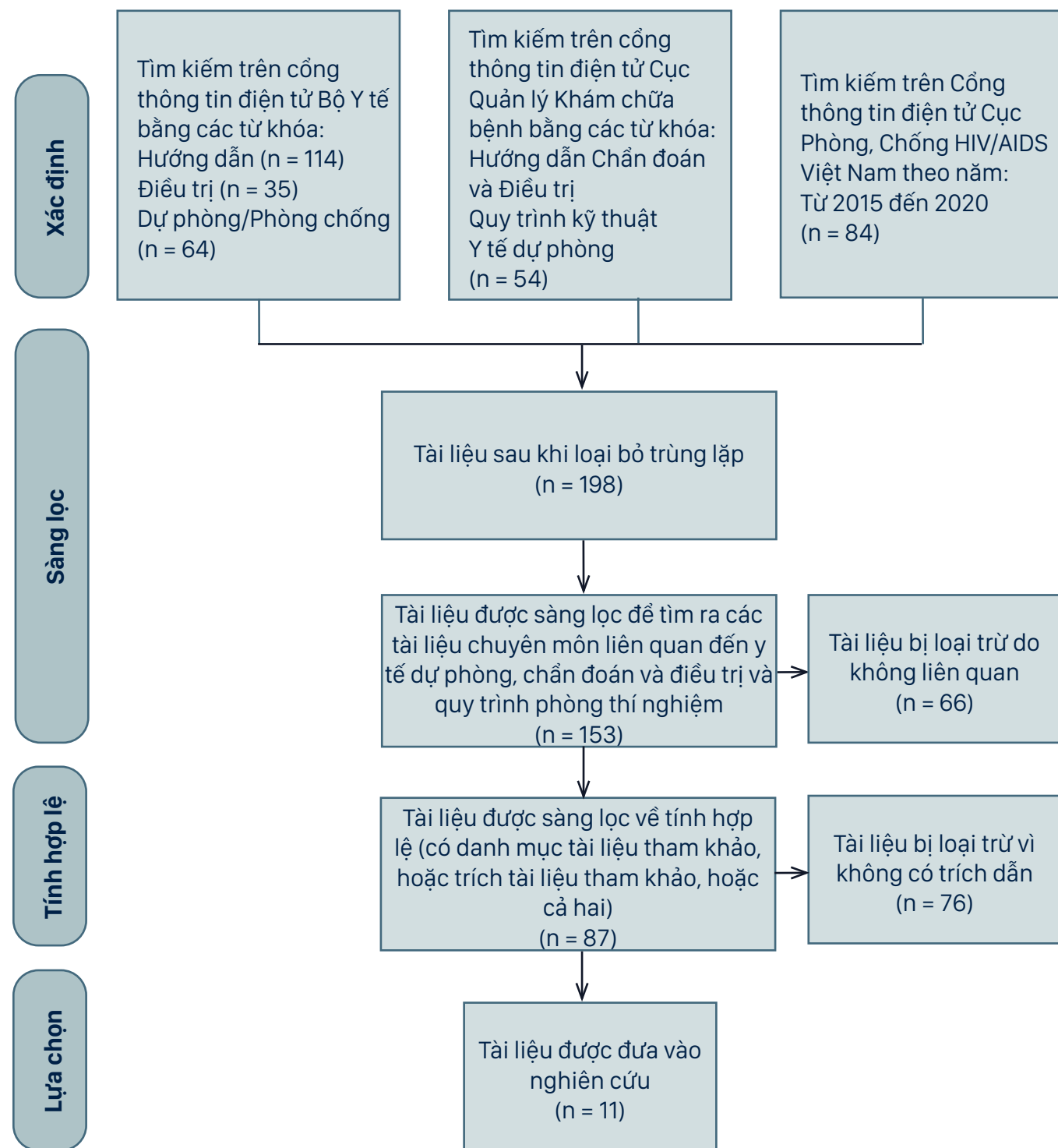
1.1. Phân loại văn bản và các quy định về sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách

Tại Việt Nam, Quốc hội đã ban hành Luật số 80/2015/QH13 ngày 22/6/2015 về việc ban hành văn bản quy phạm pháp luật¹⁶ và Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4068 ngày 29/7/2016 về việc hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh²². Luật ban hành các văn bản quy phạm pháp luật quy định rõ hệ thống văn bản quy phạm pháp luật của Việt Nam bao gồm 15 loại văn bản ban hành ở các cấp, nhưng không bao gồm quyết định ban hành ở cấp bộ. Điều này có nghĩa các quyết định của Bộ Y tế về hướng dẫn chuyên môn không thuộc bất kỳ loại "văn bản quy phạm pháp luật" nào. Luật cũng quy định các cơ quan, tổ chức, đại biểu Quốc hội có trách nhiệm nghiên cứu khoa học về các vấn đề liên quan và rà soát thông tin, tư liệu, điều ước quốc tế, phục vụ cho việc xây dựng đề án xây dựng luật, pháp lệnh. Cần tham khảo thông tin từ các quốc gia khác, và nếu cần, các tổ chức và cá nhân phụ trách sẽ phải cung cấp tài liệu và thông tin liên quan đến đề án xây dựng luật, pháp lệnh¹⁶.

Theo quyết định của Bộ Y tế về hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh (Quyết định số 4068/QĐ-BYT), "các dữ liệu lâm sàng trong quy trình chuyên môn nên được trích dẫn từ các hướng dẫn Điều trị, phác đồ Điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc... bằng cách thiết lập liên kết để tra cứu tham khảo. Không nên đưa nguyên văn toàn bộ các tài liệu nói trên vào quy trình chuyên môn...". Hướng dẫn này cũng đưa ra các định nghĩa rõ ràng thế nào là hướng dẫn điều trị, phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc, quy trình thực hành chuẩn và quy trình chuyên môn²².

1.2. Văn bản do Bộ Y tế ban hành

Chúng tôi đã lựa chọn được tổng cộng 87 tài liệu đủ điều kiện, liên quan đến y tế dự phòng, quy trình xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị. Chúng tôi sàng lọc 87 văn bản này và lựa chọn những văn bản có danh mục tài liệu tham khảo, hoặc trích dẫn tài liệu tham khảo, hoặc cả hai. Ở giai đoạn này, chúng tôi tìm thấy 43 tài liệu có danh mục tài liệu tham khảo và 44 tài liệu không có. Chúng tôi chỉ đưa những văn bản có trích dẫn tài liệu tham khảo vào phần tổng quan tài liệu (n = 11). **Hình 5** mô tả chi tiết quá trình tìm kiếm và lựa chọn tài liệu của chúng tôi.



Hình 5. Sơ đồ quy trình tìm kiếm và lựa chọn văn bản do Bộ Y tế ban hành

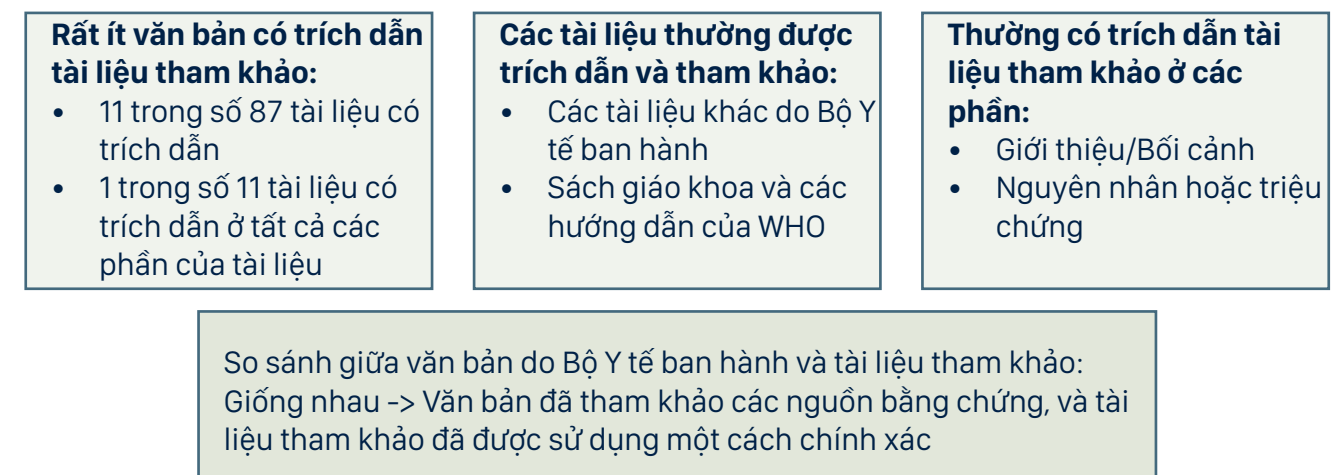
Tất cả văn bản do Bộ Y tế ban hành đều bằng tiếng Việt. Trong quá trình rà soát tài liệu, chúng tôi tìm thấy 20 tài liệu có danh sách các thành viên ban biên soạn, chủ tịch hội đồng/trưởng ban biên soạn và ban thư ký. Trong các tài liệu này, các thành viên ban biên soạn đều là người Việt Nam. Họ là các chuyên gia và lãnh đạo của Bộ Y tế, và các chuyên gia trong các lĩnh vực liên quan đến từ các bệnh viện, trường đại học, các tổ chức quốc tế và các tổ chức liên quan khác. Một số tài liệu cũng ghi nhận những đóng góp chuyên môn hoặc hỗ trợ tài chính từ các tổ chức quốc tế và các công ty dược phẩm.

Một nửa số tài liệu (n = 43) trong nghiên cứu có danh mục tài liệu tham khảo nhưng không có bất kỳ trích dẫn nào, và chỉ có 11 văn bản có trích dẫn tài liệu ở một số phần trong văn bản đó. Hầu hết các tài liệu chúng tôi rà soát thường đề cập đến các hướng dẫn/quy định/thông tư khác có liên quan do Bộ Y tế ban hành – điều này cho thấy Bộ Y tế thường xem xét và tham khảo các tài liệu của họ trước khi ban hành tài liệu mới. Các tài liệu này thường trích dẫn tài liệu tham khảo từ sách giáo khoa tiếng Anh và tiếng Việt, nhưng các sách này lại không có bản trực tuyến để đối chiếu. Các văn bản này cũng thường trích dẫn các hướng dẫn liên quan của WHO – điều này cho thấy với Bộ Y tế, WHO là một nguồn tham khảo quan trọng khi xây dựng các văn bản này. Một văn bản có trích dẫn tài liệu tham khảo nhưng không có danh mục tài liệu tham khảo, vì vậy chúng tôi không thể đối chiếu với tài liệu tham khảo để tìm hiểu về cách thức sử dụng bằng chứng trong hướng dẫn này²³.

Trong các văn bản có trích dẫn tài liệu tham khảo, trích dẫn chủ yếu nằm ở phần giới thiệu/bối cảnh, hoặc phần nguyên nhân và tóm tắt các triệu chứng lâm sàng. Một số tài liệu cũng có trích dẫn tài liệu tham khảo ở phần thảo luận về chẩn đoán và điều trị, nhưng con số này không nhiều. Các số liệu cụ thể khi được sử dụng trong văn bản cũng thường được trích dẫn tài liệu tham khảo, nhưng chủ yếu trong phần giới thiệu và phần bối cảnh²⁴⁻³². Đối với quy trình chuyên môn, hướng dẫn sử dụng bộ xét nghiệm thường được trích dẫn. Tuy nhiên, trong những quy trình này lại không có bất kỳ trích dẫn tài liệu tham khảo nào khi đưa ra các khuyến nghị về quy trình thực hiện, các bước chính trong quy trình²⁶.

Trong số 11 tài liệu được lựa chọn trong nghiên cứu, chỉ có một tài liệu có trích dẫn trong tất cả các phần³³. Khi đối chiếu, chúng tôi nhận thấy các điểm tương đồng giữa nội dung văn bản đó và các tài liệu tham khảo được trích dẫn trong văn bản. Điều này cho thấy văn bản đã tham khảo các nguồn bằng chứng, và tài liệu tham khảo đã được sử dụng một cách chính xác.

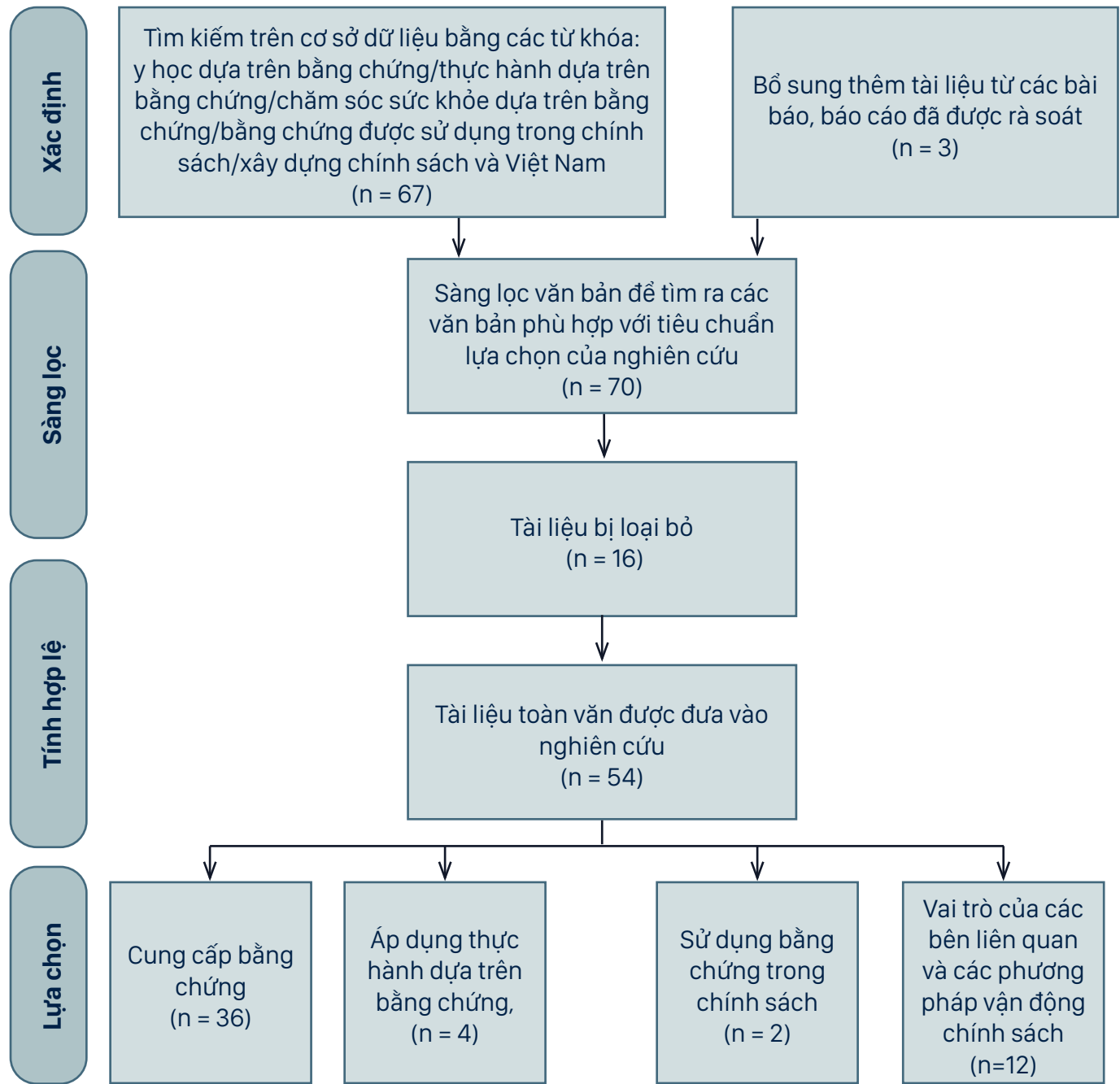
Hình 6 dưới đây tóm tắt những kết quả chính từ phân tổng quan tài liệu do Bộ Y tế ban hành.



Hình 6. Tóm tắt kết quả tổng quan tài liệu do Bộ Y tế ban hành

1.3. Bài báo, báo cáo

Sau khi tiến hành tìm kiếm trên các nguồn PubMed, Cochrane, Trung tâm EPPI và Health Evidence, chúng tôi thấy nhiều tài liệu trùng lặp từ các nguồn này và trên PubMed có đầy đủ tất cả các tài liệu có ở ba nguồn còn lại. Do đó, chúng tôi đã lựa chọn sử dụng PubMed là nguồn tìm kiếm của nghiên cứu. Chúng tôi đã rà soát các bài báo, báo cáo và tổng quan tài liệu do các cơ quan trong nước và quốc tế công bố để tìm hiểu tình hình sử dụng bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam. Với chiến lược tìm kiếm nêu trên, chúng tôi đã tìm thấy 67 tài liệu và xác định thêm ba tài liệu khi rà soát các bài báo được công bố (tổng số n = 70). Chúng tôi đã rà soát phần tóm tắt của tất cả các tài liệu, sau đó loại trừ 16 bài báo khỏi phân tích vì không liên quan đến chủ đề nghiên cứu, hoặc địa điểm không phải ở Việt Nam. Cuối cùng, chúng tôi đã rà soát toàn bộ nội dung của 54 tài liệu để tìm hiểu các vấn đề liên quan đến sử dụng bằng chứng và xây dựng chính sách.



Hình 7. Sơ đồ quy trình tìm kiếm và lựa chọn các bài báo và báo cáo

Trong số 54 bài báo được lựa chọn trong nghiên cứu, 36 bài có mục tiêu cung cấp bằng chứng và đưa ra khuyến cáo cho các nhà quản lý y tế và các nhà hoạch định chính sách về gánh nặng bệnh tật, các rào cản hiện có, chi phí hiệu quả của các can thiệp khác nhau, kiến thức của người dân và phương thức thúc đẩy xây dựng chính sách mới hoặc sửa đổi các chính sách hiện hành để có thể triển khai chính sách tốt hơn³⁴⁻⁶⁹.

Khi lựa chọn tiêu chí tìm kiếm, chúng tôi hướng đến các tài liệu có thể chứng minh hoặc giải thích về tình hình sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách ở Việt Nam. Rõ ràng là có rất ít bài báo về vấn đề này. Chúng tôi chỉ tìm thấy hai tài liệu mô tả cụ thể việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách^{3,70}. Một trong hai tài liệu này đặt trọng tâm vào quá trình áp dụng chính sách, còn vấn đề sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách chỉ là trọng tâm thứ yếu. Tuy nhiên, bài báo cũng mô tả cách thức xây dựng nghị định dựa trên tình hình triển khai thực tế và kết quả khảo sát đánh giá triển khai và các bước bắt buộc trước khi xây dựng một nghị định⁷⁰.

Trong phần này, chúng tôi sẽ trình bày kết quả liên quan đến:

- **Cung cấp bằng chứng,**
- **Áp dụng thực hành dựa trên bằng chứng,**
- **Sử dụng bằng chứng** trong xây dựng chính sách, và
- **Vai trò của các bên liên quan và các phương pháp vận động chính sách** trong hoạch định chính sách.

1.3.1. Cung cấp bằng chứng

2/3 số bài báo được lựa chọn trong nghiên cứu (n = 36) nhằm mục đích cung cấp bằng chứng cho chính phủ. Những bài báo này không trực tiếp thảo luận về việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách, và cũng không thảo luận về quy trình hoạch định chính sách. Phần lớn những bài báo này trình bày về nghiên cứu và kết quả nghiên cứu của chính tác giả. Do đó, những bài báo này không cho biết nhiều thông tin về sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách ở Việt Nam.

1.3.2. Áp dụng thực hành dựa trên bằng chứng

Thực hành dựa trên bằng chứng (EBP) là một vấn đề mới nổi tại các bệnh viện ở Việt Nam, và bốn bài báo trong phần tổng quan của chúng tôi đề cập đến một số vấn đề liên quan đến EBP⁷¹⁻⁷⁴. Những vấn đề này không thực sự liên quan đến việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách. Theo báo cáo của tác giả Đào Thị Hiệp và cộng sự, 91,6% đối tượng tham gia (348/380 đối tượng tham gia) cho rằng EBP là cần thiết và hữu ích, và 89,8% (342/381 người tham gia) đồng ý rằng EBP có thể giúp cải thiện chăm sóc sức khỏe người bệnh⁷¹. Ngoài ra, các tác giả cũng đồng thuận về tầm quan trọng của những kiến thức liên quan, mức độ sẵn lòng, kỹ năng và thái độ của những người trực tiếp áp dụng EBP ở các bệnh viện trong nâng cao chất lượng thực hành⁷⁴. Rào cản về ngôn ngữ, khả năng tiếp cận thông tin, thời gian sẵn có, hỗ trợ của tổ chức, kỹ năng, và quan điểm của các bên liên quan là những thách thức đối với việc thực hiện EBP ở bệnh viện^{71,73}.

1.3.3. Sử dụng bằng chứng trong chính sách

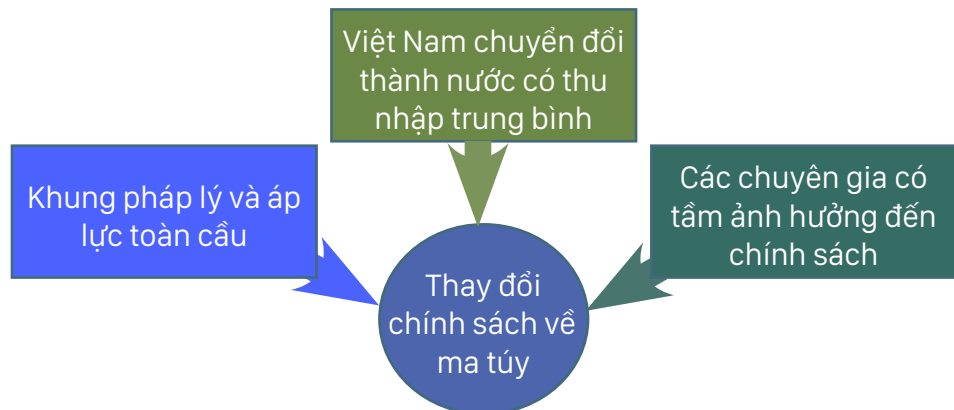
Hai bài báo trong nghiên cứu thảo luận cụ thể về việc sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam^{3,70}. Chúng tôi đã rà soát cả hai bài báo này để tìm hiểu cách thức sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách được đề cập đến trong hai bài báo này – xem chi tiết ở dưới đây.

Tăng cường nỗ lực vận động chính sách với bằng chứng thực nghiệm³

Trong lĩnh vực cai nghiện ma túy, các tác giả đã mô tả các phương pháp kết nối với chính quyền địa phương và các nhà hoạch định chính sách để có thể đưa kết quả nghiên cứu của họ vào các can thiệp thực tế. Đây là nghiên cứu về chi phí hiệu quả, tập trung so sánh cai nghiện tập trung tại trung tâm với cai nghiện tự nguyện bằng Methadone tại cộng đồng ở Việt Nam. Các tác giả đã giải thích chi tiết về từng bước thực hiện vận động chính sách cũng như các hoạt động kết nối với các cơ quan chức năng và các nhà hoạch định chính sách. Các nhà hoạch định chính sách đã được mời tham gia nghiên cứu từ giai đoạn đầu và trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

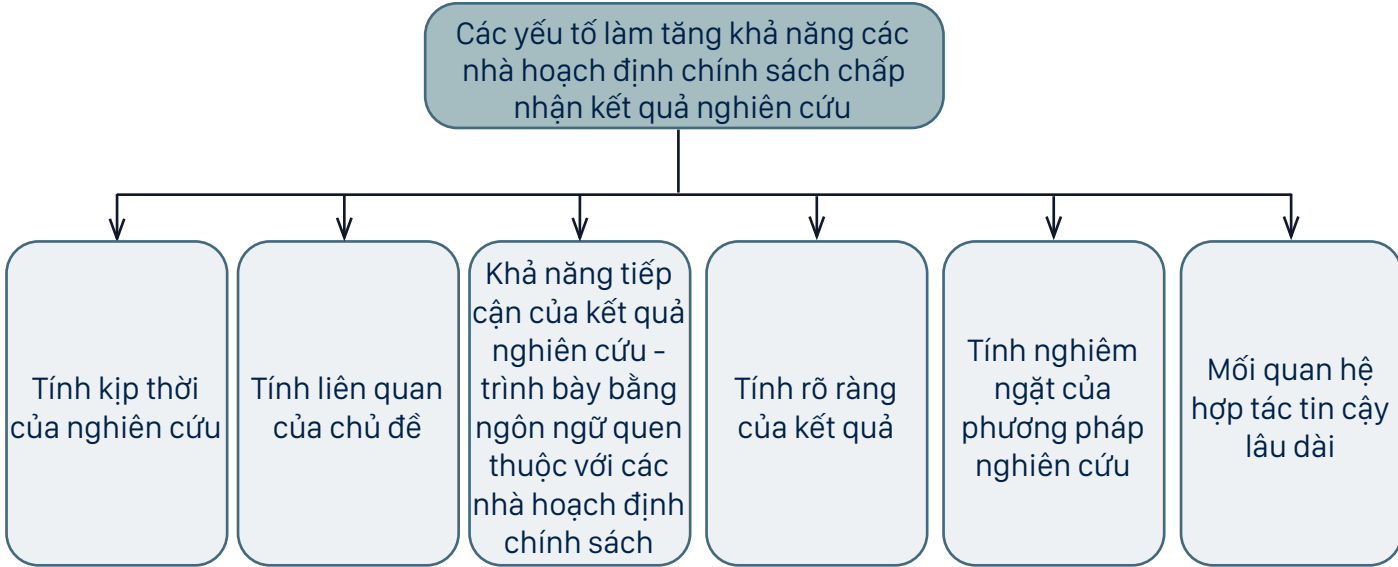
Các tác giả cũng đã tìm hiểu khung lý thuyết L-E và I-I để định hướng cách thức kết nối với các nhà hoạch định chính sách trong toàn bộ quá trình nghiên cứu, và để đánh giá các tác động của kết quả nghiên cứu đối với việc ra quyết định³. Nhóm nghiên cứu cũng quan tâm đến khả năng cân bằng giữa nhóm nghiên cứu và các bên liên quan, và cố gắng đảm bảo tính khách quan của nghiên cứu mà vẫn tuân thủ yêu cầu của Khung L-E về sự tham gia của các bên liên quan trong quá trình hoạch định chính sách. Để làm được điều này, chiến lược của nhóm nghiên cứu là thành lập hội đồng đánh giá bao gồm đại diện của các bên liên quan tại địa phương và nhiệm vụ của hội đồng được định nghĩa rất rõ: "đưa ra khuyến cáo và hỗ trợ nghiên cứu, không phải chỉ đạo nghiên cứu"³.

Nhóm tác giả đã đưa ra một số khuyến nghị về cách thức kết nối chính sách và tác động đến chiến lược điều trị người sử dụng ma túy ở Việt Nam. Họ khẳng định cần phải nắm bắt được tất cả các yếu tố ảnh hưởng đến việc ra quyết định để có thể định hướng các biện pháp can thiệp và vận động chính sách nhằm thúc đẩy sử dụng bằng chứng hiệu quả hơn trong quá trình ra quyết định. Nhóm nghiên cứu cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của tất cả các yếu tố trong khung I-I (Hệ tư tưởng, Mối quan tâm và Thông tin), đồng thời cũng khẳng định cần tìm hiểu những thách thức mà các nhà hoạch định chính sách phải đối mặt cũng như những hỗ trợ của họ trong việc đưa bằng chứng vào các chính sách. Khi đã nắm vững những vấn đề này, nhóm nghiên cứu sẽ có thể xây dựng các chiến lược báo cáo kết quả nghiên cứu để đạt được hiệu quả tối ưu. Bối cảnh cũng là một yếu tố rất quan trọng quyết định thành công của chiến lược vận động để đưa bằng chứng vào các thay đổi chính sách. Đối với nghiên cứu này, khung pháp lý hiện hành, sự tham gia của các chuyên gia có tầm ảnh hưởng đến chính sách trong lĩnh vực cai nghiện ma túy và quá trình chuyển đổi từ quốc gia có thu nhập thấp sang quốc gia có thu nhập trung bình (dẫn đến việc các nhà tài trợ quốc tế rút tiền tài trợ) đòi hỏi cần phải thay đổi chính sách về quản lý và điều trị người nghiện ma túy. Đồng thời, toàn thế giới đưa ra yêu cầu cần phải đối xử nhân đạo hơn với người sử dụng ma túy và đây cũng là một yếu tố thúc đẩy Chính phủ Việt Nam thay đổi chính sách.



Hình 8. Các yếu tố thúc đẩy thay đổi chính sách

Việc các nhà hoạch định chính sách và chính quyền địa phương tham gia vào toàn bộ quá trình nghiên cứu đã giúp thuyết phục các nhà hoạch định chính sách tham khảo kết quả nghiên cứu trong quá trình thay đổi chính sách. Kết quả nghiên cứu đã được trình bày ở một số hội thảo với sự tham gia của các nhóm khác nhau, giúp họ hiểu được tình hình và thúc đẩy việc sử dụng các phương pháp tiếp cận dựa trên bằng chứng mà nhóm nghiên cứu đã đề xuất để giải quyết vấn đề. Dựa trên kết quả tổng quan tài liệu của nhóm nghiên cứu, họ kết luận rằng "tính kịp thời của nghiên cứu, tính liên quan của chủ đề, tính nghiêm ngặt của phương pháp nghiên cứu, tính rõ ràng của kết quả, và khả năng tiếp cận với kết quả nghiên cứu - được trình bày bằng ngôn ngữ mà các nhà hoạch định chính sách quen thuộc, và mối quan hệ hợp tác tin cậy, lâu dài giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách là những yếu tố giúp tăng khả năng chấp nhận kết quả nghiên cứu"³ (xem **Hình 9** bên dưới).



Hình 9. Các yếu tố làm tăng khả năng các nhà hoạch định chính sách chấp nhận kết quả nghiên cứu

Kiểm soát thiếu vi chất dinh dưỡng ở Việt Nam - từ chính sách và nghiên cứu đến thực tế⁷⁰

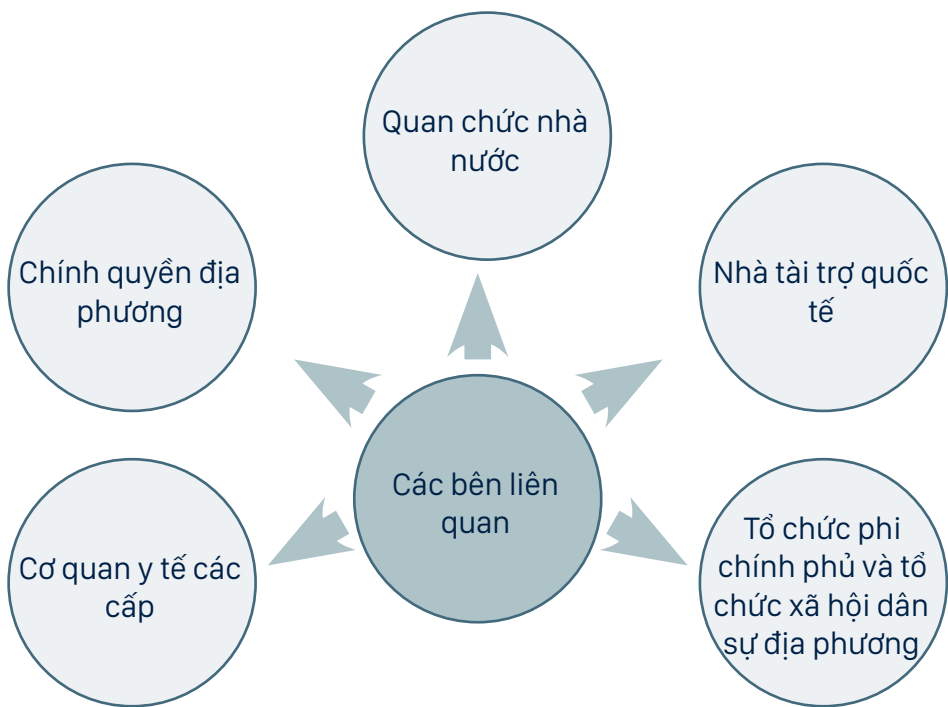
Thiếu vi chất dinh dưỡng đã từng là một vấn đề đang lo ngại của Việt Nam. Nhận thấy mức độ nghiêm trọng của tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, năm 2001, Chính phủ Việt Nam đã bắt đầu hành động để cải thiện tình hình, trong đó có chương trình bổ sung vi chất dinh dưỡng vào nước mắm. Để hỗ trợ thực hiện chương trình này, Viện Dinh dưỡng Quốc gia (NIN) đã nhận tài trợ từ Liên minh Toàn cầu về Cải thiện Dinh dưỡng (Global Alliance for Improved Nutrition – GAIN) để hỗ trợ sản xuất nước mắm có bổ sung vi chất dinh dưỡng và tăng cường các chương trình giáo dục nâng cao nhận thức về tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, đồng thời kêu gọi tăng cường bổ sung chất dinh dưỡng thông qua các chiến dịch truyền thông đại chúng. Luật An toàn Thực phẩm được Quốc hội thông qua và ban hành năm 2010, trong đó có nội dung bắt buộc phải bổ sung chất dinh dưỡng. Sau đó, Bộ Y tế được giao nhiệm vụ xây dựng một nghị định về vấn đề này và để thực hiện được nhiệm vụ này, họ cần dữ liệu cập nhật về tình trạng dinh dưỡng toàn dân, dữ liệu về điều tra tiêu dùng và điều tra vi chất dinh dưỡng⁷⁰. Việc này cho thấy Bộ Y tế đã xây dựng chính sách này dựa trên bằng chứng.

Nhóm tác giả cũng mô tả quá trình xây dựng khung pháp lý, quá trình áp dụng quy định trong nghiên cứu, và quá trình triển khai các quy định trên thực tế trong lĩnh vực kiểm soát tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng. Sau khi Chính phủ ban hành các chính sách và hướng dẫn mới, các chương trình điều tra quốc gia đã được thực hiện nhằm thu thập số liệu về tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở Việt Nam và thúc đẩy nỗ lực giảm tỷ lệ thiếu vi chất dinh dưỡng. Quyền làm chủ và lãnh đạo của chính phủ đóng một vai trò quan trọng trong thành công của các biện pháp can thiệp này⁷⁰.

1.3.5. Vai trò của các bên liên quan và phương pháp vận động chính sách

Cũng giống như các khung lý thuyết về hoạch định chính sách nêu trên, quá trình hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam có sự tham gia của nhiều bên liên quan khác nhau. Trong bài báo “Các yếu tố Chính trị trong nước và quốc tế có liên quan đến Chính sách Y tế”, tác giả Gomez và Ruger đã đánh giá các mối quan hệ hợp tác trong nước và quốc tế liên quan đến quá trình hoạch định chính sách y tế ở một số nước thu nhập thấp và trung bình, cũng như vai trò của các tổ chức quốc tế và trong nước ở các quốc gia này. Nghiên cứu của họ cho thấy ngoài các cán bộ nhà nước và các nhà tài trợ quốc tế, những người cung cấp thông tin quan trọng khác như các nhà hoạt động, các tổ chức phi chính phủ địa phương, các tổ chức xã hội dân sự (CSO), các cơ quan y tế hoặc chính quyền địa phương cũng đóng vai trò quan trọng trong từng giai đoạn của cả quá trình. Riêng với Việt Nam, nhóm tác giả đã thảo luận về vai trò quan trọng của các tổ chức xã hội dân sự trong những tác động chính sách về một số bệnh truyền nhiễm như HIV, lao và sốt rét. Nhóm tác giả cũng chỉ ra một số thay đổi trong chính sách của chính phủ Việt Nam đã thúc đẩy sự thành lập của các tổ chức xã hội dân sự, và lại dẫn đến những thay đổi chính sách như Luật Phòng chống HIV/AIDS đã được thông qua năm 2006⁴. Rõ ràng, khi hợp tác với các cơ quan chính phủ, và với cơ chế pháp lý hiện hành về hỗ trợ kết nối và ảnh hưởng, các tổ chức phi chính phủ có thể và thực sự có ảnh hưởng trực tiếp đến chính sách ở Việt Nam.

Chính trị cũng đóng một vai trò nhất định. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu về các vấn đề nhạy cảm như HIV/AIDS và cai nghiện ma túy, **những thách thức chính trị** là không thể tránh khỏi ở Việt Nam. Một nhóm tác giả đã xuất bản một loạt bài báo về vấn đề cai nghiện ma túy tập trung ở Việt Nam^{3,4,6,5,7,5} và một bài báo thảo luận cụ thể về những thách thức chính trị nảy sinh từ loại hình nghiên cứu này^{7,5}. Nghiên cứu của họ phải đối mặt với rất nhiều thách thức trong toàn bộ quá trình nghiên cứu, từ khâu thiết kế, phê duyệt của chính quyền địa phương, đến phê duyệt đạo đức, thu thập dữ liệu, và cả chiến lược phân tích. Kết quả là, nhóm nghiên cứu đã phải tìm cách cân bằng giữa khoa học và chính trị. Thiết lập quan hệ đối tác và kết nối với chính quyền địa phương trong quá trình nghiên cứu là công cụ hữu ích giúp vượt qua những thách thức mà nhóm nghiên cứu phải đối mặt. Sự tiến bộ của lãnh đạo địa phương, sự tin tưởng của chính quyền đối với tổ chức và sự hỗ trợ lâu dài về kỹ thuật và tài chính của tổ chức đối với địa phương cũng góp phần không nhỏ vào thành công của chương trình^{7,5}. Nhờ tận dụng được các mối quan hệ lâu dài với các nhà hoạch định chính sách, tổ chức đã tăng cường các hoạt động kết nối giữa các nhà nghiên cứu của mình và các nhà hoạch định chính sách, ở cả cấp độ cá nhân và tổ chức³.



Hình 10. Các bên liên quan trong xây dựng chính sách

Phương pháp vận động chính sách được đề cập đến trong hai bài báo; một bài tập trung vào chủ đề cải thiện chính sách nuôi con bằng sữa mẹ^{7,6} và bài còn lại tập trung tăng cường vận động thay đổi chính sách về dinh dưỡng⁵. Các tác giả ủng hộ việc **sử dụng các phương pháp vận động chính sách rõ ràng, thành lập nhóm hành động chiến lược** và **hoàn thành các nhiệm vụ quan trọng** để cải thiện chương trình nuôi con bằng sữa mẹ. Tác giả France Bégin và cộng sự mô tả việc thành lập Tổ chức Nuôi con bằng sữa mẹ toàn cầu (Global Breastfeeding Collective) vào năm 2018 do UNICEF và WHO đứng đầu với sự tham gia của các tổ chức khác trên thế giới. Với mục tiêu thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ, Tổ chức đã áp dụng các phương pháp vận động chiến lược khác nhau ở các quốc gia để có thể tác động đến hành động của chính phủ. Họ đã thiết kế bảy hành động chính sách quan trọng tập trung thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ mà các quốc gia cần tuân thủ để đạt được các mục tiêu về nuôi con bằng sữa mẹ của Hội đồng Y tế Thế giới. Thẻ điểm cho con bú sữa mẹ (Global Breastfeeding Scorecard) là một trong những công cụ vận động chính sách do Tổ chức phát triển để thu thập thông tin về tình hình thực hiện bảy hành động chính sách này ở tất cả các quốc gia trên toàn cầu^{7,6}. Chúng ta có thể liên hệ sự kiện này với khung lý thuyết MSF – **tác động của các sự kiện toàn cầu** đối với việc lên kế hoạch thay đổi chính sách thuộc chiều chính trị⁹. Tác giả France Bégin và cộng sự đã lấy Việt Nam làm ví dụ về tác động của các sự kiện quốc tế đến việc thiết lập chương trình chính sách để thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ. Cụ thể, nhóm tác giả chỉ ra rằng Trung Quốc và Việt Nam thường xuyên trao đổi thông tin về các chính sách nghỉ thai sản, hỗ trợ cho con bú tại nơi làm việc và hệ thống y tế thân thiện với việc nuôi con bằng sữa mẹ. Ngoài vai trò của các sự kiện quốc tế, bài báo này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của **hoạt động kết nối với các ngành và các nhóm liên quan** nhằm tăng cường tiếng nói của tổ chức để có thể tác động chính sách tốt hơn^{7,6}.

Tác giả Isabelle Michaud-Letourneau và cộng sự cũng thảo luận về vấn đề tăng cường vận động thay đổi chính sách⁵. Nhóm tác giả đã chỉ ra những cấu phần chính có thể giúp tăng cường vận động chính sách, bao gồm:

- vượt qua nỗi sợ hãi khi tham gia vận động chính sách,
- nâng cao năng lực và hiểu biết về các quy trình chính sách,
- kết nối sớm với các nhà hoạch định chính sách và kết nối trong suốt quá trình thực hiện các sáng kiến,
- sử dụng các phương pháp vận động có hệ thống và rõ ràng,
- hỗ trợ tạo bằng chứng và sử dụng dữ liệu một cách chiến lược, và
- thường xuyên trao đổi với và giữa các bên liên quan⁵.

Kết quả tổng quan tài liệu cho thấy có rất ít thông tin về cách thức sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam. Tuy nhiên, chúng tôi đã tìm hiểu được các yếu tố có liên quan hoặc có ảnh hưởng nhất định đến xây dựng chính sách, và những thông tin này sẽ giúp chúng tôi rất nhiều trong quá trình xây dựng kế hoạch kết nối chính sách của OUCRU. Nhờ hai bài báo mô tả việc áp dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách ở Việt Nam, chúng tôi hiểu rằng các chính sách ở Việt Nam có thể dựa trên bằng chứng, nhưng hiện không có đủ bằng chứng để chúng tôi có thể khẳng định điều này. Do đó, chúng tôi đã tìm hiểu thêm về vấn đề này khi phỏng vấn các bên liên quan, và kết quả sẽ được trình bày trong phần sau.



Ảnh: Hội thảo Tổng kết Giai đoạn 1 của Kế hoạch Hành động quốc gia về phòng, chống kháng thuốc năm 2017

2. Phỏng vấn sâu

Phần này sẽ trình bày kết quả phân tích từ 18 cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện trong nghiên cứu. Trong phần này, chúng tôi sẽ trình bày nội dung liên quan đến 9 chủ đề sau:

- Thông tin nhân khẩu học
- Khái niệm
- Thành công của Việt Nam trong hoạch định chính sách
- COVID-19
- Hoạch định chính sách
- Các vấn đề về sử dụng bằng chứng
- Các vấn đề về nghiên cứu
- Kết nối giữa các nhà hoạch định chính sách và nghiên cứu viên
- Thành tựu và hạn chế của OUCRU
- Khuyến cáo cho kế hoạch kết nối chính sách của OUCRU.

2.1. Thông tin nhân khẩu học

Từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2020, nghiên cứu đã thực hiện 18 cuộc phỏng vấn sâu với các bên liên quan từ Bộ Y tế, bệnh viện, viện, công ty tư nhân, tổ chức quốc tế, và hiệp hội chuyên môn. Những đối tượng này đều có kinh nghiệm tham gia xây dựng chính sách. Trong số 18 đối tượng tham gia nghiên cứu, 16 đối tượng chấp thuận ghi âm và 2 đối tượng chỉ chấp thuận cho phép ghi chép nội dung cuộc phỏng vấn. 4 trong số 18 đối tượng tham gia nghiên cứu làm việc ở Bộ Y tế, 8 đối tượng giữ vai trò lãnh đạo, 4 đối tượng từ các tổ chức quốc tế, 1 đối tượng từ hiệp hội chuyên môn, và 1 từ công ty tư nhân. Thông tin về đơn vị công tác, chức vụ, giới tính, kinh nghiệm, chuyên môn, và trình độ học vấn được mô tả trong **Bảng 1**. Các đối tượng tham gia nghiên cứu có chuyên môn khác nhau, nhưng do trọng tâm của nghiên cứu, phần lớn các đối tượng đều là chuyên gia trong lĩnh vực bệnh truyền nhiễm. Họ đều là những cán bộ dày dạn kinh nghiệm, và 15 trong số 18 đối tượng có trình độ Tiến sĩ.

		N = 18
Giới tính	Nam	13
	Nữ	5
Kinh nghiệm công tác tại vị trí hiện tại	1 - 3 năm	4
	4 - 6 năm	5
	7 - 10 năm	6
	Không rõ	3
Chuyên môn	Thú Y	1
	Đào tạo dược lâm sàng	1
	Dịch tễ học	1
	Xét nghiệm	1
	Đào tạo y khoa	1
	Quản lý	5
	Nhi khoa	1
	Bệnh truyền nhiễm	7
Trình độ học vấn	Tiến sĩ	15
	Thạc sĩ và Bác sĩ	3

Bảng 1. Thông tin nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu

2.2. Khái niệm

Nghiên cứu đưa ra định nghĩa của các bên liên quan về thế nào là chính sách và ai là nhà hoạch định chính sách. Chúng tôi không đưa ra câu hỏi cụ thể những tài liệu nào được coi là chính sách hay ai là nhà hoạch định chính sách. Nhưng khi phân tích số liệu và từ ngữ các bên liên quan sử dụng và cách thức họ thảo luận về những khái niệm này khi tham gia phỏng vấn đã giúp chúng tôi hiểu hơn về quan điểm của họ.

Khái niệm	Định nghĩa
Chính sách	<ul style="list-style-type: none"> - Văn bản quy phạm pháp luật: Luật, nghị định và thông tư - Tài liệu chuyên môn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc và quy trình thao tác chuẩn.
Nhà hoạch định chính sách	<ul style="list-style-type: none"> - Người ký quyết định, hoặc - Người công tác ở các cấp cao (Bộ Y tế), hoặc - Người tham gia và chủ trì quá trình hoạch định chính sách

Bảng 2. Khái niệm về chính sách và nhà hoạch định chính sách

• **Chính sách là gì?**

Trong các cuộc phỏng vấn, khi chúng tôi nhắc tới từ ‘chính sách’, phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu đều khẳng định đây là một khái niệm rất rộng, và yêu cầu chúng tôi xác định chính xác loại chính sách nào chúng tôi muốn thảo luận. Các đối tượng nghiên cứu cho chúng tôi biết có nhiều loại văn bản khác nhau có thể được coi là ‘chính sách’. Các đáp viên có xu hướng tách *văn bản quy phạm pháp luật* như luật, nghị định và thông tư với *tài liệu chuyên môn* như hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc và quy trình thao tác chuẩn. Những ‘*văn bản quy phạm pháp luật*’ này do nhiều bộ ngành cùng xây dựng, không chỉ do Bộ Y tế, nhưng các ‘*tài liệu chuyên môn*’ trong ngành Y phần lớn đều do Bộ Y tế và các viện, bệnh viện trực thuộc xây dựng. Một số đáp viên sử dụng hai cụm từ ‘*văn bản quy phạm pháp luật*’ và ‘*tài liệu chuyên môn*’ thay thế nhau. Tuy nhiên, nhiều đối tượng chỉ có kinh nghiệm thực tế với ‘*tài liệu chuyên môn*’, và trong các cuộc phỏng vấn, chúng tôi cũng tập trung chủ yếu khai thác thông tin liên quan đến loại văn bản chính sách này.

“Nếu mà hướng dẫn chuyên môn thì... em phải phân biệt một chút nhớ. Nói đến chính sách ý, khi mà em đề cập đến chính sách như lúc đầu là cũng bị confused (bối rối) vì chị nghĩ nó sẽ là những văn bản quy phạm pháp luật...” (Chuyên gia cao cấp)

Mặc dù vậy, một số đối tượng đưa ra ý kiến trái chiều về thế nào là ‘*văn bản quy phạm pháp luật*’ và ‘*tài liệu chuyên môn*’. Theo đại diện của một hiệp hội chuyên môn, ‘*tài liệu chuyên môn*’ cũng là ‘*văn bản quy phạm pháp luật*’, trong khi đó, theo một chuyên gia cao cấp thì ‘*tài liệu chuyên môn*’ thiên nhiều về kỹ thuật hơn, không phải là ‘*văn bản quy phạm pháp luật*’.

“... Về nguyên tắc thì các hướng dẫn tham khảo là do các chuyên gia tự hướng dẫn, tự thảo luận. Còn khi Bộ Y tế đã ban hành quyết định của Bộ Y tế thì đấy là văn bản pháp quy. Cho nên đây là lệnh của Bộ Y tế, của chính phủ Việt Nam phải thực hiện những quy cách này...” (Lãnh đạo đơn vị)

“Còn hướng dẫn chuyên môn thì nó hơi khác một tý, nó không mang tính quy phạm mạnh như là những văn bản kia đâu mà nó sẽ mang nặng cái tính kỹ thuật. Vì nó gọi là hướng dẫn mà, không hẳn là bắt buộc nhưng mà là khuyến khích cũng như là chỉ ra cho người ta có thể làm theo những cái đấy.” (Chuyên viên cao cấp)

• **Ai là nhà hoạch định chính sách?**

Năm trong số các đối tượng tham gia nhận thức rõ về vai trò là nhà hoạch định chính sách của họ.

“Đối với tất cả các hướng dẫn [...] đều do tôi làm chủ tịch hội đồng.” (Lãnh đạo đơn vị)

Tuy nhiên, đáng chú ý là một số đối tượng tham gia (n = 9) không nhận họ là nhà hoạch định chính sách mặc dù rõ ràng họ đã từng tham gia xây dựng chính sách. Họ là người xây dựng các quy trình nhưng họ nghĩ nhà hoạch định chính sách là những người họ cần phải nộp quy trình đó lên hoặc là người phê duyệt.

“... Các nhà hoạch định chính sách mà với những quy trình xây dựng lên thì hầu như là họ rất là tin tưởng. Họ không có quá gì gọi là... họ không sửa...” (Lãnh đạo đơn vị)

Các đối tượng tham gia làm việc ở các viện, bệnh viện đã định nghĩa nhà hoạch định chính sách là những người ký quyết định, hoặc là người làm việc ở cấp cao hơn, cụ thể là ở cấp bộ.

“Ông đưa vấn đề thì ông phải kèm luôn với lời giải để người ta xem là ah lời giải của ông như thế có được không. Ông lại cầm lên xong bảo anh ơi anh xem anh ký cho em cái này, vấn đề này giải quyết như nào.... Và cái người hoạch định chính sách là người ta chỉ có mỗi cái người ta đặt bút ký vào thôi...” (Lãnh đạo khoa)

2.3. Thành công của Việt Nam trong hoạch định chính sách



Hình 11. Thành công của Việt Nam trong hoạch định chính sách

Chín trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng nói trong hoạch định chính sách. Họ **ý thức tốt hơn về điểm mạnh và điểm yếu của quy trình xây dựng chính sách, tình hình sử dụng bằng chứng tốt hơn, khuyến khích sự tham gia của các nhà khoa học trong xây dựng chính sách, và quá trình xây dựng chính sách đã được đẩy nhanh hơn.**

“Nói chung trong vòng vài ngày là có cái hướng dẫn của Bộ Y tế rồi. Và cái hướng dẫn đó có giá trị là vì sao? Vì nó lấy ý kiến của các nhà khoa học chuyên trong lĩnh vực đó chứ không phải là tự mấy anh ngồi copy đâu đó rồi chế ra.” (Lãnh đạo đơn vị)

Các đáp viên cũng nhận định rằng Việt Nam cũng **tiếp cận được với các thông tin cập nhật** giống như các nước khác trên thế giới, **ngiên cứu được triển khai tốt hơn** và **kết quả nghiên cứu được áp dụng** trong thực hành điều trị của Việt Nam.

“Thật ra nói thì là... thông thường bây giờ ý, những cái phương pháp chẩn đoán cho [...] hiện tại bây giờ, nó tương đối là giống nhau và cái sự cập nhật của Việt Nam thì nó cũng ngang tầm với cả thế giới rồi.” (Lãnh đạo đơn vị)

“Thật ra, tại các trường, các viện, các thầy cũng làm nhiều đề tài, nhiều công trình nghiên cứu khoa học. Và các thầy cũng làm nhiều, cũng đưa nhiều vào trong thực tế áp dụng. Anh lấy một ví dụ về những tiến bộ của Việt Nam. Ví dụ như trong bệnh chân tay miệngⁱ, Việt Nam dường như đã đi trước thế giới. Bệnh viện [...] đã áp dụng lọc máu cho các bệnh nhân chân tay miệng nặng và đã thành công. Trong điều trị sốt xuất huyết cũng vậy, không có khuyến cáo nào để cập đến việc sử dụng dung dịch cao phân tử trong điều trị shock xuất huyết nhưng Việt Nam vẫn dùng và đã cứu được nhiều bệnh nhân.” (Lãnh đạo đơn vị)

Bốn đối tượng tham gia nghiên cứu đã chỉ ra rằng quy trình hoạch định chính sách ở Việt Nam đã **tiến bộ nhiều và nhanh** hơn so với trước đây.

“Thì trong thời gian gần đây mình thấy rõ ràng có sự khác biệt với lại khoảng 10 năm về trước. Tức là 10 năm về trước nhiều khi là bệnh nó tràn lan nhưng mà đợt ra được một cái hướng dẫn, Bộ Y tế rất chậm, nhưng mà gần đây thì cái phản ứng của Bộ rất nhanh.... Như cái gần đây là cái pate Minh Chayⁱⁱ đó em. Việt Nam mình từ đó đến giờ chắc chắn là bệnh này quá hiếm thành ra là không có cái hướng dẫn điều trị nhiễm botulinum, nhiễm độc tố botulinum thì khi mà xuất hiện 1 loạt các ca như vậy thì trong vòng chưa đầy 1 tuần lễ, Bộ Y tế cũng ra tạm một cái hướng dẫn...” (Lãnh đạo khoa)

Một đối tượng tham gia khác khẳng định trong quá khứ, các nhà hoạch định chính sách thường lựa chọn bằng chứng dựa trên quan điểm của họ – tìm kiếm bằng chứng theo đúng chiến lược mà họ muốn – trong khi đó, phương pháp hiện nay đã khách quan hơn. Các bên liên quan khi xây dựng chính sách cần tổng quan tài liệu và chuẩn bị tài liệu. Các thành viên hội đồng có quyền hỏi nguồn bằng chứng họ sử dụng, đặc biệt là khi họ có ý kiến bất đồng với người biên soạn. Và nếu họ không đưa ra được tài liệu tham khảo, ý kiến đó sẽ bị bác bỏ.

“Về cơ bản là chị thấy nó khác hẳn với việc đồng thuận ngày xưa. Ngày xưa nói thật là [...] mời chuyên gia sâu và hoàn toàn là đồng thuận chuyên gia. Và đồng thuận chuyên gia cũng hoàn toàn dựa trên kiến thức của chuyên gia đấy thôi, quan điểm, cái view (cái nhìn) của chuyên gia đấy chứ không phải đồng thuận chuyên gia trên cơ sở có chuẩn bị tài liệu. Nhưng mà đến bây giờ xây dựng những danh mục đấy là trên nền, kể cả có những cái như chị nói là không phải cái nào cũng có nghiên cứu được báo cáo được nọ kia nhưng mà anh chuẩn bị tài liệu và anh đồng thuận dựa trên cơ sở tài liệu đấy. Nếu anh không đồng ý thì anh cũng phải chỉ ra là trên cái tài liệu đấy bản thân tôi tôi có những thông tin nào khác. Một số bác cũng giáo sư đấy nhưng mà lúc mà đưa ra ý kiến cá nhân ý nhưng mà bọn chị mất công chuẩn bị tài liệu rồi thì bọn chị vẫn có quyền hỏi là cái phần này thì thầy lấy thông tin ở đâu và thầy không đưa ra được là ý kiến của thầy cũng không được chấp thuận. Chứ không phải như ngày xưa, ngày xưa chị cứ cười và bảo nhìn thành phần một cái là biết ngay là cái danh mục bảo hiểm đấy thuốc nào sẽ được vào thuốc nào sẽ không được vào bởi vì cái đội nào to ý sẽ được bởi vì thuốc nào chả cần nhưng bởi vì tiền nó hạn hẹp nên là anh quyết vào quyết ra thì phải thế. Và anh nào nói to thì là vào thôi chứ không có phần chuẩn bị.” (Lãnh đạo khoa)

Phần lớn các cuộc phỏng vấn được thực hiện trong giai đoạn tháng 5 và tháng 6 năm 2020, giữa các làn sóng COVID-19 ở Việt Nam, do đó nhiều đáp viên đã sử dụng COVID-19 làm ví dụ cho quy trình hoạch định chính sách. Các bên liên quan đều cho rằng Việt Nam đã rất thành công trong việc kiểm soát COVID-19 và rằng việc hoạch định chính sách chính là một trong những yếu tố then chốt quyết định thành công này. Các bên liên quan cho rằng các bệnh viện và các viện đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng các khuyến cáo chính sách khẩn cấp – điều này đã chỉ cho thấy vai trò của hệ thống phân quyền quyết định, và lòng tin đối với quy trình hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam.

“Vấn đề ở đây là Bộ Y tế hoàn toàn tin tưởng [chúng tôi] như một hạt nhân trong phòng chống bệnh dịch. Thế nên cho đến khi chúng tôi đưa ra thì Bộ Y tế hoàn toàn thống nhất và khi đã thống nhất đồng bộ như vậy thì tất cả cơ sở đều thực hiện. Và như vậy thì chúng ta đạt được thắng lợi thôi.” (Lãnh đạo đơn vị)

2.4. COVID-19

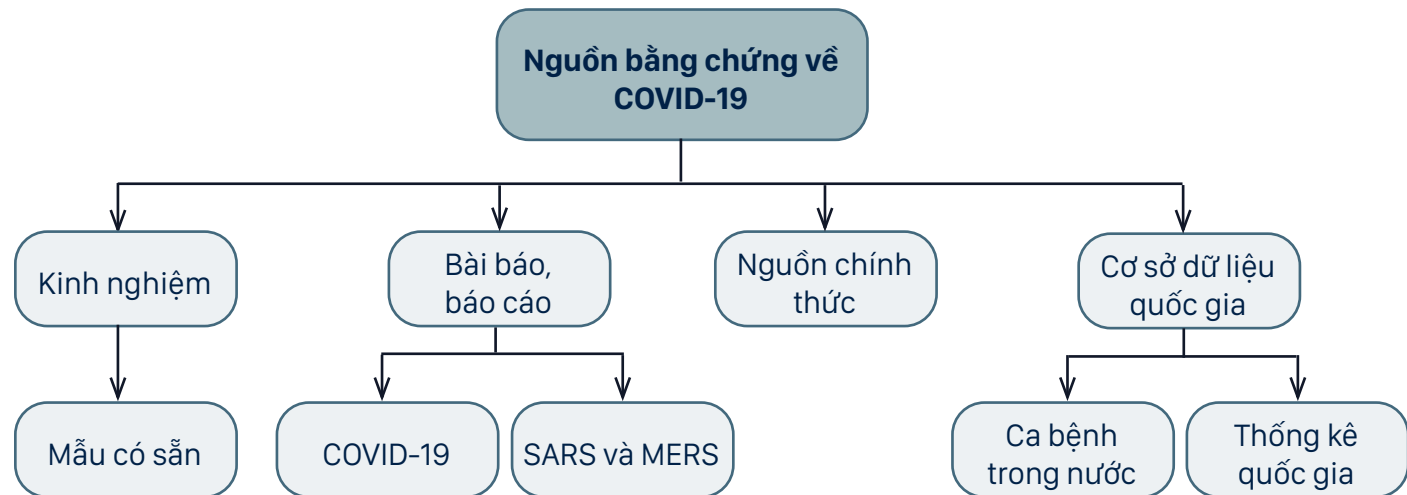
Đại dịch COVID-19 đã thách thức cả thế giới, đặc biệt là ngành Y của tất cả các quốc gia. Việc xây dựng hướng dẫn trong bối cảnh đại dịch cũng là một thách thức không nhỏ đối với các nhà hoạch định chính sách ở Việt Nam. Những hành động về chính sách đầu tiên, bao gồm cả việc xây dựng phác đồ điều trị, được thực hiện trước khi Việt Nam có ca bệnh đầu tiên. Vì thế, tại thời điểm đó, các nhà hoạch định chính sách chưa thể tiếp cận trực tiếp với các bằng chứng, không có công cụ chẩn đoán và vì là một bệnh mới nên cũng chưa có phác đồ điều trị. Tuy nhiên, với kinh nghiệm phòng chống dịch bệnh trước đó (bao gồm dịch SARS), Việt Nam đã xây dựng quy trình xét nghiệm, hướng dẫn giám sát, và hướng dẫn chẩn đoán từ rất sớm. Kinh nghiệm của các Bác sĩ lâm sàng, cán bộ xét nghiệm và cán bộ dự phòng, cũng như kinh nghiệm của Bộ Y tế trong xử lý các vấn đề y tế công cộng khẩn cấp như SARS, và cúm cũng được coi là một nguồn thông tin có thể sử dụng để xây dựng các hướng dẫn liên quan đến COVID-19.

“Việt Nam còn đưa ra hướng dẫn trước khi WHO có hướng dẫn” (Lãnh đạo đơn vị)

ⁱ “Bệnh chân, tay, miệng là một bệnh truyền nhiễm phổ biến ở trẻ em, nhưng cũng có thể xuất hiện ở thanh thiếu niên, và có thể ở người lớn. Phần lớn, bệnh nhẹ và tự khỏi, với các triệu chứng phổ biến là sốt, vết loét đau trong miệng, và mụn nước trên bàn tay, bàn chân và miệng. Tuy nhiên, một số triệu chứng nặng hơn như viêm não, viêm màng não và tê liệt giống như bại liệt có thể xảy ra.”⁷⁷

ⁱⁱ Trường hợp Pate Minh Chay: một chuỗi các bệnh nhân nhiễm độc botulism sau khi ăn pátê do công ty Minh Chay sản xuất.

“Bằng chứng khoa học về cái bệnh đó thì chưa có nhiều. Nhưng mà những cái bằng chứng mà để phục vụ cho công tác chống dịch một bệnh mới nổi, một bệnh mà đặt ra là COVID nó là một cái bệnh nguy hiểm mới nổi thì mình lại có. Đúng không ạ? Không phải là cái bằng chứng về cái bệnh đó nhưng có bằng chứng của những cái bệnh tương tự. Cái đó thì mình có bởi vì mình có rất nhiều những cái củng cố cái hệ thống phòng chống bệnh truyền nhiễm, rồi các cái nghiên cứu về bệnh truyền nhiễm, rồi ... không phải tự nhiên mà anh xét nghiệm phân lập được. Đấy ví dụ ngày xưa anh phân lập được SARS, không phải là bằng chứng là gì. Anh chống dịch được, anh đã chống dịch nọ dịch kia rồi, từ SARS từ H7N9, rồi từ nọ từ kia rồi thì anh cứ thế anh áp dụng vào chứ.” (Lãnh đạo đơn vị)



Hình 12. Nguồn bằng chứng về COVID-19

Sau khi đại dịch xảy ra được một thời gian, Việt Nam có ca COVID-19 đầu tiên được báo cáo, các bên liên quan ở Việt Nam cũng tìm đọc các hướng dẫn của WHO, hoặc các hướng dẫn do các hiệp hội chuyên môn hoặc của chính phủ các nước khác. Những nguồn này đều được coi là nguồn bằng chứng chính thống và được sử dụng rộng rãi trong xây dựng hoặc sửa đổi hướng dẫn của Việt Nam về COVID-19. Một nguồn bằng chứng khác là từ các nghiên cứu và công bố khoa học về COVID-19 và cả về SARS và MERS (xem Hình 12).

“Tôi lấy ví dụ như về COVID này khi nói đến cái COVID nặng, nhẹ thì không nói làm gì, chủ yếu là cái vấn đề bệnh nặng thì Hiệp hội Hồi sức Cấp cứu của quốc tế, của Châu Âu và Bắc Mỹ người ta đưa ra một cái khuyến cáo và trên cái khuyến cáo đấy, người ta cũng dựa trên các bằng chứng của các nghiên cứu, các thử nghiệm lâm sàng và người ta đưa ra mức độ khuyến cáo dựa trên mức độ bằng chứng. Đấy cũng là một cái mà chúng tôi sẽ tham khảo để đưa vào.” (Lãnh đạo khoa)

Thông tin từ các ca bệnh trong nước cũng được sử dụng để cập nhật các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.

“Đối với các dịch bệnh về sau ở Việt Nam, đại dịch COVID này, trên thực tế, sau này có một số ca ở thành phố Hồ Chí Minh, do đó chúng tôi đã sử dụng thông tin từ những ca bệnh này để thay đổi hướng dẫn.” (Lãnh đạo khoa)

Các bên liên quan sử dụng số liệu từ nhiều nguồn khác nhau để phục vụ cho quá trình hoạch định chính sách phòng, chống COVID-19. Đáng chú ý, một đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng họ đã được đặc biệt cấp quyền truy cập với một số bộ số liệu cụ thể để có thể đánh giá nguy cơ và đưa ra các chính sách ứng phó với đại dịch. Khi Chính phủ có quy định nhiệm vụ, quyền hạn và trách nhiệm cụ thể của từng thành viên hội đồng và các tiểu ban, việc này hoàn toàn có thể thực hiện được. Đây cũng là một ví dụ về những nỗ lực đa ngành trong huy động số liệu và bằng chứng phục vụ cho việc ra quyết định ứng phó nhanh với đại dịch.

“... Ví dụ như ngay đơn giản nhất là cái số liệu dân số chẳng hạn thì Tổng cục Dân số giữ. Đúng không? Cho đến giờ phút này mỗi lần xin rất là khó thì trong cái đợt COVID này là lần đầu tiên mình tiếp cận được với số liệu đấy. Và chính là nhờ COVID mới tiếp cận được. Rồi cái số liệu liên quan đến số liệu về di chuyển chẳng hạn, thì cái số liệu đấy bên viễn thông hoàn toàn có. Mình không cần số điện thoại, mình chỉ cần biết là người ta di chuyển như thế nào thôi để mình xem cái nguy cơ của các vùng nó như thế nào và nguy cơ chuyển dịch từ vùng này sang vùng khác như thế nào. Không tiếp cận được. Thì cũng nhờ cái vụ dịch này mới tiếp cận được với số liệu đấy...” (Lãnh đạo khoa)

Khi xây dựng chính sách, các bên liên quan đều dựa khá nhiều vào các hướng dẫn, quy trình thao tác chuẩn (SOPs), và khuyến cáo từ các tổ chức quốc tế như WHO hoặc CDC Hoa Kỳ. Tuy nhiên, cũng có yêu cầu rằng SOPs của các tổ chức quốc tế cần phải được thử nghiệm trước khi triển khai trên toàn quốc.

Q: Đấy cái COVID vừa rồi là một vấn đề mặc dù cái COVID vừa rồi thì quy trình nó đã có từ trước khi mà Việt Nam có ca bệnh đầu tiên.

Q: Đấy ạ. Cô có nói với cháu là khi mà áp dụng các quy trình của WHO với CDC thì bao giờ mình cũng thử trên mẫu của mình.

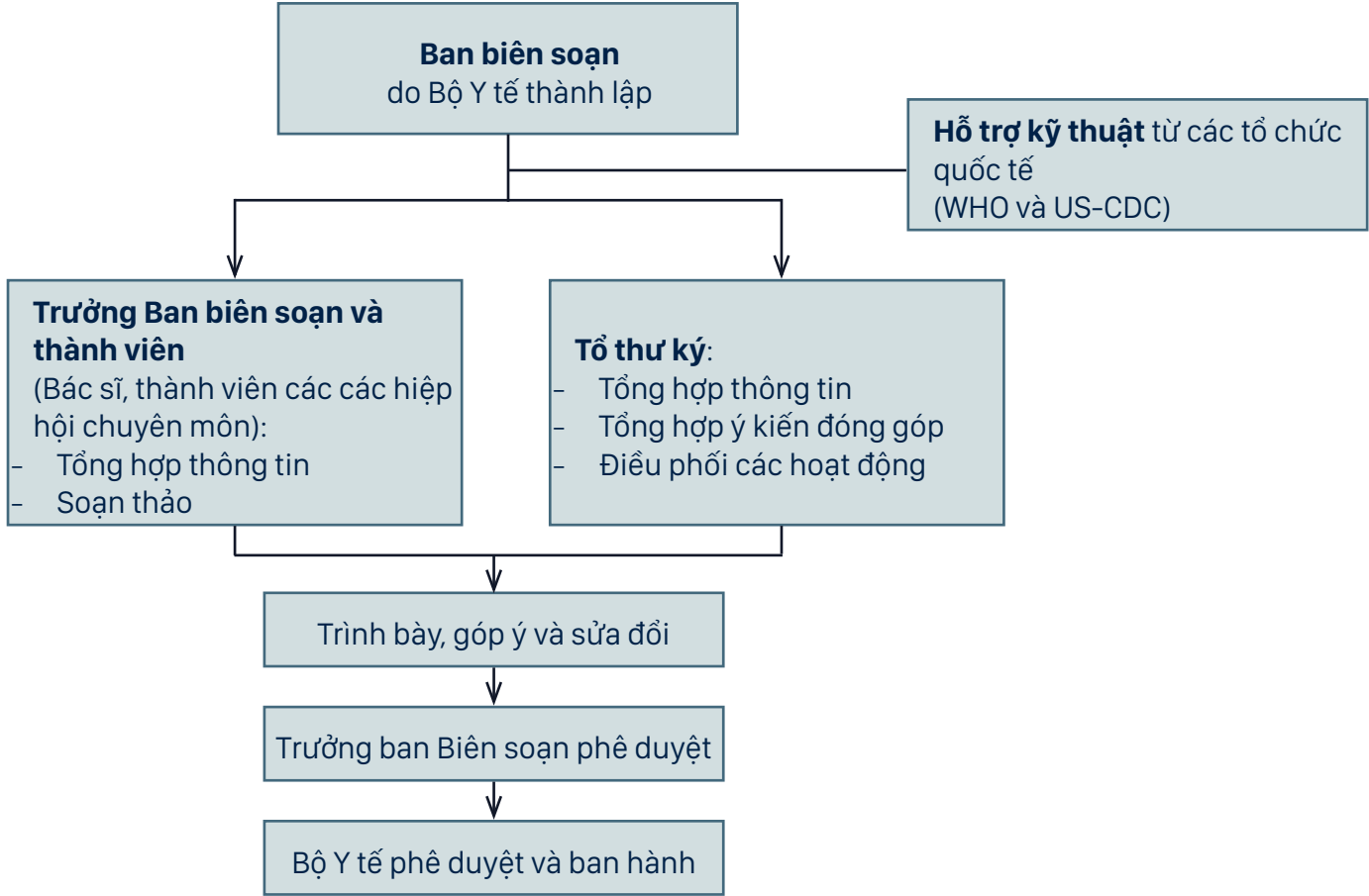
A: Đúng rồi.

Q: Thế với những cái bệnh mới thì mình làm như thế nào hả cô?

A: Đấy, với những cái bệnh mới chẳng hạn, ví dụ như cái COVID vừa rồi là mình rất là may vì mình đã có cái ... mình đã có cái chứng SARS từ cái thời xa xưa thì mình lòi ra. Thế nhưng mà còn những cái mới khác mà mình không có thì đánh giá của mình lại là đánh giá trên cái... đầu tiên chưa biết là đánh giá độ nhạy như thế nào nhưng mà đánh giá độ đặc hiệu xem nó có cross-activity với tất cả những cái loại khác không đã. Nếu mà nó không có thì thôi cũng là yên tâm, tức là nó có chạy, mình âm thôi.” (Lãnh đạo đơn vị)

Điều này cho thấy các nguồn tài liệu từ quốc tế rất đáng giá, nhưng bối cảnh cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình hoạch định chính sách ở Việt Nam. Tuy nhiên, quy trình cũng khá linh hoạt, theo ví dụ về việc sử dụng mẫu SARS để kiểm tra SOPs cho COVID-19 trước khi có mẫu SARS-CoV-2.

Quy trình xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 (xem Hình 13) được phát triển dựa trên mô tả của các đối tượng tham gia nghiên cứu. Nhìn chung, theo các bên liên quan, Bộ Y tế đóng vai trò là cơ quan đầu mối cho quy trình xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị – một loại ‘tài liệu chuyên môn’. Họ xây dựng chương trình, thành lập ban biên soạn, và lựa chọn những thành viên/tổ chức/cá nhân cụ thể để mời tham gia. Nhưng Bộ Y tế không trực tiếp biên soạn chính sách – đây là trách nhiệm của ban biên soạn sau khi được thành lập. Vai trò của Bộ Y tế, sau đó, là phê duyệt hướng dẫn, và đảm bảo những hướng dẫn đó sẽ được thực hiện. Tuy nhiên, trách nhiệm xây dựng hướng dẫn thuộc về các viện/bệnh viện/tổ chức/chuyên gia trong ban biên soạn. Trưởng ban biên soạn phải phê duyệt tài liệu trước khi nộp lên xin Bộ Y tế phê duyệt và ban hành. Cơ cấu của ban biên soạn gồm có Trưởng ban là Chủ tịch Hội Truyền nhiễm Việt Nam, các thành viên ban biên soạn đến từ các bệnh viện, Hội Truyền nhiễm Việt Nam và Hội Hồi sức Tích cực, và Ban thư ký từ Bộ Y tế, đại diện các bệnh viện trọng điểm như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương. WHO và CDC Hoa Kỳ đóng vai trò hỗ trợ kỹ thuật cho cả quá trình xây dựng hướng dẫn.



Hình 13. Quy trình xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19

Các bên liên quan đã mô tả quá trình và sự tham gia của họ trong quá trình cũng giống như khi tham gia xây dựng hướng dẫn cho các bệnh khác. Và – đối với COVID-19 – quy trình tương tự cũng được áp dụng. Điểm đáng chú ý ở đây là bởi vì họ đã có sẵn một quy trình chung, nên họ có thể trực tiếp (và có thể đẩy nhanh tiến độ) tái khởi động ban biên soạn này, và xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19.

Riêng đối với công tác ứng phó với đại dịch COVID-19 của OUCRU, các bên liên quan cũng đã khuyến cáo rằng với thế mạnh của OUCRU trong xét nghiệm và nghiên cứu, OUCRU nên tập trung triển khai các nghiên cứu **huyết thanh học**, cung cấp cho Bộ Y tế các **định nghĩa ca bệnh, thông tin liên quan đến hướng dẫn chẩn đoán điều trị, và vắc-xin**.

“Tôi sẽ đề xuất nghiên cứu huyết thanh học được thiết kế cẩn thận để phòng trường hợp có một làn sóng khác trong tương lai thì những nghiên cứu huyết thanh học này sẽ có thể cung cấp thông tin đáng tin cậy... Hãy tranh thủ khoảng thời gian dịch bệnh tạm lắng này để thiết kế các nghiên cứu có chất lượng, để khi có làn sóng khác tới, chúng ta có thể triển khai ngay mà không cần mất thời gian chuẩn bị và thảo luận.” (Lãnh đạo đơn vị)

“... Ví dụ OUCRU thì có thể liên quan đến phòng chống bệnh truyền nhiễm, chuyên môn kỹ thuật thì có thể là chúng tôi sẽ đề nghị cung cấp những thông tin liên quan đến COVID. Những nghiên cứu COVID như thế nào, vắc xin như thế nào, ví dụ như vậy, hoặc là điều trị như thế nào, những tiến bộ như thế nào, hoặc những phác đồ của những quốc gia khác chúng tôi có thể tham khảo áp dụng vào đây. Hoặc là những định nghĩa về ca bệnh hoặc định nghĩa về trường hợp giám sát chẳng hạn. Những thông tin về vấn đề chuyên môn sẽ phụ thuộc vào những mảng thế mạnh của các tổ chức quốc tế.” (Lãnh đạo đơn vị)

2.5. Hoạch định chính sách

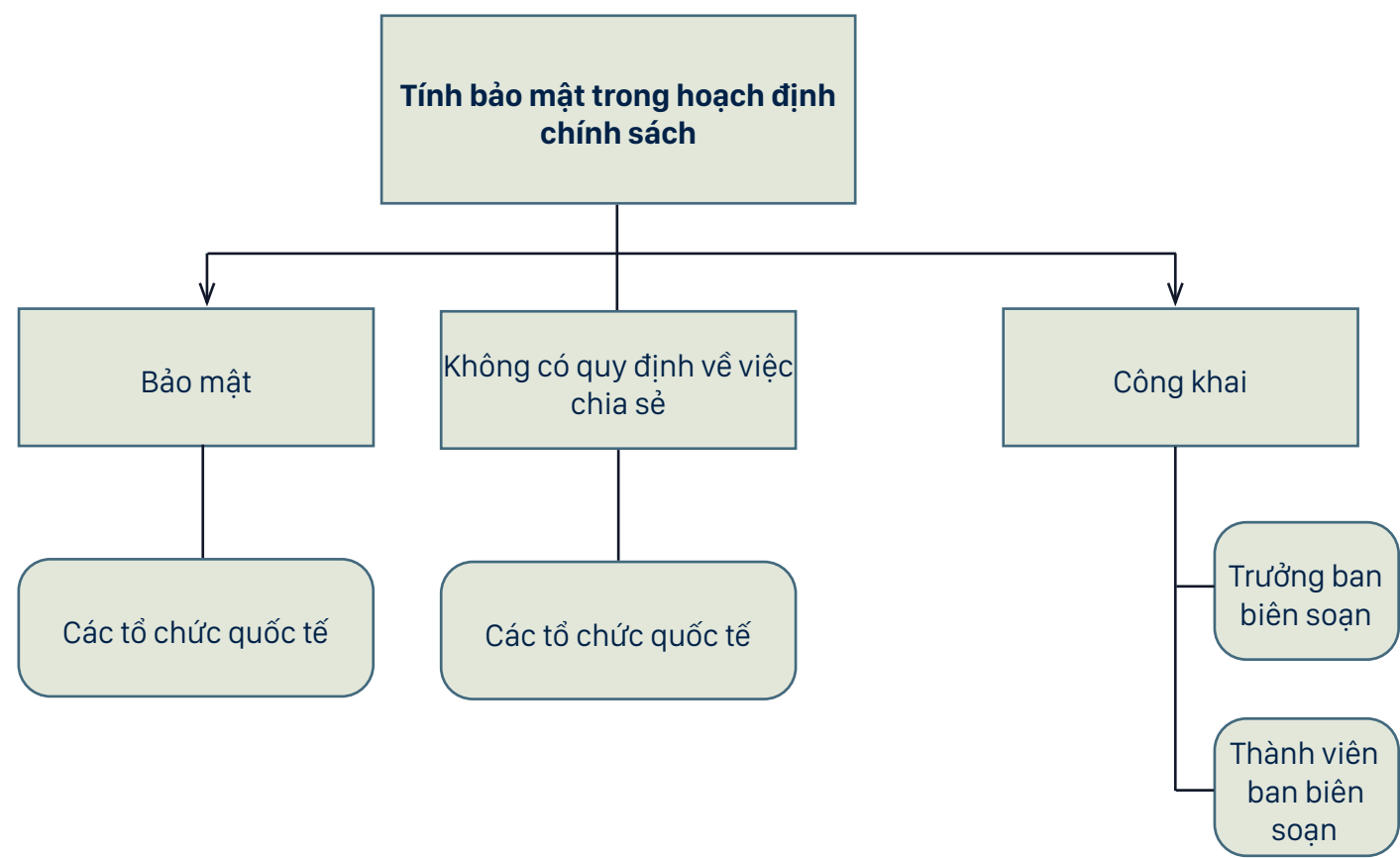
Một trong những mục tiêu của nghiên cứu này là tìm hiểu quá trình hoạch định chính sách và các yếu tố tác động đến quyết định xây dựng chính sách. Từ kết quả phỏng vấn với các bên liên quan, chúng tôi có thể xác định bốn cấu phần chính mà các đối tượng tham gia nghiên cứu xác định là có liên quan đến xây dựng chính sách:

1. Tính bảo mật trong hoạch định chính sách
2. Các yếu tố quyết định trong hoạch định chính sách
3. Điểm yếu trong hoạch định chính sách
4. Vai trò của các bên liên quan và các giai đoạn trong chu trình hoạch định chính sách.

Mỗi cấu phần này sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở dưới đây.

2.5.1. Tính bảo mật trong hoạch định chính sách

Chúng tôi nhận thấy các đối tượng tham gia nghiên cứu có ý kiến khác nhau về tính bảo mật của quy trình hoạch định chính sách cũng như chương trình hoạch định chính sách mà họ tham gia. Ý kiến của các chuyên gia quốc tế và chuyên gia trong nước về vấn đề này hoàn toàn khác nhau, theo mô tả trong **Hình 14** dưới đây.



Hình 14. Tính bảo mật và chia sẻ trong hoạch định chính sách

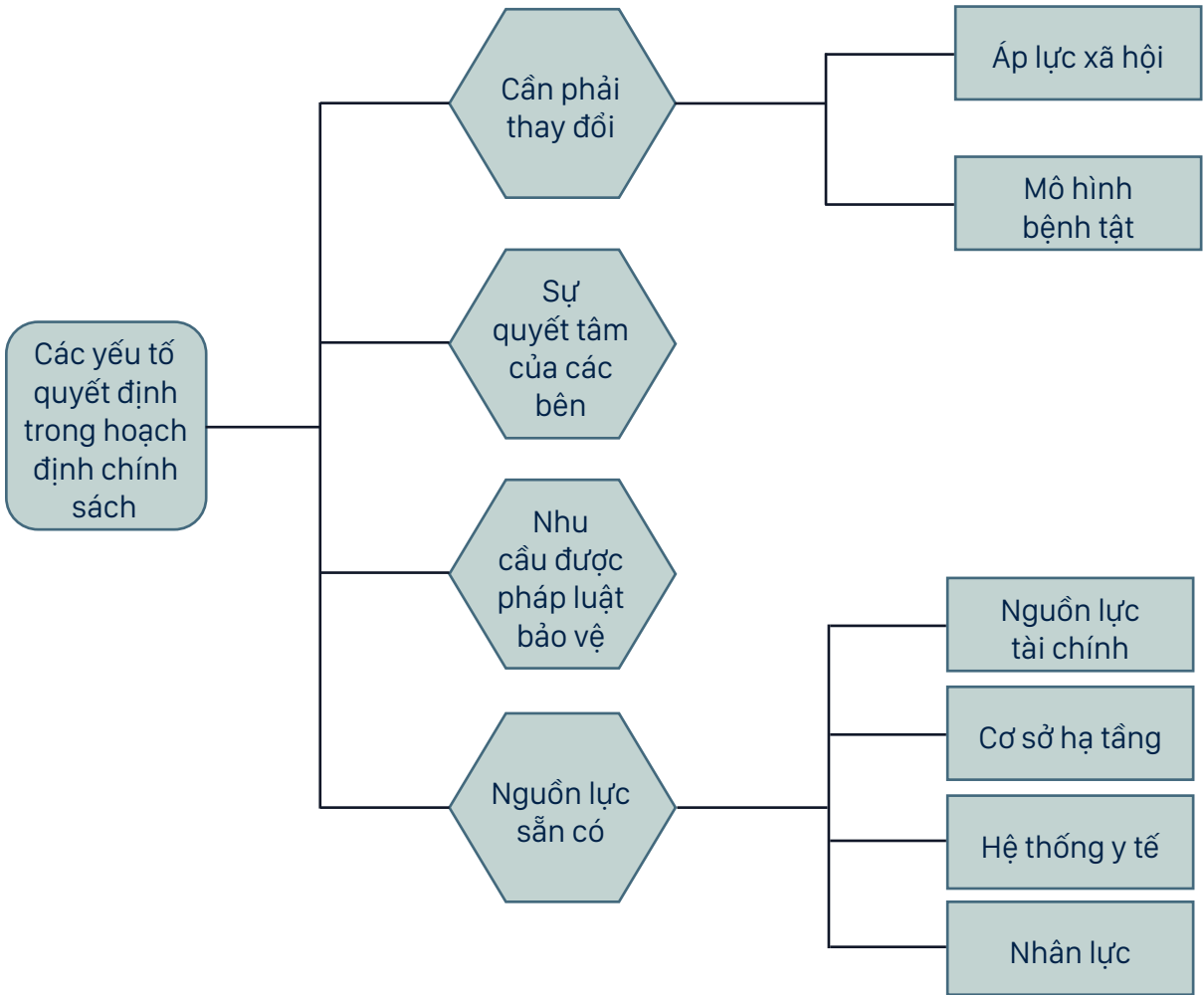
Cán bộ ở các tổ chức quốc tế dường như ít chia sẻ thông tin về quá trình xây dựng chính sách mặc dù không ai yêu cầu họ phải giữ bí mật về quá trình hay các bản thảo chính sách.

“Tuy nhiên, chúng tôi cũng cần... cũng cần biết bởi vì đôi khi hướng dẫn có những thông tin cần giữ bí mật. Có thể không có quy định nào về điều này, nhưng có nhiều thông tin chúng tôi có thể biết nhưng người khác thì không.” (Chuyên viên cao cấp)

Trong khi đó, các cán bộ đóng vai trò là Trưởng ban biên soạn hoặc thành viên ban biên soạn đều khẳng định không có gì bí mật cả, tất cả quá trình đều công khai và họ đã chia sẻ bản thảo với cộng sự ở các viện khác hoặc các tổ chức quốc tế để xin ý kiến đóng góp và xin thêm tài liệu tham khảo, hoặc tài liệu hỗ trợ có liên quan.

“Có, hoàn toàn công khai mà, mình cứ chia sẻ làm sao mà xây dựng được một bản thảo hoàn hảo nhất, toàn diện nhất thì mình cứ chia sẻ thôi. Bởi vì đây nó là một cái rất là mở và mục đích cuối cùng là làm sao để nó chính xác nhất, để đưa ra, để có một cái hướng dẫn tốt nhất thôi. Những cái đấy thì không bị cấm.” (Lãnh đạo khoa)

2.5.2. Các yếu tố quyết định trong hoạch định chính sách



Hình 15. Các yếu tố quyết định trong hoạch định chính sách

Yếu tố quyết định là yếu tố góp phần thúc đẩy việc đưa ra quyết định xây dựng hoặc sửa đổi một chính sách. Các bên liên quan đã xác định một số yếu tố góp phần thúc đẩy xây dựng chính sách (xem Hình 15). Tất cả đối tượng nghiên cứu khẳng định rằng quy trình xây dựng ‘tài liệu chuyên môn’ phụ thuộc nhiều vào tình hình thực tế trong nước: Ví dụ như khi có một vấn đề **nổi cộm**, hoặc khi một vấn đề nào đó nhận được nhiều **sự quan tâm của cộng đồng**. Khi một vấn đề nào đó được xác định là cần phải có chính sách mới hoặc cần phải sửa đổi chính sách hiện hành, các nhà hoạch định chính sách sẽ khởi động quy trình thay đổi chính sách. Ý kiến của các đáp viên đã góp phần xác định rằng: Không riêng lãnh đạo mà cả cán bộ y tế, giảng viên, Bác sĩ.v.v... đều đóng vai trò trong hoạch định chính sách. Một yếu tố quyết định hay được nhắc đến là **nhu cầu được pháp luật bảo vệ của cán bộ y tế**. Việc này có thể thực hiện được nếu có các hướng dẫn cụ thể khi xác định được nguy cơ, và có thể sẽ khởi động quy trình xây dựng chính sách. Ví dụ, trong đại dịch COVID-19, y tế dự phòng đóng vai trò rất quan trọng; tuy nhiên, ở Việt Nam, chưa có chính sách nào bảo vệ hoặc hỗ trợ cán bộ y tế dự phòng. Do đó, họ đã nghĩ đến việc xây dựng một chính sách mới về vấn đề này. Xây dựng bất kỳ chính sách nào cũng phụ thuộc vào các **nguồn lực sẵn có** ở Việt Nam; do đó, các nguồn lực tài chính, cơ sở hạ tầng, hệ thống y tế, nhân lực, mô hình bệnh tật, v.v đều được xác định là các yếu tố quyết định quan trọng trong xây dựng chính sách.

“Thế sau đó là chúng tôi sẽ xây dựng dựa trên thực tế ở Việt Nam cũng như cái kinh nghiệm cũng như những cái đặc điểm đặc thù về những cái mô hình, rồi bệnh tật rồi khả năng ứng phó, rồi cơ sở vật chất, rồi cập nhật thêm các cái tài liệu, v.v...” (Lãnh đạo khoa)

2.5.3. Điểm yếu trong hoạch định chính sách

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đã xác định một số mặt hạn chế trong quy trình hoạch định chính sách như các **hạn chế về mặt thời gian và tài chính**. Trong bối cảnh đại dịch như COVID-19, **tình hình khẩn cấp**, và vì thế áp lực về mặt thời gian, là vấn đề nổi cộm. Đối với các bệnh mới nổi, **tình trạng thiếu thông tin** là một thách thức khác cần khắc phục. Một khó khăn nữa đối với các nhà hoạch định chính sách là việc thiếu **quy trình chuẩn áp dụng bằng chứng trong chính sách** và trong xây dựng chính sách.

“... trong trường hợp khẩn cấp, như COVID-19 chẳng hạn, họ phải làm việc 24/7 và đưa ra quyết định hàng ngày.” (Chuyên gia cao cấp)
“... khi người ta đưa ra một khuyến cáo thì người ta tập hợp 1 panel gồm rất nhiều các chuyên gia trong lĩnh vực đấy. Người ta tìm tài liệu, rồi người ta phân tích rồi người ta tổng hợp rồi người ta đưa ra các bằng chứng. Chính vì thế nên mình còn thiếu ở đoạn đấy, có làm nhưng mà thực ra nó chưa ra một cái quy chuẩn.” (Lãnh đạo khoa)

Sáu đáp viên trong nghiên cứu đã liệt kê các điểm yếu xuất phát từ các yếu tố chủ quan: Ví dụ, **con người không muốn thay đổi**, hoặc **ý kiến cá nhân của trưởng ban biên soạn ảnh hưởng tới các quyết định**. Tính đồng thuận cũng được coi là một yếu tố quan trọng, tuy nhiên đây cũng là một lỗi hổng khác cần được khắc phục do khi có nhiều ý kiến trái chiều về một vấn đề thì cần phải có thời gian để giải quyết, và do đó sẽ làm chậm cả quá trình.

“... Thế do vậy là bao giờ bất kỳ một thay đổi nào, có minh chứng khoa học rõ ràng nhưng không hề dễ, bao giờ cũng gặp lực cản. Đối mới mà không gặp lực cản mới lạ, chứ còn đổi mới mà gặp lực cản mà cái lực cản đó là cái sự không muốn đổi mới, ngại đụng chạm. Cái chuyện đấy rất là bình thường, ở đâu cũng thế, nhưng đấy là cái thực tế.” (Lãnh đạo đơn vị)

Một đối tượng tham gia nghiên cứu đã đề cập đến một vấn đề là các **chính sách đều do các chuyên gia y tế làm việc ở cấp cao xây dựng trong khi chính sách phải được thực hiện ở tất cả các cấp trong cả nước**. Việc này cũng có thể là một thách thức khác bởi vì người làm việc ở tuyến trên không thể nắm vững toàn bộ tình hình ở các cơ sở tuyến dưới.

“Đôi khi mình làm ở bệnh viện lớn mình không thể nào tưởng tượng ra hay không nắm bắt hết được những cái khó khăn của những người làm ở tuyến cơ sở. Điều đó là điều mà chúng tôi thường xuyên lo nhất. Khi mà mình đưa ra một cái hướng dẫn, người ta có làm được không, ở dưới những cái tuyến cơ sở?” (Lãnh đạo khoa)

Khác với nhiều quốc gia trên thế giới, tài liệu chuyên môn đều do các hiệp hội chuyên môn phê duyệt và ban hành, thì ở Việt Nam, **cơ quan phê duyệt các tài liệu chuyên môn trong ngành y là Bộ Y tế - một cơ quan quản lý**.

“Nhưng Bộ Y tế ai là người phê chuẩn mới được chứ? Người mổ là mấy ông này, mấy ông ở bệnh viện mổ chứ sao Bộ lại là người phê chuẩn? Tuy nhiên, quy định nó là như thế.” (Lãnh đạo đơn vị)

Tổ biên soạn chính sách cần phải trình bày các bản thảo và giải thích các bằng chứng họ sử dụng để tiếp tục thảo luận và xin ý kiến đóng góp. Đôi khi, nhóm thư ký không kịp **ghi chép lại tất cả ý kiến đóng góp**, và đây cũng được xác định là một khó khăn khác trong xây dựng chính sách.

“Có những công thức mà khi trình ra thì mấy thầy, các chuyên gia sẽ đưa ra là dựa vào công trình nghiên cứu sau đây, kết quả như thế này nên tôi chọn cái này đưa vào. Lúc đó hội đồng thống nhất. Vấn đề ở chỗ là người ghi biên bản thì cũng không ghi được đến cái mức độ như vậy, và không có chỗ nào để lưu lại những cái đó hết. Thì ra cái bản final, ra cái guideline ấy thì không thấy gì cả.” (Lãnh đạo đơn vị)

Hai trong số các đáp viên cũng nêu vấn đề tồn tại trong hệ thống văn bản pháp lý là **hệ thống văn bản phức tạp** và **ngôn ngữ khó hiểu** sử dụng trong hệ thống pháp lý và do đó, việc thực hiện các văn bản này sẽ rất khó khăn.

“... Ví dụ như là một nghị định, một thông tư mà đưa ra không ai hiểu gì. Ở Việt Nam luôn luôn có việc như thế này, nghị định, thông tư hay là văn bản quy phạm thường rất khó hiểu. Và phải có văn bản hướng dẫn cho cái đấy. Mà không phải chỉ có 1 lần cho cái đấy mà phải có hướng dẫn, hướng dẫn của hướng dẫn, hướng dẫn của hướng dẫn của hướng dẫn thì cuối cùng là mới hiểu được để làm.” (Lãnh đạo khoa)

Các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng đã đề xuất một số giải pháp để khắc phục những vấn đề này, bao gồm:

- Tìm sự giúp đỡ của các chuyên gia:

“... Nhưng mà trong cái chuyện thay đổi như thế nào thì tụi chị cũng sẽ tìm các nguồn như là WHO, hoặc là ý kiến của các thầy cô. Và mình tôn trọng cái chuyện là lợi ích chung...” (Lãnh đạo đơn vị)

- Xây dựng bộ tiêu chuẩn trong xây dựng chính sách:

“Ý là nó phải có một cái căn cứ tiêu chuẩn gì đấy để anh mới có thể đưa cái này hoặc anh không đưa cái này vào hoặc anh thay đổi cái kia. Thì hiện nay tôi cảm thấy là vấn đề đó chưa được chuẩn chỉ.” (Lãnh đạo khoa)

- Các viện/bệnh viện nên triển khai nghiên cứu trong khả năng của họ:

“Bây giờ bảo ngồi đợi không có tiền không làm cũng không được. Vẫn phải làm.” (Lãnh đạo đơn vị)

- Cơ chế quản lý: Hai trong số các đáp viên cũng nói đến vấn đề về lãnh đạo và đề xuất cần phải tăng cường vai trò lãnh đạo cho những người làm việc ở tuyến dưới trong quy trình xây dựng chính sách, cũng như cần phải có quy trình chuẩn để tuân theo:

“... công việc sẽ rất là hiệu quả nếu các bậc lãnh đạo cấp trên là người trưởng thành từ cơ sở. Đây là một yếu tố thuận lợi vì họ biết công việc. Tuy nhiên là cái đấy không phải lúc nào nó cũng có. Đây là thực tế thôi.” (Lãnh đạo đơn vị)

- Thành lập các nhóm chuyên trách thực hiện các chức năng khác nhau trong quy trình xây dựng chính sách:

“... để mà tránh được những cái khi mà mình làm nó chưa được gọi là chuẩn chỉ như là các hội đồng của ... ví dụ của Tổ chức Y tế Thế giới chẳng hạn, hay là của Hiệp hội nghề nghiệp khi mà người ta đưa ra khuyến cáo, người ta tập hợp 1 panel gồm rất nhiều chuyên gia trong lĩnh vực đấy. Người ta tìm tài liệu, rồi người ta phân tích rồi người ta tổng hợp rồi người ta đưa ra các bằng chứng.” (Lãnh đạo khoa)

Những hạn chế trong hoạch định chính sách và giải pháp đề xuất được tóm tắt trong bảng dưới đây:

Lĩnh vực	Điểm yếu	Đề xuất giải pháp
Tài chính	Hạn chế về mặt tài chính	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng cường sử dụng bằng chứng - Tìm kiếm nguồn hỗ trợ kỹ thuật - Các nhóm chuyên biệt phụ trách từng mảng khác nhau trong quá trình hoạch định chính sách - Cơ chế lãnh đạo - Xây dựng quy trình chuẩn - Viện/bệnh viện triển khai nghiên cứu trong khả năng.
Nhân lực	Ý kiến/quyết định của cá nhân	
	Con người không muốn thay đổi	
	Ý kiến trái chiều	
	Năng lực	
	Các vấn đề về hệ thống	
Tình huống khẩn cấp	Hạn chế về mặt thời gian	
	Áp lực về mặt thời gian	
Quy trình	Thiếu thông tin	
	Cơ quan phê duyệt và ban hành	
Văn bản pháp lý	Không có quy trình chuẩn	
	Hệ thống phức tạp	
	Khó hiểu nên khó thực hiện	

Bảng 3. Hạn chế trong hoạch định chính sách và đề xuất giải pháp

2.5.4. Vai trò và các giai đoạn trong hoạch định chính sách

Mười bảy đáp viên trong nghiên cứu đồng thuận rằng quá trình hoạch định chính sách là một quá trình liên tục với sự tham gia của các bên liên quan (xem **Hình 15**). Trong cuộc phỏng vấn còn lại, chúng tôi không thảo luận về quy trình hoạch định chính sách do đáp viên chỉ hỗ trợ chính phủ triển khai các dự án can thiệp. Dưới cái nhìn của các bên liên quan, có ba nhóm chính đóng vai trò quan trọng nhất trong quy trình xây dựng chính sách: **Chủ tịch hội đồng (trưởng ban) biên soạn**ⁱⁱⁱ, **tổ thư ký**^{iv}, và **tổ biên soạn**^v.

“Thường thì trong một hội đồng, người chấp bút, ông chủ tịch và thư ký hội đồng sẽ đóng vai trò quan trọng nhất.” (Lãnh đạo đơn vị)

Theo các đối tượng tham gia nghiên cứu, ý tưởng xây dựng một chính sách mới hoặc sửa đổi chính sách hiện hành phụ thuộc vào tình hình thực tế trong nước. Về vấn đề này, các đáp viên đã đưa ra các ý kiến khác nhau: một vài người nói rằng ý tưởng đến từ Bộ Y tế, một vài người nói ý tưởng từ dưới đưa lên, một vài người nói tùy theo từng trường hợp cụ thể, hoặc còn phụ thuộc nhiều vào tình hình thực tế, ví dụ như COVID-19, ý tưởng xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 đến từ Bộ Y tế.

“Cái ý tưởng ở đây thì nó phải xuất phát từ Bộ Y tế vì Bộ Y tế là cái cơ quan cao nhất và chịu trách nhiệm về... về sức khỏe của toàn dân Việt Nam, thì người ta thấy cái này là cần thiết và chưa từng có ở Việt Nam thì người ta sẽ phải xây dựng thôi.” (Lãnh đạo khoa)

*“90% các chính sách là xuất phát từ **bottom up [dưới lên]**.” (Lãnh đạo đơn vị)*

“Hầu như là đều có các phác đồ chẩn đoán điều trị của tất cả các chuyên ngành, đều phải có cái quy chuẩn và được chấp thuận của Bộ Y tế thì mới được áp dụng. Cái đó là cái căn cứ cả về vấn đề chuyên môn cũng như là pháp lý. Nhưng mà để mà xây dựng cái đó bắt đầu từ đâu đưa lên thì đương nhiên là với các chuyên ngành thì sẽ là đưa lên. Thế còn để xây dựng những cái mà hướng dẫn như COVID vừa rồi chẳng hạn, nó là cái đáp ứng cho những cái tình huống thì khi đó là yêu cầu của Bộ xuống. Ví dụ như COVID chẳng hạn nó xảy ra trong cả nước, không phải là một bệnh viện nào đưa lên hay là một hiệp hội nào đó đưa lên mà phải là một cơ quan... hiện nay là quản lý của các chính sách liên quan đến vấn đề điều trị như vậy vẫn là thuộc cơ quan quản lý.” (Lãnh đạo khoa)

Đối tượng tham gia nghiên cứu cũng cho chúng tôi biết trước khi quyết định xây dựng một chính sách nào đó, họ cũng thành lập một hội đồng khác để đánh giá xem chính sách nào cần được ưu tiên sửa đổi hoặc xây mới, hoặc họ cần tiến hành phân tích tình hình để đánh giá tính nghiêm trọng của vấn đề đó.

“... Thì khi mà người ta có một vấn đề về sức khỏe mà người ta thấy rằng là đưa vào diện ưu tiên, thế còn đưa vào diện ưu tiên như thế nào thì nó sẽ có các hội đồng khác.” (Lãnh đạo khoa)

“... Đầu tiên cũng phải dựa trên một nghiên cứu khảo sát tùy theo mức độ của nội dung hướng dẫn đấy mà quy mô nghiên cứu nó có thể là lớn hay nhỏ, phương pháp nghiên cứu có thể khác nhau tùy theo cái mức độ của hướng dẫn. Sau đó, sau khi đã có được những bằng chứng khoa học, bây giờ là evidence-base[d], tất cả đều như thế đúng không? Nó cũng theo đúng quy trình đấy thôi. Sau khi có tất cả những tổng hợp đấy rồi, các chuyên viên sẽ làm một bản tổng hợp báo cáo lãnh đạo để các bác ý có kế hoạch phê duyệt xây dựng hướng dẫn này. Sau đó phải trình lên trên lãnh đạo Bộ để đồng ý về mặt chủ trương thì mình sẽ trình hết cả kết quả, mình chứng cho thấy là nó rất cần thiết để giải quyết vấn đề này, phát sinh từ thực tiễn hoặc do nhu cầu của các bên liên quan. Thế sau đó là để giải quyết một vấn đề gì về luật đã quy định mà mình chưa có quy định, ví dụ như thế nhé, thế sau đó lãnh đạo Bộ sẽ phê duyệt chủ trương đấy, đồng thời phê duyệt luôn để thành lập ban soạn thảo của hướng dẫn đấy, văn bản đấy.” (Chuyên gia cao cấp)

Khi yêu cầu nào đó về chính sách được trình lên, cần phải có các đề xuất hướng giải quyết vấn đề, nếu không, yêu cầu đó sẽ bị bỏ qua.

“Ông đưa vấn đề thì ông phải kèm luôn lời giải để người ta xem là ah lời giải của ông như thế có được không. Ông lại cầm lên xong bảo anh ơi anh xem anh ký cho em cái này, vấn đề này giải quyết như nào. Vấn đề này giải quyết như nào thế ý kiến của ông là như nào? Ông không có ý kiến nào thì ông lên đây hỏi tôi làm gì. Đấy nó là như thế.” (Lãnh đạo khoa)

Đầu mối xây dựng các hướng dẫn trong ngành y thường là một vụ/cục cụ thể trong Bộ Y tế, tùy thuộc vào trọng tâm của hướng dẫn đó, ví dụ, với các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, đầu mối thường là Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế; đối với các hướng dẫn về dự phòng, đầu mối là Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế. Cơ quan đầu mối sẽ chịu trách nhiệm quản lý và điều phối toàn bộ quá trình. Và trong một số trường hợp cụ thể, cơ quan đầu mối có thể phân công một viện hoặc bệnh viện chuyên khoa phụ trách. Tùy theo từng trọng tâm của hướng dẫn, cơ quan đầu mối sẽ gửi thư mời đến các đơn vị liên quan như viện, bệnh viện, hiệp hội chuyên môn, sở y tế tỉnh, các cơ quan quản lý có liên quan để mời các chuyên gia tham gia với tư cách thành viên ban biên soạn. Ví dụ, nếu về lĩnh vực y tế dự phòng, các chuyên gia từ NIHE, TIHE, các Viện Pasteur sẽ được mời, và về lĩnh vực bệnh truyền nhiễm, thành viên ban biên soạn sẽ là các chuyên gia từ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Chợ Rẫy, Hội Truyền nhiễm Việt Nam, Hội Hô hấp cấp cứu.

“Lãnh đạo Bộ sẽ phê duyệt luôn quyết định thành lập ban soạn thảo đấy cho nó nhanh. Trong ban soạn thảo đấy phải có các thành phần liên quan, ngoài các thành phần của cơ quan quản lý nhà nước, ở các vụ, cục liên quan thì mình cũng phải mời tất cả các chuyên gia trong lĩnh vực liên quan, tùy thuộc vào mức độ của hướng dẫn đấy.” (Chuyên gia cao cấp)

ⁱⁱⁱ Chủ tịch hội đồng/Trưởng ban biên soạn: Chuyên gia đầu ngành về một lĩnh vực cụ thể đóng vai trò chủ trì các cuộc họp của ban biên soạn và đưa ra quyết định về nội dung của hướng dẫn trước khi nộp lên Bộ Y tế xin phê duyệt và ban hành.

^{iv} Tổ thư ký: Điều phối các hoạt động của Ban biên soạn, tập hợp các ý kiến đóng góp.

^v Tổ biên soạn: Được thành lập từ các thành viên trong Ban biên soạn, chịu trách nhiệm tổng hợp, phân tích và lựa chọn bằng chứng và sau đó, xây dựng chính sách.

Tổ biên soạn được thành lập từ các thành viên của ban biên soạn và được phân công viết từng phần của hướng dẫn. Trước khi bắt đầu xây dựng văn bản, tổ biên soạn cần tổng hợp, phân tích và lựa chọn bằng chứng để sử dụng. Các tổ chức quốc tế, chủ yếu là WHO và CDC Hoa Kỳ, hỗ trợ kỹ thuật cho quá trình xây dựng chính sách.

“Bộ Y tế cũng có những nghị định, những thông tư, và cũng có những hướng dẫn thì tham gia là thành viên trong ban soạn thảo. Kể cả là được phân công những phần việc ví dụ như là tìm tài liệu, cập nhật rồi thì đọc, rồi viết.” (Lãnh đạo khoa)

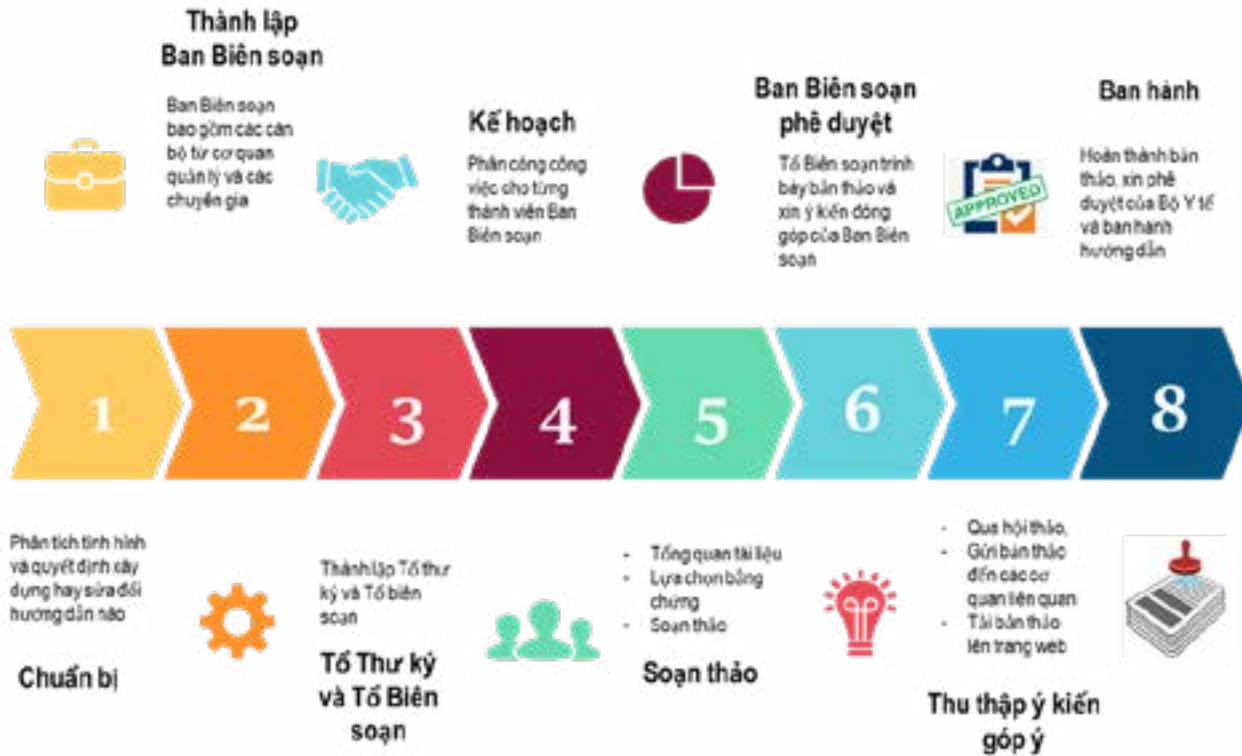
“Và đôi khi, thực tế, chúng tôi không thuộc tổ biên soạn, chúng tôi [...] chỉ ngồi trong các cuộc họp đưa ra ý kiến chuyên môn hoặc ý kiến về khung chính sách, và sau đó khi chúng tôi đồng thuận, chúng tôi sẽ đưa ra nhiều ý kiến đóng góp.” (Chuyên gia cao cấp)

“... Kể cả những chính sách quản lý vĩ mô, ngay kể cả khi chúng tôi tham gia xây dựng các chính sách liên quan đến các tổ chức hỗ trợ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng thì nghiên cứu đầy cũng mời rất nhiều các chuyên gia của các tổ chức quốc tế tham gia vào đấy chứ, trong quá trình hội thảo đóng góp để xây dựng đấy chứ, có phải là chỉ của Việt Nam đâu.” (Lãnh đạo khoa)

Các tỉnh hoặc bệnh viện hoặc các viện phải thực hiện các hướng dẫn sẽ góp ý cho các bản thảo do tổ thư ký gửi đến. **Tổ thư ký** phải thu thập tất cả ý kiến đóng góp cho các văn bản được gửi đi hoặc thông qua các hội thảo. **Chủ tịch hội đồng/Trưởng ban biên soạn** là các chuyên gia đầu ngành trong lĩnh vực liên quan, thường là chủ tịch các hiệp hội chuyên môn như Hội Truyền nhiễm Việt Nam, Hội Hồi sức Cấp cứu, v.v. Với vai trò là Trưởng ban biên soạn, họ phải chịu trách nhiệm với bản thảo cuối cùng để nộp lên Bộ Y tế xin phê duyệt, ra quyết định và ban hành.

“Sau khi quyết định xây dựng hoặc sửa đổi một chính sách nào đó, sẽ tiến hành phân công nhiệm vụ đầu mối cho các đơn vị, thường là giao cho cục. Sau đó sẽ thành lập tổ biên soạn chịu trách nhiệm tìm tài liệu, đánh giá tình hình và xây dựng dự thảo. Tùy theo chủ đề để lựa chọn các thành viên của tổ biên soạn. Sau khi tổ biên soạn xây dựng dự thảo, dự thảo sẽ được gửi tới xin ý kiến của Ban soạn thảo. Sau khi có ý kiến của Ban soạn thảo, tổ biên soạn lại sửa đổi. Sau đó sẽ tổ chức các hội thảo để lấy ý kiến của các chuyên gia. Bản dự thảo cũng sẽ được gửi đi tới tất cả các cơ sở để xin ý kiến của các cơ sở. Sau đó dự thảo cũng sẽ được đăng trên trang web của Bộ Y tế và chính phủ để xin ý kiến. Tất cả quy trình đều được thực hiện theo Luật, theo quy định xây dựng một văn bản quy phạm pháp luật.” (Lãnh đạo đơn vị)

Quy trình xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam có thể được tóm tắt và thể hiện trong **Hình 16**.



Hình 16. Quy trình hoạch định chính sách

2.6. Các vấn đề về sử dụng bằng chứng

Cũng giống như kết quả tổng quan tài liệu, chúng tôi thấy chính sách ở Việt Nam có thể dựa trên bằng chứng, và trong số 18 đối tượng tham gia nghiên cứu, 17 người khẳng định rằng tất cả chính sách đều được xây dựng dựa trên bằng chứng. Điều này cho thấy ở Việt Nam, giá trị của bằng chứng đã được công nhận và việc đưa ra quyết định dựa vào bằng chứng đã được chú ý hơn, và bằng chứng đã trở thành một cấu phần chính trong khung khái niệm về xây dựng chính sách. Trong khi đó, chỉ một đáp viên lưỡng lự khi khẳng định chính sách được xây dựng dựa trên bằng chứng bởi vì việc sử dụng bằng chứng còn phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Đáp viên này đưa ra ba ví dụ cụ thể về bảo hiểm y tế, thuốc lá và COVID-19 để giải thích cho những khác biệt trong sử dụng bằng chứng trong chính sách. Đối với hai chủ đề đầu tiên, tác động không đến ngay lập tức, đáp viên khẳng định rằng bằng chứng thường bị bỏ qua. Trong khi đó, chính sách về COVID được xây dựng dựa trên bằng chứng. Theo quan điểm của đáp viên, chính sách về COVID-19 được xây dựng dựa trên bằng chứng là do tính nghiêm trọng của đại dịch COVID-19.

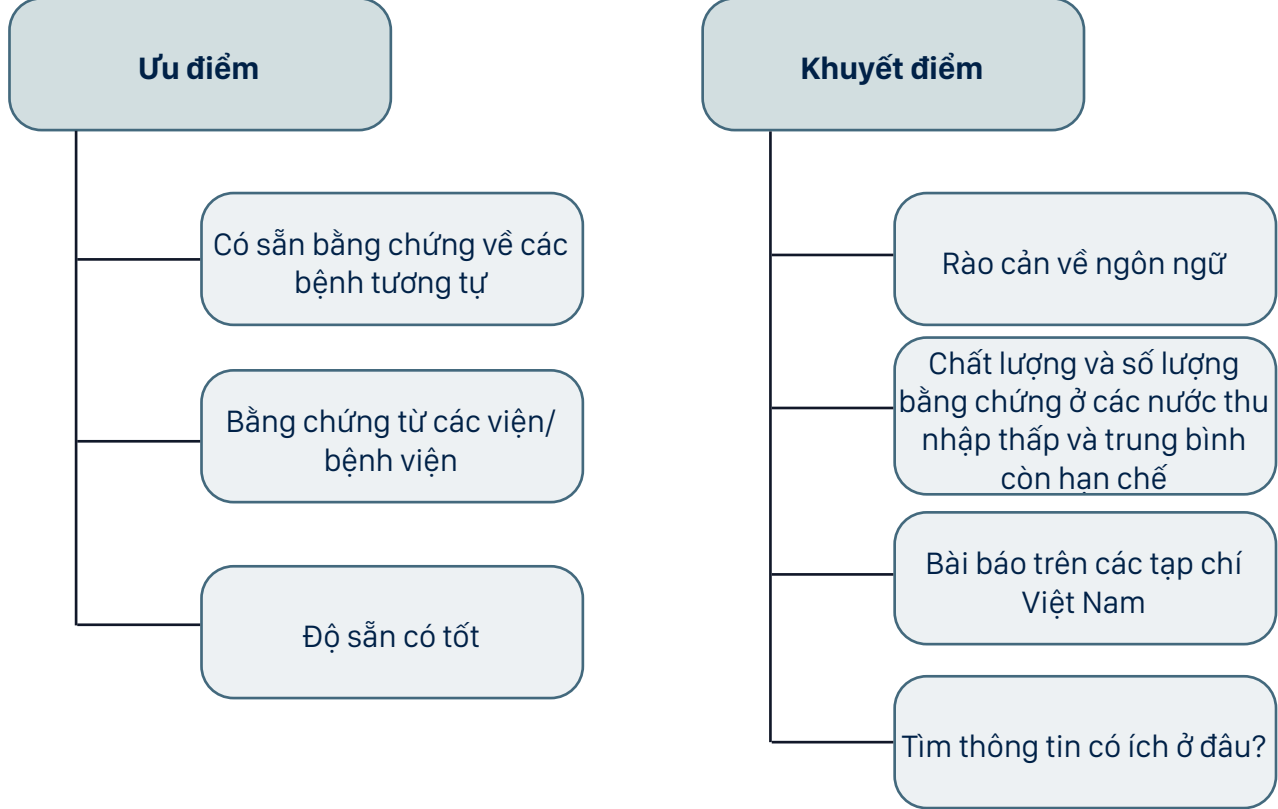
“Bình thường mà không có ca tử vong nào thì ai lo, đúng không? Cứ bảo hút thuốc chứ hút thuốc có tử vong ngay đâu mà phải sợ. Nhưng mà COVID mà không cách ly là loạn nên là phải áp dụng chính sách cách ly ngay.” (Chuyên gia cao cấp)

2.6.1. Nguồn bằng chứng, mức độ sẵn có và tiêu chuẩn lựa chọn bằng chứng

Bảy đáp viên đã chỉ ra các rào cản trong tiếp cận bằng chứng: Rào cản ngôn ngữ, số lượng và chất lượng bằng chứng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình còn hạn chế, và những khó khăn trong tiếp cận các bài báo trên tạp chí của Việt Nam, thường không có bản trực tuyến hoặc không được lưu trữ theo hệ thống ở nhà xuất bản.

"Làm sao tìm được ... những nguồn tài liệu thực sự có ý nghĩa, chứ không phải là cứ Nature, là cứ cái gì đấy các tạp chí mà mình tìm được đúng bài hay, hoặc là có những hạn chế, những cái khó khăn về mặt ngôn ngữ ý." (Lãnh đạo khoa)

Các đáp viên cho biết họ tổng hợp thông tin và bằng chứng cho xây dựng chính sách từ nhiều nguồn khác nhau, chủ yếu từ các hướng dẫn của các quốc gia và bài báo đăng tải trên các tạp chí quốc tế, thông tin từ các cuộc họp/hội thảo/hội nghị, kinh nghiệm và từ cơ sở dữ liệu quốc gia. Trong số 17 đáp viên khẳng định chính sách y tế ở Việt Nam là dựa trên bằng chứng, 14 đáp viên coi hướng dẫn của WHO và CDC Hoa Kỳ là nguồn bằng chứng chính thống được sử dụng phổ biến nhất. Ba đáp viên khác không thảo luận về việc xây dựng các tài liệu chuyên môn liên quan đến các vấn đề y tế, mà về giáo dục hoặc hỗ trợ kỹ thuật. Các nguồn bằng chứng trong nước được nhắc đến bao gồm **thông tin chính thống của Chính phủ, số liệu từ các nghiên cứu khoa học do các cơ quan của Việt Nam triển khai, các bài báo đăng tải trên các tạp chí của Việt Nam** và **Dược thư quốc gia**. Với các bằng chứng từ nguồn trong nước, **số liệu từ các cuộc điều tra giám sát, thử nghiệm lâm sàng** và **phân tích tình hình** là những bằng chứng hay được các đáp viên nhắc đến nhất.

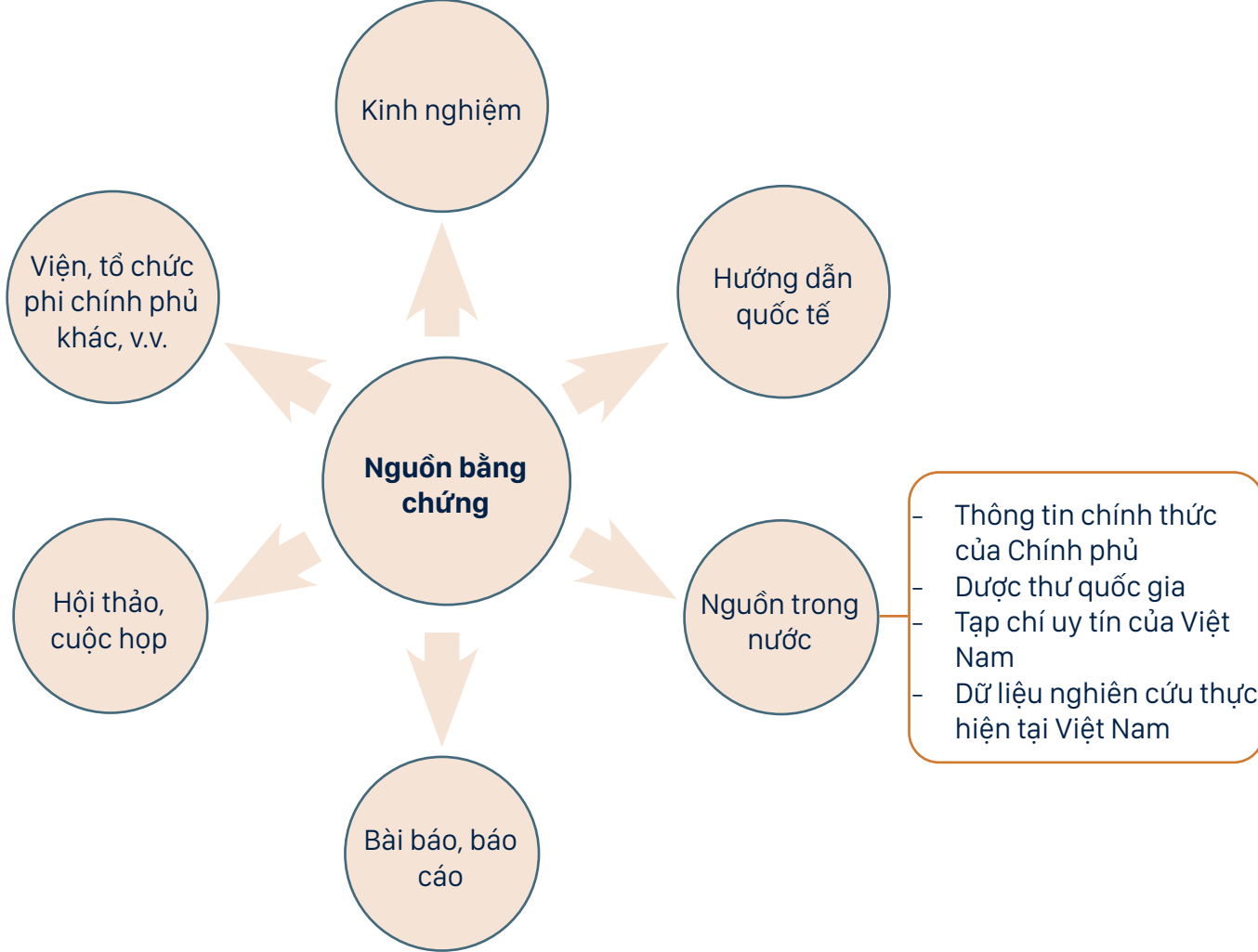


Hình 17. Quan điểm của các bên liên quan về độ sẵn có của bằng chứng

Đối với các đáp viên làm việc ở viện/bệnh viện, mức độ sẵn có và khả năng tiếp cận bằng chứng mà họ cần về cơ bản là tốt. Họ có thể tìm thấy thông tin họ cần. Nhưng đối với các thông tin sâu hơn, họ phải nhờ đến các sinh viên Tiến sĩ có tài khoản để truy cập vào thư viện của các trường đại học ở các quốc gia khác.

"... Thực ra với điều kiện làm việc của mình, và với những yêu cầu hiện nay thì mình nghĩ về cơ bản, tiếp cận là ok. Thế còn khi cần tìm những thông tin thực sự là rất chuyên sâu phục vụ cho những nghiên cứu chuyên sâu chẳng hạn thì cái này còn tùy." (Lãnh đạo khoa)

"...Nhìn chung là [số lượng bằng chứng] đủ" (Lãnh đạo đơn vị)



Hình 18. Quan điểm của các bên liên quan về nguồn bằng chứng

Các đáp viên của chúng tôi cũng coi kinh nghiệm là một trong những nguồn bằng chứng được sử dụng trong xây dựng chính sách.

“Thật ra cái khó là ở Việt Nam chưa có một phương pháp hay một quy định chặt chẽ nào về khoa học, không bắt buộc phải sử dụng các bằng chứng khoa học như thế nào. Vì thế các thầy thường sử dụng nhiều các bằng chứng trong nước và dựa nhiều vào kinh nghiệm của các thầy.” (Lãnh đạo đơn vị)

Với độ sẵn có và nguồn bằng chứng dồi dào, các bên liên quan khẳng định họ **lựa chọn bằng chứng dựa trên các tiêu chuẩn khác nhau**. Năm đối tượng tham gia nghiên cứu khẳng định trước khi lựa chọn sử dụng bằng chứng, họ đều đánh giá nghiên cứu đó, tập trung đánh giá **phương pháp nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu** và **cỡ mẫu**. Họ lựa chọn bằng chứng dựa trên mức độ bằng chứng (theo 4 đáp viên), **dựa trên tính phù hợp với bối cảnh của Việt Nam** (theo 6 đáp viên), và **dựa trên nguồn bằng chứng** (theo 6 đáp viên). Bằng chứng từ các **nguồn chính thống** thường được ưu tiên lựa chọn.

“Các bằng chứng thì chủ yếu chúng tôi vẫn dựa trên cái evidence-base, y học bằng chứng, dựa trên các phân độ, các mức độ bằng chứng của... cái đó thì rất là rõ rồi... theo mức độ khuyến cáo và mức độ bằng chứng.” (Lãnh đạo khoa)

“Bên cạnh đấy mình cũng có sàng lọc những nghiên cứu mà người ta mới được publish [xuất bản] nhưng mình phải xem kỹ về vấn đề người ta làm, người ta thiết kế nghiên cứu như thế nào. Khi một thiết kế nghiên cứu khi mình đọc mình thấy nó đúng, mình thấy có những cái mình có thể lấy làm nền tảng để mình nhận xét thêm. Ngoài ra thì có những cái trên phương diện kinh nghiệm của mình về các data [số liệu], ví dụ như sốt rét, hoặc sử dụng kháng sinh thì mình phải dựa vào những cái data của vi sinh của bệnh viện. Và có sự thông tin giữa các bệnh viện với nhau. Trong những hội nghị chuyên ngành thì mình cũng biết được những số liệu của họ ở các nơi khác. Từ đấy mình sẽ... nó là cái nền tảng cho mình để mình đánh giá những quyết định.” (Lãnh đạo khoa)

2.6.2. Sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách

Các bên liên quan nhận định rằng tổ biên soạn chịu trách nhiệm tổng hợp, đánh giá và lựa chọn bằng chứng trước khi họ trình bày bản thảo với ban biên soạn. Các tổ chức quốc tế cũng tổng hợp bằng chứng và trình lên chính phủ Việt Nam để xem xét thay đổi chính sách.

“Hoặc mỗi đối tác có thể mang bằng chứng của riêng họ thảo luận hoặc ... những gì họ biết và những gì họ nghĩ sẽ khả thi ở Việt Nam. Và sau đó chúng tôi có thể hỗ trợ tổng hợp tất cả những bằng chứng đó thành bản thông tin khuyến nghị chính sách và nộp lên chính phủ hoặc một cấp nào đó, cấp nào thì còn phụ thuộc vào từng mục tiêu cụ thể.” (Lãnh đạo đơn vị)

Theo các bên liên quan, quyết định sử dụng bằng chứng hay không là quyền lựa chọn của người soạn thảo, và có một số yếu tố thúc đẩy họ sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách, ví dụ, khi họ cần **xác định nhu cầu về chính sách**, hoặc **khi họ thấy cần thiết phải sử dụng bằng chứng** và **bản thân bằng chứng đó có tính thuyết phục cao**. Các yếu tố thúc đẩy sử dụng bằng chứng khác hay được nhắc đến là các quy định hiện hành và yêu cầu hoặc hỗ trợ từ các cấp cao hơn, cụ thể là từ Bộ Y tế, để tăng cường áp dụng bằng chứng. Nếu làm được những điều này, việc sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách sẽ được thực hiện tốt hơn. Cách trình bày bằng chứng trong văn bản hoàn toàn phụ thuộc vào **từng cá nhân**, phụ thuộc vào việc họ có muốn trích dẫn tài liệu tham khảo trong văn bản hay không.

“Bây giờ nếu muốn họ sử dụng bằng chứng thì ở trên phải có nhu cầu họ sử dụng bằng chứng... Ví dụ như COVID, đến lúc họ cần họ phải sử dụng bằng chứng. Bây giờ họ không biết như thế nào, sợ có ca tử vong, loạn hết lên nên họ phải sử dụng bằng chứng.” (Chuyên gia cao cấp)

Một đáp viên nói rằng khả năng sử dụng số liệu thực tiễn trong hoạch định chính sách còn hạn chế, trong khi các đáp viên công tác trong lĩnh vực lâm sàng đều khẳng định hướng dẫn đều được cập nhật dựa trên số liệu thực từ các ca bệnh ở Việt Nam. Ý kiến về việc trích dẫn tài liệu tham khảo cũng khác nhau giữa các nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu. Các cán bộ công tác tại các viện/bệnh viện khẳng định trong các bản thảo đều có trích dẫn tài liệu, nhưng không có trong bản hướng dẫn được ban hành. Trong khi đó, theo ý kiến của các cán bộ công tác ở cấp bộ, hoàn toàn không có trích dẫn tài liệu trong các bản thảo được nộp lên. Và vấn đề trích dẫn tài liệu cũng được coi là một trong những điểm yếu trong xây dựng chính sách y tế cần phải được khắc phục.

“Mình trích dẫn đầy đủ. Trong bất kỳ một quy trình nào của mình cũng đều trích dẫn đầy đủ như viết báo quốc tế ý. Tuy nhiên khi lên trên kia họ có bộ phận biên tập, thế còn biên tập như thế nào thì mình không biết.” (Lãnh đạo đơn vị)

“Đúng, trong các khuyến cáo hay văn bản hướng dẫn hay hướng dẫn điều trị đều không có trích dẫn tài liệu, và đây là một hạn chế mình rất muốn có thể khắc phục. Mình đang tìm một ví dụ để cho em thấy tài liệu như thế nào, không có trích dẫn gì cả. Trong này em có thể thấy các danh sách tài liệu tham khảo nhưng không có bất kỳ một trích dẫn tài liệu tham khảo nào trong cả tài liệu. Và đây là một thiết sót vì mình sẽ không chỉ ra được nội dung này được đề xuất từ tài liệu nào, từ nghiên cứu nào.” (Lãnh đạo đơn vị)

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều nhận thấy vấn đề về trích dẫn tài liệu tham khảo trong chính sách là một điểm yếu trong xây dựng chính sách ở Việt Nam. Họ đều cho rằng, nếu có trích dẫn tài liệu tham khảo, các hướng dẫn sẽ có tính thuyết phục hơn đối với các Bác sĩ lâm sàng, và cũng sẽ dễ tìm hiểu lý do tại sao những phác đồ đó lại được khuyến cáo trong hướng dẫn. Họ cũng khuyến cáo nên có cơ chế chuẩn trong hoạch định chính sách bao gồm phân công nhiệm vụ ai làm gì, các cấu phần bắt buộc phải có trong các chính sách, và cần phải có trích dẫn tài liệu trong văn bản. Họ muốn có hướng dẫn xây dựng các hướng dẫn dựa vào bằng chứng bởi họ tin rằng hướng dẫn đó sẽ giúp giải quyết các mặt hạn chế còn tồn tại trong hoạch định chính sách ở Việt Nam.

^{vi} Mức độ bằng chứng: “Được phân tầng cho nghiên cứu dựa trên phương pháp nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, giá trị và khả năng áp dụng trong chăm sóc bệnh nhân” với bằng chứng từ thử nghiệm lâm sàng ở mức độ cao nhất – mức độ 1, và giảm dần xuống mức độ thấp nhất là ý kiến chuyên gia⁷⁸

Các đáp viên đã đưa ra nhiều ý kiến trái chiều về quy định **sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách và trích dẫn tài liệu trong các văn bản chính sách**. Tám đáp viên nói rằng, theo quy định, các văn bản quy phạm pháp luật đều phải dựa vào bằng chứng trong khi một đáp viên khẳng định rằng không có quy định nào về việc này. Ở phần trên, chúng tôi đã đưa ra định nghĩa của các bên liên quan về ‘văn bản quy phạm pháp luật’ và ‘tài liệu chuyên môn’. Ngay cả khi hướng dẫn kỹ thuật không phải là một văn bản quy phạm pháp luật thì hướng dẫn kỹ thuật cũng không thể hoàn toàn tách rời khỏi danh mục ‘văn bản quy phạm pháp luật’.

“Thực ra em không thể tách hướng dẫn chuyên môn ra khỏi các loại văn bản mặc dù nó không phải văn bản quy phạm pháp luật nhưng nó phải được ban hành cùng bằng một quyết định hành chính đơn lẻ của Bộ.” (Chuyên gia cao cấp)

Tuy nhiên, theo định dạng, văn bản quy phạm pháp luật không trích dẫn tài liệu tham khảo. Các đáp viên của chúng tôi khẳng định rằng văn bản quy phạm pháp luật không phải là bài báo, và vì thế, không cần phải có trích dẫn tài liệu; chỉ cần danh mục tài liệu tham khảo là đủ.

“Văn bản quy phạm pháp luật, nó không phải là bài báo, nó không phải trích dẫn là tôi ở trong cái nghị định của tôi nó có cái câu này là phải lấy ở đâu mà chỉ có danh sách tài liệu tham khảo ở cuối tài liệu thôi” (Lãnh đạo khoa; Lãnh đạo đơn vị)

Ba trong số các đáp viên khẳng định rằng Việt Nam không có quy định chặt chẽ về việc áp dụng khoa học trong xây dựng chính sách.

“Thật ra cái khó là ở Việt Nam chưa có một phương pháp hay một quy định chặt chẽ nào về khoa học, không bắt buộc phải sử dụng các bằng chứng khoa học như thế nào.” (Lãnh đạo đơn vị)

Với các vấn đề còn tồn tại trong sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách và với hy vọng có thể nâng cao chất lượng chính sách, các bên liên quan đã nhấn mạnh **sự cần thiết phải thay đổi**, tập trung vào các phương pháp **thúc đẩy sử dụng bằng chứng**, cũng như các khuyến cáo khác đã được thảo luận trong phần xây dựng chính sách ở phía trên. Các khuyến cáo của các bên liên quan bao gồm:

- Cần phải có **cơ chế tốt hơn** để thực thi việc áp dụng các bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách,
- **Ban biên soạn cần phải rà soát bằng chứng khoa học trước khi bắt đầu xây dựng chính sách**,
- Cần có **một nhóm độc lập chuyên trách thu thập, phân tích và đánh giá bằng chứng** sau đó đưa ra khuyến nghị cho tổ biên soạn xây dựng văn bản dựa trên các bằng chứng đó.

Các đáp viên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đưa ra khuyến cáo xây dựng **hướng dẫn xây dựng hướng dẫn dựa vào bằng chứng và thí điểm hướng dẫn đó với một số bệnh truyền nhiễm**.

“... cần có một người sẽ được phân cụ thể là sẽ thu thập bằng chứng, xong thì một nhóm đánh giá phân tích bằng chứng và đưa ra các khuyến cáo. Xong sau đó mới là người viết cuối cùng chấp bút dựa theo cái đó.” (Lãnh đạo khoa)

“... triển khai thí điểm xây dựng một số hướng dẫn dựa vào bằng chứng theo cấp độ y học bằng chứng. Các cấp độ bằng chứng sẽ được ghi nhận. Nếu có thể làm được như vậy thì các Bác sĩ khi sử dụng các hướng dẫn đó sẽ biết được giá trị của các bằng chứng đến đâu và họ sẽ coi trọng các hướng dẫn đó hơn. Để làm được việc đó, chúng ta phải thay đổi phương pháp xây dựng chính sách ngay từ các bước đầu tiên. Thường như ở các nước khác, họ sẽ có một ban biên soạn chịu trách nhiệm rà soát các bằng chứng khoa học ngay từ đầu để nắm rõ tình hình và sau đó mới giao cho các thành viên chịu trách nhiệm viết.” (Lãnh đạo đơn vị)

2.7. Các vấn đề liên quan đến nghiên cứu

Khi thảo luận về các vấn đề liên quan đến nghiên cứu khoa học, các bên liên quan đã đưa ra quan điểm về ý nghĩa của nghiên cứu. Theo họ, có hai loại nghiên cứu: Nghiên cứu tịnh tiến (nghiên cứu ứng dụng) – cần thiết cho quá trình hoạch định chính sách, và nghiên cứu cơ bản – nghiên cứu nhằm khám phá các kiến thức có thể sẽ hữu dụng trong tương lai. Nghiên cứu có thể sẽ **hữu ích cho các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị**, có thể giúp **ước tính nguy cơ**, hoặc có thể sử dụng để phục vụ cho **phát triển vắc-xin**. Nghiên cứu cũng sẽ giúp **phân tích tình hình**.

“Minh không biết tương lai như thế nào, có thể [nghiên cứu] sẽ hữu ích trong tương lai, hiểu được các sự việc xung quanh chúng ta rất quan trọng. Nhưng còn một dòng nghiên cứu khác, như em biết, là, ví dụ, sử dụng thuốc gì cho dịch tả lợn Châu Phi. Loại nghiên cứu này chúng ta có thể sử dụng ngay, xét nghiệm, so sánh các loại thuốc, so sánh các phương pháp chẩn đoán...” (Lãnh đạo đơn vị)

Chúng tôi muốn tìm hiểu mức độ sẵn lòng tham gia nghiên cứu khoa học của các nhà hoạch định chính sách và tìm hiểu xem họ nhận định như thế nào về những đóng góp và vai trò của họ trong nghiên cứu. Khi chúng tôi hỏi họ muốn tham gia vào giai đoạn nào của nghiên cứu, tám đáp viên nhận định các nhà hoạch định chính sách nên tham gia vào giai đoạn **lên ý tưởng nghiên cứu** hoặc **xây dựng câu hỏi nghiên cứu** bởi họ hiểu tình hình và họ biết họ cần gì.

“... Em biết đó, tôi nghĩ nghiên cứu cần nhiều thời gian để đưa ra được một câu hỏi nghiên cứu tốt đúng không? Và đưa ra một câu hỏi để làm sao cho ra được câu trả lời có thể hữu dụng, đúng không? Vì thế đối với những vấn đề này, em sẽ cần các chuyên gia xây dựng chính sách để em có thể đảm bảo rằng câu hỏi của em sẽ có thể trả lời những vấn đề họ quan tâm hoặc những vấn đề họ đang cần giải đáp. Trong quá trình tìm câu trả lời cho câu hỏi đó, em biết đó, tôi nghĩ các nghiên cứu viên ở vị trí tốt hơn để đưa ra quyết định.” (Lãnh đạo đơn vị)

“... người ta biết được tình hình thực tế ở rất nhiều địa phương, họ biết ở rất nhiều bệnh viện khác nữa, địa điểm khác nữa. Và vì thế khi mà người ta tư vấn trong thiết kế thì nó sẽ mang tính chất quy mô hơn, chọn địa điểm nghiên cứu nó.... Tức là mình đi được vào các địa điểm, các hotspot tốt hơn.” (Lãnh đạo khoa)

“Tôi nghĩ là có, họ cần tham gia vào nghiên cứu trong giai đoạn đưa ra yêu cầu. Họ là những người đưa ra câu hỏi, họ biết họ cần đặt hàng nghiên cứu làm gì. Họ là người đưa ra câu hỏi để các nhà khoa học có thể đi đúng hướng” (Lãnh đạo đơn vị)

Năm đối tượng nghiên cứu khuyến cáo nên mời các nhà hoạch định chính sách tham gia công tác **đánh giá nghiên cứu** hoặc **hỗ trợ triển khai nghiên cứu** để giúp nghiên cứu chạy tốt hơn. Họ cũng sẽ hỗ trợ yêu cầu chính quyền địa phương hoặc các cơ quan phụ trách hỗ trợ quá trình triển khai nghiên cứu.

“Họ có thể hỗ trợ triển khai nghiên cứu. Nhưng chỉ là hỗ trợ thôi, ví dụ khi em cần triển khai một hoạt động nào đó dưới địa bàn, mình lấy ví dụ như đi phỏng vấn các nhà thuốc, hoặc phỏng vấn các sở y tế, nếu tự em liên hệ sẽ rất khó để có thể thuyết phục họ tham gia. Nhưng nếu có công văn từ Bộ Y tế xuống các Sở y tế yêu cầu Sở hỗ trợ thì nghiên cứu của em sẽ rất thuận lợi, đúng không?... Họ chỉ hỗ trợ cho nghiên cứu được triển khai thuận lợi chứ họ có can thiệp gì vào phương pháp nghiên cứu hay quy trình nghiên cứu đâu.” (Lãnh đạo đơn vị)

Mối quan hệ hợp tác lâu dài với các bên liên quan, hay cán bộ ở các cấp khác nhau tham gia triển khai nghiên cứu là những thế mạnh được đề cập đến trong nghiên cứu rà soát hoạt động kết nối chính sách của OUCRU⁷⁹ – cũng đồng nhất với thuyết L-E. Tuy nhiên, một số nghiên cứu viên của OUCRU khá do dự khi kết nối với các bên liên quan trong triển khai nghiên cứu – bởi họ tin rằng chỉ nên kết nối với các nhà hoạch định chính sách khi họ có kết quả nghiên cứu. Các nghiên cứu viên của OUCRU cũng lo lắng về khả năng cân bằng, và khả năng duy trì tính toàn vẹn và quyền tự chủ trong nghiên cứu⁷⁹. Một số đối tượng tham gia nghiên cứu này – nghiên cứu rà soát các hoạt động kết nối giữa các nhà hoạch định chính sách và nghiên cứu viên – cũng thể hiện sự quan ngại của họ về những sai sót nếu các nhà hoạch định chính sách tham gia vào nghiên cứu. Ví dụ, nếu nhà hoạch định chính sách phụ trách phê duyệt các nghiên cứu tại Bộ Y tế, lại tham gia vào nghiên cứu, thì liệu đây có phải là một sai sót? Một đáp viên khác công tác trong lĩnh vực lâm sàng nghĩ rằng các nghiên cứu cần phải độc lập.

“Cái quan trọng hơn nó phải là người làm nghiên cứu phải hoàn toàn độc lập. Kết quả đó phải đủ sức thuyết phục với các nhà nghiên cứu. Nếu như một nhà hoạch định chính sách lại tham gia vào một nghiên cứu nào đó, hoặc trong một team [nhóm] nghiên cứu nào đó thì đến lúc đưa ra liệu nó có bias không? Cái đó chính là xung đột về lợi ích đấy. Không phải đơn giản.” (Lãnh đạo khoa)

2.8. Kết nối chính sách và nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều đồng ý rằng trên lý thuyết, mối quan hệ giữa các nhà hoạch định chính sách và nghiên cứu viên cần phải rất mật thiết bởi vì chính sách cần phải dựa trên bằng chứng.

“Về mặt lý thuyết, đáng ra nó phải khăng khít tại vì chính sách là phải dựa trên... gọi là evidence-based, cơ sở thực tế thì mới đề ra chính sách được. Tuy nhiên hiện nay, cái đấy có hay không? Vẫn có nhưng mà còn rất là nhiều hạn chế. Minh chứng cho việc đấy là rất nhiều chính sách đưa ra mà không thực thi được vì nó không xuất phát từ thực tiễn.” (Lãnh đạo đơn vị)

Các đáp viên cho biết nếu họ thấy được **lợi ích của chương trình** hoặc **lợi ích của việc kết nối với các nhà nghiên cứu**, họ sẽ sẵn lòng kết nối. Một số đáp viên khác nghĩ rằng việc kết nối với các nhà hoạch định chính sách cũng sẽ giúp **đảm bảo tính bền vững của các dự án can thiệp** sau khi nhà tài trợ rút khỏi Việt Nam.

Trong khi sáu đáp viên nghĩ rằng việc kết nối giữa nghiên cứu viên và các nhà hoạch định chính sách rất tốt, những đáp viên còn lại đã chỉ ra những khác biệt trong **ưu tiên, mục tiêu** và **quan điểm** hoặc **cơ chế kết nối hiện tại** đã gây ra những khó khăn cho việc kết nối giữa nghiên cứu viên và các nhà hoạch định chính sách (xem **Hình 19**). Các bên liên quan xác định vấn đề xuất phát từ cả phía nghiên cứu viên và các nhà hoạch định chính sách. Cả nghiên cứu viên và nhà hoạch định chính sách đều không có kế hoạch kết nối rõ ràng, và các đáp viên đều nhận thấy nghiên cứu viên không có thông tin về các ưu tiên chính sách. Rào cản kết nối đến từ chính bản chất của nghiên cứu và hoạch định chính sách – bản chất hai vấn đề khác nhau, và vì thế ưu tiên của họ cũng khác nhau.

Kết nối chính sách và nghiên cứu sẽ hiệu quả khi các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách có chung ưu tiên. Các đáp viên nhận thức rất rõ ràng về vấn đề này.

“Rào cản thì, về mặt bản chất nó là rào cản. Một ông chuyên môn làm chính sách với một ông làm thực tế chuyên môn. Thì ông chuyên môn không thể hình dung được hết câu chuyện là khi ông đưa ra một cái vấn đề, ví dụ khi ông đưa ra vấn đề là tất cả trẻ con mà đề ra là phải tiêm. Ông chuyên môn ông ý chỉ muốn cái điều đấy thôi. Nhưng ông chính sách ông sẽ phải nghĩ khác. Đấy, khi mà nói câu đấy rồi thì tiêm, ai sẽ là người đi tiêm, rồi thì là để tại nhà thì như thế nào. Kiểu kiểu như vậy” (Lãnh đạo khoa)

“Ah, bởi vì em biết... tôi nghĩ rất nhiều nhà hoạch định chính sách họ nhìn nhận vấn đề rất khác. Nếu em muốn các nhà hoạch định chính sách sử dụng nghiên cứu của em, em cần phải nhìn nhận vấn đề theo cách của họ. Bởi vì tôi nghĩ cách nhìn nhận vấn đề của họ rất khác.” (Lãnh đạo đơn vị)

“Một rào cản khác là suy nghĩ khác nhau, đúng không?” (Lãnh đạo đơn vị)

Chia sẻ số liệu	<ul style="list-style-type: none"> Không sẵn lòng chia sẻ Quyền sở hữu và độ sẵn có của số liệu
Vấn đề từ phía nhà hoạch định chính sách	<ul style="list-style-type: none"> Thời gian eo hẹp Thay đổi nhân sự Tính đồng thuận Các khó khăn về mặt bản chất Thiếu kết nối với nghiên cứu viên
Vấn đề từ phía nghiên cứu viên	<ul style="list-style-type: none"> Năng lực hạn chế Các vấn đề tài chính Mối quan tâm lớn nhất về xuất bản bài báo Kiến thức về quy định
Quan điểm và ưu tiên	<ul style="list-style-type: none"> Không có kế hoạch rõ ràng Không có thông tin về ưu tiên trong hoạch định chính sách Sự khác biệt từ bản chất của nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách Sự khác biệt trong ưu tiên của hai bên

Hình 19. Các vấn đề tồn tại trong kết nối nghiên cứu và chính sách

Các đáp viên đã chỉ ra các vấn đề trong kết nối bắt nguồn từ phía các nghiên cứu viên bao gồm việc các nhà nghiên cứu quá tập trung vào việc xuất bản kết quả nghiên cứu, và không sẵn lòng chia sẻ số liệu. Các vấn đề khác liên quan đến tài chính, những hạn chế trong nhận thức của nghiên cứu viên về các quy định của nhà nước, và năng lực của nghiên cứu viên. Một đáp viên cũng phàn nàn rằng một số tổ chức chưa hề thực hiện các hoạt động kết nối chính sách, điều này có thể do họ không biết đến các quy định của ngành y tế Việt Nam

“Các nghiên cứu khoa học hiện này là để xuất bản bài báo. Mà xuất bản xong rồi ai đọc? Thì cũng lại chỉ có các nhà khoa học chuyên ngành rất là sâu, hoặc người ta đang làm một vấn đề tương tự như thế, chăm chăm tìm về vấn đề đấy thì người ta mới tìm đến bài đấy để người ta xem.” (Lãnh đạo khoa)

Thời gian eo hẹp và việc thay đổi nhân sự thường xuyên là những rào cản từ phía các nhà hoạch định chính sách hay được nhắc đến nhất. Những vấn đề đến từ phía chính các nhà hoạch định chính sách: làm việc được với một số nhà hoạch định chính sách hay có được sự đồng thuận của họ là rất khó khăn.

“Hiện nay, thực sự, cái sự kết nối giữa các nhà hoạch định chính sách và các nhà khoa học còn rất là lỏng lẻo, rất là ít, theo mình nghĩ là vậy, còn rất là yếu. Có thể có nhiều lý do, trong đó có những lý do như có thể là các nhà hoạch định chính sách họ thay đổi cái vị trí lẹ quá. Hôm nay ông làm ở vị trí này, ngày mai ông đã bị điều đi vị trí khác, ví dụ vậy. Thành ra nhiều khi nó cũng rất là khó. Nhiều khi mình đã có thể tạo được kết nối với một bác nào đó ở vị trí phụ trách cái mảng đó ở trên Bộ thì thời gian sau bác lại chuyển sang bác làm mảng khác. Thành ra đó là một cái mà mình nghĩ là nó còn rất hạn chế. Cần phải tăng cường hơn nữa.” (Lãnh đạo đơn vị)

Để có được thành quả kết nối tốt hơn, hai đáp viên của chúng tôi dự định xây dựng một dự án cấp bộ về **khoa học mở**, hoặc để **nâng cao chất lượng hệ thống y tế**, và để **xác định cơ chế hợp tác và điều phối**. Hơn nữa, họ nghĩ rằng khi có các **quy định về áp dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách**, việc kết nối giữa chính sách và nghiên cứu sẽ được thực hiện tốt hơn.

“Nhóm này đang ngồi với nhau để xây dựng một cái chính sách về khoa học mở. Tức là các nhóm phải tôn trọng nhau về bản quyền số liệu nhưng chia sẻ với nhau về số liệu để làm... Nếu mình làm được như thế này, thì các số liệu đó mới được tối ưu tức là ưu tiên ai đó để trả lời được câu hỏi gì. Hoặc là số liệu đấy thực sự trả lời được câu hỏi gì. Nói đơn giản là, bây giờ đặt ước tính các vùng nguy cơ cho có dịch chẳng hạn, nếu như các đơn vị không cung cấp số liệu thì chả ai làm được.” (Lãnh đạo khoa)

2.9. Thành quả và vấn đề tồn tại của OUCRU

Các đáp viên đều ghi nhận thành quả của OUCRU: **Mối quan hệ hợp tác lâu dài và hỗ trợ của OUCRU** cho ngành y tế Việt Nam, các **nghiên cứu khoa học chất lượng cao**, và những **đóng góp trong lĩnh vực bệnh truyền nhiễm**, đặc biệt là trong vấn đề kháng kháng sinh.

“Chúng tôi đánh giá cao vai trò hỗ trợ của OUCRU. Phải nói là OUCRU vẫn đứng bên cạnh [chúng tôi] xây dựng các đề tài nghiên cứu khoa học để đưa ra các bằng chứng để xây dựng chính sách phòng chống. Và hơn thế nữa, OUCRU luôn luôn tham gia với chúng tôi trong các hội nghị khoa học. Thế nên những việc đấy chúng tôi đánh giá rất cao và đóng góp của OUCRU rất lớn bởi vì OUCRU bên cạnh vai trò của đơn vị còn có vai trò của các thành viên tham gia các nghiên cứu thực chất của vấn đề để đưa ra các bằng chứng khoa học giúp cho việc hoạch định chính sách được tốt hơn.” (Lãnh đạo đơn vị)

Tuy nhiên, cũng theo các bên liên quan, OUCRU vẫn cần khắc phục một số điểm yếu trong kết nối, từ phía chủ quan và khách quan. Về các nguyên nhân khách quan, hiện **chưa có thỏa thuận hoặc cam kết chính thức từ hai chính phủ**, và điều này đã gây khó khăn cho OUCRU trong kết nối với các nhà hoạch định chính sách ở Việt Nam.

“Thứ nhất, OUCRU là một tổ chức tương đối là ... không phải là... gọi là phi chính phủ, thế thì đầu tiên là chính phủ với chính phủ cũng chưa có link, chưa có cái gì để ràng buộc nhau hết cả, chưa có một hiệp định hay một ký kết gì hết cả. Nên cái đấy sẽ rất là khó cho OUCRU. Còn nếu như chính phủ đã có những hiệp định những thỏa thuận với nhau rồi thì câu chuyện đấy nó lại dễ dàng.” (Lãnh đạo đơn vị)

Theo quan điểm của các đáp viên, **tốc độ làm việc chậm, thiếu kết nối với một số đối tác quan trọng như Bộ Y tế hoặc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật các tỉnh, và những định kiến của các nhà hoạch định chính sách về mục tiêu của OUCRU** là những điểm yếu của OUCRU trong kết nối với các nhà hoạch định chính sách. Trong mắt của nhiều đáp viên, OUCRU là một tổ chức nghiên cứu, và nghiên cứu của OUCRU nhằm phục vụ cho lợi ích của Trường Đại học Oxford; hoặc mục tiêu của các nghiên cứu triển khai ở Việt Nam là chỉ để phục vụ cho việc xuất bản bài báo. Các đáp viên cho rằng với những lý do đó, các nhà hoạch định chính sách không hay nghĩ đến OUCRU khi họ muốn mời các nhà nghiên cứu tham gia hoạch định chính sách.

“Thế còn OUCRU thì chưa được đưa vào nhóm gọi là nhóm giải pháp, chỉ là nhóm nghiên cứu thôi.” (Lãnh đạo khoa)

“Thực ra là OUCRU vấn đề là cái tôn chỉ, mục đích của họ... Đầu tiên khi người ta thiết lập các đơn vị nghiên cứu đầu tiên là năm 92 đúng không? Ở Việt Nam là mục đích phục vụ cho Việt Nam hay phục vụ cho Oxford? Và sau gần 30 năm trời, cái site Hà Nội từ năm 2000 hay 2004 đến nay, sau bao nhiêu năm đấy, cái tiêu chí hay mục tiêu cuối cùng gần như vẫn là phục vụ cho ... gần như vẫn là cái site gọi là clinical site [cơ sở lâm sàng] giống như một cái site [cơ sở] nào đó ở Châu Âu à? Hay ở Châu Phi, đúng không? Thì để phục vụ cho Oxford ah hay phục vụ cho ai? Tất nhiên là cho cộng đồng y khoa thế giới thì không bàn cãi rồi. Nhưng vấn đề là có mang lại nhiều hơn nữa cho nơi mà người ta đặt cơ sở hay không?” (Lãnh đạo khoa)

Như đã thảo luận trước đây, những thiếu hụt trong kết nối giữa nghiên cứu và chính sách đến từ chính sự khác biệt của hai bên. Và ấn tượng của các nhà hoạch định chính sách về OUCRU có thể bị ảnh hưởng bởi chính sự khác biệt này. Họ có định kiến rằng OUCRU muốn chia sẻ số liệu của Việt Nam với toàn thế giới mà không thông báo với họ. Tuy nhiên, đối với cộng đồng nghiên cứu, việc chia sẻ kết quả nghiên cứu là một trong những động lực trong công việc của họ. Các nhà hoạch định chính sách cần có bằng chứng hỗ trợ cho việc hoạch định chính sách, nhưng họ cũng cần phải xem xét nhiều vấn đề chính trị, và do đó, có thể họ sẽ do dự khi công bố những kết quả không có lợi cho họ. Và những khác biệt về bản chất sẽ không thể giải quyết được nếu đôi bên không cùng nhìn nhận vấn đề của nhau.

“Họ cũng có vẻ ... cần trọng với OUCRU bởi thông tin của quốc gia bị chia sẻ cho quốc tế mà họ không được thông báo gì hoặc ... thông tin đôi khi khá là nhạy cảm. Vì thế, tôi nghĩ em có thể xây dựng lòng tin bằng cách đừng xuất bản ... hoặc ... chia sẻ số liệu quốc gia vì mục đích Việc này cần phải được làm rõ với Bộ Y tế và cho họ thấy nhiều hơn ... rằng tổ chức của em không phải là ... mục tiêu của tổ chức ko phải chỉ là xuất bản...” (Chuyên gia cao cấp)



Ảnh: Cuộc họp đầu tiên của Ban cố vấn Ứng phó với Dịch bệnh vào ngày 21/10/2020

2.10. Khuyến cáo cho việc kết nối chính sách của OUCRU

2.10.1. Khuyến cáo chung

Các đáp viên khuyến nghị rằng với những thế mạnh và kinh nghiệm của mình, OUCRU có thể hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng **hướng dẫn xây dựng các hướng dẫn dựa vào bằng chứng**, và thí điểm hướng dẫn này trong xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Ngoài ra, với chuyên môn của OUCRU trong ngành truyền nhiễm, các đáp viên nhận định rằng OUCRU sẽ là một đối tác tốt hỗ trợ **xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị**, đặc biệt trong lĩnh vực **xét nghiệm chẩn đoán**. Đây là hai hoạt động mà họ nghĩ rằng OUCRU có thể hỗ trợ trực tiếp cho Bộ Y tế.

“OUCRU có thể hỗ trợ cho bộ xây dựng thí điểm hướng dẫn điều trị dựa vào bằng chứng khoa học cho một số bệnh truyền nhiễm. Có thể mình chỉ cần xây dựng thí điểm cho khoảng 5 bệnh truyền nhiễm thôi, không cần nhiều. Bọn em sẽ hỗ trợ Bộ tiếp cận và xây dựng các hướng dẫn điều trị theo hướng y học bằng chứng. Và mình sẽ xây dựng các quy trình chuẩn, xây dựng hướng dẫn phát triển hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho các bệnh truyền nhiễm. Và sau đó Bộ cứ thế áp dụng quy trình chuẩn và hướng dẫn này để xây dựng cho các bệnh khác. Việc này là rất cần thiết.” (Lãnh đạo đơn vị)

Để có thể kết nối tốt hơn với các nhà hoạch định chính sách, các đáp viên khuyến cáo OUCRU nên **kết nối với các nhà hoạch định chính sách vào giai đoạn đầu của nghiên cứu khi đặt câu hỏi nghiên cứu**. OUCRU cũng nên xem xét **bối cảnh và vai trò lãnh đạo** ở một số vụ/cục trên Bộ Y tế để tránh lãng phí thời gian và công sức, bởi vì có một số lãnh đạo khá là khó làm việc cùng.

“Ừ đấy, thế thì em sẽ mời người ta tham gia ở khâu lên ý tưởng thiết kế nghiên cứu và mình có thể làm một cái... Bởi vì ... người ta biết được tình hình thực tế ở rất nhiều địa phương. Và vì thế khi người ta tư vấn trong thiết kế, nó sẽ mang tính chất quy mô hơn, chọn địa điểm nghiên cứu Tức là mình đi được vào các địa điểm, các hotspot tốt hơn. Cái thứ hai là người ta cũng có một hội đồng khá là mạnh, đó là hội đồng y đức. Đây hội đồng của Bộ Y tế, rồi Hội đồng Y đức của Bộ Y tế. Tức là họ sẽ đóng góp cho mình rất nhiều trong đề cương nghiên cứu nó đúng chuẩn của Việt Nam.” (Lãnh đạo khoa)

Với mối quan hệ hợp tác hiện tại với các bệnh viện, viện nghiên cứu, hiệp hội chuyên môn và các cơ quan nhà nước Việt Nam, họ cho rằng OUCRU nên **duy trì và đẩy mạnh hơn nữa những mối quan hệ hợp tác này** – bởi những cán bộ đến từ những cơ quan này đều là những người sẽ cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách. Đồng thời, OUCRU cũng nên **tăng cường kết nối với Bộ Y tế, với cả lãnh đạo và chuyên viên**, theo **các kênh chính thống và không chính thống**. Kết nối với các lãnh đạo sẽ giúp đạt được sự đồng thuận của họ, trong khi kết nối với các chuyên viên sẽ giúp có được thông tin, giúp quá trình làm việc với lãnh đạo thuận lợi hơn và cũng sẽ có người làm việc cho mình.

"Giờ em nên cố tác động ở cấp độ bệnh viện trước." (Chuyên gia cao cấp)

"Tức là bây giờ bọn em muốn đẩy mạnh thì theo anh ngoài việc mình thực hiện các nghiên cứu khoa học, mình cũng có thể tham gia đóng góp ý kiến trong xây dựng các chính sách đấy bằng cách mình cứ tăng cường kết nối với các đơn vị chức năng ở trên Bộ Y tế thôi. Đấy thì khi người ta mời thì... chắc chắn người ta sẽ nhớ đến mình và người ta sẽ mời." (Lãnh đạo khoa)

Các hướng tiếp cận khác nhau (tóm tắt trong **Hình 20**) cũng được đề xuất, ví dụ như **thuê khoán trực tiếp trong vai trò cố vấn, hỗ trợ tài chính cho một số hoạt động cụ thể, đề xuất làm việc với các bên liên quan**, và **tăng cường đối thoại với các nhà hoạch định chính sách**. Họ cũng đề xuất OUCRU nên liên hệ thường xuyên với các đối tác theo **các kênh chính thống và không chính thống** để có thể gửi gắm các thông điệp của OUCRU.

"Nhưng nếu kết nối chính sách trở thành ưu tiên, em nên thu xếp thời gian gặp gỡ họ thường xuyên hơn. Tôi nghĩ tổ chức các cuộc họp thường quy hoặc ... mời họ đi uống café và trao đổi về nhiều chủ đề khác nhau ..." (Lãnh đạo đơn vị)

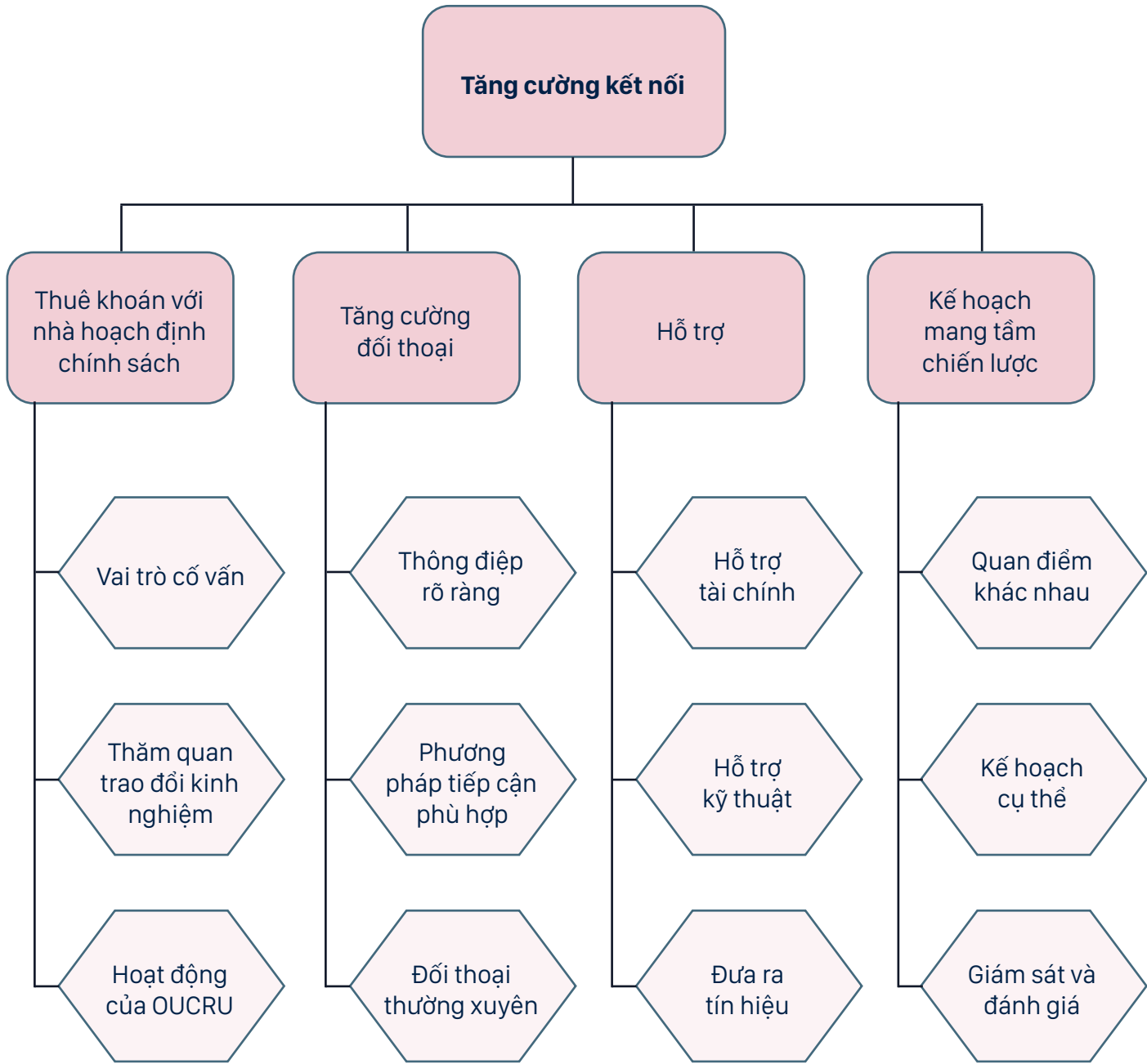
Theo ý kiến của các đáp viên, việc xây dựng **mạng lưới với các tổ chức và với các cá nhân** sẽ giúp OUCRU tăng cường kết nối với cộng đồng chính sách. Và khi OUCRU muốn thiết lập mối quan hệ với Bộ Y tế, OUCRU cần phải **đưa ra tín hiệu với Bộ Y tế** rằng OUCRU muốn hợp tác với họ. Trong lĩnh vực khoa học, bên cạnh nghiên cứu khoa học, OUCRU cũng có những hoạt động ý nghĩa như Ngày hội sinh viên (Open Day) hoặc các câu lạc bộ khoa học và OUCRU nên **mời các bên liên quan tham gia** vào những hoạt động này.

"Cái hoạt động truyền thông của OUCRU nó phải tăng hơn một chút thì sẽ mời những người đấy đến tham dự chẳng hạn. Hoặc là những hoạt động như là Open Day chẳng hạn OUCRU có những hoạt động rất hay thì cũng nên để cho họ tiếp cận. Mà một trong những cái của OUCRU có những nghiên cứu ở cộng đồng thì phải tăng cường về vấn đề đưa ra các kết quả và hiệu quả như thế nào đó... Thì tất cả những kết quả đấy phải để cho ở dưới đấy người ta cũng phải nói, cái hiệu quả của nó như thế nào." (Lãnh đạo đơn vị)

Dành cho những ai quan tâm, một số cách thức để gửi tín hiệu đến Bộ Y tế bao gồm:

- Tổ chức các hội thảo, hội nghị khoa học
- Mời Bộ Y tế tham gia các hoạt động của OUCRU
- Tăng cường giao lưu với các nhà hoạch định chính sách và mời họ làm việc cùng với OUCRU
- Gặp gỡ với Bộ Y tế và cho họ biết OUCRU muốn hỗ trợ họ.

"... Đầu tiên em có thể tổ chức các hội thảo khoa học, sau đó có thể mời Bộ Y tế tham gia vào một số hoạt động, cả ở Việt Nam và nước ngoài, để họ biết được vị thế của tổ chức. Thứ hai là, em cần tăng cường làm việc với họ, mời họ làm việc với mình. Hoặc em có thể hỗ trợ chuyên môn, ví dụ khi dịch COVID-19 hoành hành, em có chuyên gia của em, em có thể gửi thông điệp hoặc em có thể đến Bộ Y tế và mời họ làm việc với em, cho họ biết em có cái này cái kia." (Lãnh đạo khoa)



Hình 20. Khuyến nghị cách thức tăng cường kết nối với các nhà hoạch định chính sách

Các đối tượng tham gia nghiên cứu khuyến cáo rằng với chuyên môn của OUCRU, OUCRU nên cố gắng **phát hiện các vấn đề** mà Bộ Y tế chưa có khả năng giải quyết và **đề nghị hỗ trợ họ tìm cách giải quyết**. Ngoài ra, cũng cần lưu tâm đến **thái độ và hành vi khi làm việc** với các bên liên quan. Một đáp viên của chúng tôi đề xuất rằng khi làm việc với các cơ quan nhà nước, các chuyên gia nghiên cứu của OUCRU cần phải ‘cứng rắn và kiên định’, cần phải kiên nhẫn và không được nổi cáu.

“...đầu tiên chính là cách tiếp cận để họ có thể... có nghĩa là... đặt vấn đề là hỗ trợ họ đã, hỗ trợ họ những vấn đề mà họ chưa giải quyết được.” (Lãnh đạo đơn vị)

“Còn có những người không thể làm được thì làm việc với sếp họ. Nguyên tắc của nhà nước là tôi không làm việc với anh, tôi làm việc với sếp anh. Và tôi với anh không phải là kẻ thù, hôm nay tôi với anh chưa hiểu nhau nhưng mai chúng ta sẽ hiểu nhau. Phải rất là kiên nhẫn chứ đừng nóng bưng mặt lên là không làm được với họ đâu. Nhiều người mình biết rồi làm với nhà nước là phải bình tĩnh.” (Chuyên gia cao cấp)

Các đáp viên đã chỉ ra các yếu tố quyết định việc kết nối giữa các nhà hoạch định chính sách và nghiên cứu viên của OUCRU như sau:

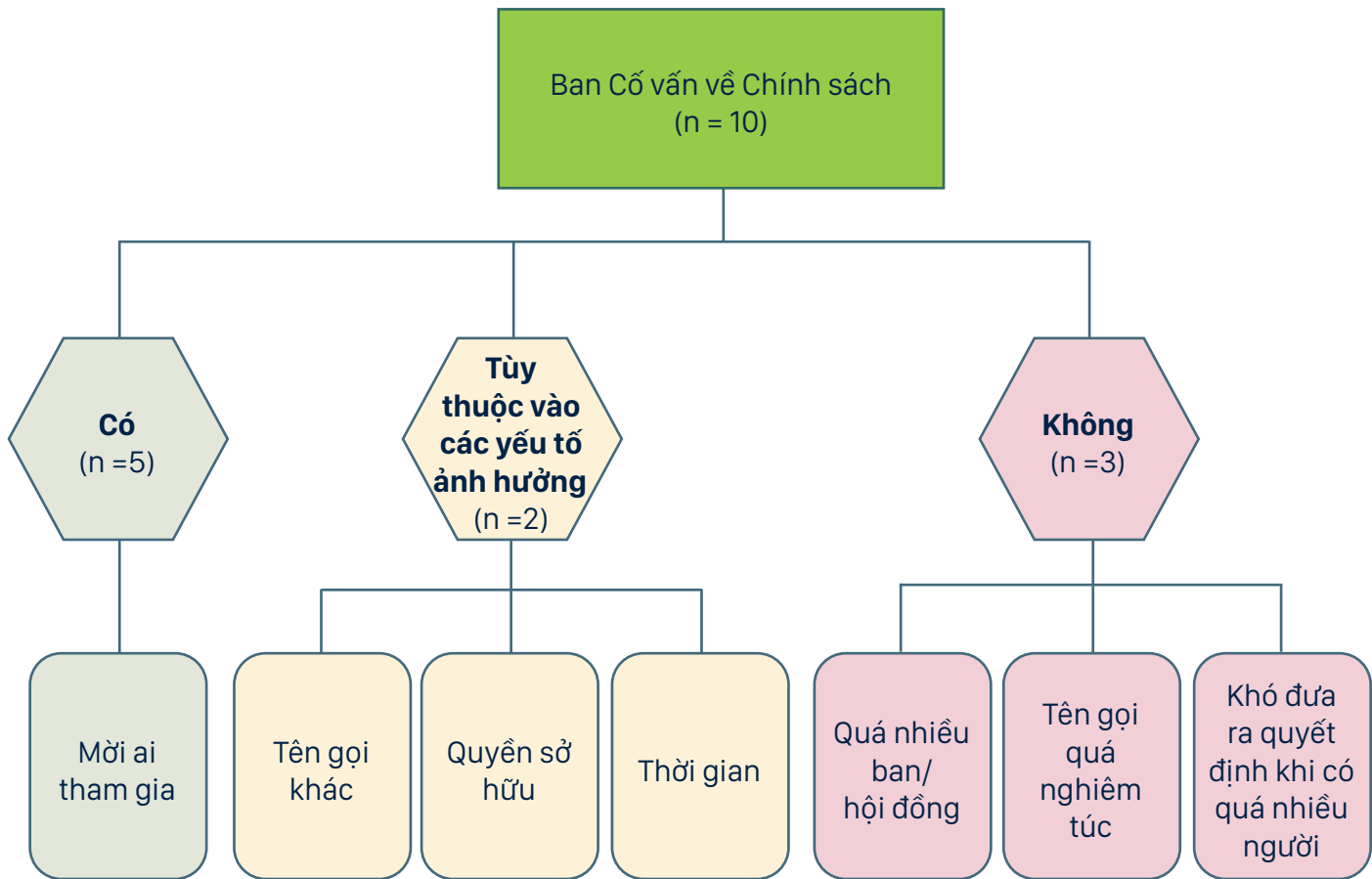
- **cơ chế hợp tác tốt hơn** giữa nhà hoạch định chính sách và nhà khoa học,
- **các mối quan tâm chung** của hai bên,
- **nguồn lực tài chính,**
- **kiến thức về hệ thống y tế và quy định của Việt Nam,**
- **điểm mạnh của các chương trình** mà OUCRU muốn kết nối với các nhà hoạch định chính sách,
- **mức độ sẵn lòng của OUCRU khi hỗ trợ kỹ thuật cho các nhà hoạch định chính sách,** và
- **chuyên gia có tầm ảnh hưởng đến chính sách** – có thể đại diện tổ chức để thảo luận với các nhà hoạch định chính sách, để trình bày, vận động và huy động nguồn lực cũng như đưa ra những vấn đề về chính sách mà không phải đợi đến khi có vấn đề nổi cộm về chính sách¹⁰.

“...em cần một người có tầm ảnh hưởng về chính sách. Nhưng sau đó nếu em có một người dẫn đầu trong một mảng nào đó thì có thể em không cần một hội đồng” (Lãnh đạo đơn vị)

Các đáp viên của chúng tôi nghĩ rằng khi Việt Nam có quy định rõ ràng hơn về việc sử dụng bằng chứng trong chính sách, cũng giống như cộng đồng nghiên cứu, OUCRU sẽ được hưởng lợi từ khung chính sách mới để có thể kết nối tốt hơn với cộng đồng chính sách. Và khi các ưu tiên của OUCRU có điểm tương đồng với các nhà hoạch định chính sách, OUCRU sẽ dễ dàng hợp tác và làm việc cùng các nhà hoạch định chính sách.

“Thực ra hiện tại chưa có quy định nào bắt buộc phải thế này thế kia. Nhưng nếu có một tiến trình tốt hơn để có thể xây dựng các chính sách dựa vào bằng chứng thì sẽ có cơ chế tốt hơn cho các nhà hoạch định chính sách làm việc cùng các nhà khoa học.” (Lãnh đạo đơn vị)

2.10.2. Ban Cố vấn về Chính sách



Hình 21. Ý kiến của các bên liên quan về việc thành lập Ban Cố vấn về Chính sách

Khi chúng tôi hỏi đối tượng tham gia nghiên cứu xem họ nghĩ gì về ý tưởng thành lập Ban Cố vấn về Chính sách, năm trong số mười đáp viên nghĩ đây là một ý tưởng hay, nhưng cũng khuyên OUCRU nên xem xét xem mời ai tham gia Ban Cố vấn. Hai đáp viên không đưa ra lời khuyên cụ thể là nên hay không nên mà chỉ đưa ra nhận định là việc này còn tùy thuộc vào tên gọi, vào quyền sở hữu của Ban Cố vấn, và thời gian thành lập. Ba đáp viên phản đối ý tưởng này và đưa ra các lý do sau:

- bởi vì tên gọi Ban Cố vấn quá nghiêm trọng,
- bởi vì Bộ Y tế đã thành lập quá nhiều ban/hội đồng, và
- bởi vì khi có quá nhiều người tham gia trong một ban/hội đồng thì sẽ rất khó đưa ra quyết định.

“Và nếu em muốn thành lập một hội đồng quá rộng, thì theo tôi... em sẽ không thể đưa ra quyết định. Nó quá rộng, quá nhiều người từ nhiều lĩnh vực khác nhau. Tôi nghĩ để một hội đồng có thể hoạt động hiệu quả, các thành viên cần có một mối quan tâm chung về một lĩnh vực nào đó hoặc về vấn đề nào đó. Vì thế việc thành lập một hội đồng quá rộng, theo tôi, sẽ không hiệu quả.” (Lãnh đạo đơn vị)

Chương 4. Thảo luận

Ở các chương trước của báo cáo, chúng tôi đã chứng minh việc xây dựng chính sách ở Việt Nam đã có những cải thiện đáng kể, đặc biệt trong sử dụng bằng chứng và sự tham gia của các chuyên gia trong xây dựng chính sách. Mặc dù rất ít văn bản chính sách của Việt Nam có trích dẫn tài liệu tham khảo, các đối tượng tham gia đã khẳng định rõ rằng họ có tham khảo bằng chứng khi xây dựng bất kỳ chính sách nào. Vấn đề trích dẫn tài liệu tham khảo trong chính sách được xem là một trong những điểm yếu trong xây dựng chính sách ở Việt Nam. Để cải thiện tình hình này, đáp viên của chúng tôi đã đề xuất nên tăng cường hơn nữa việc sử dụng bằng chứng trong chính sách, phát triển các quy trình chuẩn trong xây dựng chính sách và thành lập các nhóm chuyên trách trong quá trình xây dựng chính sách.

Từ kết quả của nghiên cứu, chúng tôi thấy kết nối chính sách và nghiên cứu có một khoảng trống đáng kể. Cộng đồng nghiên cứu và cộng đồng chính sách khác nhau về mặt bản chất. Họ có những mối quan tâm, hệ tư tưởng và ưu tiên khác nhau, và mặc dù ở Việt Nam, sự kết nối giữa hai cộng đồng đã được cải thiện, nhưng vẫn còn nhiều việc cần phải làm. Với OUCRU nói riêng, các nghiên cứu chất lượng cao và mối quan hệ hợp tác lâu dài với ngành y tế Việt Nam là những thế mạnh riêng của OUCRU để có thể kết nối tốt hơn với cộng đồng chính sách. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đề xuất rằng để có thể kết nối tốt hơn với cộng đồng chính sách, OUCRU cần có thêm kế hoạch tiếp cận và chiến lược kết nối chính sách.

1. Sử dụng bằng chứng và trích dẫn tài liệu tham khảo

Trong hoạch định chính sách, bản thân việc đánh giá xem bằng chứng có liên quan, có hữu ích hay không cũng là một quá trình. Ví dụ, các bên liên quan đã nhắc đến mức độ bằng chứng. Ngoài chất lượng của nghiên cứu, còn có nhiều yếu tố khác quyết định việc lựa chọn bằng chứng, ví dụ, nghiên cứu có thể đạt điểm về mặt chất lượng nghiên cứu, nhưng không có tính liên quan hoặc không phù hợp với bối cảnh địa phương. Các bên liên quan cũng dùng kinh nghiệm cá nhân của họ để lựa chọn bằng chứng và quyết định xem bằng chứng nào liên quan hoặc hữu ích với những mối quan tâm của họ.

Từ kết quả tổng quan tài liệu do Bộ Y tế ban hành, mặc dù còn thiếu bằng chứng cho thấy các chính sách ở Việt Nam được xây dựng dựa trên bằng chứng khoa học (vì hầu hết các văn bản của Bộ Y tế không trích dẫn tài liệu tham khảo), chúng tôi không thể kết luận rằng chính sách y tế ở Việt Nam không sử dụng bằng chứng khoa học. Từ các cuộc phỏng vấn với các bên liên quan, rõ ràng xét về khía cạnh nào đó, các nhà hoạch định chính sách ở Việt Nam tin rằng chính sách y tế ở Việt Nam được xây dựng dựa trên bằng chứng - mặc dù họ cũng đồng ý rằng việc sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách ở Việt Nam cần được cải thiện. Như đã đề cập ở trên, 17 trong số 18 đáp viên khẳng định rõ rằng chính sách ở Việt Nam có sử dụng bằng chứng. Kết quả này đã đặt ra cho chúng tôi một câu hỏi về những quy định hiện hành về sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách. Chúng tôi muốn tìm hiểu những quy định yêu cầu sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách. Chúng tôi tìm thấy hai văn bản là Luật số 80/2015/QH13 do Quốc hội ban hành ngày 22/6/2015¹⁶ và Quyết định số 4068/QĐ-BYT do Bộ Y tế ban hành ngày 29/7/2016 về hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh²².

CHƯƠNG 4. THẢO LUẬN

Cả hai văn bản này đều yêu cầu phải có bằng chứng, nhưng trong khi Luật của Quốc hội không đề cập gì đến việc trích dẫn tài liệu trong văn bản quy phạm pháp luật, thì hướng dẫn của Bộ Y tế yêu cầu rõ ràng về trích dẫn tài liệu tham khảo “các dữ liệu lâm sàng trong quy trình chuyên môn nên được trích dẫn từ các hướng dẫn Điều trị, phác đồ Điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc,... bằng cách thiết lập liên kết để tra cứu tham khảo, không nên đưa nguyên văn toàn bộ các tài liệu nói trên vào quy trình chuyên môn...”²². Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật thường được nhắc đến trong các cuộc phỏng vấn của chúng tôi, trong khi đó, không đáp viên nào nhắc đến hướng dẫn của Bộ Y tế về xây dựng quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh. Các đối tượng tham gia thậm chí còn phàn nàn rằng Việt Nam không có quy định chặt chẽ về việc sử dụng bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách.

Nếu không có trích dẫn tài liệu tham khảo thì không có cách nào để biết cách thức sử dụng bằng chứng. Chúng tôi có thể rà soát tất cả tài liệu tham khảo và kiểm tra chéo với tài liệu gốc để tìm ra điểm tương đồng về nội dung, nhưng điều này sẽ rất mất thời gian và chúng tôi vẫn cần phải đưa ra quá nhiều giả định. Chúng tôi đã kiểm tra một số tài liệu trên phần mềm đối chiếu văn bản iThenticate, để xem có sự tương đồng nào giữa các văn bản được rà soát và các bài báo đã được công bố hay không. Tuy nhiên, có một hạn chế lớn là iThenticate không thể nhận diện sự tương đồng giữa tài liệu bằng những ngôn ngữ khác nhau. Tất cả các văn bản chính sách trong nghiên cứu của chúng tôi đều bằng tiếng Việt. Chúng tôi biết các tác giả Việt Nam sẽ tham khảo ý kiến từ tài liệu tiếng Việt và tiếng Anh khi soạn thảo chính sách, nhưng iThenticate chỉ có thể nhận diện cùng ngôn ngữ. Nghĩa là, iThenticate có thể phát hiện các điểm tương đồng giữa các văn bản tiếng Anh hoặc tiếng Việt, nhưng không thể phát hiện tương đồng giữa tài liệu tiếng Việt và tài liệu tham khảo tiếng Anh. Một hạn chế khác của phương pháp này là chưa nhiều bài báo tiếng Việt đã được số hóa, hoặc đưa lên internet. Điều này có nghĩa là rất có thể Bộ Y tế đã tham khảo tài liệu tiếng Việt để biên soạn các tài liệu nói trên, nhưng chúng ta không thể nào khẳng định điều này nếu không có trích dẫn tài liệu tham khảo, hoặc không thể tìm thấy tài liệu tham khảo trên internet. Cũng về vấn đề này, các đáp viên đã phàn nàn về khó khăn trong tìm kiếm bài báo đăng tải trên các tạp chí Việt Nam.



Ảnh: Các thành viên của Dự án ViParc tham gia hội thảo quốc tế về kháng kháng sinh tháng 10/2019

2. Các bên liên quan tham gia nghiên cứu

Như đã thảo luận ở trên, việc kết nối sớm với các nhà hoạch định chính sách sẽ giúp ích cho quá trình vận động chính sách⁵. Tại OUCRU, chúng tôi muốn thiết lập một hệ thống kết nối chính sách ở tất cả các giai đoạn nghiên cứu, và chúng tôi tin rằng thành công trong kết nối ở giai đoạn này sẽ mang lại thành công ở giai đoạn sau.

Trong lĩnh vực HIV, một nhóm nghiên cứu đã thành lập một hội đồng đánh giá bao gồm đầy đủ tất cả các bên liên quan. Để đảm bảo tính khách quan của nghiên cứu, vai trò và trách nhiệm của hội đồng được xác định rõ ràng: Các thành viên đóng vai trò hỗ trợ – thay vì chỉ đạo – các vấn đề về nghiên cứu. Họ cũng khẳng định rằng nhóm nghiên cứu, chứ không phải hội đồng, là người sẽ đưa ra quyết định cuối cùng về đề cương nghiên cứu. Tuy nhiên, cuối cùng nhóm nghiên cứu vẫn phải thỏa hiệp do tính nhạy cảm của dữ liệu thu thập được³. Điều này cho thấy rằng ngay cả khi lập kế hoạch cẩn thận, chúng ta cũng khó có thể loại bỏ hoàn toàn sai số hoặc xung đột lợi ích khi mời các nhà hoạch định chính sách tham gia vào các giai đoạn đầu của nghiên cứu. Dẫu vậy, trường hợp này cũng cho thấy thỏa hiệp ở một mức độ nhất định, trong một số trường hợp nhất định, có thể chấp nhận được.

Jonathan Lomas đã mô tả quá trình áp dụng khung L-E vào tất cả các hoạt động của họ, từ việc thiết lập ưu tiên, lựa chọn chương trình tài trợ, đánh giá hồ sơ xin tài trợ, triển khai nghiên cứu, trình bày kết quả và lập kế hoạch đánh giá¹². Việc áp dụng khung L-E cho thấy tính quen thuộc và kết nối nghiên cứu và chính sách đã được cải thiện, ở cả cấp độ cá nhân và tổ chức, nhằm thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng từ nghiên cứu khoa học để ra quyết định và khuyến khích nghiên cứu đưa ra bằng chứng hữu ích cho các nhà hoạch định chính sách^{12,80-82}. Bất chấp những thách thức hiện hữu, nếu đối với nghiên cứu, việc tác động chính sách là một nhiệm vụ quan trọng thì sự tham gia của những người ra quyết định vào quá trình nghiên cứu là có ý nghĩa, và tính khách quan của nghiên cứu vẫn có thể được duy trì bằng các phương pháp khác nhau.

Khi áp dụng khung L-E cho một hệ thống kết nối chính sách đang hoạt động tốt, chúng ta sẽ thấy các tầng giao tiếp đa ngành giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách, cũng như giữa các bên khác nhau ở các giai đoạn khác nhau trong quá trình nghiên cứu và quá trình hoạch định chính sách. Khi hệ thống kết nối chính sách gặp vấn đề, có thể là do thiếu đi sự giao tiếp và có thể do tình trạng mất cân bằng quyền lực hoặc không tìm được tiếng nói chung ở quá trình hoạch định chính sách hoặc trong nghiên cứu hoặc ở cả hai quá trình. Khi không tìm thấy tiếng nói chung, hoặc gặp các vấn đề trong giao tiếp, hoặc mất cân bằng quyền lực, sẽ nảy sinh nguy cơ về quyền tự chủ. Do đó, chúng ta cần phải xem xét tất cả các yếu tố để có thể vận hành tốt hệ thống kết nối chính sách, nhằm tối đa hóa lợi ích của giao tiếp đa ngành.

3. Kế hoạch kết nối chính sách của OUCRU

OUCRU cam kết sẽ tích cực kết nối với các bên liên quan về chính sách để có thể tác động đến chính sách. Để làm được điều này, OUCRU cần phải xây dựng kế hoạch kết nối mang tầm chiến lược. Các bằng chứng từ tổng quan tài liệu, cùng với số liệu từ các cuộc phỏng vấn với các nhà hoạch định chính sách trong báo cáo này và kết quả từ các cuộc phỏng vấn với các nhà nghiên cứu của OUCRU⁷⁹, cho thấy thành công trong kết nối chính sách ở giai đoạn này sẽ giúp mang lại thành công ở các giai đoạn khác, và chúng ta cũng có thể đồng thời tiến hành kết nối với các nhà hoạch định chính sách ở tất cả các giai đoạn của một chu trình nghiên cứu (xem **Hình 22** bên dưới).



Hình 22. Chu trình liên tục của hệ thống kết nối chính sách

Kết quả tổng quan tài liệu cho thấy các nghiên cứu trước đây cùng quan điểm với chúng tôi rằng kết nối chính sách nên được triển khai sớm và liên tục trong quá trình nghiên cứu. Trong nghiên cứu về quản lý và vận động chính sách, tác giả Isabelle Michaud-Letourneau và cộng sự đã tổng kết các cấu phần có thể giúp tăng cường vận động thay đổi hoặc xây dựng chính sách, ví dụ như kết nối trong vận động chính sách, kết nối sớm với các nhà hoạch định chính sách và trong suốt quá trình thực hiện, trao đổi thường xuyên với các bên liên quan về chính sách⁵.

Như các đáp viên đã định nghĩa, chính sách y tế nói chung bao gồm 'văn bản quy phạm pháp luật' và 'hướng dẫn chuyên môn', và những 'văn bản quy phạm pháp luật' này do nhiều bộ ngành xây dựng, không chỉ riêng Bộ Y tế. Hầu hết các đáp viên chỉ thảo luận về những tác động và kết nối trong xây dựng hướng dẫn chuyên môn, chứ không thảo luận nhiều về các quy trình này trong xây dựng văn bản quy phạm pháp luật. Do đó, khi xem xét trọng tâm của chiến lược kết nối chính sách của OUCRU, mục tiêu của chúng tôi là có thể thiết kế một chương trình kết nối nhằm tác động đến việc xây dựng các hướng dẫn chuyên môn này.

OUCRU có thể cân nhắc về ý tưởng xây dựng chiến lược kết nối mà các khung phân tích chính sách (MSF, L-E và I-I-I) đã đề cập đến. Trong khung L-E, cả nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách đều tham gia vào các hoạt động khác nhau, gồm có thiết lập ưu tiên, định hướng chương trình tài trợ, đánh giá hồ sơ xin tài trợ, triển khai nghiên cứu, trình bày kết quả và đánh giá¹². Với mục đích tăng cường kết nối với các bên liên quan, OUCRU đã, đang và sẽ có thể học hỏi kinh nghiệm của Lomas và áp dụng nguyên tắc này trong xây dựng và thực hiện các kế hoạch hành động trong kết nối chính sách.

Khung MSF nhấn mạnh tầm quan trọng của chiều vấn đề, chiều chính sách và chiều chính trị và khẳng định vị thế của cả ba chiều này đều giống nhau - ba chiều đều quan trọng như nhau⁹. Xây dựng chương trình chính sách có liên quan mật thiết với kế hoạch kết nối mang tầm chiến lược và mang tầm lãnh đạo cấp cao. Các nhà nghiên cứu ở OUCRU có thể cân nhắc điều này khi muốn kết nối với cộng đồng chính sách trong các vấn đề ở tầm vĩ mô hoặc trong các vấn đề chuyên môn như kháng thuốc kháng sinh hoặc các vấn đề mang tính quốc tế. Một trong những yếu tố quan trọng trong khung MSF là người có tầm ảnh hưởng đến chính sách. Những đáp viên trong nghiên cứu này của chúng tôi có nhắc đến "người có tầm ảnh hưởng đến chính sách" – phù hợp với lý thuyết được đề cập đến trong khung MSF và cụm từ "người có tầm ảnh hưởng đến chính sách" cũng xuất hiện trong các bài báo về tác động chính sách ở Việt Nam³. Những người có tầm ảnh hưởng đến chính sách này có thể đóng vai trò nhất định trong từng giai đoạn, và OUCRU nên cân nhắc đầu tư tìm kiếm, đào tạo và trao quyền cho những cán bộ của tổ chức để đóng vai trò làm người có tầm ảnh hưởng đến chính sách.

Theo Lomas, việc **các nhà hoạch định chính sách tham gia làm thành viên ban cố vấn** có thể giúp huy động được kiến thức, kinh nghiệm, quan điểm và ý tưởng của họ⁸². OUCRU đã phát triển nhiều nền tảng trao đổi thông tin và chia sẻ ý tưởng với các nhà hoạch định chính sách, và những nền tảng này đều đã được phản ánh trong khung L-E. Một số hoạt động kết nối của chúng tôi có thể kể đến như: Năm 2017, để chuẩn bị cho việc thành lập mạng lưới giám sát huyết thanh quốc gia tại Việt Nam, chúng tôi đã tổ chức một cuộc họp với các bên liên quan để trao đổi thông tin về cơ sở hạ tầng và nguồn lực sẵn có, các dự án đang triển khai và nghiên cứu liên quan đến giám sát huyết thanh tại Việt Nam, để học hỏi kinh nghiệm của Vương quốc Anh và thảo luận về những ưu tiên trong thiết lập mạng lưới giám sát huyết thanh quốc gia¹⁹. Và để chuẩn bị cho việc phát triển khung hợp tác trong nghiên cứu và thực hiện chương trình quản lý kháng sinh, năm 2019, OUCRU đã hỗ trợ WHO và Bộ Y tế tổ chức cuộc họp với các bên liên quan, với sự tham gia của đại diện Bộ Y tế, các bệnh viện, lĩnh vực tư nhân và các đối tác phát triển quốc tế, để rà soát các hoạt động và thống nhất về khung chương trình quản lý kháng sinh. Gần đây nhất, vào năm 2020, OUCRU đã thành lập Ban cố vấn Ứng phó với Dịch bệnh (OAB) với sự tham gia của các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách. OAB hướng đến mục tiêu tạo ra một nền tảng hoặc kênh thông tin để các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách trao đổi kiến thức, kinh nghiệm và ý tưởng trong bối cảnh bùng phát dịch bệnh, tăng cường mối quan hệ giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách, đồng thời đảm bảo năng lực cung cấp thông tin cần thiết cho việc hoạch định chính sách. Điều này giúp đảm bảo rằng các dự án liên quan đến dịch bệnh của OUCRU được thiết kế dựa trên nhu cầu thực tế của địa phương và có thể tạo ra các tác động tốt nhất tới địa phương, khu vực và toàn cầu.

Các đáp viên của chúng tôi đã đề nghị OUCRU hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng hướng dẫn xây dựng các hướng dẫn dựa trên bằng chứng, và thí điểm hướng dẫn này để xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Trên thực tế, năm 2016, OUCRU cùng với NICE International đã hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng bộ Tiêu chuẩn Chất lượng (QS) trong kê đơn kháng sinh cho một số bệnh viêm đường hô hấp ở Việt Nam²⁰. Cụ thể, bộ QS đưa ra các tiêu chuẩn sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị viêm phổi cộng đồng (CAP) và điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (AECOPD). Bộ QS là một ví dụ về hướng dẫn dựa trên bằng chứng và quá trình xây dựng QS có thể là một ví dụ về quá trình xây dựng hướng dẫn dựa trên bằng chứng. Để phát triển bộ QS, Bộ Y tế đã thành lập ban biên soạn bao gồm các thành viên từ Bộ Y tế, các bệnh viện và các trường đại học liên quan, với sự hỗ trợ chuyên môn của OUCRU và NICE International. Tất cả các chỉ số và tiêu chuẩn được phát triển dựa trên bằng chứng từ các hướng dẫn đã ban hành trên thế giới. Các bằng chứng từ các nguồn tham chiếu đều được tóm tắt và trích dẫn trong bộ QS. Bộ QS được hoàn thiện vào cuối năm 2016, và vào năm 2018, bộ QS điều trị viêm phổi cộng đồng đã được thí điểm tại một bệnh viện ở Việt Nam⁸³. Với các ví dụ kể trên, có thể thấy kết nối chính sách đang ngày càng được quan tâm tại OUCRU. Tuy vậy, nỗ lực kết nối giữa OUCRU và các nhà hoạch định chính sách vẫn chủ yếu tập trung vào dự án hoặc vấn đề cụ thể. OUCRU hiện ở một vị thế thích hợp để bắt đầu xây dựng và triển khai hệ thống kết nối chính sách mang tầm chiến lược dựa trên những bài học kinh nghiệm của chính tổ chức. Đề xuất xây dựng "hướng dẫn xây dựng hướng dẫn dựa vào bằng chứng" là một ví dụ điển hình về phương hướng phát triển và triển khai các hướng dẫn thực hành tốt nhất tại OUCRU để có thể mang đến những hoạt động có tính bền vững.

Quá trình xây dựng chính sách đòi hỏi phải có sự tham gia của các bên liên quan bao gồm các quan chức chính phủ, các tổ chức quốc tế, các nhà hoạt động, các tổ chức phi chính phủ trong nước, các tổ chức xã hội dân sự (CSO), các cơ quan y tế và chính quyền địa phương. Qua các khung lý thuyết đã mô tả phía trên (khung MSF, I-I-I và L-E) và các khuyến nghị từ các bài báo, chúng ta có thể thấy mối quan hệ lâu dài với các đối tác, số liệu đáng tin cậy từ các nghiên cứu chất lượng cao, thông tin kịp thời về các sự kiện trong khu vực và trên thế giới, và đội ngũ các nhà nghiên cứu uy tín, tất cả đều góp phần tăng cường khả năng tác động chính sách của một tổ chức. Chúng ta có thể thấy OUCRU đáp ứng với nhiều điều kiện trong số các điều kiện trên và vì thế có thể tăng cường các hoạt động kết nối với cộng đồng chính sách. Tuy nhiên, từ các cuộc thảo luận với các bên liên quan và từ việc nhìn nhận lại những hoạt động của chính OUCRU, chúng tôi biết rằng việc đáp ứng các điều kiện này là chưa đủ. OUCRU cũng cần tích cực tăng cường vận động chính sách để thu hút sự chú ý của các nhà hoạch định chính sách, kết nối sớm và liên tục giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách, đồng thời hỗ trợ phát triển kỹ năng và trao quyền cho các thành viên trong cộng đồng nghiên cứu để thực hiện vai trò của người có tầm ảnh hưởng đến chính sách, khi thích hợp. Ngoài ra, OUCRU cũng cần tăng cường kết nối với các bên liên quan thông qua các ban cố vấn, và tìm kiếm cơ hội mới nhằm nâng cao chất lượng kết nối bằng cách xây dựng hướng dẫn kết nối chính sách và tiếp tục ghi nhận và đánh giá tác động của những nỗ lực kết nối chính sách của các cá nhân trong tổ chức.



Ảnh: Cuộc họp chuyên gia về truyền dịch cho sốc sốt xuất huyết vào tháng 1/2018

Chương 5. Kết luận

Kết quả của nghiên cứu đã chứng minh rằng **không có bằng chứng không phải là bằng chứng cho việc không sử dụng bằng chứng**. Như đã trình bày trong báo cáo đánh giá nội bộ của OUCRU, các nhà nghiên cứu nhận định rằng các bên liên quan chỉ tìm kiếm bằng chứng ủng hộ quan điểm của họ. Tuy nhiên, chúng tôi không thể khẳng định điều này với các bằng chứng đã được sử dụng trong các chính sách được rà soát trong nghiên cứu. Các cuộc phỏng vấn với các bên liên quan cho thấy quá trình hoạch định chính sách thực sự có sử dụng bằng chứng; tuy nhiên, không phải tất cả các bằng chứng đều được đưa vào tài liệu chính thống. Việc bằng chứng không được đưa vào văn bản ban hành không có nghĩa là bằng chứng đó chưa bao giờ được tham khảo. Về mặt logic, những bằng chứng hỗ trợ cuối cùng đã được đưa vào các văn bản chính sách. Những bằng chứng đã được rà soát và nếu không liên quan thì sẽ không được đưa vào văn bản. Điều này không có nghĩa là các bên liên quan không tham khảo các bằng chứng ít liên quan hơn hoặc kém giá trị hơn. Việc quyết định bằng chứng có liên quan hoặc có được đánh giá cao hay không phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố – điều này đã được chứng minh qua các cuộc phỏng vấn với các bên liên quan và qua các bằng chứng và khung lý thuyết được thảo luận trong báo cáo này.

Để thúc đẩy sử dụng bằng chứng khoa học từ các nghiên cứu của OUCRU, chúng ta nên tăng cường kết nối với các nhà hoạch định chính sách và sự tham gia của họ trong các giai đoạn đầu của nghiên cứu với phương pháp tiếp cận phù hợp, sẽ giúp vừa đảm bảo được những đóng góp có giá trị của họ vừa đảm bảo được tính khách quan của khoa học. Mặc dù bằng chứng khoa học đóng vai trò rất quan trọng trong chính sách, nhưng bằng chứng không thể quyết định tất cả, và do đó, thay vì cho rằng bằng chứng khoa học của chúng ta sẽ đủ khả năng tác động chính sách, chúng ta cần mở rộng các phương pháp kết nối. Các bên liên quan cho chúng tôi biết rằng các yếu tố khác như kinh nghiệm, bối cảnh, cơ chế và cơ sở hạ tầng cũng đóng vai trò rất quan trọng trong xây dựng chính sách ở Việt Nam và để có thể xây dựng được phương pháp kết nối tốt nhất, chúng tôi cần phải nhận thức và tính đến những yếu tố này – điều này cũng được chứng minh qua kết quả tổng quan tài liệu cũng như các khung lý thuyết về phân tích chính sách.

Chúng tôi sẽ xây dựng kế hoạch kết nối chính sách một cách hệ thống tại OUCRU từ kết quả của dự án này. OUCRU có một vị thế đặc biệt để có thể thực hiện tốt hệ thống kết nối này do tổ chức đã có, hoặc đang xây dựng, nhiều thành tố quan trọng cho sự thành công của kết nối chính sách. Nhận định này đã được phản ánh trong các kết quả của nghiên cứu. Chúng tôi có bằng chứng xác thực rằng các bên liên quan đều sẵn sàng hợp tác và kết nối với chúng tôi, cũng như sẵn sàng kết nối chúng tôi với các bên liên quan khác trong môi trường chính sách y tế ở Việt Nam. Kế hoạch kết nối chính sách của chúng tôi sẽ tập trung đẩy mạnh kết nối sớm và liên tục, đào tạo và trao quyền cho những người có tầm ảnh hưởng đến chính sách, thành lập các ban cố vấn theo chuyên đề và hướng tới mục tiêu tác động tới các hướng dẫn chuyên môn. Mặc dù tác động chính sách ở Việt Nam vẫn còn nhiều thách thức, OUCRU vẫn có cơ hội để đạt được thành công trong kết nối cũng như tác động chính sách, và qua đó, sẽ giúp chúng tôi đạt được mục tiêu dài hạn là tạo ra các tác động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam, trong khu vực và trên toàn cầu.

Phụ lục 1. Hướng dẫn phỏng vấn sâu với các bên liên quan

A. Thông tin chung:

1. Hỏi về các thông tin nhân khẩu học: Tuổi, giới, chức vụ, trình độ học vấn, kinh nghiệm làm việc và thời gian giữ vị trí hiện tại?
2. Công việc chính của anh/chị trong lĩnh vực nào?
3. Anh/chị đã tham gia xây dựng chính sách/quy định/thông tư... nào? (nếu có thể, xin số văn bản)
4. Vai trò của anh/chị trong quy trình đó là gì?

B. Vai trò của các bên liên quan trong quy trình hoạch định chính sách:

5. Theo anh/chị, ai tham gia vào quá trình hoạch định chính sách (ở cấp độ tổ chức và cá nhân)? Và vai trò của họ là gì?
6. Trong trường hợp có hơn 1 bên tham gia, theo kinh nghiệm của anh/chị ai chịu trách nhiệm phụ trách cả quy trình?
7. Anh/chị có phải là thành viên của một mạng lưới chính thức nào không? Nếu có, ai đã giới thiệu anh/chị tham gia mạng lưới này? Anh/chị vui lòng liệt kê danh sách những người đã giới thiệu anh/chị. Nếu không, vui lòng mô tả về cách thức tham gia và xây dựng mối quan hệ như thế nào.
8. Ai/tổ chức nào có tầm ảnh hưởng rõ ràng tới chính sách?
9. Họ làm cách nào để có thể tạo ảnh hưởng tới chính sách?

C. Bằng chứng:

10. Quay lại với những chính sách/hướng dẫn... mà chị/chị đã tham gia xây dựng, anh/chị tìm kiếm bằng chứng gì từ các nghiên cứu? Anh/chị lựa chọn bằng chứng như thế nào để đưa vào chính sách/hướng dẫn...? Anh/chị đánh giá bằng chứng đó như thế nào? Anh/chị có dễ dàng tìm kiếm được các bằng chứng có chất lượng không?
11. Trong lĩnh vực của anh/chị, nghiên cứu viên nên tập trung vào mảng nào?
12. Anh/chị đã từng yêu cầu những nhà khoa học cung cấp bằng chứng khi hoạch định/sửa đổi chính sách không? Nếu có, anh/chị đã yêu cầu bằng chứng gì? Và anh/chị đã tìm đến ai?
13. Theo anh/chị, hiện nay có đủ bằng chứng chất lượng tốt cho những nhà hoạch định chính sách sử dụng không?
14. Các bằng chứng được cung cấp có đáng tin cậy không? Anh/chị tin tưởng ai/tổ chức nào? Điều gì ở nhóm nghiên cứu đó làm anh/chị tin tưởng? Rào cản xây dựng sự tin tưởng với nghiên cứu là gì?
15. Anh/chị đã từng bỏ qua số liệu hay kết quả nghiên cứu nào không? Và vì sao?

Phụ lục 1 (t.t)

D. Quy trình hoạch định chính sách

16. Khi anh/chị xây dựng một chính sách mới, quy trình đó bắt đầu như thế nào? Các bước tiến hành như thế nào? Quy trình hoạch định một chính sách sẽ kéo dài bao lâu? Yếu tố nào quyết định tính cấp bách của một chính sách?
17. Ai/tổ chức nào đưa ra ý tưởng cần phải hoạch định/sửa đổi chính sách?
18. Có quy định nào yêu cầu anh/chị phải tổng quan tài liệu khoa học hoặc xin tư vấn của các khoa/phòng/đơn vị khác không?
19. Anh/chị chia sẻ thông tin về các hoạt động hoạch định chính sách như thế nào trong cả quy trình? Và có cơ hội nào cho các đối tác tham gia quy trình này không?
20. Anh/chị đã từng gặp những rào cản/khó khăn gì trong quy trình này?

E. Kết nối chính sách và nghiên cứu:

21. Anh/chị nghĩ như thế nào về kết nối nghiên cứu? Theo anh/chị, những nhà nghiên cứu nên kết nối với anh/chị như thế nào?
22. Anh/chị muốn đặt câu hỏi nào cho giới nghiên cứu?
23. Anh/chị đã từng tham gia vào nghiên cứu nào chưa? Nếu có, anh/chị đã tham gia vào giai đoạn nào của nghiên cứu?
24. Theo anh/chị, những nhà hoạch định chính sách nên tham gia vào công đoạn nào của nghiên cứu?
25. Anh/chị muốn được cập nhật những thông tin gì của nghiên cứu? Và bằng cách nào?
26. Khi sử dụng bằng chứng, anh/chị có quay lại đặt câu hỏi/nêu ý kiến/yêu cầu giải thích đối với các nhà nghiên cứu không? Nếu có, anh/chị thường đặt ra câu hỏi như thế nào và về thông tin nào của nghiên cứu? Anh/chị có hài lòng với những thông tin nhận được không?
27. Khi những nhà nghiên cứu/tổ chức quốc tế kết nối với anh/chị, họ đã làm tốt những hoạt động gì? Và họ nên làm thế nào để có thể kết nối tốt hơn?
28. Anh/chị có động lực gì khi kết nối với những nhà nghiên cứu?
29. Rào cản/khó khăn trong kết nối là gì? Và làm thế nào để anh/chị (hoặc chúng ta) có thể vượt qua những rào cản này?

Tài liệu tham khảo

1. Policy WHOGP on E for H. World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. (2003). Guidelines for WHO guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68925>. Published online 2003. Accessed May 13, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68925>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Associate Director for Policy and Strategy. Definition of Policy. Centers for Disease Control and Prevention. Published June 18, 2019. Accessed May 14, 2021. <https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/definition.html>
3. Vuong T, Ritter A, Nguyen N, Ali R. Strengthening advocacy efforts with empirical evidence: A case example of the conduct, uptake and utilisation of research in drug policy decision-making in Vietnam. *Int J Drug Policy*. 2017;49:41-47. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.029
4. Gomez EJ, Ruger JP. The Global and Domestic Politics of Health Policy in Emerging Nations. *J Health Polit Policy Law*. 2015;40(1):3-11. doi:10.1215/03616878-2854256
5. Michaud-Létourneau I, Gayard M, Mathisen R, Phan LTH, Weissman A, Pelletier DL. Enhancing governance and strengthening advocacy for policy change of large Collective Impact initiatives. *Matern Child Nutr*. 2019;15(Suppl Suppl 2). doi:10.1111/mcn.12728
6. Clancy CM, Glied SA, Lurie N. From Research to Health Policy Impact. *Health Serv Res*. 2012;47(1 Pt 2):337-343. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01374.x
7. Ha BTT, Green A, Gerein N, Danielsen K. Health policy processes in Vietnam: A comparison of three maternal health case studies. *Health Policy*. 2010;98(2-3):178-185. doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.015
8. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Second edition, Pearson new international edition. Pearson; 2014.
9. Knaggård Å. The Multiple Streams Framework and the problem broker: The Multiple Streams Framework and the problem broker. *Eur J Polit Res*. 2015;54(3):450-465. doi:10.1111/1475-6765.12097
10. Ha BTT, Mirzoev T, Mukhopadhyay M. Shaping the Health Policy Agenda: The Case of Safe Motherhood Policy in Vietnam. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(11):741-746. doi:10.15171/ijhpm.2015.153
11. Weiss CH. Ideology, Interests, and Information. In: Callahan D, Jennings B, eds. *Ethics, The Social Sciences, and Policy Analysis*. Springer US; 1983:213-245. doi:10.1007/978-1-4684-7015-4_9
12. Lomas J. Essay: Using 'Linkage And Exchange' To Move Research Into Policy At A Canadian Foundation: Encouraging partnerships between researchers and policymakers is the goal of a promising new Canadian initiative. *Health Aff (Millwood)*. 2000;19(3):236-240. doi:10.1377/hlthaff.19.3.236
13. Kane S. The Health Policy Process in Vietnam: Going Beyond Kingdon's Multiple Streams Theory. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5(7):435-437. doi:10.15171/ijhpm.2016.45
14. Le DC, Kubo T, Fujino Y, Pham TM, Matsuda S. Health Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. *Asian Pac J Dis Manag*. 2010;4:23-30. doi:10.7223/apjdm.4.23
15. Government of Viet Nam. Decree No 75/2017/NĐ-CP: Decree regulating functions, responsibilities, rights and organization structure of Ministry of Health. Viet Nam. 2017. Accessed September 27, 2021. <https://moh.gov.vn/documents/20182/174449/75.signed.pdf/14b2085e-9a5c-46cf-8721-a54fb74669c8>
16. National Assembly. Decision No 80/2015/QH13: Law on the endorsement of legal documents. National Assembly: Ha Noi, Viet Nam. 2015.
17. Government of Viet Nam. Decree No 123/2016/NĐ-CP: Decree regulating functions, responsibilities, rights and organizational structure of ministries and ministerial agencies. Viet Nam. 2016.
18. Nyström ME, Karlton J, Keller C, Andersson Gäre B. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. *Health Res Policy Syst*. 2018;16(1):46. doi:10.1186/s12961-018-0322-0
19. Anh DD, Choisy M, Clapham HE, et al. Plans for Nationwide Serosurveillance Network in Vietnam. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(1). doi:10.3201/eid2601.190641
20. Li R, van Doorn HR, Wertheim HFL, et al. Combating antimicrobial resistance: quality standards for prescribing for respiratory infections in Vietnam. *Lancet Glob Health*. 2016;4(11):e789. doi:10.1016/S2214-109X(16)30267-4
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
22. Ministry of Health of Viet Nam. Decision No 4068/QĐ-BYT: Guideline on Developing Diagnosis and Treatment Technical Procedures. Ha Noi, Viet Nam. 2016.
23. Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control. Ministry of Health. Decision No 146/QĐ-AIDS. Interventions on HIV/AIDS Prevention and Control for MSM group. Ha Noi. Viet Nam. 2019.
24. Ministry of Health. Decision No 2831/QĐ-BYT. Pediatrics Technical Procedures. Hanoi. Viet Nam. 2019. Accessed March 4, 2020. <http://kcb.vn/wp-content/uploads/2019/07/210-QTKT-ban-h%C3%A0nh-k%C3%A8m-Q%C4%90-2831.pdf>
25. Ministry of Health. Decision No 4290/QĐ-BYT. Guideline on sanitation for surgical area surface. Ha Noi. Viet Nam. 2015.
26. Ministry of Health. Decision No 3336/QĐ-BYT. Technical procedures on Hematology - Blood transfusion - Immunology - Genetics - Molecular biology. Ha Noi. Viet Nam. 2017. Accessed March 5, 2020. <https://kcb.vn/wp-content/uploads/2017/09/H%C6%B0%E1%BB%9Bng-d%E1%BA%ABn-quy-tr%C3%ACnh-k%E1%BB%B9-thu%E1%BA%ADt-huy%E1%BA%Bft-h%E1%BB%8Dc-truy%E1%BB%81n-m%C3%A1u.pdf>
27. Ministry of Health. Decision No 3916/QĐ-BYT. Guidelines on infection control in health facilities. Ha Noi. Viet Nam. 2017.
28. Ministry of Health. Decision No 4487/QĐ-BYT. Guideline on acute malnutrition diagnosis and treatment for children from 0 to 72 months old. Ha Noi. Viet Nam. 2016.

Tài liệu tham khảo (t.t)

29. Ministry of Health. Decision No 4928/QĐ-BYT. Guideline on diagnosis and treatment for common retinal vitreous diseases. Ha Noi. Viet Nam. 2019
30. Ministry of Health. Decision No 5992/QĐ-BYT. Guideline on infection control in neonatal care. Ha Noi. Viet Nam. 2019.
31. Ministry of Health. Decision No 708/QĐ-BYT. Guideline on Antibiotic use. Ha Noi. Viet Nam. 2015.
32. Ministry of Health. Decision No 3931/QĐ-BYT. Guideline on Diagnosis and Treatment for some Nephrology diseases. Ha Noi. Viet Nam. 2015.
33. Ministry of Health. Decision No 3780/QĐ-BYT: Clinical guidance on uterine fibroids. Ha Noi. Viet Nam. 2019.
34. Van Minh H, Van Thuan T, Shu XO. Scientific Evidence for Cancer Control in Vietnam. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2019;26(1). doi:10.1177/1073274819866450
35. Pham T, Bui L, Kim G, Hoang D, Tran T, Hoang M. Cancers in Vietnam—Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2019;26(1). doi:10.1177/1073274819863802
36. Nguyen T, Le KK, Cao HTK, et al. Association between in-hospital guideline adherence and postdischarge major adverse outcomes of patients with acute coronary syndrome in Vietnam: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2017;7(10):e017008. doi:10.1136/bmjopen-2017-017008
37. Quach DT, Hiyama T, Gotoda T. Identifying high-risk individuals for gastric cancer surveillance from western and eastern perspectives: Lessons to learn and possibility to develop an integrated approach for daily practice. *World J Gastroenterol.* 2019;25(27):3546–3562. doi:10.3748/wjg.v25.i27.3546
38. Ho-Pham LT, Nguyen TV. Association between trabecular bone score and type 2 diabetes: a quantitative update of evidence. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2019;30(10):2079–2085. doi:10.1007/s00198-019-05053-z
39. Turk T, Elhady MT, Rashed S, et al. Quality of reporting web-based and non-web-based survey studies: What authors, reviewers and consumers should consider. *PLoS One.* 2018;13(6):e0194239. doi:10.1371/journal.pone.0194239
40. Yahya N, Roslan N. Estimating radiotherapy demands in South East Asia countries in 2025 and 2035 using evidence-based optimal radiotherapy fractions. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018;14(5):e543–e547. doi:10.1111/ajco.12831
41. Utley JM, Affuso O, Rucks AC. Adolescent obesity in contextual settings: a scoping study of multilevel and hierarchical examinations: Scoping study of multilevel adolescent obesity research. *Clin Obes.* 2016;6(5):296–304. doi:10.1111/cob.12163
42. Mendelson M, Røttingen JA, Gopinathan U, et al. Maximising access to achieve appropriate human antimicrobial use in low-income and middle-income countries. *The Lancet.* 2016;387(10014):188–198. doi:10.1016/S0140-6736(15)00547-4
43. O’Connell TS, Bedford KJA, Thiede M, McIntyre D. Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level. *Int J Equity Health.* 2015;14:54. doi:10.1186/s12939-015-0181-z
44. Turk T, Quang ND, Nga TT, Phuong H, Tung LVA, Trang VH. A rapid assessment and response approach for socially marketed nutrition commodities in Viet Nam. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017;26(1):182–189. doi:10.6133/apjcn.072016.12
45. Arnold JB, Tu CG, Phan TM, et al. Characteristics of postoperative weight bearing and management protocols for tibial plateau fractures: Findings from a scoping review. *Injury.* 2017;48(12):2634–2642. doi:10.1016/j.injury.2017.10.040
46. Vuong T, Shanahan M, Nguyen N, et al. Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam. *Drug Alcohol Depend.* 2016;168:147–155. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.09.008
47. An DTM, Kibria N, Huy NV, Hai PT, Stillman F. Establishing smoke-free hospitals in Vietnam: A pilot project. *Glob Public Health.* 2015;10(sup1):S5–S20. doi:10.1080/17441692.2014.986155
48. Gomes MGM, Oliveira JF, Bertolde A, et al. Introducing risk inequality metrics in tuberculosis policy development. *Nat Commun.* 2019;10. doi:10.1038/s41467-019-10447-y
49. Policy and priorities for national cancer control planning in low- and middle-income countries: Lessons from the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Costs in Oncology prospective cohort study. *Eur J Cancer.* 2017;74:26–37. doi:10.1016/j.ejca.2016.12.014
50. Berger J, Roos N, Greffeuille V, Dijkhuizen M, Wieringa F. Driving Policy Change to Improve Micronutrient Status in Women of Reproductive Age and Children in Southeast Asia: The SMILING Project. *Matern Child Health J.* 2019;23(S1):79–85. doi:10.1007/s10995-018-02730-z
51. Huy NV, Bang K, Xuan HTA, et al. The roles of, activities of, and competencies for, community nursing services in rural Vietnam: Implications for policy decisions. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(4):e1147–e1159. doi:10.1002/hpm.2600
52. Arensberg MB. Population aging: opportunity for business expansion, an invitational paper presented at the Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC) International Workshop on Adaptation to Population Aging Issues, July 17, 2017, Ha Noi, Viet Nam. *J Health Popul Nutr.* 2018;37(1):7. doi:10.1186/s41043-018-0138-0
53. Michaud-Létourneau I, Gayard M, Pelletier DL. Translating the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes into national measures in nine countries. *Matern Child Nutr.* 2019;15(S2):e12730. doi:10.1111/mcn.12730
54. Farrell PC, Hunter C, Truong B, Bunning M. Control of highly pathogenic avian influenza in Quang Tri province, Vietnam: voices from the human-animal interface. *Rural Remote Health.* 2015;15(3):3044.
55. Economic Evaluation Comparing Center-Based Compulsory Drug Rehabilitation (CCT) with Community-Based Methadone Maintenance Treatment (MMT) in Hai Phong City, Vietnam (English, Vietnamese). FHI 360. Accessed May 23, 2021. <https://www.fhi360.org/resource/economic-evaluation-comparing-center-based-compulsory-drug-rehabilitation-cct-community>
56. Nguyen CL, Hoang DV, Nguyen PTH, et al. Low Dietary Intakes of Essential Nutrients during Pregnancy in Vietnam. *Nutrients.* 2018;10(8). doi:10.3390/nu10081025

Tài liệu tham khảo (t.t)

57. Tan SY, Melendez-Torres GJ. Do prospective payment systems (PPSs) lead to desirable providers' incentives and patients' outcomes? A systematic review of evidence from developing countries. *Health Policy Plan.* 2018;33(1):137-153. doi:10.1093/heapol/czx151
58. Hort K, Jayasuriya R, Dayal P. The link between UHC reforms and health system governance: lessons from Asia. *J Health Organ Manag.* 2017;31(3):270-285. doi:10.1108/JHOM-11-2016-0220
59. Minh HV, Giang LM, Cashin C, Hinh ND. Health system research in Vietnam: Generating policy-relevant knowledge. *Glob Public Health.* 2015;10(sup1):S1-S4. doi:10.1080/17441692.2014.986179
60. Dao TMA, Hoang VM, Le TH, et al. Attitudes toward nonsmoking policies and tobacco tax increases: a cross-sectional study among Vietnamese adults. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):NP947-957. doi:10.1177/1010539512460568
61. Nguyen TS, Nguyen TLH, Pham TTV, Hua S, Ngo QC, Li SC. Impact of pharmaceutical care in the improvement of medication adherence and quality of life for COPD patients in Vietnam. *Respir Med.* 2019;153:31-37. doi:10.1016/j.rmed.2019.05.006
62. Linh NN, Huong NT, Thuy HT. Evolving trade policy and the Trans-Pacific Partnership Agreement: Does it threaten Vietnam's access to medicine and its progress towards scaling up HIV prevention, treatment and care? *Glob Public Health.* 2015;10(sup1):S149-S160. doi:10.1080/17441692.2014.981829
63. Waleewong O, Laslett AM, Chenhall R, Room R. Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. *Int J Drug Policy.* 2018;56:101-107. doi:10.1016/j.drugpo.2018.03.015
64. Safarnejad A, Pavlova M, Son VH, Phuong HL, Groot W. Criteria for prioritization of HIV programs in Viet Nam: a discrete choice experiment. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):719. doi:10.1186/s12913-017-2679-0
65. Congenital rubella syndrome (CRS) in Vietnam 2011-2012--CRS epidemic after rubella epidemic in 2010-2011 - PubMed. Accessed May 23, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26087296/>
66. The impact of health insurance for children under age 6 in Vietnam: A regression discontinuity approach | Elsevier Enhanced Reader. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.012
67. Nakhongsri A, Crow G. Virtual nursing grand rounds: Improving practice overseas. *Nursing2020.* 2015;45(5):18-21. doi:10.1097/01.NURSE.0000463666.68476.82
68. Mirzoev T, Poudel AN, Gissing S, et al. Is evidence-informed urban health planning a myth or reality? Lessons from a qualitative assessment in three Asian cities. *Health Policy Plan.* 2019;34(10):773-783. doi:10.1093/heapol/czz097
69. Hung BT, Long NP, Hung LP, et al. Research trends in evidence-based medicine: a joinpoint regression analysis of more than 50 years of publication data. *PloS One.* 2015;10(4):e0121054. doi:10.1371/journal.pone.0121054
70. Tran VK, Spohrer R, Le TD, Poonawala A, Monech-Pfanner R. Micronutrient Deficiency Control in Vietnam from Policy and Research to Implementation: Keys for Success, Challenges and Lessons Learned. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo).* 2015;61 Suppl:S198-200. doi:10.3177/jnsv.61.S198
71. Dao HT, Pichaiyongwongdee S, Sullivan PE, Prasertsukdee S, Apinonkul B. Are physical therapists in Viet Nam ready to implement evidence-based practice? A survey. *BMC Med Educ.* 2018;18. doi:10.1186/s12909-018-1428-3
72. Bergström A, Skeen S, Duc DM, et al. Health system context and implementation of evidence-based practices—development and validation of the Context Assessment for Community Health (COACH) tool for low- and middle-income settings. *Implement Sci IS.* 2015;10. doi:10.1186/s13012-015-0305-2
73. Nguyen TNM, Wilson A. Hospital readiness for undertaking evidence-based practice: A survey: Readiness for evidence-based practice. *Nurs Health Sci.* 2016;18(4):465-472. doi:10.1111/nhs.12293
74. Nguyen TNM, Wilson A. Knowledge, skills, and attitudes to implementing best practice in hospitals in Central Vietnam: *Int J Evid Based Healthc.* 2016;14(4):142-149. doi:10.1097/XEB.0000000000000081
75. Vuong T, Nguyen N, Le G, Shanahan M, Ali R, Ritter A. The political and scientific challenges in evaluating compulsory drug treatment centers in Southeast Asia. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):2. doi:10.1186/s12954-016-0130-1
76. Bégin F, Lapping K, Clark D, et al. Real-time evaluation can inform global and regional efforts to improve breastfeeding policies and programmes. *Matern Child Nutr.* 2019;15(Suppl Suppl 2). doi:10.1111/mcn.12774
77. Hand, Foot and Mouth Disease. Accessed November 16, 2021. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/surveillance/archives/hand-foot-and-mouth-disease>
78. Pruka A. Research Hub: Evidence Based Practice Toolkit: Levels of Evidence. Accessed November 16, 2021. <https://libguides.winona.edu/ebptoolkit/Levels-Evidence>
79. OUCRU Policy Engagement Team. Policy Engagement Internal Report. OUCRU. Viet Nam. 2021 (Unpublished Internal Report).
80. Conklin A. Briefing on Linkage and Exchange: Facilitating Diffusion of Innovation in Health Services. :24.
81. Green A, Gerein N, Mirzoev T, et al. Health policy processes in maternal health: A comparison of Vietnam, India and China. *Health Policy.* 2011;100(2-3):167-173. doi:10.1016/j.healthpol.2010.11.016
82. Goering P, Butterill D, Jacobson N, Sturtevant D. Linkage and exchange at the organizational level: A model of collaboration between research and policy. *J Health Serv Res Policy.* 2003;8(2_suppl):14-19. doi:10.1258/135581903322405126
83. Do NTT, Li R, Dinh HTT, et al. Improving antibiotic prescribing for community-acquired pneumonia in a provincial hospital in Northern Vietnam. *JAC-Antimicrob Resist.* 2021;3(2):dlab040. doi:10.1093/jacamr/dlab040

