Sự lựa chọn hợp lý

Nâng cao năng lực cho quá trình chính sách y tế dựa trên bằng chứng

Liên minh
Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Tổ chức Y tế thế giới

Trường Đại học Y tế Công cộng

Nhà xuất bản Y học

Sự lựa chọn hợp lý

Nâng cao năng lực cho quá trình chính sách y tế dựa trên bằng chứng



Liên minh
Nghiên cứu chính sách
và hệ thống y tế



Tổ chức Y tế thế giới



Trường Đại học Y tế Công cộng

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC - 2009

Sự lựa chọn hợp lý: Nâng cao năng lực cho quá trình chính sách y tế dựa trên bằng chứng

Biên tập: Andrew Green và Sara Bennett.

1. Chính sách y tế – Khuynh hướng

2. Y học dựa trên bằng chứng/Y học thực chứng

3. Nghiên cứu các dịch vụ y tế

4. Cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

5. Chương trình y tế quốc gia – tổ chức và quản lý

ISBN 978 92 4 159590 2

Tổ chức Y tế thế giới 2007

Giữ bản quyền tác giả. Xuất bản tại nhà in của Tổ chức Y tế thế giới

20 Đại lộ Appia, 1211 Geneva 27 Thụy Sỹ.

Thiết kế: Tushita Bosonet, Tushita Graphic Vision Sàrl, Thônex, Geneva, Thụy Sỹ

Minh họa: Biểu tượng Adinkra – Biểu tượng của tầm quan trọng của việc học từ những gì đã qua.

Xuất bản bởi Tổ chức Y tế thế giới, năm 2007

Tên sách nguyên bản tiếng Anh: *"Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy"*

© Tổ chức Y tế thế giới 2007.

Trường Đại học Y tế Công cộng giữ bản quyền xuất bản và phát hành ấn bản tiếng Việt theo hợp đồng chuyển giao bản quyền với Tổ chức Y tế thế giới.

Bất cứ sự sao chép, trích dẫn nào không được sự đồng ý của Trường Đại học Y tế Công cộng và Tổ chức Y tế thế giới đều là bất hợp pháp và vi phạm Luật Xuất bản Việt Nam. Luật Bản quyền quốc tế và Công ước Bảo hộ Bản quyền Sở hữu trí tuệ Berne.

© Trường Đại học Y tế Công cộng 2009.

Nhóm dịch giả:
ThS. Nguyễn Quỳnh Anh
ThS. Hoàng Khánh Chi
ThS. Nguyễn Thái Quỳnh Chi
TS. Nguyễn Thanh Hương
Nguyễn Thu Hà
CN. Nguyễn Trung Kiên
CN. Nguyễn Hoàng Phương
DS. Hứa Thanh Thủy

Nhóm biên dịch và hiệu đính:
GS. Phạm Song
TS. Nguyễn Thanh Hương
ThS. Nguyễn Quỳnh Anh

NỘI DUNG

LỜI CẢM ƠN **13**
LỜI NÓI ĐẦU **15**
TÓM TẮT **18**
Giới thiệu 18
Nhu cầu năng lực hiện tại 18
Các chiến lược phát triển năng lực 19
Chương I **21**
GIỚI THIỆU **21**
Chương II **27**
XÂY DỰNG MÔI TRƯỜNG CHÍNH SÁCH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG **27**
Giới thiệu 28
Hiểu biết về bối cảnh chính sách 29
Vai trò của mối quan tâm, hệ tư tưởng và giá trị 30
Quá trình hoạch định chính sách 35
Chu trình chính sách 35
Kiến thức về chính sách diễn ra như thế nào: hệ tư tưởng và niềm tin 38
Cái gì được xem là bằng chứng? Bằng chứng của ai được tính đến? 39
Vậy cái gì có hiệu quả? 41
Thay đổi phép ẩn dụ: theo hướng môi trường chính sách dựa trên bằng chứng 42
Kết luận 43
Chương III **44**
KHUNG LÝ THUYẾT CHO VIỆC HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG **44**
Giới thiệu 46
Năng lực 46
Năng lực nghĩa là gì? 46
Phát triển năng lực 49
Tổng quan về khung lý thuyết 50
Cấp chức năng 51
Mức tổ chức 55
Năng lực tổ chức 56
Bối cảnh quốc gia và môi trường xung quanh 58

Tăng cường năng lực và đưa ra các chiến lược 59
Đưa ra và sắp xếp các chiến lược phát triển năng lực 61
Các bài học rút ra từ các tổ chức phát triển năng lực 62
Kết luận 64
Chương IV 65
NÂNG CAO NĂNG LỰC VỀ XÁC ĐỊNH ƯU TIÊN CHƯƠNG TRÌNH NGHỊ SỰ NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ 65
Giới thiệu 67
Ai là người xác định ưu tiên cho NC CS-HTYT? Tổng quan 68
Các nhà tài trợ quốc tế và các sáng kiến y tế toàn cầu 69
Ý kiến chuyên gia 70
Mạng lưới khu vực và toàn cầu, sự tin tưởng, các diễn đàn và các đơn vị/người đóng vai trò trung gian 72
Các nhà nghiên cứu trong nước 72
Các đơn vị có thẩm quyền trong nước 73
Các tổ chức xã hội dân sự 73
Các cách tiếp cận hiện nay đang ảnh hưởng đến ưu tiên trong NCCS –HTYT quốc gia 75
Cấp độ toàn cầu: Các mô hình dựa trên ý kiến chuyên gia 75
Cấp quốc gia: các mô hình dựa trên cầu (demand-driven models) 78
Hướng đến năng lực thực sự cho một cách tiếp cận tích hợp hệ thống đối với việc xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế 79
Năng lực xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở cấp toàn cầu 80
Năng lực xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia 81
Kết luận 83
Chương V 84
TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC TẠO RA TRI THỨC/KIẾN THỨC 84
Giới thiệu 86
Tình trạng hiện tại của chức năng tạo ra kiến thức trong NC CS-HTYT 86
Các tổ chức tham gia vào việc tạo ra kiến thức trong NC CS-HTYT 86
Điều hành và lãnh đạo 86
Nguồn lực 88
Trao đổi và mạng lưới 91
Năng lực nghiên cứu chuyên môn 92
Chiến lược cải thiện năng lực nghiên cứu 93
Phát triển các tổ chức nghiên cứu 93
Đầu tư vào công tác lãnh đạo và quản lý tại các cơ quan NC CS-HTYT 95
Đảm bảo nguồn cung các nhà nghiên cứu 95
Bảo đảm sự bền vững về tài chính 96

Đầu tư vào phát triển các phương pháp NC CS-HTYT trong tương lai 98
Cải thiện các chiến lược hợp tác 98
Phát triển văn hoá NC CS-HTYT và đội ngũ nòng cốt 99
Kết luận 100
Chương VI 101
NĂNG LỰC CHỌN LỌC VÀ PHỔ BIẾN BẰNG CHỨNG 101
Giới thiệu 103
Chọn lọc và phổ biến: tổng quan ngắn 103
Chọn lọc – Lựa chọn và sắp xếp bằng chứng 103
Phổ biến – Truyền tải bằng chứng 105
Tổ chức và mạng lưới tham gia vào chọn lọc và phổ biến trong y tế 106
Vai trò của các tổ chức xã hội dân sự và các mạng lưới 106
Hiểu biết về cơ sở tính hợp pháp của các tổ chức xã hội dân sự 109
Xây dựng năng lực chọn lọc và phổ biến 110
Hiểu biết về bối cảnh chính trị 110
Nâng cao các năng lực chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu 111
Xúc tiến "chuyển giao kiến thức" dựa trên cơ sở khoa học 113
Kết luận và khuyến nghị 115
Chương VII 116
NÂNG CAO NĂNG LỰC SỬ DỤNG BẰNG CHỨNG NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ TRONG QUÁ TRÌNH HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH 116
Giới thiệu 118
Quá trình chính sách và việc sử dụng bằng chứng của các nhà hoạch định chính sách quốc gia 118
Quá trình chính sách 118
Nhà hoạch định chính sách sử dụng bằng chứng nghiên cứu như thế nào? 119
Nhân tố bối cảnh ảnh hưởng như thế nào đến việc sử dụng bằng chứng trong chính sách 121
Các tổ chức tham gia hoạch định chính sách quốc gia và nhu cầu về năng lực của họ 121
Các tổ chức tham gia hoạch định chính sách 121
Yêu cầu năng lực của các cơ quan hoạch định chính sách 123
Chiến lược nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách 125
Tăng cường cung cấp các sản phẩm của nghiên cứu liên quan đến chính sách 126
Nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng của tổ chức hoạch định chính sách 128
Thiết lập các cơ chế tổ chức mới để hỗ trợ việc sử dụng bằng chứng cho chính sách 129
Thúc đẩy mạng lưới 131
Xây dựng tiêu chuẩn và quy định liên quan đến sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách 132
Kết luận 133

Chương VIII 135
LỰA CHỌN HỢP LÝ: GIẢI QUYẾT KHÓ KHĂN VỀ NĂNG LỰC 135
Giới thiệu..... 136
Nhu cầu năng lực 136
Chiến lược nâng cao năng lực 138
Tăng cường bằng chứng về phát triển năng lực trong lĩnh vực NC CS-HTYT 139
Tăng cường cơ cấu tài trợ nghiên cứu hệ thống y tế ở mức quốc gia và quốc tế..... 139
Đáp ứng nhu cầu của NC CS-HTYT 140
Tăng cường đầu tư vào tổng hợp bằng chứng, phổ biến và sử dụng kiến thức..... 141
Vai trò của các cơ quan hữu quan quan trọng 141
Những nhà lãnh đạo y tế quốc gia..... 141
Các lãnh đạo viện nghiên cứu..... 142
Các cơ quan tài trợ và phát triển quốc tế..... 143
Phụ lục 145
XÂY DỰNG NĂNG LỰC CHO NGHIÊN CỨU HỆ THỐNG VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ: KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC TỪ THÁI LAN 145
Giới thiệu..... 146
Tổ chức chủ yếu tham gia nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế tại Thái Lan..... 147
Xác định ưu tiên..... 149
Tạo ra và quản lý kiến thức 151
Chọn lọc và làm giàu kiến thức 154
Áp dụng tri thức vào hoạch định chính sách 156
Vai trò của NC CS-HTYT trong việc xây dựng và thực hiện chính sách..... 157
Phát triển năng lực trong NC CS-HTYT..... 159
Sáng kiến trước đây..... 159
Nỗ lực của quốc gia để nâng cao năng lực 160
Hợp tác quốc tế 163
Giải thích cho những thành công..... 163
Chia sẻ giá trị và mạng lưới không chính thức..... 163
Vai trò tích cực của xã hội dân sự..... 163
Thành lập các viện chuyên môn về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế 164
Chuyển từ nguồn hỗ trợ tài chính quốc tế sang nguồn tài chính trong nước..... 164
Chính thức hóa quá trình nhằm thúc đẩy chính sách dựa trên bằng chứng..... 164
TÀI LIỆU THAM KHẢO 165
Thành viên của Ủy ban Liên minh 167
Thành viên Hội đồng tư vấn kỹ thuật và khoa học Liên minh 167

DANH SÁCH CÁC HỘP

Hộp 1.1. Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế 23
Hộp 2.1. Mô hình "hai cộng đồng" của nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách 32
Hộp 2.2. Cộng đồng chính sách và mạng lưới vấn đề 33
Hộp 2.3. Quá trình chính sách và cách thức mà các mạng lưới có thể ảnh hưởng đến quá trình này 36
Hộp 2.4. Giá trị ảnh hưởng chính sách.....38
Hộp 2.5. Bằng chứng là gì? 40
Hộp 2.6. Bằng chứng mang tính phức tạp.....41
Hộp 2.7. Tầm quan trọng của trình bày bằng chứng.....41
Hộp 2.8. Bằng chứng và việc thực thi chính sách.....42
Hộp 4.1. Những bên liên quan quan trọng ảnh hưởng đến chương trình nghị sự về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia 69
Hộp 4.2. Các chủ đề nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế do nhóm đặc nhiệm đề nghị trong nghiên cứu hệ thống y tế năm 71
Hộp 4.3. Ví dụ về mạng lưới toàn cầu và khu vực 72
Hộp 4.4. Các ví dụ về xác định ưu tiên trong nghiên cứu về chính sách và hệ thống y tế ở các quốc gia Mỹ Latinh 74
Hộp 4.5. Các ví dụ về cách tiếp cận có sự tham gia trong xác định ưu tiên 77
Hộp 4.5. Các ví dụ về cách tiếp cận có sự tham gia trong xác định ưu tiên (tiếp).....79
Hộp 5.1. Kết quả của nhiên cứu hệ thống y tế.....87
Hộp 5.2. Kinh nghiệm về tính bền vững của tổ chức ở các đơn vị kinh tế y tế và chính sách y tế của Bangladesh, Kyrgyzstand và Thái Lan..... 94
Hộp 5.3. Thành lập đơn vị NC CS-HTYT ở đặc khu hành chính đặc biệt Hồng Kông.....95
Hộp 5.4. Các nguyên tắc hợp tác nghiên cứu 99
Hộp 6.1. Ý nghĩa của bằng chứng được chọn lọc đối với chính sách HIV/AIDS ở Nam Phi 104
Hộp 6.2. Phổ biến bằng chứng về "bệnh bò điên" ở Vương Quốc Anh 106
Hộp 6.3. Xây dựng mạng lưới chính sách để kiểm soát thuốc lá ở Thái Lan 108
Hộp 6.4. Cơ sở về tính pháp lý của tổ chức xã hội dân sự trong vận động phát triển tại Vương Quốc Anh 109
Hộp 6.6. Mục đích khác nhau trong phổ biến nghiên cứu 113
Hộp 6.7. Chuyển giao kiến thức dựa trên cơ sở khoa học: ví dụ của REACH 114
Hộp 7.1. Các hình thức thể hiện của chính sách y tế: ví dụ từ Ghana 119

Hộp 7.2. Tầm quan trọng của mối quan hệ cá nhân giữa nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu 122
Hộp 7.3. Tầm quan trọng của nghiên cứu độc lập 123
Hộp 7.4. Công cụ tự đánh giá hiệu quả sử dụng bằng chứng nghiên cứu.....125
Hộp 7.5. Tóm tắt các chiến lược nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách.....126
Hộp 7.6. Viện quốc gia Anh về Sức khoẻ và Lâm sàng 130
Hộp 7.7. Tương tác giữa Hội đồng Chính phủ và các nhà nghiên cứu: ví dụ từ Anh 131
Hộp 7.8. Thiết lập tiêu chuẩn và quy định liên quan đến sử dụng bằng chứng ở Ghana và Mexico 132
Hộp A.1. Mục tiêu và chiến lược của tổ chức nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế chủ yếu đang hoạt động tại Thái Lan.....148
Hộp A.1. Mục tiêu và chiến lược của các tổ chức nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế chủ yếu đang hoạt động tại Thái Lan (tiếp) 150
Hộp A.2. Chương trình bao phủ chăm sóc sức khoẻ trên toàn quốc ở Thái Lan 155
Hộp A.3. Đầu tư vào liệu pháp bức xạ Proton: Thiết kế chính sách dựa trên bằng chứng..156
Hộp A.4. Liệu pháp thay thận ở Thái Lan.....157
Hộp A.5. Cung cấp liệu pháp kháng virus (ARV) Thái Lan.....158

DANH SÁCH CÁC HÌNH MINH HỌA

Hình 1. Khung hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng.....18
Hình 3.1. Tháp năng lực 48
Hình 3.2. Các yếu tố và mức độ của khung lý thuyết cho quá trình hoạch định chính sách y tế 51
Hình 3.3. Lĩnh vực NC CS-HTYT và chính sách y tế được nhìn nhận 20 năm trước đây....52
Hình 3.4. Những yếu tố ảnh hưởng tới các quá trình chính sách 53
Hình 3.5. Các chức năng quan trọng của quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng 54
Hình 3.6. Năng lực hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng: mức tổ chức.....55
Hình 3.7. Năng lực tổ chức.....57
Hình 3.8. Khung lý thuyết cuối cùng về quá trình hoạch định chính sách y tế dựa trên bằng chứng 58
Hình 8.1. Các thông điệp chính liên quan tới khung lý thuyết của Liên minh.....139
Hình A.1. Tổ chức tham gia vào Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở Thái Lan.....148

Hình A.2. Ngân sách chính phủ hàng năm và ngân sách nghiên cứu được cung cấp bởi Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI), 1993-2006.....153

DANH SÁCH CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Các chiến lược phát triển năng lực của các tổ chức y tế lớn 63

Bảng 3.2. Mức độ quan tâm của tổ chức phân theo chức năng.....64

Bảng 8.1. Các hoạt động cần có đối với các bên liên quan chủ chốt.....142

Bảng A.1. Học bổng hợp tác giữa Chương trình chính sách y tế quốc tế Thái Lan (IHPP) và Tổ chức y tế thế giới, 1998 – 2007.....160

Bảng A.2. Số lượng các nhà nghiên cứu của IHPP, học bổng và nguồn, 2004-2006 161

Bảng A.3. Các ấn phẩm phát hành, IHPP – Thái Lan 2001-2006.....162

Danh mục các chữ viết tắt

EVIPNet	Mạng lưới chính sách dựa trên bằng chứng
DOTS	Điều trị hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
NC CS-HTYT	Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế
NGOs	Tổ chức phi chính phủ
MDGs	Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ Liên hợp quốc
UNDP	Chương trình phát triển Liên hợp quốc
WB	Ngân hàng thế giới
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

LỜI CẢM ƠN

Cuốn sách này xuất bản hai năm một lần và là kết quả làm việc của một nhóm tác giả. Chúng tôi xin ghi nhận và chân thành cảm ơn sự tham gia của các thành viên: Andrew Green (tổng biên tập và là tác giả của chương 1, 3 và 8); Sara Bennett (biên tập và đồng tác giả của các chương 3, 6 và 7); Gill Walt (tác giả chương 2); Erica Gadsby (đồng tác giả chương 3); Don de Savigny (đồng tác giả chương 4); Ravindra P.Rannan – Eliya (tác giả chương 5); Per Strand (đồng tác giả chương 6); Susannah Mayhew (đồng tác giả chương 7); Sam Adjei (đồng tác giả chương 7); Siriwan Pitayarangsarit (đồng tác giả phụ lục: nghiên cứu trường hợp cụ thể của Thái Lan); Viroj Tangcharoensathien (đồng tác giả phụ lục: nghiên cứu trường hợp cụ thể của Thái Lan).

Hỗ trợ kỹ thuật để xuất bản cuốn sách này là Erica Gadsby và Alix Beith. Kai Lashley và Gisele Wess đã hoàn thiện bản biên tập sau cùng của cuốn sách. Lydia Al – Khudri quản lý sản xuất ấn phẩm.

Bên cạnh đó, các chương của cuốn sách cũng nhận được rất nhiều ý kiến đóng góp chuyên môn của nhiều chuyên gia khác nhau qua các hội thảo và qua góp ý các bản thảo của từng chương, gồm:

Irene Ageypong
Lucy Gilson
George Gotsadze
Dave McCoy
Ainura Ibrahimova
Mary Ann Lansing
John Lavis
Anne Mills
Indra Pathanaram
Delia Sanchez
Helen Schneider
Freddie Ssengooba
Goran Tomson

LỜI NÓI ĐẦU

Một trong những thách thức lớn nhất mà Tổ chức Y tế thế giới (WHO), các quốc gia thành viên và các tổ chức y tế khác trên toàn cầu phải đối mặt là làm thế nào để những đối tượng có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao nhất có thể tiếp cận được với các dịch vụ y tế an toàn và hiệu quả. Tất cả chúng ta ngày càng nhận thấy rằng tăng cường năng lực của hệ thống y tế là điều mấu chốt của thách thức trên. Không có hệ thống y tế tốt hơn thì chắc chắn những người nghèo vẫn không thể tiếp cận được với sự phát triển và đổi mới công nghệ, cũng như hầu hết những gì mà chúng ta đang có.

Tuy nhiên, chúng ta cần có thêm các bằng chứng về những giải pháp hữu hiệu để có thể kiện toàn hệ thống y tế. Đáng tiếc là nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế gần như bị lãng quên trong suốt nhiều năm qua. Hiện tại chúng ta đã hiểu biết hơn rất nhiều so với 20 năm về trước ở một vài lĩnh vực như tài chính y tế, trong khi ở những vấn đề khác thì hiểu biết của chúng ta còn rất hạn chế, ví dụ như vấn đề làm sao để duy trì và thúc đẩy động lực làm việc của lực lượng cán bộ y tế hoặc những mô hình cung cấp dịch vụ nào hoạt động tốt nhất trong môi trường khó khăn về nguồn lực.

Không giống các dạng nghiên cứu y tế khác, nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế cần bắt nguồn từ nhu cầu của quốc gia và đáp ứng với nhu cầu của quốc gia. Hệ thống y tế và các bối cảnh xã hội, kinh tế, chính trị là rất khác nhau nên "không có một giải pháp phù hợp cho tất cả" để tăng cường hệ thống y tế. Thay vào đó, tất cả các quốc gia cần có đủ năng lực để phân tích hệ thống y tế của quốc gia mình dựa trên kinh nghiệm quốc tế, đồng thời có đủ năng lực để phát triển và đánh giá các chiến lược tăng cường hệ thống y tế của chính đất nước mình.

Vì vậy, phát triển năng lực của quốc gia về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là rất quan trọng. Chúng ta cũng cần nâng cao năng lực để đảm bảo rằng các nghiên cứu đáp ứng được nhu cầu của quốc gia, đảm bảo các nghiên cứu có tính tổng hợp, tóm tắt và trình bày theo cách mà các nhà hoạch định chính sách và các đại diện của xã hội dân sự có thể sử dụng. Đồng thời cũng cần đảm bảo rằng các nhà hoạch định chính sách có đủ năng lực để tiếp cận và sử dụng các kết quả nghiên cứu.

Báo cáo của *Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế* đưa ra những nhìn nhận mới về việc xem xét năng lực hình thành và sử dụng bằng chứng nghiên cứu. Báo cáo không chỉ mô tả những thách thức trong việc nâng cao năng lực nghiên cứu hệ thống y tế mà còn chỉ ra các hành động cụ thể cần phải theo đuổi nhằm nâng cao năng lực. Các hành động cần được thực hiện ở nhiều cấp độ (toàn cầu, quốc gia và địa phương) và bởi nhiều bên liên quan (lãnh đạo ngành y tế, các nhà nghiên cứu, tổ chức phát triển và tài trợ quốc tế, cũng như là các tổ chức xã hội dân sự) nhằm đạt được mục đích nâng cao năng lực về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Mặc dù để đạt được mục đích này đòi hỏi các hành động cần được cân nhắc và điều phối một cách thận trọng. Tiếp cận dịch vụ y tế an toàn và hiệu quả có được tăng cường hay không, đặc biệt đối với người nghèo, phụ thuộc chủ yếu vào việc tăng cường năng lực.

TS. Margaret Chan

Tổng giám đốc Tổ chức Y tế thế giới, Geneva

Tháng 10, năm 2007

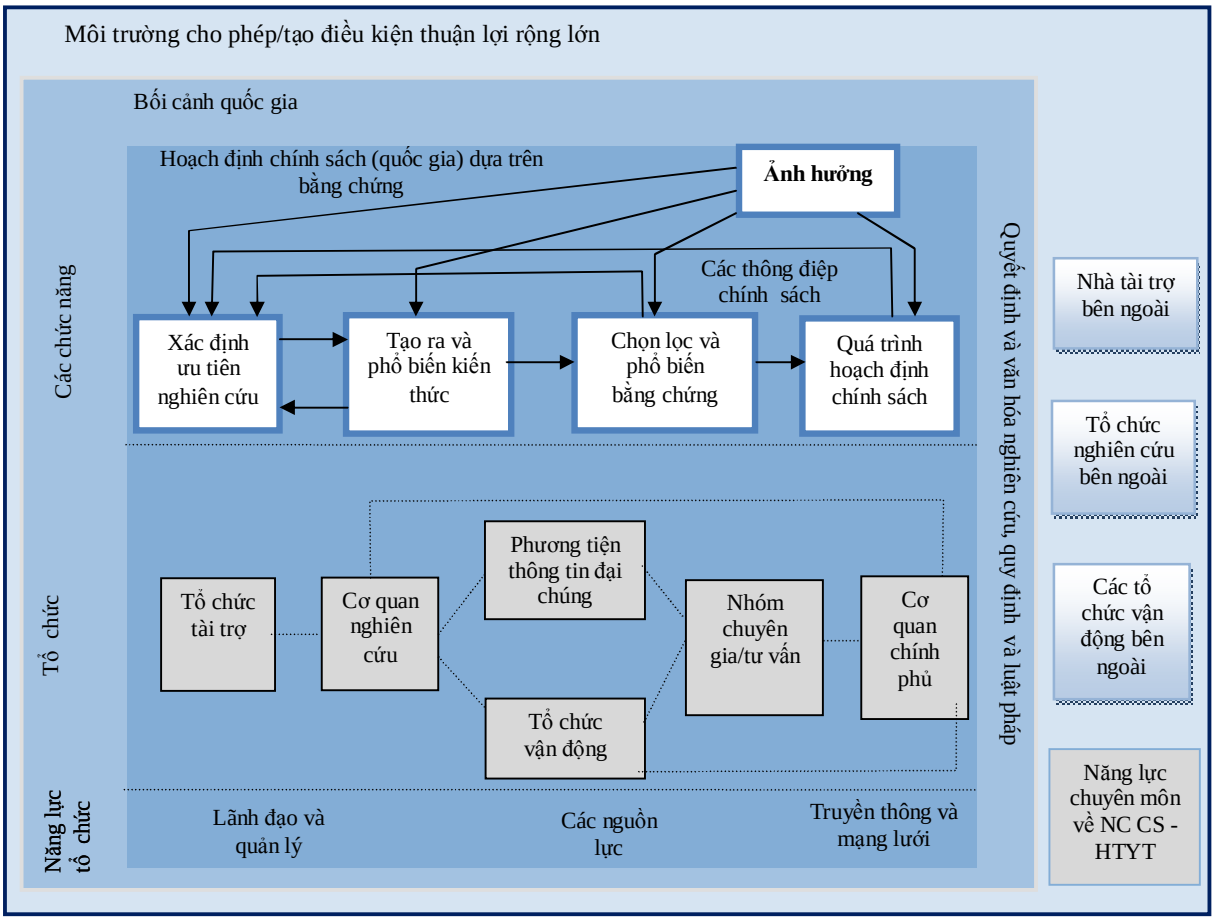
TÓM TẮT

Giới thiệu

Cuốn sách này chỉ ra sự không tương xứng giữa những gì được biết về làm thế nào để ứng phó với các vấn đề sức khỏe cụ thể ở những quốc gia kinh tế còn nghèo, và thực tế những gì đã được làm để giải quyết các vấn đề sức khỏe đó. Cuốn sách tập trung vào một nguyên nhân của các vấn đề gây nên sự không tương xứng này, đó là những hạn chế về năng lực. Năng lực yếu ở các cấp trong các cơ quan và khoảng cách giữa việc tạo ra kiến thức và việc sử dụng kiến thức trong hoạch định chính sách đang được *Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế* xác định là một vấn đề chiến lược quan trọng trong việc cải thiện công tác chăm sóc sức khỏe ở những quốc gia có thu nhập thấp.

Năng lực là một thuật ngữ được sử dụng một cách rộng rãi nhưng thường hời hợt và nông cạn. Cuốn sách này tìm hiểu những vấn đề về năng lực dưới các khía cạnh khác nhau của mối quan hệ giữa 2 nhóm chủ chốt – nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu – sử dụng một khung khái niệm mới (xem hình 1). Theo đó, các phân tích tập trung vào những hạn chế về năng lực trong xác định ưu tiên nghiên cứu; tạo ra và phổ biến kiến thức; chọn lọc và phổ biến bằng chứng; và quá trình chính sách. Khung này có thể được ứng dụng để phân tích những lĩnh vực quan trọng đối với việc phát triển năng lực ở mỗi quốc gia.

Hình 1. Khung hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng



Nhu cầu về năng lực hiện tại

Khả năng đưa ra các bằng chứng phù hợp của các nhà hoạch định chính sách thường bị hạn chế bởi sự sẵn có của các bằng chứng. Quá trình xác định ưu tiên cho nghiên cứu chủ yếu được định hướng bởi các tổ chức quốc tế, và rất ít phù hợp với các nghiên cứu ưu tiên của quốc gia. Quá trình định hướng của các tổ chức quốc tế phải trở nên phù hơn hơn với tình hình của quốc gia và khu vực, và giúp cho việc xây dựng năng lực xác định ưu tiên ở cấp độ quốc gia.

Việc tạo ra các bằng chứng phù hợp, đáng tin cậy phụ thuộc vào sự tồn tại của các tổ chức nghiên cứu có chất lượng. Hiện tại, năng lực của các tổ chức nghiên cứu này ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình là khá khác nhau. Mối quan tâm của các nhà tài trợ trước đây tập trung vào phát triển các kỹ năng cá nhân của nhà nghiên cứu. Ngược lại, các chiến lược tăng cường năng lực đòi hỏi tập trung vào nhu cầu toàn diện của các cơ quan, bao gồm các kỹ năng chung và phát triển nghề nghiệp, phát triển khả năng lãnh đạo và quản lý hệ thống hành chính, và tăng cường các mạng lưới trong cộng đồng nghiên cứu trên cả phạm vi quốc gia và quốc tế. Bên cạnh đó, các tổ chức nghiên cứu cũng có nhu cầu phát triển các phương pháp tốt hơn để thực hiện nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Chức năng thứ ba, liên quan đến quá trình, thường là khá phức tạp. Chức năng này là trung gian giữa việc tạo ra kiến thức và hoạch định chính sách, và chúng ta ít hiểu biết về chức năng này nhất. Đó là chức năng chọn lọc và phổ biến. Chức năng này đề cập đến việc lựa chọn các bằng chứng cụ thể để chuyển đến các nhà hoạch định chính sách và đúc kết thành thông tin. Chức năng này được thực hiện bởi hàng loạt các tổ chức, từ tổ chức "môi giới/trung gian kiến thức" (knowledge broker) cho đến các tổ chức vận động. Mỗi tổ chức có các nhu cầu về năng lực khác nhau, nhưng không được giải quyết một cách có hệ thống bởi các sáng kiến phát triển năng lực.

Chức năng hoạch định chính sách là điểm quyết định cuối cùng. Với nhà hoạch định chính sách, so với các loại bằng chứng khác, bằng chứng bắt nguồn từ các kết quả nghiên cứu là một loại bằng chứng cần quan tâm. Nhà hoạch định chính sách cần được giúp đỡ để có thể sẵn sàng ra quyết định dựa vào việc suy xét kỹ lưỡng các bằng chứng. Nhu cầu về phát triển năng lực có thể bao gồm các kỹ năng đưa ra yêu cầu và phiên giải các bằng chứng, hình thành mối quan hệ chặt chẽ hơn với các nhà nghiên cứu và phát triển các công cụ đánh giá tính hợp pháp của chức năng chọn lọc và phổ biến của các tổ chức khác nhau.

Nhà hoạch định chính sách phải có trách nhiệm như các nhà quản lý hệ thống y tế. Họ cần có đủ khả năng để đánh giá năng lực của mỗi chức năng và ủng hộ các sáng kiến liên quan với mỗi chức năng hoặc các điểm chung giữa chúng. Quan điểm toàn diện về tất cả các thành tố của quá trình hoạch định chính sách dựa vào bằng chứng như vậy còn rất hiếm, nhưng nó hết sức quan trọng.

Các chiến lược phát triển năng lực

Chúng tôi đưa ra 4 chiến lược nhằm vào cơ quan y tế quốc gia, lãnh đạo cơ quan quốc tế và cơ quan nghiên cứu để đáp ứng cho những nhu cầu này.

Đề cao bằng chứng về phát triển năng lực trong lĩnh vực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Bằng chứng cần thiết ở 2 lĩnh vực liên quan. Thứ nhất, cần đánh giá nhiều hơn và tốt hơn các sáng kiến phát triển năng lực quốc tế để đẩy mạnh đầu tư trong tương lai về tăng cường năng lực. Thứ hai, cần có các sáng kiến của mỗi quốc gia để chỉ ra các nhu cầu về năng lực có liên quan đến những điểm chung giữa nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế và quá trình chính sách. Những sáng kiến như vậy sẽ đòi hỏi sự phát triển các công cụ đánh giá cụ thể và hỗ trợ tài chính cho việc thực hiện và sự phát triển tiếp theo của chiến lược nâng cao năng lực.

Củng cố cơ sở cho tài trợ nghiên cứu hệ thống y tế

Các cơ quan quốc tế và trong nước cần phát triển cơ chế cấp kinh phí cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế để hạn chế cách tiếp cận manh mún hiện nay và nâng cao vai trò quốc gia về lựa chọn ưu tiên. Các tổ chức quốc tế phải trao một số quyền tự quyết cho cấp quốc gia; các bên liên quan cấp quốc gia phải đảm bảo các tổ chức lựa chọn ưu tiên phù hợp. Các nhà tài trợ quốc tế cần kiểm tra các quá trình tài trợ hiện hành để đảm bảo chắc chắn có đại diện của các nước có thu nhập thấp và trung bình trong các tổ chức đưa ra ưu tiên và rằng các quyết định của họ hỗ trợ chứ không phải là cản trở năng lực của các tổ chức nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Đáp ứng các nhu cầu nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Các cơ quan nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế cần được hỗ trợ về đánh giá nhu cầu của họ để từ đó xây dựng chiến lược phát triển năng lực phù hợp. Điều này bao gồm sự giúp đỡ trong việc phát triển các chương trình xây dựng kỹ năng lãnh đạo hoặc giúp đỡ tạo sự hợp tác giữa các cơ quan và phát triển mạng lưới. Ở một số hệ thống y tế nhỏ và đặc biệt là các hệ thống y tế nghèo nàn, ở đó không hề có năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế thì rất cần một chiến lược để xây dựng năng lực và có các giải pháp bố trí tạm thời, có thể là nhờ sự hỗ trợ của các quốc gia láng giềng. Cũng cần đầu tư để tăng cường các phương pháp nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Tăng cường đầu tư cho tổng hợp bằng chứng, phiên giải và sử dụng kiến thức

Cần thiết đầu tư để hiểu rõ hơn nhu cầu của các nhà hoạch định chính sách và đưa ra các cách đáp ứng một cách phù hợp hơn. Hình thức đầu tư như vậy sẽ thay đổi giữa các quốc gia, trong đó các tổ chức xã hội dân sự, các nhà "môi giới" kiến thức, cơ quan nghiên cứu và các cơ quan nhà nước đóng một vai trò quan trọng. Mỗi tổ chức có nhu cầu về năng lực khác nhau và việc đánh giá như cầu của từng quốc gia có thể là phù hợp. Ở cấp độ quốc tế, rất cần sự hỗ trợ để xây dựng các phương pháp nhằm tổng hợp bằng chứng, cung cấp các thông tin dễ dàng tiếp cận và sử dụng cho các nhà hoạch định chính sách.



Chương I

GIỚI THIỆU

Cuốn tài liệu này trả lời cho những khó khăn chủ yếu mà ngành y tế tại các quốc gia có nền kinh tế kém phát triển đang phải đối mặt. Những khó khăn này nằm ở phần cách biệt giữa những gì chúng ta đã biết là có thể giúp giải quyết, ứng phó với vấn đề sức khoẻ cụ thể và những gì thực tế được thực hiện. Chúng ta có nhiều chương trình can thiệp xoay quanh những vấn đề, mối đe doạ trầm trọng trong lĩnh vực y tế, những can thiệp đó đã được chứng minh về tính hiệu quả nhưng nó vẫn chưa đến được với cộng đồng ở những khu vực trọng điểm trên thế giới. Ví dụ, kiến thức trong dự phòng các vấn đề sức khoẻ ở bà mẹ và trẻ em có tồn tại, nhưng những chính sách đúng đắn lại không được thực hiện (Victora và cộng sự 2005) dẫn đến tỷ lệ tử vong ở mức cao mà lẽ ra điều này hoàn toàn có thể phòng tránh được.

Tại sao lại như vậy? Có nhiều lý do khác nhau, trong đó nổi bật là sự thiếu hụt nguồn lực và mất cân bằng trong việc phân bổ nguồn lực. Ngoài những hạn chế về nguồn lực, phải kể đến các nhà hoạch định chính sách ở tất cả các cấp độ, từ toàn cầu đến địa phương thường bị hạn chế trong việc hiểu và ứng dụng các phương pháp, kỹ thuật đã được công nhận một cách hiệu quả mà không gây tổn hại, ảnh hưởng đến các mảng khác trong hệ thống y tế. Một vài thất bại, hạn chế có thể quy cho việc thất bại trong quá trình chính sách cũng như chính những nhà hoạch định chính sách – họ có thể thiếu kỹ năng, và thực tế là cả động lực làm việc. Một vài thất bại và hạn chế lại xuất phát từ quá trình nghiên cứu. Liệu chúng ta đã đưa ra bằng chứng đầy đủ và phù hợp về cách thức mở rộng phạm vi sử dụng các kiến thức chuyên môn trong hệ thống y tế, và cần nhận ra rằng mỗi hệ thống y tế sẽ có câu trả lời khác nhau phụ thuộc vào bối cảnh và nhu cầu khác nhau. Những gì phù hợp ở Ấn Độ có thể không phù hợp với Braxin. Cũng có khả năng là có tồn tại bằng chứng phù hợp về các vấn đề sức khoẻ cụ thể, nhưng lại chưa đến được với các nhà hoạch định chính sách với phương thức phù hợp hoặc hoặc đúng thời điểm để họ có thể sử dụng. Đằng sau những thất bại này, chúng tôi tin còn là hàng loạt những hạn chế về năng lực và đó là chủ đề chính của cuốn tài liệu này.

Đây tất nhiên không phải là vấn đề của riêng hệ thống y tế. Chúng ta đang sống trong môi trường "xã hội tri thức". Đó là xã hội mà có thể khai thác một khối lượng khổng lồ thông tin với các công nghệ hiện đại như máy vi tính và internet. Nó cho phép chúng ta sử dụng, lưu giữ, truyền đạt và chia sẻ thông tin (UNESCO 2005; WHO 2006). Các kỹ năng đó đóng vai trò chuyển tất cả những thông tin có được thành kiến thức. Và thách thức lớn chính là sau đó vận dụng những kiến thức này vào thực tế. Các xã hội tri thức hướng tới việc xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng – những gì phát huy tác dụng và những gì không – mục tiêu lạc quan về khả năng "đạt được các tiến bộ xã hội qua ứng dụng nghiên cứu" (Sanderson 2002). Tuy nhiên, có những khác biệt lớn giữa các quốc gia, các xã hội và các nhóm cộng đồng trong việc tiếp cận và khả năng sử dụng công nghệ mới cũng như biến các thông tin sẵn có thành kiến thức thực hành.

Những năm gần đây, có thêm nhiều tài liệu tập trung vào kiến thức và làm sao để đưa kiến thức vào chính sách y tế và vào thực tiễn (Court và cộng sự 2005; Stone và Maxwell 2005). Ví dụ, vào những năm 1990 xu hướng "y học dựa trên bằng chứng" đã ủng hộ cho việc sử dụng trực tiếp bằng chứng nghiên cứu rộng hơn trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng, và sau đó xu hướng này đã được nhân lên thành lời kêu gọi về chính sách dựa trên bằng chứng nhiều hơn thay vì các chính sách được quyết định dựa trên nhận thức chủ quan hoặc trên quan điểm chính trị. Một vấn đề cần quan tâm bắt nguồn từ nhận thức rằng khi nghiên cứu đưa ra các giải pháp thì các giải pháp đó không nhất thiết phải được đưa vào chính sách và thực tiễn.

Cuốn tài liệu này tập trung vào một hạn chế cụ thể làm suy yếu những điểm chung giữa việc tạo ra kiến thức của các nghiên cứu viên và việc sử dụng những kiến thức đó của các nhà hoạch định chính sách – vấn đề nằm ở năng lực của 2 nhóm đó và tổ chức của họ. Sự yếu kém về năng lực ở nhiều cấp độ khác nhau

tại các đơn vị này và những điểm chung giữa việc tạo ra kiến thức và sử dụng kiến thức trong quá trình hoạch định chính sách được Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (NC CS-HTYT) xác định là vấn đề chiến lược mấu chốt, tuy nhiên những hiểu biết về vấn đề này vẫn chưa đầy đủ. Liên minh tập trung vào nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế như một lĩnh vực ngày càng được xem là mấu chốt để nâng cao năng lực của hệ thống y tế quốc gia nhằm đạt được Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ Liên hợp quốc (MDGs), tuy vậy, nó vẫn còn chưa được quan tâm thoả đáng để thiết lập tốt hơn, cũng như các đầu tư nguồn lực của các bên và các nghiên cứu về y học bài bản. Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là nguồn kiến thức căn bản để hiểu về bản chất hệ thống y tế hoạt động như thế nào và nội dung của hoạch định chính sách (hộp 1.1). Các nhà hoạch định chính sách ngày càng nhận thức rõ tầm quan trọng của hệ thống y tế trong việc cung cấp cơ sở hạ tầng nhằm đưa tới người dân các chương trình can thiệp cũng như những trở ngại, khó khăn mà hệ thống y tế nếu yếu kém trong việc thực hiện các chức năng của nó có thể gây ra trong cách thức cung cấp loại can thiệp đó. Như vậy, sự công nhận về tầm quan trọng của việc tạo ra kiến thức trong lĩnh vực này đang tăng lên. Tuy nhiên ngược lại, phải thừa nhận rằng thậm chí ở những nơi mà kiến thức về hệ thống y tế tốt, nó cũng có thể không được các nhà hoạch định chính sách sử dụng vì nhiều lý do khác nhau.

Hộp 1.1. Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

*** Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế** được định nghĩa là "… Sự tạo ra những kiến thức mới để cải thiện cách thức tổ chức, thiết lập của xã hội nhằm đạt được các mục tiêu y tế" (Liên minh NC CS-HTYT 2007).

Mục tiêu nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là tạo ra những bằng chứng đáng tin cậy và chính xác làm cơ sở cho nhiều quyết định quan trọng khác nhau của lãnh đạo ngành y tế, các nhà hoạch định chính sách cấp cao và các nhà quản lý dịch vụ y tế về cách thức tổ chức hệ thống y tế và tạo ra những thay đổi hiệu quả (Liên minh NC CS-HTYT 2007) .

HPSR tập trung chủ yếu vào nhiều khía cạnh xuôi chiều của y tế như: tập trung vào các chính sách, các tổ chức và các chương trình, nhưng không đề cập tới điều trị lâm sàng đối với người bệnh hoặc nghiên cứu khoa học cơ bản (ví dụ, về tế bào học hoặc cấu tạo phân tử).

HPSR có thể đề cập tới một hoặc cả 6 "cấu phần" của hệ thống y tế được nêu trong Khung hành động hệ thống y tế của Tổ chức Y tế thế giới (WHO 2007).

- **Cung ứng dịch vụ:** chú trọng tới việc dịch vụ y tế được tổ chức và quản lý như thế nào để đảm bảo sự tiếp cận, chất lượng, an toàn và tính liên tục trong các điều kiện sức khoẻ khác nhau, bằng nhiều phương tiện y tế và sẵn sàng mọi lúc.
- **Thông tin và bằng chứng:** tạo ra và có chiến lược sử dụng thông tin, bằng chứng trong nghiên cứu y tế và hệ thống y tế nhằm tăng cường công tác quản lý, lãnh đạo và kiểm soát.
- **Công nghệ và sản phẩm y tế**: đảm bảo công bằng trong tiếp cận các sản phẩm y tế thiết yếu và công nghệ chất lượng tốt, an toàn, hiệu quả và chi phí hiệu quả, và hợp lý giữa sử dụng kỹ thuật cao và chi phí sử dụng hiệu quả.
- **Nguồn nhân lực y tế**: quản lý thị trường lao động năng động, tìm hiểu, giải quyết đầu vào và đầu ra nguồn lực lao động; đồng thời cải thiện việc phân bố và thực hiện công việc của các cán bộ y tế hiện có.
- **Tài chính y tế**: xây dựng các quỹ thích hợp cho y tế theo hướng đảm bảo người dân có thể sử dụng những dịch vụ cần thiết và được bảo vệ tránh khỏi những khoản chi trả tài chính khổng lồ hay đói nghèo.

Lãnh đạo và quản lý: đảm bảo các khung chính sách chiến lược tồn tại và được kết hợp với việc giám sát hiệu quả, xây dựng liên minh, các quy định, chú trọng đến các vấn đề thiết kế hệ thống y tế và đẩy mạnh trách nhiệm giải trình nhằm bảo vệ lợi ích sức khỏe của cộng đồng.

Nguồn: Liên minh NC CS-HTYT 2007, WHO 2007b.

Mối quan tâm của Liên minh trong chủ đề của cuốn tài liệu này vì thế xuất phát từ hai nguồn. Trước tiên, Liên minh nhận ra việc thiếu khả năng trường diễn của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế trong việc đạt được trọn vẹn các mục tiêu tiềm năng, xuất phát từ những hạn chế về năng lực. Những hạn chế này tồn tại trong quá trình xác định ưu tiên, quá trình này vẫn thiếu sự quan tâm đến nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế và sự đầu tư vẫn còn ở dưới mức cần thiết của các cơ quan nghiên cứu trong việc thực hiện nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Thứ hai là nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế rất quan tâm tới việc hiểu chính sách được xây dựng và thực hiện như thế nào, từ đó đưa đến nhu cầu tìm hiểu rõ hơn về bằng chứng, bao gồm cả nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế và y sinh học, được các nhà hoạch định chính sách sử dụng (hoặc không sử dụng) như thế nào. Chủ đề này vì thế là cương lĩnh trong chiến lược được xác định gần đây của Liên minh.

Cuốn tài liệu này tập trung đặc biệt vào vấn đề năng lực. Năng lực là một thuật ngữ được sử dụng rộng rãi nhưng thường không sâu. Tới giờ mới chỉ một vài nghiên cứu về bản chất của năng lực và vẫn còn ít các nghiên cứu về năng lực của nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách[1]. Cuốn tài liệu này tìm hiểu về các vấn đề năng lực dựa trên những khía cạnh cơ bản khác nhau của mối quan hệ giữa 2 nhóm chính: nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu – với việc phát triển của khung khái niệm để làm cơ sở cho chính cuốn tài liệu và đồng thời chúng tôi cũng hy vọng sẽ cung cấp một cách hữu dụng cách phân tích về những quan hệ cụ thể ở tầm quốc gia.

Do vậy, mục đích của cuốn tài liệu này là tìm kiếm những cách thức để cải thiện các quá trình chính sách, bắt đầu đề cập tại phần tổng quan ở chương 2 về bản chất của quá trình chính sách và cách các bên liên quan, nhân vật chính trong quá trình này sử dụng (hoặc không sử dụng) bằng chứng bên cạnh những cân nhắc trong việc xây dựng và thực thi chính sách. Và vấn đề này được tiếp nối ở chương 3 với sự phát triển của khung cơ sở nhằm cung cấp nền tảng cho toàn bộ phần còn lại của cuốn tài liệu. Khung cơ sở này giới thiệu cách phân tích cho bốn chức năng chính không thể thiếu trong những điểm chung giữa phát triển kiến thức và các quá trình chính sách - xác định ưu tiên cho nghiên cứu, tạo ra bằng chứng, chọn lọc và phổ biến các kết quả nghiên cứu và chính quá trình chính sách. Với việc chú trọng vấn đề năng lực, chương này cũng sẽ tìm hiểu những hiểu biết khác nhau về thuật ngữ năng lực mà hiện giờ còn khá mơ hồ, xác định khía cạnh chính mà cuốn tài liệu này sẽ tập trung vào phân tích, đề cập đến ở những chương sau. Mỗi chương kết thúc bằng phần tóm tắt, nhận xét về các sáng kiến quốc tế trước đây cũng như đang được thực hiện nhằm phát triển năng lực.

Những chương tiếp theo sẽ tập trung lần lượt vào 4 vấn đề khác nhau được xác định trong khung cơ sở. Chương 4 đề cập đến quá trình xác định ưu tiên ở cả cấp quốc gia và quốc tế, đồng thời tìm hiểu mức độ phản ảnh về các nhu cầu hiện tại của hệ thống y tế quốc gia và những yếu kém về năng lực tại các tổ chức xác định ưu tiên. Tiếp theo đó chương 5 tìm hiểu về các khoảng trống và những quan tâm mà chính sách y tế và các cơ quan nghiên cứu hệ thống đang gặp phải. Chương tiếp tập trung vào vấn đề mà chúng tôi gọi là chức năng "chọn lọc" và "phổ biến". Chức năng này có lẽ được hiểu biết ít nhất trong số bốn chức năng. Nó liên quan đến quá trình xác định để lựa chọn những kết quả nghiên cứu nào là quan trọng, và đưa ra những ý nghĩa khác nhau, truyền tải (có thể nhiều hoặc ít thành công) nhằm thu hút sự chú ý của các nhà hoạch định chính sách. Chúng tôi tin rằng đây là một lĩnh vực đòi hỏi phải được nghiên cứu nhiều hơn nữa, bởi hiện giờ hiểu biết về chức năng này còn rất ít và vì chúng tôi tin rằng chức năng này sẽ tỏ ra ngày càng quan trọng thông qua các hoạt động của tổ chức vận động – các tổ chức này có thể hoặc không thể được coi là có vai trò hợp pháp trong việc hình thành chính sách. Chương 7 sẽ đưa chúng ta trở lại chức năng hoạch định chính sách, điểm kết thúc mang tính quyết định trong khung cơ sở, và một lần nữa chúng ta xác định một số điểm yếu

[1] Nuyens (2007) thực hiện tổng quan về một số nguồn lực chính về tăng cường năng lực nghiên cứu.

liên quan đến năng lực cần được quan tâm đúng mức trong các cơ quan đảm nhận trách nhiệm về vấn đề chính sách.

Một trong những thách thức chính trong những ấn phẩm tương tự cuốn tài liệu này gặp phải và một trong những vấn đề mà các nhà nghiên cứu về chính sách và hệ thống y tế đặc biệt quen thuộc đó chính là sự khác biệt về bối cảnh của các hệ thống y tế tại các quốc gia khác nhau. Cuốn tài liệu này tập trung vào hệ thống y tế ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp; tuy nhiên còn mở rộng sang một loạt các vấn đề đa dạng các yếu tố trọng yếu khác nhau bao gồm nguồn lực, truyền thống nghiên cứu và quá trình chính sách và chính trị. Chúng tôi cố gắng làm rõ những điểm mà chúng tôi phát hiện ra sự khác biệt, nhưng cũng mong người đọc cố gắng chấp nhận, thông cảm, trong hoàn cảnh cần phải đảm bảo tính ngắn gọn của ấn phẩm, mang tính tổng quát hoá và đưa ra cách phiên giải phù hợp với bối cảnh của chính họ.

Thách thức thứ hai mà chúng tôi phải đối mặt, đôi khi đáng ngạc nhiên, đó là việc thiếu các bằng chứng được công bố về chủ đề này. Trên cơ sở của các lập luận trong cuốn tài liệu này, chúng tôi cố gắng để rất cẩn trọng, chỉ đưa ra các kết luận khi có bằng chứng. Sự không giống nhau của bằng chứng trong những chức năng khác nhau cho thấy rằng khả năng của chúng tôi trong việc chỉ ra mức độ chi tiết của các khía cạnh năng lực trong các tổ chức có liên quan cũng không giống nhau. Tuy nhiên một kết quả cho thấy rõ ràng là có những khoảng trống đáng kể về mặt kiến thức trong lĩnh vực này và hy vọng là cuốn tài liệu này sẽ giúp độc giả nhận ra những lĩnh vực mới cho nghiên cứu liên quan đến các mặt của nghiên cứu và chính sách cũng như các nhu cầu về năng lực.

Mặc dù, chúng tôi hy vọng những phân tích trong cuốn tài liệu này bản thân nó sẽ thu hút mối quan tâm của độc giả, chúng tôi còn xem tầm quan trọng thực sự chính là việc mở đường cho các hành động tiếp theo xuất phát từ những phân tích đó. Như vậy, mỗi chương đưa ra một vài thông điệp chủ đạo và nó cũng được tổng hợp ở chương cuối dưới hình thức là các khuyến nghị hướng tới từng bên liên quan cụ thể. Cuốn tài liệu này tập trung vào vấn đề nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, những thông điệp chủ đạo cũng liên quan đến nó; tuy nhiên cũng có một vài vấn đề về năng lực phổ biến ở tất cả các hình thức nghiên cứu.

Cuốn tài liệu này hướng tới các đối tượng độc giả khác nhau và chúng tôi mong đợi những độc giả khác nhau sẽ quan tâm đến những chương khác nhau bởi kiến thức nền cũng như vai trò khác nhau của họ. Trước hết, chúng tôi hy vọng rằng những nhà hoạch định chính sách quốc gia và quốc tế sẽ nhận thấy tầm quan trọng đặc biệt của chủ đề này. Mặc dù, trên cương vị là nhà hoạch định chính sách về vấn đề sức khỏe, họ có thể bị lôi cuốn tập trung chủ yếu vào chương 2 và 7, nhưng chúng tôi muốn nhấn mạnh với họ rằng với vai trò là người quản lý toàn bộ hệ thống nghiên cứu y tế, do vậy cũng cần quan tâm tương tự đến những chương khác và những khuyến nghị kèm theo. Chúng tôi cũng nhận thấy những độc giả quan trọng nằm trong hàng ngũ lãnh đạo nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, những người chịu trách nhiệm nâng cao năng lực không chỉ trong đơn vị họ mà còn mở rộng cho cả cộng đồng nghiên cứu. Thứ ba là nhóm độc giả bao gồm các tổ chức quốc tế có sự quan tâm đặc biệt trong việc cải thiện nghiên cứu và các quá trình chính sách. Như chương 4 đề cập đến, có một số cách tiếp cận khác nhau về xây dựng năng lực của các tổ chức quốc tế, nhưng có một điều được thừa nhận rõ ràng là cần nhiều nguồn lực và có lẽ càng cần nhiều cách tiếp cận khác nhau nữa. Những năm gần đây, chúng tôi nhận thấy ngày càng có sự công nhận rộng khắp hơn về tầm quan trọng của việc cân đối viện trợ (ví dụ, Tuyên bố Pari về Tính hiệu quả của viện trợ (OECD DAC 2005)). Chúng tôi cũng muốn bàn luận về phương pháp hợp tác song phương bởi những nhà tài trợ quốc tế trong lĩnh vực nghiên cứu và phát triển năng lực cho nghiên cứu là điều rất cần thiết và hy vọng rằng cuốn tài liệu này sẽ góp phần để sự liên kết đó được tốt hơn.

Ngoài những mục tiêu quan trọng trên, chúng tôi cũng hy vọng rằng sẽ có nhiều nhóm độc giả khác nữa quan tâm đến cuốn tài liệu. Ví dụ, trên cơ sở mối quan tâm ngày càng tăng về mối liên hệ giữa bằng chứng và chính sách, chúng tôi hy vọng sự quan tâm

của các tổ chức chính trị - xã hội sẽ cải thiện quá trình chính sách nói chung, điều này được bàn đến một cách cụ thể ở chương 6.

Cuốn sách ra đời sau một quá trình xây dựng, chỉnh sửa, xét duyệt lâu dài và nghiêm túc với sự thống nhất của các tác giả và hội nghị các nhà phê bình khắt khe đối với từng chương. Với thông lệ phổ biến của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, những cá nhân tham gia vào viết và chỉnh sửa là các chuyên gia của nhiều chuyên ngành khác nhau; nhận biết được sự khác nhau về bối cảnh mang tính trọng yếu giữa các quốc gia và vùng miền, chúng tôi cũng cố gắng đảm bảo có sự tham gia và đóng góp ý kiến từ nhiều vùng/khu vực khác nhau.



Chương II

XÂY DỰNG MÔI TRƯỜNG CHÍNH SÁCH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Thông điệp chủ đạo

- Quá trình chính sách thường phức tạp và chịu ảnh hưởng bởi nhiều nhân tố và các bên liên quan.
- Bên cạnh cá nhân, mạng lưới ngày càng được công nhận có ảnh hưởng quan trọng.
- Bằng chứng thường gây tranh cãi, thậm chí cách hiểu bằng chứng là gì cũng khác nhau; bằng chứng được sử dụng khác nhau bởi các bên liên quan khác nhau ở những giai đoạn khác nhau trong quá trình xây dựng chính sách.
- Kiến thức về quá trình và môi trường chính sách có thể được sử dụng bởi những ai quan tâm đến việc nâng cao mức độ ảnh hưởng của bằng chứng đến chính sách, ví dụ như: quản lý một cách chiến lược các kết quả nghiên cứu.

Giới thiệu

Nếu nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (NC CS-HTYT) nhằm mục đích ảnh hưởng đến chính sách để mang lại sức khoẻ tốt hơn thì cần phải hiểu chính sách được khởi xướng, xây dựng và thực thi trong bối cảnh nào cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến chính sách như

thế nào. Điều quan trọng là phải tiến hành phân tích chính sách trong quá khứ để rút ra bài học về vai trò mà nghiên cứu đã hoặc đã không có đối với chính sách, cũng như trong việc lập kế hoạch. Chính sách, có thể được hiểu là chính thức hoặc không chính thức, rõ ràng hoặc không rõ ràng, được thể hiện bằng nhiều hình thức: văn bản pháp luật, các tài liệu viết tay, các mục tiêu, kế hoạch được báo cáo (xem hộp 7.1 làm ví dụ). Chính sách y tế có thể được định hướng theo hệ tư tưởng (ví dụ: tiến tới cải cách thị trường tự do hiện đại hoặc, ngược lại hướng tới tính công bằng), hay chính sách có thể là những vấn đề chuyên môn - sắp xếp theo khung khoa học, không bị ảnh hưởng trực tiếp bởi hệ tư tưởng (Keeley và Scoones 1999). Những chính sách này có thể là những can thiệp mang tính chi phí - hiệu quả hoặc là những thực hành tốt được thừa nhận.

Chương này tập trung vào quá trình xây dựng chính sách, xem xét ngắn gọn các nhân tố bối cảnh tác động và tạo nên môi trường trường chính sách, tìm hiểu một vài trong rất nhiều ảnh hưởng tác động đến quá trình xây dựng chính sách, cả ảnh hưởng bên trong và bên ngoài, và cuối cùng là thông điệp chiến lược nhấn mạnh sự cần thiết phải hiểu và nghiên cứu về môi trường, phạm vi hoạch định chính sách nhằm giúp cho bằng chứng ảnh hưởng sâu rộng hơn đến quá trình chính sách.

Hiểu biết về bối cảnh chính sách

Hoạch định chính sách không thể xa rời các nhân tố: chính trị - kinh tế - xã hội. Tất cả các nhân tố này đều ảnh hưởng đến việc chính sách được ra đời như thế nào, ai xây dựng chính sách, ở tất cả các cấp: toàn cầu, quốc gia và khu vực. Hiểu biết rõ về các khuynh hướng toàn cầu đã làm tăng sự thừa nhận về phạm vi mà các quốc gia phụ thuộc lẫn nhau, một ví dụ rõ ràng nhất là ảnh hưởng tiềm tàng trên toàn thế giới của bệnh truyền nhiễm như: hội chứng suy hô hấp cấp tính (SARS), cúm gia cầm, HIV/AIDS, lao và sốt rét. Việc thừa nhận sự gia tăng mức độ phụ thuộc lẫn nhau được phản ảnh bởi việc thành lập hiệp hội các quốc gia và các tổ chức để cùng giải quyết các vấn đề toàn cầu. Những thay đổi về chính trị, kinh tế và những biến động đột ngột, xung đột, nội chiến mang đến sự dịch chuyển đối với cân bằng quyền lực giữa các quốc gia, cũng ảnh hưởng đến môi trường chính sách ở cấp độ toàn cầu và quốc gia. Các quốc gia có xung đột hoặc có nguồn lực rất khan hiếm có thể cởi mở hơn trong việc đón nhận những ảnh hưởng từ bên ngoài. Tất cả những nhân tố này ảnh hưởng đến môi trường chính sách ở cấp toàn cầu, và có tác động đến việc vấn đề nào được quan tâm, nguồn lực nào sẵn có và nơi nào nguồn lực đó sẽ được sử dụng.

Ở cấp quốc gia, môi trường chính sách bị ảnh hưởng bởi những thay đổi ở cấp độ toàn cầu cũng như trong nước. Một phần vì sự lớn mạnh của các đối tác, một phần vì đã không còn ảo tưởng về vai trò của nhà nước nên những năm gần đây đã có sự quan tâm nhiều hơn đến quá trình dân chủ và vấn đề quản lý, và một vài học giả đã phát triển khái niệm "môi trường chính sách tốt" (Bunside và Dollar 1997). Các xã hội dân chủ cho phép hoặc khuyến khích tranh luận và thảo luận, tư vấn về chính sách thì luôn được đánh giá là phổ biến hơn các xã hội khép kín, tham nhũng và độc tài trong việc tạo thuận lợi cho thảo luận, sử dụng và công bố kết quả nghiên cứu hay ủy thác thực hiện nghiên cứu trong trường hợp bằng chứng không sẵn có. Tương tự, các hệ thống quản lý nhà nước mạnh mẽ (với các quy định pháp luật, quy tắc bắt buộc và cơ quan, đơn vị thanh tra, kiểm soát) tăng cường khả năng của nhà hoạch định chính sách nhằm thúc đẩy việc thực thi các chính sách đồng bộ, nhất quán trên toàn quốc (ví dụ về bán thuốc an toàn). Vào những năm đầu của thế kỷ thứ 20, nhiều phương pháp đánh giá sức mạnh của môi trường chính sách đã được giới thiệu rộng rãi, chủ yếu bởi những nhà tài trợ và ngân hàng thế giới[2].

[2] Ví dụ, Liên đoàn những thách thức của thiên niên kỷ (Millenium Challenge Corporation), một tổ chức chính phủ của Mỹ, cung cấp quỹ tài chính hỗ trợ phát triển cho các quốc gia cam kết với chính sách thúc đẩy tự do chính trị và kinh tế, đầu tư vào giáo dục & y tế, kiểm soát tham nhũng, tôn trọng

Môi trường chính sách cũng bị ảnh hưởng bởi truyền thống chính trị, điều kiện kinh tế - xã hội của một đất nước. Ví dụ, nghiên cứu của Navarro và cộng sự (2006) chỉ ra rằng Đảng chính trị theo hệ tư tưởng chủ nghĩa quân bình đã thực hiện các chính sách phân bố lại. Tuy nhiên, ngay cả những quốc gia có truyền thống dân chủ mạnh mẽ cũng có thể bỏ qua hoặc thậm chí giả mạo bằng chứng nhằm theo đuổi niềm tin mạnh mẽ. Ví dụ: kế hoạch khẩn cấp của Tổng thống Mỹ hiện nay để phòng chống HIV/AIDS (ABC - Abstinence - faithfulness - condom use: Không quan hệ - chung thủy - sử dụng bao cao su). Chính sách này được bắt nguồn từ niềm tin về đạo đức của dân chúng tại Mỹ - những người ủng hộ Tổng thống Mỹ, chứ không phải từ bất kỳ bằng chứng nào cho thấy chính sách ABC sẽ thay đổi được hành vi.

Nguồn tài chính không đầy đủ có thể khiến các nhà hoạch định chính sách lệ thuộc vào các nhà tài trợ bên ngoài, do đó có thể làm giảm quyền kiểm soát đối với việc thực thi chính sách (ví dụ: khi nguồn quỹ gắn chặt với một số chương trình hoặc sản phẩm cụ thể, hoặc khi nguồn lực không được đảm bảo một cách đều đặn). Sự khác biệt về mặt xã hội, cả tầng lớp xã hội và dân tộc, niềm tin và giá trị có thể ảnh hưởng đến việc ai sẽ trở thành nhà hoạch định chính sách cũng như những chính sách mà họ theo đuổi. Ví dụ, các gia đình thượng lưu cố gắng duy trì sức mạnh nhằm tạo ảnh hưởng đến chính sách bằng việc bổ nhiệm thành viên của gia đình mình vào bộ máy chính phủ; nhà hoạch định chính sách xuất thân từ những nhóm dân tộc cụ thể có thể ủng hộ, đẩy mạnh các chính sách đem lại quyền lợi cho chính nhóm của họ; hoặc những thành viên của chính phủ có thể không muốn xây dựng luật pháp có liên quan đến các vấn đề như ly hôn, kế hoạch hóa gia đình, nạo phá thai do những quan điểm tín ngưỡng mạnh mẽ của một bộ phận thượng lưu trong nước. Ở những nơi cơ hội học tập bị hạn chế và khu vực tư nhân cạnh tranh với khu vực nhà nước vì sự khan hiếm nhân viên có trình độ chuyên môn hay có bằng cấp, nghiên cứu có thể được hỗ trợ kinh phí không đầy đủ hoặc bị đánh giá thấp. Điều đó, một lần nữa lại tác động đến phạm vi ảnh hưởng của chính sách dựa trên bằng chứng đối với các nhà hoạch định chính sách.

Tóm lại, trong khi mọi môi trường chính sách đều bị ảnh hưởng bởi các nhân tố chính trị, kinh tế và xã hội toàn cầu, ở phạm vi nào đó, môi trường chính sách cũng bị ảnh hưởng bởi chính các nhân tố chính trị, kinh tế và xã hội đặc thù của chính nó. Mức độ mà những người làm việc trong các môi trường này có khả năng và sẵn sàng tiếp thu hay phản đối những ý tưởng và áp lực từ bên ngoài sẽ được quyết định một phần bởi những đặc điểm cụ thể này.

Vai trò của mối quan tâm, hệ tư tưởng và giá trị

Lợi ích thường được thể hiện thông qua các cá nhân riêng rẽ hoặc các nhóm của các liên quan. Nhóm này bao gồm các cá nhân, tổ chức tư nhân hoặc nhà nước, Chính phủ hoặc các Bộ, ngành của Chính phủ. Số lượng và hình thức của các nhóm các liên quan đến quá trình hoạch định chính sách có sự mở rộng rõ rệt. Hai mươi năm trước, thông thường người ta chỉ tập trung vào hoạch định chính sách trong khu vực nhà nước, mô tả các nhà hoạch định chính sách là những người tinh thông chính sách, được hình thành bởi một nhóm quan chức đứng đầu chính phủ và các chính trị gia ở cấp quốc gia. Việc hiểu biết hay quan tâm đến việc hoạch định chính sách ở cấp địa phương (một phần bởi quan niệm cho rằng, ở cấp địa phương có trách nhiệm thực thi chính sách hơn là xây dựng chính sách) hoặc hoạch định chính sách ở khu vực tư nhân thường rất hạn chế. Hầu hết, các nghiên cứu phân tích là của các quốc gia có thu nhập cao, cho dù vẫn có ý kiến cho rằng các tổng hợp tương tự có thể ứng dụng cho quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Sự tồn tại của các nhóm lợi ích

quyền tự do dân sự và các quy định của pháp luật. Mức độ cam kết được đánh giá bằng 16 chỉ số chính sách khác nhau. Xem http://www.mcc.gov/selection/index.php (truy cập lần cuối vào 25/02/2007).

đã được thừa nhận, đại diện cho các nhóm cụ thể hoặc ủng hộ cho các vấn đề đặc thù, nhưng các nhóm này cũng chỉ được nhìn nhận là tích cực ở một số giai đoạn cụ thể trong quá trình chính sách và hầu như không xuất hiện ở những quốc gia có thu nhập thấp. Những nhóm này có thể được thừa nhận là "người trong cuộc"- được các nhà hoạch định chính sách của chính phủ lấy ý kiến, còn những nhóm khác được các nhà hoạch định chính sách cho là "người ngoài cuộc" - nên có tính hợp pháp thấp hơn.

Trong những năm gần đây, yếu tố môi trường hoạch định chính sách được mở rộng, bao gồm nhiều bên liên quan và ranh giới giữa khu vực tư nhân và khu vực nhà nước được xoá nhòa. Điều này được mô tả bởi sự lớn mạnh của việc kết hợp công - tư. Ở cấp toàn cầu, những sự kết hợp này có thể bao gồm các tập đoàn như Coca Cola; các tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế thế giới; các cơ quan song phương như: Cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy Điển (SIDA) hoặc Cơ quan phát triển quốc tế của Hoa Kỳ (USAID) cũng như rất nhiều các tổ chức phi chính phủ quốc tế (NGOs) như Tổ chức thầy thuốc không biên giới hoặc Quỹ Bill & Melinda Gates. Những sự hợp tác này được mô tả như mạng lưới xuyên quốc gia, ít phân thứ bậc và ít quản lý theo chiều dọc hơn so với tổ chức quốc tế truyền thống: các đối tác thành viên có tiếng nói và cơ hội ngang nhau trong việc tham gia vào quá trình chính sách ngay cả khi có sự khác nhau về quyền lực, mặc dù giả định này vẫn đang gây tranh cãi (Buse và Walt 2000).

Ở cấp quốc gia, hoạch định chính sách không còn chỉ là tập trung nhiều vào mối quan hệ giữa quan chức và chính trị gia. Cần phải xem xét nhận định cho rằng chính trị gia hoặc Bộ trưởng là người hoạch định chính sách còn công chức nhà nước chỉ có vai trò thực hiện chính sách. Tuy nhiên, ở cấp quốc gia, "sân chơi" về hoạch định chính sách đang được mở rộng để thu hút các bên liên quan toàn cầu. Các nhà hoạch định chính sách ở cả khu vực nhà nước (chính phủ) và tư nhân ngày càng nhận thức được sức mạnh của tư vấn chiến lược trong quá trình chính sách. Một chuyên gia hoạch định chính sách của Thái Lan đã mô tả sách lược của mình trong việc kêu gọi ủng hộ cho chính sách chăm sóc sức khoẻ toàn dân. Bên cạnh việc sưu tầm và biên soạn thông tin mang tính so sánh từ những quốc gia khác nhằm đẩy mạnh nỗ lực của Thái Lan trong việc thực hiện chương trình chăm sóc sức khoẻ toàn dân, ông quyết định "chia sẻ những thông tin này với các tổ chức dân sự trong nước… Chúng tôi tổ chức các diễn đàn công cộng, các cuộc tham quan học tập và những buổi hỗ trợ cộng đồng. Chúng tôi cũng có những cuộc thảo luận rộng rãi với các nhóm dân để đảm bảo rằng quan điểm của họ về an ninh sức khoẻ thu được từ những tờ rơi, quảng cáo của chiến dịch… Chúng tôi tiếp cận với các tổ chức phi chính phủ…" (Nitayarumphong S. 2006, tr.71).

Ở những nơi hoạch định chính sách tập trung nhiều vào chính sách công thì ngày nay quá trình đó được "thảo luận" nhiều hơn (Hajer và Wagenaar 2003) và gồm nhiều bên liên quan từ khu vực tư nhân. Chính phủ ngày càng tăng cường các nhà tư vấn chính sách từ lĩnh vực kinh doanh hoặc từ khu vực tư nhân. Ví dụ, ở Botswana, Công ty Dược phẩm Merck, thông qua quỹ của mình, đã đóng vai trò chủ yếu trong việc tư vấn (và tài trợ) cho chương trình HIV/AIDS quốc gia. Tương tự, nhiều nhà hoạch định chính sách đã nhận thấy rằng, để điều phối và hợp tác trong môi trường chính sách phức tạp, họ cần có sự kết nối chặt chẽ với số lượng lớn các bên liên quan trong và ngoài chính phủ. Ví dụ: ở Anh đang có sự cố gắng để có chính phủ "kết nối" nhằm tăng cường sự phối hợp giữa các Bộ/ban/ngành cùng chịu trách nhiệm về một chính sách cụ thể. Theo đó, để cấm hút thuốc nơi công cộng ở Anh từ 7/2007, Bộ Y tế đã đàm phán với các Bộ chủ chốt liên quan đến thương mại, ban hành quy chế bán rượu và thuốc lá, với công an cũng như chính quyền địa phương liên quan đến việc cấp giấy phép, các tổ chức xã hội dân sự (bao gồm cả ngành kinh doanh) phản đối hoặc ủng hộ cho sự thay đổi chính sách. Một khi chính phủ thống nhất về chính sách, để đảm bảo việc thi hành thuận lợi, chiến lược thực hiện cần phải có sự tham

gia của đa dạng các bên liên quan thuộc khu vực nhà nước và tư nhân để có thể giải thích và truyền thông về luật mới.

Sự phối hợp và trao đổi chính sách có thể vượt ra ngoài phạm vi một quốc gia. Ví dụ: nhờ sự hỗ trợ của các phương tiện truyền thông hiện đại, dễ sử dụng, các bên liên quan xuyên quốc gia - hay chính là các nhà hoạch định chính sách của chính phủ làm việc ở nhiều nước - có thể thường xuyên trao đổi thông tin mà không cần sự uỷ quyền trực tiếp của quốc gia. Vì vậy, công chức của Bộ Môi trường hoặc Bộ Y tế ở một quốc gia có thể liên lạc thường xuyên với các công chức về môi trường hoặc y tế có cùng vị trí và có cùng mối quan tâm ở quốc gia khác. Kết quả của sự trao đổi ý kiến và kinh nghiệm có thể là cơ sở rất tốt cho việc hoạch định các chính sách quốc gia, tuy nhiên việc hình thành các chính sách được thực hiện bởi các nhà tư vấn chuyên môn và công chức nhà nước hơn là từ các Bộ trưởng.

Một trong những thay đổi lớn của sự tương tác giữa nghiên cứu-chính sách là sự thay đổi từ cách tiếp cận "hai cộng đồng" (hộp 2.1) sang cách tiếp cận "mạng lưới".

Hộp 2.1. Mô hình "hai cộng đồng" của nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách

	Các nhà nghiên cứu của trường đại học	**Các viên chức chính phủ**
Công việc	Các dự án nghiên cứu có kế hoạch, độc lập, sử dụng phương pháp khoa học, minh bạch, rõ ràng để tạo ra những kết quả mang tính khái quát, rõ ràng, không mơ hồ	Một chuỗi liên tiếp các công việc khác nhau liên quan đến sự kết hợp hài hòa giữa mối quan tâm và mục đích
Thái độ đối với nghiên cứu	Nghiên cứu được đánh giá thông qua sự đóng góp của nó cho cơ sở kiến thức	Nghiên cứu chỉ là một trong rất nhiều nguồn; được đánh giá bởi sự phù hợp của nó
Trách nhiệm	Đầu tiên là với các đồng nghiệp là các nhà khoa học, sau đó là những nhà tài trợ nghiên cứu.	Đầu tiên là với các chính trị gia, sau đó một cách không trực tiếp là công chúng.
Các ưu tiên	Mở rộng cơ hội nghiên cứu và ảnh hưởng của các chuyên gia trên thế giới	Duy trì một hệ thống "quản lý/điều hành tốt"
Thành tích	Chủ yếu dựa vào việc công bố, xuất bản trên các tạp chí khoa học có uy tín	Dựa vào sự quản lý thành công các quá trình chính trị phức tạp
Đào tạo và cơ sở kiến thức	Đào tạo trình độ cao, thường chuyên môn hóa theo chuyên ngành sâu	Thường xuyên, nhưng không phải luôn luôn, đòi hỏi sự linh hoạt
Các hạn chế về tổ chức	Tương đối ít (trừ hạn chế về nguồn lực); mức độ tự do cao, ví dụ, trong lựa chọn trọng tâm nghiên cứu	Bắt nguồn từ môi trường quan liêu, phụ thuộc lẫn nhau; làm việc trong những giới hạn về chính trị
Các giá trị	Độc lập trong suy nghĩ và hành động được đánh giá cao; tin tưởng vào việc tìm kiếm một cách công minh (không thiên lệch) những kiến thức có thể khái quát hoá	Hướng tới cung cấp những lời tư vấn có chất lượng cao, phù hợp với bối cảnh cụ thể

Trong cách tiếp cận cũ (tiếp cận "2 cộng đồng"), nhóm các nhà nghiên cứu và nhóm các nhà hoạch định chính sách có động lực thúc đẩy là các mối quan tâm khác nhau (Buse và cộng sự 2005); và "người chuyển giao/môi giới kiến thức - knowledge broker" rất cần thiết để làm cầu nối cho hai nhóm này (Lomas 2007). Trong cách tiếp cận mới, những bên liên quan này ít khi tồn tại độc lập mà thường tồn tại như những thành viên của mạng lưới chính sách với những mối quan hệ chính thức và không chính thức. Các mạng

lưới có mức độ quyền lực khác nhau, do sự khác nhau về sở hữu nguồn lực như nguồn tài chính hoặc kiến thức và các mối quan hệ, kỹ năng và quyền hạn hoặc khả năng vận động các cá nhân và tổ chức khác. Đây là một "tổ chức" có khả năng tạo đòn bẩy cho cả các cá nhân và tổ chức, các mạng lưới quốc gia và xuyên quốc gia, nhằm cải thiện hoặc thực hiện những thay đổi trong hoàn cảnh cụ thể. Mạng lưới chính sách đôi khi được nhắc đến như các cộng đồng chính sách hoặc mạng lưới vấn đề. Cộng đồng chính sách là một mạng lưới tồn tại tương đối lâu dài với lượng thành viên giới hạn, bị ràng buộc bởi niềm tin và giá trị chuyên môn giống nhau. Cộng đồng chính sách đôi khi xác định chính sách hoặc can thiệp cụ thể nào cần được xem xét hay thay đổi. Cộng đồng chính sách trái ngược với mạng lưới vấn đề, mạng lưới vấn đề thường lỏng lẻo hơn, được hình thành từ nhiều nhóm khác nhau để cùng giải quyết một vấn đề cụ thể - thường là cố gắng tác động đến chương trình nghị sự chính sách, sau đó mạng lưới vấn đề có thể giải tán hoặc có những điều chỉnh nhất định để cùng giải quyết vấn đề khác (xem thêm hộp 2.2). Cả hai loại mạng lưới trên đều có mối quan hệ chặt chẽ giữa các thành viên trong mạng lưới.

Hộp 2.2. Cộng đồng chính sách và mạng lưới vấn đề

Dưới đây là một đoạn trích từ nghiên cứu (Walt và cộng sự 2004) so sánh sự phổ biến ở mức độ toàn cầu với mức độ quốc gia của chính sách DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course - Điều trị hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp) về kiểm soát bệnh lao và quản lý các viêm nhiễm lây truyền qua đường tình dục đã mô tả sự khác nhau giữa cộng đồng chính sách và mạng lưới vấn đề:

Cộng đồng chính sách: chia sẻ niềm tin "sâu sắc"

" … Đã có một mạng lưới các bên liên quan hoạt động như một cộng đồng trí thức sát cánh bên nhau được hình thành bởi những nhà khoa học và chuyên gia y tế công cộng có nhiều cống hiến, họ làm việc trong các lĩnh vực nghiên cứu không mấy hấp dẫn và thiếu thốn về mặt tài trợ. Trong y học, những mạng lưới như vậy có khuynh hướng chia sẻ các thông tin một cách tự nguyện và có hiệu quả thông qua các tạp chí học thuật, các cuộc hội thảo và các cuộc thảo luận giữa các nhà chuyên môn. Các giảng viên chính đến từ các tổ chức y tế công cộng có danh tiếng khuyến khích sinh viên thực hiện nhiều nghiên cứu liên quan đến một lĩnh vực cụ thể… các ý tưởng được hình thành và thử nghiệm ở những quốc gia đang phát triển, cùng với một số cá nhân tại những quốc gia đó đóng vai trò quan trọng trong việc tạo nên tri thức, (và được) thúc đẩy bởi các mối liên kết quốc tế giữa các nhà nghiên cứu của trường y tế công cộng với chuyên gia kỹ thuật của các cơ quan, tổ chức quốc tế…"

Mạng lưới vấn đề: làm cho mọi điều xảy ra

"… Một mạng lưới vấn đề chỉ được thiết lập có kế hoạch vận động hành lang để thúc đẩy cho phương pháp điều trị lao mới, thông qua vận động ủng hộ, tiêu chuẩn hóa và đơn giản hóa, thậm chí với chi phí điều chỉnh linh hoạt theo từng địa phương. Những người phản đối (kể cả các nhà khoa học và chuyên gia y tế công cộng) sẽ bị xếp sang một bên trong khi cuộc vận động ủng hộ DOTS diễn ra. Sức mạnh bắt nguồn từ liên minh giữa hai tổ chức quốc tế có thẩm quyền: Ngân hàng thế giới (WB) và Tổ chức y tế thế giới (WHO), những nhóm thuộc phạm vi hai tổ chức này có khả năng làm cho mọi điều có thể xảy ra.

Nguồn: Trích dẫn từ Buse và cộng sự (2005), trang 163

Thành viên của những mạng lưới như vậy luôn thay đổi, nhưng thường bao gồm các công chức chính phủ trong vai trò nhà chuyên môn, chuyên gia tư vấn hoặc chuyên gia về khoa học kỹ thuật. Một nhà nghiên cứu về chứng mù sông ở Ugada đã lưu ý rằng, vai trò nghiên cứu của ông được hoàn thiện do ông là thành viên trong nhóm quản lý cấp cao của Bộ Y tế. "Các nhà quản lý chương trình là đồng nghiệp của tôi… vì vậy

khi tôi đưa ra một ý kiến trong một cuộc họp với các bằng chứng, họ đã tiếp nhận nó" (Walgate 2007). Tất nhiên thành viên của mạng lưới có thể chủ động hoặc thụ động, đẩy mạnh hoặc trì hoãn mối quan tâm ưu tiên của mạng lưới. Tổ chức xã hội dân sự hoặc các tổ chức phi chính phủ (NGOs) có thể là thành viên của mạng lưới, giúp cải thiện hoặc vận động hành lang cho những vấn đề cụ thể, nhưng nếu có chuyên môn cụ thể, họ cũng có thể trở thành bộ phận của quá trình hình thành chính sách. NGOs đôi khi hoạt động như những người trung gian, thể hiện quan điểm hoặc những ưu tiên mà các nhà nghiên cứu hoặc công chức chính phủ cảm thấy đồng cảm, nhưng họ lại không thể công khai ủng hộ mà không gây tổn hại đến danh tiếng hoặc mục tiêu độc lập của họ. Mạng lưới hoặc các thành viên của mạng lưới có thể đóng vai trò quan trọng trong việc chọn lọc bằng chứng, định hướng xem kết quả nghiên cứu nào là phù hợp nhất để xem xét, cân nhắc hoặc giới thiệu cho bất kỳ một chính sách cụ thể nào đang được theo đuổi.

Các thành viên quyền lực khác của mạng lưới, những tổ chức có thể sử dụng ảnh hưởng to lớn theo cách trình bày các ý kiến tranh luận, là phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài, báo chí, quan hệ công chúng và đơn vị vận động hành lang. Họ có thể là thành viên của mạng lưới vấn đề, vận động ủng hộ cho sự thay đổi chính sách, hoặc là thành viên của cộng đồng chính sách, trong vai trò chuyên môn về khoa học hoặc y tế. Nhóm các bên liên quan là thông tin đại chúng cũng có thay đổi trong những thập kỷ qua: ngày nay họ thường tập trung vào những tập đoàn quy mô lớn có khả năng bao phủ toàn thế giới với nhiều cơ hội thay đổi, thông qua sự lớn mạnh của mạng internet toàn cầu và truy cập mở. Phương tiện thông tin đại chúng không phải chỉ có là thành viên của mạng lưới mà còn đóng vai trò phiên giải, biên dịch và bình luận các thủ tục, sản phẩm và quá trình của mạng lưới cũng như tạo ra bằng chứng từ những mạng lưới đó. Có rất nhiều ví dụ cho thấy phương tiện thông tin đại chúng đóng vai trò quan trọng trong một số giai đoạn của quá trình chính sách, thường là giai đoạn xác định chương trình nghị sự, nhưng cũng có khi ở giai đoạn đánh giá các chính sách đang tồn tại (xem hộp 2.3).

Một đặc điểm quan trọng của mạng lưới là nó tạo ra nhiều cơ hội cho việc trao đổi thông tin, không chỉ là các kết quả nghiên cứu và đánh giá mà còn là các bài tường thuật ở phạm vi rộng về kinh nghiệm cá nhân và thực tế. Giá trị, niềm tin cá nhân có thể được giữ kín, và ảnh hưởng đến các cuộc tranh luận về việc thông tin được phiên giải và hiểu như thế nào. Quá trình trao đổi như vậy có thể hoàn toàn "ảo" (thông qua Internet, các cuộc hội thảo, các cuộc họp, báo chí hoặc các phương tiện thông tin viết khác) hoặc chúng có thể được điều phối và tạo điều kiện thuận lợi bởi một cơ quan trung tâm hoặc một tổ chức thành viên đứng đầu.

Ở bất kỳ hình thức nào, mạng lưới sẽ phụ thuộc chặt chẽ vào sự lãnh đạo trong chính mạng lưới như mức độ hiệu quả ảnh hưởng của mạng lưới đến chính sách. Điều này nhấn mạnh đến một trong những đặc trưng của quá trình chính sách: trong khi việc hoạch định chính sách được diễn ra thông qua các hoạt động của nhiều mạng lưới khác nhau của các nhân vật ở cấp quốc tế, quốc gia và khu vực, thì chính các cá nhân mới tạo nên sự khác nhau chủ yếu trong quan hệ tương tác này. Uy tín của một cá nhân cụ thể có thể là nhân tố chính trong quá trình chính sách (ví dụ, Nelson Mandela dẫn dắt đất nước của ông đến hòa bình từ nạn phân biệt chủng tộc). Nhân cách, sự đam mê và sự cam kết có thể là nhân tố mạnh mẽ tạo thuận lợi hoặc gây trở ngại cho việc thay đổi trong các giai đoạn khác nhau của quá trình chính sách, và ở tất cả các cấp, từ toàn cầu đến khu vực. Ví dụ: việc thực thi có thể thành công rộng rãi nhờ tài tổ chức và tuyên truyền xuất sắc của người lãnh đạo khu vực, hoặc cũng có thể thất bại bởi người quản lý quan liêu trì trệ, không thể nhìn thấy cách thức thay đổi phương thức thực hành đã cũ kỹ.

Tóm lại, có rất nhiều bên liên quan tham gia vào các giai đoạn khác nhau của quá trình chính sách: vận động ủng hộ việc thay đổi

chính sách, thiết kế hoặc triển khai chính sách. Họ có thể hoạt động một cách tích cực như những cá nhân hoặc thành viên của các nhóm hay tổ chức và thường tạo thành một bộ phận của mạng lưới vấn đề tương đối không chặt chẽ, linh động nhằm ủng hộ cho những vấn đề cụ thể hoặc cố gắng nâng cao nhận thức về những mối quan tâm cụ thể, hay họ có thể là một bộ phận của cộng đồng chính sách bao gồm các nhà chuyên môn hoặc chuyên gia có sự kết hợp chặt chẽ giữa các thành viên, duy trì lâu dài, đề xuất những lựa chọn chính sách hoặc đánh giá thực hiện chính sách. Các nhà hoạch định chính sách cũng có thể là thành viên của một hoặc một vài mạng lưới và tiếp cận thông tin từ nhiều nguồn khác nhau, trong đó nghiên cứu chỉ là một trong những nguồn đó. Họ càng tham gia chặt chẽ vào các mạng lưới mà ở đó có sự khuyến khích, kích thích tranh cãi và thảo luận, họ càng được khuyến khích sử dụng bằng chứng làm cơ sở trong hoạch định chính sách.

Quá trình hoạch định chính sách

Những năm gần đây, càng ngày, mối quan tâm đến việc chính sách được hình thành và thực thi như thế nào càng tăng. Thực tế, hiểu biết của chúng ta về quá trình này tăng lên nhờ có sự đóng góp chủ yếu của nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế (HPSR), mặc dù vẫn còn nhiều câu hỏi cần được trả lời. Ở mục này chúng tôi đề cập những hiểu biết hiện tại về quá trình chính sách, bắt đầu với chu trình chính sách.

Chu trình chính sách

Một ứng dụng lâu dài minh họa cách thức diễn ra của quá trình chính sách là "các giai đoạn" khám phá (Sabatier và Jenkins – Smith 1993). Nó mô tả môt số giai đoạn của quá trình chính sách: từ nhận thức một sự việc hay vấn đề, đến hình thành chính sách để giải quyết vấn đề đó, sau đó thực thi chính sách, cuối cùng là lượng giá hoặc đánh giá kết quả đầu ra. Phương pháp này khi áp dụng vào hoạch định chính sách còn tồn tại hai khiếm khuyết: một là dường như nó quá tuần tự theo đường thẳng, với giả định rằng quá trình xây dựng chính sách diễn ra một cách trôi chảy từ giai đoạn nhận thức vấn đề cho đến giai đoạn đánh giá việc thực thi chính sách. Thứ hai là nó bắt chước mô hình chuẩn mực của quá trình ra quyết định, điều đó gợi ý rằng các nhà hoạch định chính sách lựa chọn chính sách chỉ sau khi đã cân nhắc chi phí và lợi ích của mọi khả năng có thể xảy ra, hậu quả tiềm tàng, sau đó lựa chọn một cách logic chính sách có thể đem đến giải pháp tối ưu. Nhiều ý kiến cho rằng các giai đoạn khám phá không nhất thiết phải là một đường thẳng và gợi ý rằng hoạch định chính sách là một chu trình tuần hoàn. Việc nhận ra vấn đề thường diễn ra ở giai đoạn thực thi chính sách. Hay chính sách được hình thành nhưng không được thực hiện. Một số ý kiến khác cũng chỉ ra rằng, mặc dù các nhà hoạch định chính sách luôn cố gắng để hành động một cách hợp lý, nhưng có rất nhiều yếu tố can thiệp vào làm ảnh hưởng đến tính hợp lý của quá trình chính sách, trong đó có sự phản đối quyết liệt của các nhóm lợi ích khác nhau.

Mức độ mà nghiên cứu hoặc bằng chứng cung cấp cho chính sách sẽ khác nhau ở mỗi giai đoạn của quá trình chính sách và thường được khởi xướng bởi các mạng lưới hoặc nhóm khác nhau. Hộp 2.3 sẽ trình bày những giai đoạn khác nhau của quá trình chính sách và chỉ ra mạng lưới có thể gây ảnh hưởng thế nào đến một số giai đoạn của quá trình chính sách. Vấn đề chỉ được đưa vào chương trình nghị sự chính sách công cộng khi nhà hoạch định chính sách của chính phủ nhận thức ra vấn đề đó là chính đáng (đây là điều mà chúng ta nên hành động), khả thi (chúng ta có nguồn lực để hành động) và nhận được sự ủng hộ (có nhiều khả năng cộng đồng sẽ ủng hộ cho hành động). Nếu có bất kỳ yếu tố nào kể trên không được thoả mãn, vấn đề đó có thể sẽ bị quên lãng. Ví dụ: nếu một nghiên cứu cho thấy khó khăn, thách thức lớn cho khoản ngân sách hiện có, hoặc có thể dẫn đến việc phải cắt bỏ một loại hình dịch vụ cụ thể, nhà hoạch định chính sách sẽ cảm thấy không hứng thú xem xét việc thay đổi, mặc dù họ thừa nhận mối liên quan của các phát hiện này. Việc kết quả nghiên cứu được phổ biến

tốt có thể đóng vai trò như chất xúc tác giúp thuyết phục các nhà hoạch định chính sách hành động cho một vấn đề cụ thể, hoặc được sử dụng ở giai đoạn khác của quá trình chính sách, ví dụ như trong giai đoạn hình thành chính sách, làm cơ sở cho các nhà hoạch định chính sách quyết định lựa chọn hành động nào để thực hiện.

Ở mỗi giai đoạn của quá trình, các thành viên khác nhau của mạng lưới có thể một mình đảm nhận vai trò chính hoặc phối hợp cùng các thành viên khác. Các tổ chức xã hội dân sự và phương tiện thông tin đại chúng tham gia vào giai đoạn xác định chương trình nghị sự là thích hợp nhất. Bước tiến tuyệt vời khi các tổ chức xã hội dân sự và phương tiện thông tin đại chúng tham gia vào mạng lưới vấn đề nhằm nâng cao khả năng tiếp cận với thuốc điều trị kháng virus (ARV) ở giai đoạn cuối những năm 1990 và đầu 2000 chính là ví dụ điển hình về cách thức mà mạng lưới các bên liên quan, bao gồm chính phủ (ví dụ: Braxin), công ty Dược phẩm (Cipla - Ấn Độ), và nhiều tổ chức xã hội dân sự, các nhà nghiên cứu của các quốc gia có thu nhập thấp, trung bình và cao đã nêu ra vấn đề và thay đổi chính sách của nhiều tổ chức khác nhau, từ các công ty dược phẩm cho đến bộ y tế.

Tuy nhiên, các tổ chức xã hội dân sự có thể tham gia vào quá trình chính sách ở giai đoạn hình thành chính sách: họ có thể hành động đơn lẻ hoặc phối hợp với các viện hàn lâm hoặc đơn vị nghiên cứu để đàm phán xung quanh các lựa chọn chính sách, hình thành các giá trị và thảo luận về tính chi phí – hiệu quả nhờ vào chính kinh nghiệm hay nghiên cứu của họ. Ở giai đoạn thực thi, một lần nữa, các tổ chức xã hội dân sự có thể hỗ trợ trong những công việc ở tầm cao hơn, ví dụ như cung cấp vật tư hay lời khuyên cho cộng đồng của họ, hay hoạt động như cầu nối giữa nhà hoạch định chính sách và người dân. Nói một cách chính xác, các thành viên của mạng lưới tham gia vào mỗi giai đoạn của quá trình chính sách sẽ khác nhau ở những thời điểm và bối cảnh khác nhau.

Hộp 2.3. Quá trình chính sách và cách thức mà các mạng lưới có thể ảnh hưởng đến quá trình này

Giai đoạn của quá trình chính sách	Cách thức mà các mạng lưới có thể ảnh hưởng đến quá trình
Xây dựng chương trình nghị sự	Thu hút sự quan tâm vào những sự việc hoặc vấn đề cụ thể, thông qua: · Thu thập thông tin, thực hiện nghiên cứu. · Thúc đẩy sự liên kết trong phạm vi mạng lưới và giữa các mạng lưới. · Sử dụng các thành viên của mạng lưới để phổ biến các kết quả. · Thực hiện các chiến dịch vận động ủng hộ hay chiến dịch phổ biến/mở rộng.
Hình thành chính sách	Tham gia vào thiết kế chính sách và các chiến lược chính sách bằng việc: · Cộng tác giữa các nhóm thảo luận, các ủy ban, hội đồng và các cuộc tranh luận khác (ví dụ, qua phương tiện thông tin đại chúng). · Cung cấp hoặc tìm kiếm bằng chứng cho các lựa chọn chính sách. · Các chiến lược phổ biến rộng rãi.
Thực thi	Tạo thuận lợi cho việc thực thi các chính sách đã được thông qua: · Giúp nâng cao truyền thông chính sách ở tất cả các cấp. · Hỗ trợ hoạt động tiếp cận cộng đồng của những người được ký hợp đồng thực hiện các dịch vụ.

Đánh giá	Cung cấp phản hồi về việc thực thi: · Thu thập bằng chứng về các vấn đề phát sinh. · Thu hẹp khoảng cách giữa nhà hoạch định chính sách và khách hàng/người sử dụng dịch vụ bằng cách tạo thuận lợi cho các hoạt động tương tác và phản hồi.

Nguồn: Phỏng theo Perkin & Court (2005).

Lavis và đồng nghiệp (2002) đã tìm hiểu về phạm vi mà các nghiên cứu được tham khảo trong quá trình chính sách. Họ thấy rằng có 4 trên 8 chính sách về dịch vụ y tế đã sử dụng kết quả nghiên cứu, điều này có được là nhờ các nhà hoạch định chính sách có tương tác với các nghiên cứu viên tại các viện nghiên cứu ở những giai đoạn khác nhau của quá trình chính sách. Họ cũng lưu ý rằng mọi chính sách cũng như nhà hoạch định chính sách thường tham khảo các loại thông tin khác nhau chứ không chỉ đơn thuần sử dụng kết quả nghiên cứu làm cơ sở thuyết phục trong việc hoạch định chính sách. Một số nhà hoạch định chính sách đặc biệt nhạy cảm với các thông tin trên phương tiện thông tin đại chúng và có nhiều ví dụ về chính sách bị ảnh hưởng mạnh mẽ ở giai đoạn nhận thức vấn đề - giai đoạn mà phương tiện thông tin đại chúng sử dụng thông tin hoặc nghiên cứu nhằm tạo ảnh hưởng tích cực hoặc tiêu cực đến quá trình chính sách. Các thông tin này lại phụ thuộc nhiều vào văn hóa điều tra và nguồn của phương tiện thông tin đại chúng, do đó, tại những nơi phương tiện thông tin đại chúng yếu hoặc đặt dưới sự kiểm soát của nhà nước, phương tiện thông tin đại chúng sẽ đóng một vai trò rất nhỏ trong các quá trình chính sách, chứ không tham gia vào việc thông báo chính sách chính thống cũng như các đánh giá về chính sách. Ở những quốc gia có thu nhập thấp, phụ thuộc nhiều vào các nhà tài trợ, chính sách thường bị ảnh hưởng nhiều bởi các bên liên quan bên ngoài, và họ thường sử dụng bằng chứng từ các môi trường khác để thuyết phục các nhà hoạch định chính sách quốc gia. Ví dụ, ở Trung Quốc (Van Kerkhoff và cộng sự - 2006), có nghiên cứu cho thấy sự tham gia vào quá trình chính sách đã bao gồm cả các nhóm mới do Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, Quỹ này nhấn mạnh rằng trong điều kiện tốt nhất, nhóm làm việc với đối tượng tiêm chích ma túy (thường bị loại trừ tham gia vào các diễn đàn chính sách tại Trung Quốc) sẽ được mời tham gia vào quá trình xem xét lại chính sách về giảm thiểu tác hại. Quỹ Toàn cầu cho rằng khi nhóm làm việc với đối tượng tiêm chích ma túy không được tham gia, kinh nghiệm ở những nơi khác cho thấy, chính sách có thể thất bại và chính phủ Trung Quốc phải chấp thuận việc để nhóm này tham dự vào việc ra các quyết định về chính sách giảm thiểu tác hại.

Ảnh hưởng của nghiên cứu đến quá trình chính sách phụ thuộc vào quá trình hoạch định chính sách mang tính mở như thế nào và phụ thuộc vào quyền lực của các bên liên quan khác nhau. Nhà hoạch định chính sách có thể chọn việc bỏ qua các bằng chứng với rất nhiều lý do (ví dụ: thiếu sự ủng hộ của những người có vai trò cao trong xã hội hay sự phản đối mạnh mẽ của nhóm nhiều quyền lực, thiếu nguồn lực để thực thi một cách có hệ thống), bên cạnh đó, họ phải liên tục đối mặt với nhiều nhiệm vụ và vấn đề khác nhau, chịu áp lực phải nhanh chóng tìm ra các giải pháp. Nếu nghiên cứu làm chậm quá trình hoặc trái ngược với niềm tin của nhà hoạch định chính sách hoặc mâu thuẫn với các chính sách hiện tại hoặc bị cho là không phù hợp thì gần như nghiên cứu đó sẽ chỉ đóng vai trò mờ nhạt trong hoạch định chính sách. Và nếu nghiên cứu đó không được tổng hợp hoặc trình bày bằng hình thức dễ hiểu thì có thể sẽ bị bỏ qua. Tuy nhiên, nhà hoạch định chính sách thường hay sử dụng bằng chứng trong hệ thống chính trị và hệ thống chính trị có thể yêu cầu họ giải trình thông qua mạng lưới hoạt động mạnh mẽ và phương tiện thông tin đại chúng hoạt động tích cực. Đó là thực tế của mọi quốc gia, cả những quốc gia có thu nhập cao, trung bình và thấp.

Kiến thức về chính sách diễn ra như thế nào: hệ tư tưởng và niềm tin

Một phương pháp dùng để hiểu bằng chứng được sử dụng như thế nào trong quá trình chính sách là "phương pháp 3E": Engineering – ứng dụng khoa học, Enlightenment – sự khai sáng và Elective affinity – mối quan hệ chọn lọc (Buse và cộng sự 2005).

Mô hình ứng dụng khoa học đã chỉ ra các bước: thừa nhận vấn đề, tìm kiếm các giải pháp (thông qua nghiên cứu), ứng dụng giải pháp vào vấn đề, và cuối cùng là giải quyết vấn đề. Đây là một phương pháp mang tính lý trí mạnh mẽ và bị chỉ trích bởi lý do tương tự: mối quan hệ giữa vấn đề và giải pháp là phức tạp, nhiều chính sách được đề xuất trên cơ sở của hệ tư tưởng hoặc niềm tin hơn là trên cơ sở bằng chứng (rất nhiều cải cách y tế được giới thiệu ở những năm 1990 trên thế giới đều rơi vào loại này). Các nghiên cứu cho rằng, các chính sách đó có thể dựa vào nghiên cứu nhưng mối quan hệ đó không trực tiếp. Hai sự so sánh thường được sử dụng: một là nghiên cứu đó giống như nước chảy qua đá vôi (Thomas trích dẫn trong Bulmer 1986), thấm qua và chảy ra từ những chỗ không mong đợi; hai là nghiên cứu giống như cây địa y, lan rộng bao phủ bề mặt tảng đá qua nhiều thập kỷ (Watts 2007).

Đây là cách nhìn theo quan điểm khai sáng về chính sách dựa trên kiến thức, có thể mất nhiều thời gian để thảo luận và đi đến chấp nhận ý tưởng và bằng chứng. Tuy nhiên, có nhiều ý kiến cho rằng chính phủ hoặc các nhóm hoạch định chính sách sẽ chỉ sử dụng nghiên cứu phù hợp với chính sách hoặc ý định chính sách đang tồn tại của họ. Đây cũng là điều mà phương pháp "mối quan hệ chọn lọc" nhấn mạnh: nghiên cứu sẽ dễ dàng được chấp nhận khi giá trị và quan điểm chính trị của nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách trùng khớp nhau, khi vấn đề thời gian của kết quả phù hợp với các quá trình quyết định và quan hệ giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách khăng khít. Hộp 2.4 đưa ra ví dụ về cách thức mà quá trình chính sách kết hợp chặt chẽ với các giá trị trong một số chính sách y tế cụ thể tại Mexico và Anh. Phương pháp mối quan hệ chọn lọc cho thấy nếu kết quả nghiên cứu thắc mắc hay nghi ngờ về kinh nghiệm hay suy xét tồn tại từ lâu hoặc giới thiệu một cách suy nghĩ mới thì nghiên cứu đó có thể bị lờ đi hoặc loại bỏ. Trong những trường hợp như vậy, nghiên cứu đóng vai trò khai sáng, có nghĩa là sẽ mất nhiều thời gian để được chấp nhận và được chọn lọc vào quá trình chính sách chính thức.

Tóm lại, có thể nói rằng hoạch định chính sách là một quá trình lặp đi lặp lại, phức tạp và đôi khi không rõ ràng, trong đó nhà hoạch định chính sách "loay hoay hay luẩn quẩn trong mớ hỗn độn" đó hơn là tuân theo quá trình mang tính chất đường thẳng và hợp lý. Mặc dù vậy, để phục vụ cho mục đích phân tích, sẽ rất hữu hiệu khi phân chia quá trình chính sách thành một loạt các giai đoạn, thừa nhận đây là một bộ phận mang tính lý thuyết nhiều hơn là một tấm gương phản ánh thế giới hiện thực. Và trong khi một số nhà khoa học mô tả phương pháp ứng dụng khoa học như một "mô hình lý tưởng" cho việc đưa nghiên cứu vào chính sách thì hầu hết các học giả đều nghi ngờ điều đó bởi vì nó phủ định bằng chứng quan trọng: quá trình chính sách mang tính chính trị và thường có sự tranh luận giữa các nhân vật có niềm tin, giá trị, kiến thức và mối quan tâm không giống nhau. Xem xét quá trình chính sách cho thấy, mỗi giai đoạn của quá trình bị ảnh hưởng bởi những nhân vật khác nhau, họ tạo thành những mạng lưới nhằm xúc tiến một vấn đề cụ thể, hay đại diện cho cộng đồng trí thức trong việc thảo luận xung quanh những lựa chọn chính sách và thực thi chính sách.

Hộp 2.4. Giá trị ảnh hưởng chính sách

Ở Mexico

Nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế của Mexico (cũng từng là nhà nghiên cứu) đưa ra một ví dụ về việc bằng chứng

thể hiện giá trị của nhà hoạch định chính sách đã không được xem xét như thế nào: "Một vài công việc chuyên môn trong tài khoản y tế quốc gia đã tiết lộ rằng, chúng ta đã chi tiêu khoản tiền tính theo đầu người cao gấp 3 lần cho người lao động hưởng lương trong khu vực chính thức của nền kinh tế và những người có bảo hiểm xã hội so với đối tượng là nông dân không có lương và những người làm ở khu vực kinh tế không chính thức. Nhiều hơn gấp 3 lần. Trước đây không ai đo lường được điều đó và đó là một công việc chuyên môn nghiêm túc, không ai dám đương đầu với nó".

Vì vậy, chúng tôi đã đến Quốc hội. Và chúng tôi đã hỏi: "ông/bà có cho rằng cuộc sống của một người lao động hưởng lương chính thức ở thành thị có giá trị gấp 3 lần cuộc sống của một người nông dân?". Họ đã trả lời không – cuộc sống của tất cả mọi người đều có giá trị như nhau. Do đó, chúng tôi nói: nhưng, với những gì ông/bà chi tiêu, ông/bà đang cho thấy một loạt các giá trị mâu thuẫn với những điều ông/bà vừa nói với chúng tôi" (Frenk J 2006 tr. 8 -9).

Ở Anh

Năm 2007, Chủ tịch Viện Thành tựu lâm sàng quốc gia Anh (gọi tắt là NICE) đã công nhận vai trò của giá trị làm cơ sở cho các quyết định chính sách (Anderson 2007). Ông cho biết, một số quyết định mà NICE được yêu cầu xem xét không thể quyết định một cách đơn giản bằng việc tính toán đến nguồn lực chăm sóc sức khoẻ sẵn có và tính chi phí – hiệu quả, ông đưa ra một ví dụ về vấn đề liệu người già có quyền được chăm sóc, điều trị giống như trẻ em hay không (ví dụ: dùng những thuốc đắt tiền).

"NICE hoạt động trong một bối cảnh xã hội nhất định và chúng tôi phải xem xét, cân nhắc những giá trị của xã hội đó. Do vậy, những việc chúng tôi đã làm là thành lập hội đồng công dân, nhóm đại diện cho người dân Anh và xứ Wales… Chúng tôi đưa ra cho họ những câu hỏi và cung cấp cho họ những chứng cứ, khuyến khích tranh luận từ cả hai khía cạnh… Cuối cùng họ đã kết luận: không nên xem xét đến vấn đề tuổi tác: có nghĩa là không nên có sự khác nhau đối với các bệnh nhân, dù là 5 tuổi, 25 tuổi hay 75 tuổi…" (cùng ở trang 21).

Cái gì được xem là bằng chứng? Bằng chứng của ai được tính đến?

Chính sách dựa trên bằng chứng có nhiều giả định của người theo chủ nghĩa duy lý - chính sách nên được xây dựng dựa trên các bằng chứng của nghiên cứu và nên được đánh giá để rút ra bài học kinh nghiệm phục vụ cho việc điều chỉnh cho phù hợp, tiếp tục hoặc tạm dừng việc thực hiện.

Tuy nhiên, những gì được xem là bằng chứng và bằng chứng của ai được chấp nhận, cả hai đều ảnh hưởng lớn đến quá trình chính sách. Việc sử dụng các thuật ngữ như bằng chứng, kiến thức và nghiên cứu thường không chặt chẽ. Hộp 2.5 đưa ra một số định nghĩa.

Mặc dù bằng chứng đã được định nghĩa nhưng bản thân bằng chứng cũng thường gây tranh cãi. Mâu thuẫn giữa các nhà nghiên cứu có thể xảy ra ở tất cả các loại chính sách, ví dụ: liệu có sự liên quan giữa thức ăn và sức khoẻ, hay giữa các chính sách kinh tế, giữa nghèo đói và sức khoẻ. Một điều khó khăn là kết quả nghiên cứu đó không nhất thiết là rõ ràng hoặc đồng nhất. Hộp 2.6 minh họa điều này bằng những vấn đề trong việc thay đổi chính sách thuốc chống sốt rét ở Kenya. Một khó khăn nữa cho cả nghiên cứu và chính sách là khoảng cách giữa yếu tố đầu vào và kết quả: ví dụ như: chính sách chống đói nghèo nào thực sự mang lại sự cải thiện cho người nghèo? Sumner và Tiwari (2005) đưa ra ví dụ về việc nhiều nhà nghiên cứu tranh luận về một lý lẽ thông thường cho rằng tăng trưởng kinh tế có tác động tốt với người nghèo, họ tranh luận rằng tăng trưởng kinh tế đồng nghĩa với gia tăng tình trạng bất bình đẳng, ít nhất là trong thời gian gần và vì vậy nó không mang lại lợi ích cho người nghèo. Khi bằng chứng không chắc chắn, hoặc không có sự thống nhất giữa các nhà khoa học thì nhà hoạch định chính sách sẽ ở trong tình thế khó khăn, lúng túng. Các nhà hoạch định chính sách có thể phán xét bằng chứng bằng việc đánh giá nguồn gốc của bằng chứng hoặc lờ đi nếu như không có lựa chọn chính sách rõ ràng.

Việc ai là người cung cấp bằng chứng cũng ảnh hưởng đến nhà hoạch định chính sách. Các nhà hoạch định chính sách thường tin tưởng các cơ quan, nhóm nghiên cứu hoặc các tổ chức xã hội dân sự mà họ biết hoặc có mối liên hệ, hoặc cảm thấy bị thuyết phục bởi kết quả nghiên cứu trong nước nhiều hơn so với kết quả từ những quốc gia khác. Ở Cộng hòa Tanzania, một nghiên cứu được tài trợ bởi nguồn quỹ quốc tế đã sử dụng kết quả điều tra, khảo sát về bệnh tật của hộ gia đình ở địa phương nhằm chứng minh nguồn lực đã không đến được nơi cần thiết nhất, thuyết phục những nhà hoạch định chính sách cấp huyện/vùng tiến hành phân phối lại cơ cấu chi tiêu, kết quả đã góp phần giảm 40% tỷ lệ tử vong (De Savigny và cộng sự 2004). Chương 6 sẽ thảo luận nhiều hơn về tính hợp pháp của các tổ chức vận động, kêu gọi ủng hộ.

Nhà hoạch định chính sách có thể sẵn sàng học tập từ những quốc gia khác nhưng phần nhiều sẽ phụ thuộc vào các bài học kinh nghiệm được thể hiện, giới thiệu như thế nào (xem hộp 2.7).

Mặt khác, nhà hoạch định chính sách có thể chấp nhận kết quả của nghiên cứu, xây dựng các chính sách chính thức, nhưng các chính sách này lại ít được đưa vào thực tế cuộc sống (xem hộp 2.8)

Tóm lại, có rất nhiều nhân tố ảnh hưởng đến việc chấp nhận bằng chứng cũng như việc sử dụng nó trong chính sách và thực tiễn. Khi bằng chứng không rõ ràng; hoặc kết quả nghiên cứu được vận dụng không đúng thời điểm trong quá trình chính sách; hoặc kết quả đó không liên quan, không đủ giá trị sử dụng hoặc nghi ngờ các giá trị cơ bản hoặc lý lẽ thông thường, nhà hoạch định chính sách có thể lờ đi những nghiên cứu đó hoặc quay lại chỉ trích, nhận xét về chất lượng của nghiên cứu. Mặc dù nhà hoạch định chính sách bị ấn tượng bởi kết quả của các nghiên cứu quốc tế, họ sẽ có nhiều khả năng hành động khi mà nghiên cứu đó dựa trên hoặc có sự kết hợp với thực tế của địa phương.

Hộp 2.5. Bằng chứng là gì?

Định nghĩa (Từ điển Tiếng Anh Oxford rút gọn, truy cập trực tuyến, 9/7/2007):

Bằng chứng	Thông tin cho biết liệu một niềm tin hoặc nhận định có chính xác hay có giá trị hay không.
Thông tin	Thực tế hoặc kiến thức được cung cấp và được học tập.
Kiến thức	Thông tin và kỹ năng thu được qua kinh nghiệm hay đào tạo, học tập là tổng hợp của những điều biết được.
Số liệu	Thực tế và những con số thống kê được sử dụng cho mục đích tham khảo hoặc phân tích.
Nghiên cứu	Điều tra một cách có hệ thống và xem xét, nghiên cứu kỹ các tài liệu và các nguồn thông tin để tìm ra sự thật và đưa đến những kết luận mới.
Sự thật/thực tế	Một điều hiển nhiên, không thể phủ nhận. Thông tin (về thực tế) được sử dụng như bằng chứng hoặc như một phần của báo cáo.

Mặc dù các định nghĩa trên rất rõ ràng và ngắn gọn, nhưng "bằng chứng là gì" trong một vài tình huống cụ thể vẫn cần được trả lời và thống nhất bởi những bên liên quan khác nhau có tham gia vào tình huống đó (các nhà nghiên cứu, nhà hoạch định chính sách, tổ chức xã hội dân sự).

Có rất nhiều loại bằng chứng khác nhau, bao gồm:

- Tổng quan hệ thống
- Nghiên cứu đơn lẻ
- Nghiên cứu thử nghiệm và nghiên cứu trường hợp

- Quan điểm của các chuyên gia
- Thông tin sẵn có trên Internet

Trong khi thử nghiệm có nhóm chứng được lựa chọn ngẫu nhiên (RCT- randomized controlled trials) được công nhận rộng rãi là loại thử nghiệm cung cấp bằng chứng khoa học đáng tin cậy nhất trong bối cảnh điều trị lâm sàng, thì sự phức tạp của bối cảnh chính sách y tế lại đòi hỏi các loại bằng chứng khác. Nghiên cứu quan sát, nghiên cứu định tính và thậm chí là "kinh nghiệm", "bí quyết thực hiện", sự nhất trí và "hiểu biết về địa phương" cũng nên được xem xét đến (Pang 2007). Rất khó có thể ứng dụng sự phân cấp cứng nhắc của bằng chứng cho chính sách y tế; nghiên cứu chỉ cung cấp một loại bằng chứng. Trong khi nghiên cứu được thực hiện một cách chính xác nhằm nâng cao kiến thức và cải thiện thực tế (White 2002), thì bằng chứng thu được từ nghiên cứu hiếm khi được coi là "thực tế/sự thật" và quả thực còn bị coi là đáng nghi ngờ. Bằng chứng này có thể được sử dụng để ủng hộ hoặc bác bỏ một vài niềm tin hoặc nhận định khác nhau. Bằng chứng thường được hiểu theo nhiều cách khác nhau để "tạo ra" những chính sách hoàn toàn khác nhau (xem Marmot 2004, trong đó, tác giả bàn luận về sự sẵn lòng thực hiện hành động có liên quan đến đồ uống có cồn ảnh hưởng như thế nào đến cách nhìn nhận bằng chứng).

Vậy cái gì có hiệu quả?

Trong suốt thập kỷ qua, việc cải thiện cách thức để bằng chứng có thể được sử dụng trong quá trình xây dựng chính sách, bao gồm việc xem xét phương pháp mang tính sáng tạo, dễ hiểu, dễ hình dung khi trình bày kết quả nghiên cứu sau khi đã được điều chỉnh cho phù hợp với từng đối tượng đích cũng như chiến lược phổ biến kết quả tốt hơn ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Bên cạnh đó, cũng có sự thay đổi sự tập trung theo hướng "Điều gì quan trọng chính là cái có hiệu quả" (Văn phòng Nội các 1999 trích dẫn trong Sanderson 2002) rút ra bài học từ những chính sách đang tồn tại và kết quả mà chính sách đó mang lại. Ví dụ về ORT chỉ ra rằng khi thực thi chính sách mà không có đủ sự quan tâm, chính sách đó sẽ thất bại.

Quan sát sơ bộ về một vài ảnh hưởng đến quá trình chính sách, có thể kết luận gì về những cái chung của nghiên cứu và chính sách? Từ các phân tích ở trên cho thấy 2 điểm nổi bật:

· Những điểm chung giữa bằng chứng và chính sách là phức tạp và phụ thuộc nhiều vào bối cảnh và thời gian cũng như khuynh hướng toàn cầu.

· Có nhiều bên liên quan tham gia vào quá trình tạo bằng chứng và quá trình chính sách, điều đó dẫn đến cả cơ hội và khó khăn, thách thức. Càng có nhiều ý kiến tư vấn của các bên liên quan thì khả năng chính sách được chấp nhận và có hiệu quả càng cao, nhưng quá trình xin ý kiến tư vấn đòi hỏi nhiều thời gian và nguồn lực, và trở nên lệch hướng hay ít phù hợp.

Hộp 2.6. Bằng chứng mang tính phức tạp

Một tờ báo (Shretta và cộng sự 2000) xem xét phạm vi và chất lượng của bằng chứng được sử dụng để thay đổi chính sách thuốc ở Kenya đã lưu ý về những khó khăn trong việc phiên giải số liệu có sự khác nhau lớn về địa lý, thời gian và phương pháp luận để áp dụng cho chính sách điều trị quốc gia. "Quá trình trở nên phức tạp do lựa chọn bị hạn chế, tác dụng không mong muốn khó lường trước của liệu pháp thay thế, vấn đề chi phí cũng như thiếu hướng dẫn về các nhân tố thích hợp cho việc thay đổi chính sách về thuốc sốt rét. Mặc dù, cho đến năm 1995, 50% các nghiên cứu đã chỉ ra các thất bại thuộc về ký sinh trùng học, nhưng vẫn thiếu sự thống nhất về các nguyên tắc đánh giá thất bại của thuốc... (trang 755)".

Hộp 2.7. Tầm quan trọng của trình bày bằng chứng

Nghiên cứu ở Campuchia và Thái Lan về việc tăng sử dụng bao su ở những người làm nghề mại dâm và giảm tỷ lệ hiện mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) đã được phổ biến đến một cộng đồng

chính sách nhỏ của các tổ chức phi chính phủ khu vực, một tổ chức phi chính phủ quốc tế, cộng thêm các viên chức nhà nước và những người quản lý chương trình ở Nước cộng hòa Dominica. Chương trình can thiệp được đề cập đến trong báo cáo nghiên cứu đã được điều chỉnh cho phù hợp, là cơ sở cho việc tổ chức các cuộc hội thảo, gặp mặt thường kỳ với những người làm nghề mại dâm và người quản lý cơ sở mại dâm; thông tin và áp phích có hình ảnh, tăng tính tiếp cận với bao cao su miễn phí cũng như việc giám sát của các quan chức y tế chính phủ (Haddock 2007). Kết quả là việc sử dụng bao cao su của những người làm nghề mại dâm và khách hàng của họ tăng lên và tỷ lệ hiện mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục giảm đi.

Hộp 2.8. Bằng chứng và việc thực thi chính sách

Báo cáo tổng quan năm 2007 (Forsberg và cộng sự) về liệu pháp bổ sung nước bằng đường uống (ORT) - liệu pháp được coi là hữu hiệu nhất trong việc điều trị bệnh tiêu chảy ở trẻ nhỏ từ những năm 1980 đã cho thấy 25 năm sau, tỷ lệ sử dụng liệu pháp này thấp và số lượng trẻ em tiếp tục chết vì căn bệnh có thể ngăn chặn được rất cao. Họ kết luận rằng lý do dẫn đến thất bại của chính sách nằm ở nhiều điểm khác nhau trong quá trình thực thi chính sách (ví dụ: Viện nghiên cứu y khoa đã thực hiện nghiên cứu tại 14 bệnh viện ở Kenya cho thấy không một bệnh viện nào có giải pháp bù nước được khuyến cáo bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (Crisp 2007)); và những điểm chung giữa nghiên cứu, chính sách và việc thực hiện chính sách đã không được quan tâm một cách thích đáng.

Thay đổi phép ẩn dụ: theo hướng môi trường chính sách dựa trên bằng chứng

Như chúng ta đã thấy, quá trình xây dựng chính sách diễn ra trong môi trường chính trị phức tạp - nơi các quyết định thường được đưa ra một cách nhanh chóng và bị chi phối bởi nhiều lợi ích mang tính cạnh tranh. Việc những quyết định như vậy sẽ được đưa ra hoặc không đưa ra dựa vào bằng chứng phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Thay vì tập trung vào mối quan hệ mờ nhạt giữa chính sách và nghiên cứu, sẽ có ích hơn khi đặt câu hỏi: nhân tố nào khuyến khích chính sách được xây dựng dựa trên bằng chứng? Prewitt (2006) đã kêu gọi, vận động cho việc thay đổi phép ẩn dụ, từ "chính sách dựa trên bằng chứng" sang "chính trị ảnh hưởng bởi bằng chứng", việc thay đổi này công nhận vai trò trung tâm của các nhân tố chính trị. Thậm chí ở những nơi nguồn lực vô cùng hạn chế (năng lực chuyên môn yếu, tài chính bị giới hạn), môi trường chính sách vẫn có thể sẵn sàng sử dụng các kết quả nghiên cứu.

Do vậy, bằng chứng dường như được cân nhắc trong bối cảnh nơi mà việc xây dựng chính sách là một quá trình tương đối mở; nơi có sự rõ ràng về các giai đoạn khác nhau của quá trình ra quyết định, rõ ràng về ai là người chịu trách nhiệm tại mỗi thời điểm trong quá trình và rõ ràng về khi nào thì có cơ chế chính thức cho việc tham vấn ý kiến và thảo luận. Sau đó việc nhận biết cơ hội, hạn chế trong quá trình chính sách nhằm tạo ảnh hưởng đến việc xây dựng chương trình nghị sự, hình thành, thực thi hoặc thậm chí là đánh giá chính sách hoàn toàn có thể thực hiện được. Việc xác định thời điểm mang tính quyết định hoặc thời cơ, ví dụ, nhận ra chính phủ mới đang dần nắm quyền lực, có thể tạo thuận lợi cho việc giới thiệu những bằng chứng mà trước đó bị lờ đi. Việc giới thiệu loại hình bảo hiểm y tế toàn dân 30 bạt ở Thái Lan là một ví dụ về việc các nhà nghiên cứu đã nắm được thời điểm khi chính phủ mới đang tìm kiếm chính sách mang tính phổ biến triệt để và họ đã cung cấp bằng chứng chứng minh tính khả thi của chính sách đó (Tantivess 2006). Chúng ta sẽ xem xét những ý nghĩa của điều này đối với nhà nghiên cứu ở Chương 5 và đối với nhà hoạch định chính sách ở Chương 7.

Ở những nơi quá trình chính sách không rõ ràng, nhà hoạch định chính sách không sẵn sàng đương đầu với thử thách, hoặc họ là thành viên của những nhóm đảng phái (những người đại diện cho lợi ích cụ thể), các nhà nghiên cứu có thể dựa vào nguồn lực khác, ví dụ như phương tiện thông tin đại chúng, để gây chú ý đến các trở ngại trong quá trình chính sách (ví dụ, sự thiên kiến của các nhà

hoạch định chính sách), có thể dẫn đến môi trường chính sách rộng mở hơn.

Kết luận

Trong chương này, chúng tôi mang đến cái nhìn tổng quát về bản chất của hoạch định chính sách: là một quá trình phức tạp, chịu ảnh hưởng bởi nhiều nhân tố và các bên liên quan khác nhau. Chúng tôi đặc biệt nhấn mạnh đến mức độ cũng như cách thức mà bằng chứng được sử dụng trong quá trình chính sách và một lần nữa công nhận tính phức tạp của quá trình cũng như tầm quan trọng của bối cảnh. Bên cạnh đó, có rất nhiều nhân tố ảnh hưởng đến những điểm chung giữa chính sách và nghiên cứu. Hiểu biết về quá trình và môi trường chính sách có thể được sử dụng bởi những ai quan tâm đến việc nâng cao mức độ ảnh hưởng của bằng chứng đến chính sách, ví dụ thông qua việc quản lý kết quả nghiên cứu một cách có chiến lược.

Hiểu biết của chúng tôi về quá trình chính sách vẫn chưa hoàn hảo và quả thật nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế thực sự giữ vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiểu biết về quá trình này. Tài liệu tổng quan này với mục đích cải thiện bản chất của quá trình chính sách và đẩy mạnh việc sử dụng bằng chứng trong quá trình hoạch định chính sách. Ở những chương tiếp theo chúng tôi sẽ xem xét chi tiết hơn về vai trò cụ thể của các cơ quan, đơn vị tham gia vào việc xác định loại nghiên cứu được thực hiện, tạo ra bằng chứng, chọn lọc và phổ biến bằng chứng đến nhà hoạch định chính sách, và nhu cầu phát triển năng lực cụ thể.



Chương III

KHUNG LÝ THUYẾT CHO VIỆC HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Thông điệp chủ đạo

- Còn thiếu cơ sở bằng chứng liên quan đến năng lực quốc gia trong quá trình chính sách dựa trên bằng chứng.
- Trong chương này, khung lý thuyết đưa ra bốn chức năng chính của quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng: xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu, phổ biến và sáng tạo tri thức, chọn lọc và phổ biến bằng chứng, và hoạch định chính sách. Khung lý thuyết này sẽ giúp phát triển và đánh giá các chiến lược làm tăng cường năng lực.
- Cách tiếp cận có hệ thống về năng lực và nâng cao năng lực là rất quan trọng. Trong khi các tổ chức nâng cao năng lực hiện nay đang ngày càng nhận thức rõ hơn về tầm quan trọng của cách tiếp cận tổ chức và hệ thống, những khía cạnh này vẫn cần được chú trọng đến nhiều hơn.
- Các tổ chức phát triển năng lực trước đây có xu hướng tập trung phần lớn vào việc tạo ra bằng chứng hơn là nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong quá trình chính sách; điều này cần có sự quan tâm xem xét nhiều hơn tới việc nâng cao năng lực.
- Cho tới nay, các đánh giá về chiến lược phát triển năng lực vẫn còn rất hạn chế, do đó cần có sự đầu tư lớn hơn vào việc đánh giá xem các chiến lược này có được áp dụng một cách hiệu quả hay không.
- Các quốc gia cần phải phân tích và hiểu rõ về tình trạng hiện tại của hệ thống hoạch định chính sách y tế quốc gia và việc sử dụng bằng chứng của quốc gia mình; và cần phải phát triển, ủng hộ các chiến lược ở cấp quốc gia và quốc tế để nâng cao năng lực.

Giới thiệu

Việc xây dựng một khung lý thuyết về hoạch định chính sách y tế quốc gia dựa trên bằng chứng được coi là một thành phần quyết định trong việc định hướng sự phát triển của bản tổng quan này[3]. Chương này đặt ra những nguyên tắc cơ bản của một khung lý thuyết, hợp nhất ba khía cạnh: sáng tạo tri thức, quá trình chính sách y tế và yếu tố năng lực. Để dễ hiểu hơn, sự miêu tả bằng hình ảnh đã được xây dựng và đi kèm với nó là đoạn chú thích rõ ràng. Mục tiêu cuối cùng của khung lý thuyết là hướng dẫn quá trình rút ra những bài học thực tiễn về những gì Chính phủ, xã hội dân sự, các viện nghiên cứu, các nhà tài trợ và tổ chức đa phương có thể làm, nhằm thúc đẩy việc nâng cao năng lực trong hoạt động và trong thực tế tới mức có thể.

Trong quá trình xây dựng khung lý thuyết, có một số điểm mấu chốt cần chú ý:

Đầu tiên, rõ ràng là tồn tại sự mâu thuẫn giữa một bên là sự trình bày thiếu tính chuyên môn về mối quan hệ giản đơn giữa bằng chứng và chính sách với một bên là sự miêu tả toàn diện, phức tạp với rất nhiều yếu tố mà không chỉ đơn thuần dựa vào quá trình tư duy của ý chí. Khung lý thuyết được xây dựng trong chương này cố gắng đạt tới sự cân bằng giữa việc phản ánh sự rắc rối của thực tế và sự áp đặt một số dạng yêu cầu duy lý trí, do đó, mối quan hệ giữa sáng tạo tri thức và quá trình chính sách có thể được miêu tả tốt hơn.

Thứ hai, chắc chắn rằng, ít nhất ở một phạm vi nào đó, khung lý thuyết có tính chọn lọc trong việc lựa chọn các yếu tố và cách trình bày các yếu tố đó. Khung lý thuyết được mô tả dưới đây giúp xác định những hạn chế về năng lực, tuy nhiên cũng chỉ mới ở mức đề cập đến khía cạnh chuyên môn.

Kết thúc, khung lý thuyết cuối cùng đã được xây dựng như trong hình 3.8, và đi kèm với nó là một bản chú thích rõ ràng. Để giúp cho việc giải thích, các hình ảnh trung gian được giới thiệu đi kèm với phần văn bản. Do đó, thay vì "tháo gỡ" một biểu đồ phức tạp, mục tiêu là "xây dựng một biểu đồ" cho người đọc, giúp cho người đọc dễ hiểu hơn.

Tuy nhiên, trước khi xây dựng khung lý thuyết, phần tiếp theo của chương này sẽ thảo luận về các khái niệm "năng lực", "phát triển năng lực" và ý nghĩa của những cụm từ này. Điều đó sẽ giúp cho người đọc có cái nhìn toàn cảnh về "khung lý thuyết".

Năng lực

Năng lực nghĩa là gì?

Cụm từ "năng lực" được sử dụng rộng rãi trong thuật ngữ phát triển. Tuy nhiên, việc sử dụng cụm từ này thường không cụ thể và không có định nghĩa rõ ràng, ngay cả trong các tài liệu. Trong một nghiên cứu gần đây về những thách thức đối với việc phát triển năng lực của Tổ chức phát triển và hợp tác kinh tế, Ủy ban hỗ trợ phát triển (OECD/DAC 2006), cụm từ "năng lực" được hiểu là:

"Toàn bộ khả năng của con người, tổ chức và xã hội để thực hiện thành công công việc" (trang 8).

Định nghĩa này, theo họ, là rất đơn giản và tránh được "bất cứ phán xét nào về mục tiêu mà con người theo đuổi, hay phán xét về những việc được coi là thành công trong công tác quản lý những nỗ lực chung của con người". Những định nghĩa khác trong các tài liệu có khác nhau

[3] Để công bố về sự phát triển của khung lý thuyết được mô tả trong chương này, một tổng quan tài liệu đã được tiến hành từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2006 (xem Bieth (2006) và Bieth & Bennett (2007)). Mặc dù có rất nhiều khung lý thuyết đã mô tả các khía cạnh khác nhau của sự tác động qua lại giữa nghiên cứu và chính sách y tế, nhưng, với nhiều nguyên nhân khác nhau, vẫn chưa có khung lý thuyết nào đáp ứng được yêu cầu của bản tổng quan này (các nguyên nhân chính bao gồm: khung lý thuyết không đặc trưng cho HPSR, khung lý thuyết tập trung vào các vấn đề xuất phát từ cách nhìn chủ quan của các nhà nghiên cứu, khung lý thuyết quá đơn điệu và không linh động…). Khung lý thuyết được trình bày trong chương này lựa chọn các chủ đề chính được đề cập trong các tài liệu tổng quan, bài trình bày kết quả, buổi thảo luận và những phản hồi tại các cuộc hội thảo quốc tế (các phiên bản về khung lý thuyết được trình bày tại Ủy ban cố vấn khoa học và công nghệ, Ủy ban tư vấn về nghiên cứu y tế của WHO khu vực Trung Đông, và trong một phiên họp tại Diễn đàn toàn cầu ở Cairo, Ai Cập).

một chút, song không khác nhiều so với định nghĩa này, và có xu hướng nhấn mạnh một năng lực chung để thực hiện chức năng hoặc thực hiện mục tiêu nào đó. Chương trình phát triển Liên hợp quốc (UNDP) đã đưa những yếu tố này vào định nghĩa của nó về năng lực: "khả năng của các cá nhân, tổ chức và xã hội để thực hiện chức năng, giải quyết vấn đề, thiết lập và đạt được những mục tiêu lâu dài" (UNDP 2006, trang 3).

Khi chúng ta đánh giá mức độ "năng lực" (hoặc thiếu năng lực) trong mỗi thực thể nhất định, những định nghĩa này chỉ được sử dụng một cách hạn chế. Như Potter và Brough (2004) đã chỉ ra, việc nói "thiếu khả năng" cũng có ý nghĩa về mặt chẩn đoán như khi nói "bệnh nhân này không được khỏe". Trong khi các đối tác khác nhau có thể đồng ý rằng có sự thiếu "năng lực" cần giải quyết, họ có thể có những hiểu biết hoàn toàn khác nhau về việc "thiếu năng lực" thực sự là gì và "thiếu năng lực" thể hiện như thế nào và có ảnh hưởng như thế nào.

Trong các nỗ lực làm rõ nghĩa của "năng lực", khía cạnh quan trọng đầu tiên liên quan tới năng lực *của ai* (hoặc của cái gì). Mặc dù có sự khác nhau về thuật ngữ giữa các tài liệu, vẫn có sự thừa nhận chung rằng, năng lực (ví dụ của một quốc gia) được thể hiện ở ba cấp độ: cá nhân, tổ chức và môi trường xung quanh. Như UNDP đã khẳng định "bất kể thuật ngữ như thế nào, điểm quan trọng là nhận ra được các cấp độ hình thành nên một hệ thống mà trong đó các cấp độ này độc lập với nhau" (2006, trang 5). UNDP giải thích rằng, ở cấp độ cá nhân, năng lực là những kỹ năng và kiến thức của mỗi con người. Các tổ chức sẽ cung cấp một khung lý thuyết cho các năng lực cá nhân để giúp cho việc liên kết và đạt mục tiêu chung. Năng lực trong các hệ thống lớn hơn, hoặc trong môi trường xung quanh, bao gồm các chính sách toàn diện, các luật lệ và quy tắc, các tiêu chuẩn điều hành sự uỷ nhiệm, vấn đề ưu tiên, các cam kết công dân… trong một ngành hoặc liên ngành. "Những yếu tố này thiết lập "quy định" cho sự tương tác giữa và trong các tổ chức". Và trên cả môi trường xung quanh, những xu hướng và điều kiện toàn cầu có thể làm năng lực kém đi hoặc tốt hơn.[4]

Khía cạnh quan trọng tiếp theo nằm ở việc xác định các thành phần chức năng và cấu trúc của năng lực – hay là định nghĩa năng lực nào là quan trọng. Bằng việc xem xét hệ thống một cách tổng thể, Potter và Brough (2004) đã xây dựng một hệ thống cấp bậc các nhu cầu năng lực liên quan tới những "cấp" khác nhau trong hệ thống (cá nhân, tổ chức và môi trường xung quanh), và các mối tương tác giữa chúng. Bốn lĩnh vực lớn của nhu cầu năng lực là: công cụ; kỹ năng; nhân viên và cơ sở vật chất; vai trò cấu trúc và hệ thống (xem hình 3.1).

Tháp năng lực của Potter và Brough thể hiện mối quan hệ giữa các thành phần khác nhau của năng lực. Ví dụ, nếu một viện nghiên cứu có các trang thiết bị công nghệ thông tin, phần mềm nghiên cứu, nguồn tài chính và có thể tiếp cận được với sách và tạp chí, viện nghiên cứu đó có một năng lực về cơ sở vật chất nhất định. Nhưng năng lực này cũng khó có thể có ích nếu thiếu nguồn nhân lực với đội ngũ nhân viên có đủ kiến thức, kỹ năng và tự tin để sử dụng hiệu quả các phương tiện sẵn có. Hơn nữa, cũng cần có đủ nhân viên có năng lực chuyên môn để giải quyết loại hình và khối lượng công việc yêu cầu. Ví dụ, một nhóm nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế sẽ cần một loạt các kỹ năng và kinh nghiệm trong nghiên cứu định tính và định lượng, và các kiến thức tổng hợp về các lĩnh vực khác nhau như kinh tế, xã hội học, dược và dịch tễ học.

Giả sử đã có một nguồn nhân lực tối ưu về năng lực, phù hợp với loại hình và khối lượng công việc, vẫn cần có các quá trình rõ ràng mà nhờ đó nhân viên được hỗ trợ, giám sát và

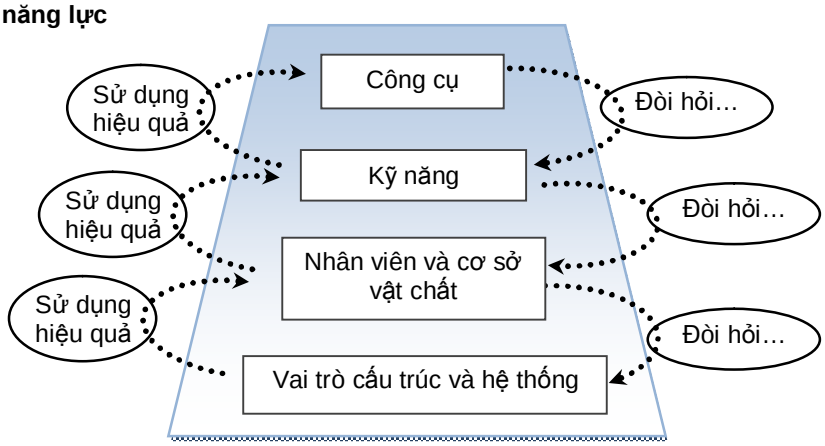
[4] Ví dụ: UNDP đã chỉ ra một vài ví dụ về xu hướng toàn cầu làm hạn chế năng lực như hiện tượng di cư của các nhân viên có năng lực cao hay sự cung cấp miễn phí của các mặt hàng công ích quốc tế (ví dụ: thuốc ARV) hay xu thế toàn cầu làm nâng cao năng lực như sự phát triển của công nghệ truyền thông và thông tin (UNDP 2006).

tạo động lực còn tổ chức được nâng cao về chất lượng làm việc nhóm và năng lực nhân viên. Quy mô và thành phần của (các) nguồn nhân lực cần phải phù hợp; họ cũng cần có các điều kiện vật chất như không gian văn phòng; cần có sự hỗ trợ của người điều hành khi cần thiết, sự hỗ trợ của các nhân viên kỹ thuật chuyên nghiệp khi trang thiết bị tin học bị hỏng, sự hỗ trợ của dịch vụ tòa nhà khi thiết bị cần bảo dưỡng, và sự hỗ trợ của các tổ chức cung cấp để đáp ứng các nhu cầu về điện, nước, giao thông, văn phòng phẩm…

Để sử dụng nguồn nhân lực một cách tốt nhất, cở sở vật chất và những hoạt động hỗ trợ như trên cùng với cấu trúc, hệ thống và quá trình phù hợp là rất cần thiết. Vai trò và chức năng cần được xác định và phân biệt rõ ràng; những ràng buộc giữa công bố thông tin và trách nhiệm giải trình cần được làm rõ; các quá trình ra quyết định cần phải diễn ra kịp thời và hiệu quả; thông tin cần được điều hành hiệu quả và phù hợp.

Tháp năng lực cho thấy, những yếu tố khác nhau của năng lực liên quan đến nhau như các mắt xích, và bất kỳ một mối liên kết nào yếu có thể làm giảm năng lực tổng thể. Trong NC CS-HTYT, một liên kết yếu có thể do những thành viên nhất định thiếu kỹ năng, kinh nghiệm hoặc thiếu tự tin để thực hiện công việc – mặc dù cấu trúc, hệ thống và quá trình hỗ trợ có rất nhiều và thực hiện tốt chức năng của chúng. Liên kết yếu cũng có thể do một nhóm rất có kinh nghiệm và kỹ năng nhưng bị hạn chế bởi sự điều hành không phù hợp, hoặc bởi thiếu động lực, trang thiết bị để thực hiện công việc của họ. Một "mối liên kết yếu" thách thức bất cứ nhóm NC CS-HTYT hay tổ chức nào chính là "năng lực chuyên môn" (toàn cầu) hiện có để tiến hành nghiên cứu hệ thống y tế. Ví dụ, việc kết hợp nhiều phương pháp đặt ra những thách thức to lớn về phương pháp luận. Sự bứt phá của những nền tảng phương pháp mới là quan trọng, tuy nhiên cũng đặt ra những nguy cơ cho nhà nghiên cứu.

Hình 3.1. Tháp năng lực



Nguồn: Potter và Brough (2004).

Một số yếu tố của năng lực – như nguồn tài liệu và kỹ năng – là có thể đo lường được, dễ nắm bắt và dễ đánh giá hơn các yếu tố khác. Cấu trúc tổ chức, hệ thống và quá trình khó đánh giá và định lượng hơn. Thậm chí có những thành phần "vô hình" hơn của đời sống tổ chức bao gồm cái mà Kaplan gọi là "thái độ" tổ chức (2000) (sự tự tin của tổ chức để vận hành trong một thế giới theo cách mà nó tin là hiệu quả). Tương tự, Morgan đề cập tới " việc trao quyền lực và tính đồng nhất" như một trong năm đặc điểm chính của năng lực, cho phép một tổ chức (hoặc hệ thống) tồn tại (đặc biệt trong những thời kỳ khó khăn), phát triển, đa dạng hóa và quy mô hơn (2006). Những yếu tố của năng lực, như "tầm nhìn" và "chiến lược" là rất khó nắm bắt, không dễ đánh giá và phần lớn là vô hình – chỉ có thể

quan sát được thông qua tác động của chúng tới bản thân tổ chức cũng như tới những người sẽ tham gia xây dựng năng lực tổ chức (Kaplan 2000).

Phát triển năng lực

Sau khi đã hiểu biết rõ hơn về khái niệm năng lực, chúng ta chuyển sang khái niệm phát triển năng lực. Trong lĩnh vực phát triển, khái niệm này là khá mới mẻ, phát triển rộng vào những năm 1980 (Luthaus và cộng sự - 1999). Bất chấp tính mới mẻ, rõ ràng là khái niệm này rất phát triển. Thực tế, UNDP nói rằng "Phát triển năng lực là sống còn đối với sự phát triển tính hiệu quả và việc đạt được Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ" (UNDP 2006 trang 4).

Có những xu hướng không thể tránh khỏi trong ý tưởng chi phối tư duy phát triển. Phát triển năng lực giúp hoàn chỉnh các khái niệm phổ biến trong bốn thập niên vừa qua, bao gồm xây dựng, phát triển tổ chức, phát triển nguồn nhân lực, nâng cao năng lực quản lý hoặc tăng cường điều hành tổ chức (Luthaus và cộng sự 1999). Morgan (1998) coi phát triển cộng đồng là một khái niệm bao trùm, liên kết những phương pháp tiếp cận riêng rẽ trước đó. Tuy nhiên, sẽ rất nguy hiểm vì khái niệm này có rất nhiều cách hiểu khác nhau; nó đã trở thành một từ đặc biệt, được sử dụng như một khẩu hiệu mà thiếu đi sự quan tâm tới ý nghĩa thực của nó.

Có rất nhiều định nghĩa khác nhau về phát triển năng lực. Quan điểm nào sẽ trở nên phổ biến phụ thuộc vào lĩnh vực mà năng lực (ví dụ: cá nhân hoặc tổ chức) đó đang được ưu tiên (cả có ý thức và vô thức), cũng như phụ thuộc vào cách tư duy hoặc phương pháp tiếp cận khoa học. Ví dụ: các giải thích về phát triển năng lực gần đây phản ánh một bước chuyển sang cách tiếp cận thông qua quá trình tham gia nhằm tăng cường các khả năng sẵn có (chứ không phải phương pháp tiếp cận "xây dựng tổ chức" trước đây). Ở những nơi phương pháp tiếp cận tập trung chủ yếu vào các cá nhân và kỹ năng có thể thấy rằng cụm từ "xây dựng năng lực" được sử dụng như một từ đồng nghĩa với đào tạo; còn phương pháp tiếp cận "hệ thống" coi phát triển năng lực như một quá trình năng động, bao gồm một mạng lưới phức tạp các nhân vật liên quan, và yêu cầu phải chú ý tới không chỉ kỹ năng mà còn phải chú ý tới các quá trình tổ chức và môi trường xung quanh.

Phương pháp tiếp cận hệ thống tới phát triển năng lực cần phải thể hiện ở cả thực tiễn và lý thuyết. Tuy nhiên, các nỗ lực phát triển năng lực trong cấu trúc và hệ thống thường khó khăn và tốn thời gian hơn những nỗ lực phát triển kỹ năng hoặc công cụ (Potter và Brough 2004). Có nhiều lý do để giải thích điều này, bao gồm:

- Các cấu trúc và hệ thống xã hội thì phức tạp và khó nắm bắt, trong khi kỹ năng và công cụ thì rõ ràng hơn.

- Trong quá trình nghiên cứu và giải thích các sự kiện, một xu hướng thường thấy là đơn giản hóa (thường tập trung vào cá nhân hoặc tổ chức) và làm mất đi những phân tích tổng thể.

- Việc thừa nhận tầm quan trọng của các yếu tố cấu trúc - xã hội làm hạn chế năng lực có thể dẫn tới cảm giác bất lực. Trong khi đó, việc xác định rằng những thất bại của cá nhân và tổ chức là do thiếu năng lực lại làm cho việc kiểm soát các hành động dễ dàng hơn.

Kinh nghiệm qua hai thập kỷ gần đây đã tái thiết lập tầm quan trọng của phương pháp tiếp cận hệ thống. Bốn bài học được rút ra từ những nhận xét của OECD/DAC (2006) là:

- "Phát triển năng lực" hiện nay vượt xa khỏi phương pháp đào tạo và hợp tác kỹ thuật, phương pháp liên quan tới "xây dựng năng lực" trong quá khứ.

- Xây dựng năng lực không thể có hiệu quả nếu nó không là một phần của một quá trình thay đổi nội sinh, có động lực từ bên trong.

- Trọng tâm mới đặt vào sự sở hữu địa phương thừa nhận tầm quan trọng của lãnh đạo chính trị, hệ thống chính trị và điều hành, chiếm ưu thế trong việc tạo cơ hội và thiết lập giới hạn cho những nỗ lực phát triển năng lực.

- Các yếu tố tạo điều kiện hoặc cản trở phát triển năng lực đều liên quan tới hệ thống – có nghĩa là cần tập trung chú ý vào các mối quan hệ giữa tác động của môi trường xung quanh với các cấp độ khác.

Dựa vào đó, OECD/DAC định nghĩa phát triển năng lực là "quá trình nhờ đó con người, các tổ chức và xã hội tạo ra, tăng cường, áp dụng, duy trì và giải phóng năng lực qua thời gian".

Định nghĩa này của OECD/DAC phản ánh bốn xu hướng chính trong việc giải thích "phát triển năng lực" trong tài liệu này.

Xu hướng đầu tiên chính là sự chuyển đổi, không sử dụng cụm từ "xây dựng năng lực" vì từ "xây dựng" thể hiện một quá trình bắt đầu từ con số không và bao gồm sự thiết lập từng bước cấu trúc mới dựa trên thiết kế có sẵn.

Xu hướng thứ hai chính là trọng tâm hiện nay, cả trong và ngoài lĩnh vực y tế, đang được đặt vào phát triển hoặc tăng cường năng lực của cá nhân, tổ chức và môi trường xung quanh (hoặc xã hội) chứ không chỉ đơn thuần vào cá nhân như trước đây.

Xu hướng thứ ba là có sự phân biệt ngày càng lớn giữa năng lực chức năng và năng lực thể hiện[5]; đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quan tâm tới năng lực thể hiện khi xây dựng các chiến lược nâng cao năng lực. Năng lực chức năng là năng lực cụ thể để thực hiện một số nhiệm vụ nhất định, trong khi đó, trái lại, năng lực thể hiện lại là những năng lực tổng quát cần có trong một tổ chức nhất định, hoặc trong môi trường xung quanh, nhằm giúp tổ chức đó hoạt động tốt nhất.

Xu hướng cuối cùng chính là phát triển năng lực đang ngày càng được coi là một quá trình chứ không phải một can thiệp nhất thời[6]. Như đã được đề cập trong định nghĩa của OECD/DAC, năng lực không chỉ cần phải được tạo ra mà còn cần được tăng cường, áp dụng, duy trì và "giải phóng". Do đó, có một khoảng cách giữa việc xây dựng và "giải phóng"[7] năng lực tồn tại song song với khoảng cách về quan điểm giữa việc chú trọng vào cá nhân/tổ chức và chú trọng vào hoàn cảnh. Khái niệm "giải phóng" năng lực ít khi được thảo luận trong các tài liệu, mặc dù nó đồng nghĩa với khái niệm của Sen (1999) về "phát triển tự do". Nó bao hàm cả việc giảm thiểu những cản trở của tổ chức hoặc cấu trúc xã hội đối với các năng lực và việc tăng cường các khích lệ để giúp phát triển năng lực – "khả năng sử dụng nguồn nhân lực có kỹ năng để mang lại hiệu quả cao của một quốc gia phụ thuộc vào việc tạo ra những khích lệ của các tổ chức và toàn bộ môi trường nói chung" (OECD/DAC 2006 trang 14).

Khung lý thuyết được miêu tả trong phần còn lại của chương này dựa vào phương pháp tiếp cận hệ thống tới năng lực và phát triển năng lực đã được đề cập ở trên.

Tổng quan về khung lý thuyết

Trọng tâm của khung lý thuyết là quá trình hoạch định chính sách y tế quốc gia dựa trên bằng chứng. Trọng tâm này bao gồm những yếu tố tạo nên nó và những chiến lược tăng cường năng lực cần chú trọng. Nó bao gồm ba cấp độ chính (hình 3.2)[8]. Cấp độ thứ nhất là các chức năng: Sự tương tác giữa quá trình chính sách và nghiên cứu được chia thành bốn quá trình chức năng khác nhau (được miêu tả ở phần sau), các quá trình này có thể diễn ra rõ ràng hoặc không rõ ràng. Cấp độ thứ hai liên quan tới các tổ chức (và mối quan hệ qua lại giữa chúng) có liên quan tới việc thực hiện

[5] Xem ví dụ: Cohen – 1993.

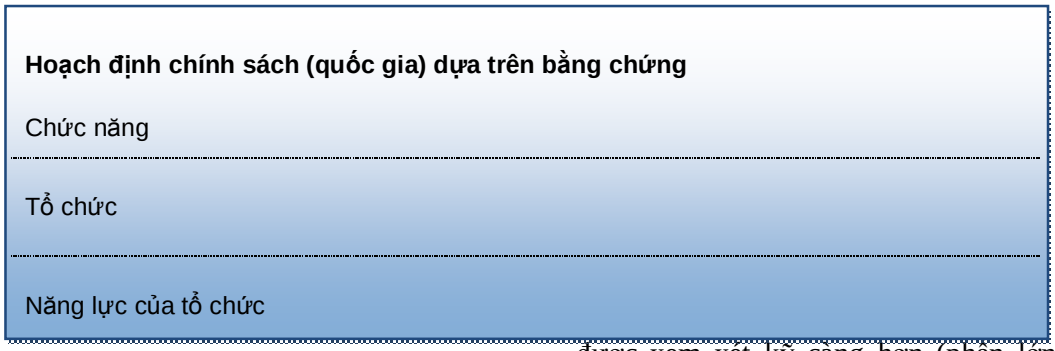
[6] Xem ví dụ: Sauerborn và cộng sự - 1999; Stone và cộng sự - 2001; ODI 2004.

[7] Ý tưởng về khái niệm "giải phóng năng lực" được cho là của Giáo sư Jennie Popay.

[8] Phần lớn khung lý thuyết được xác định trong các tài liệu chia năng lực thành ba mức độ (cá nhân, tổ chức và hệ thống), và trong hầu hết các trường hợp đều cung cấp rất ít chi tiết cụ thể về những khía cạnh năng lực cần thiết ở các mức độ khác nhau. Khung lý thuyết trong hình 3.2 nhấn mạnh các quy trình chức năng được thực hiện bởi các tổ chức khác nhau, những yếu tố hay nguồn lực của các tổ chức này có thể cản trở hoặc hỗ trợ sự phát triển năng lực và quy trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng.

những chức năng này và các tổ chức có năng lực là trọng tâm của khung lý thuyết. Để những tổ chức này hoạt động tốt nhất, chúng cần có những năng lực tổ chức nhất định – yếu tố năng lực làm nên phần cuối cùng của khung lý thuyết.

Hình 3.2. Các yếu tố và mức độ của khung lý thuyết cho quá trình hoạch định chính sách y tế



Tiếp theo, chúng ta sẽ từng bước xây dựng khung lý thuyết, dùng hình 3.2 như một "khung xương" cơ bản.

Cấp chức năng

Hình 3.3 thể hiện mô hình tương tác đơn giản giữa nghiên cứu và chính sách y tế theo quan niệm của chúng ta trong nhiều năm trước đây.

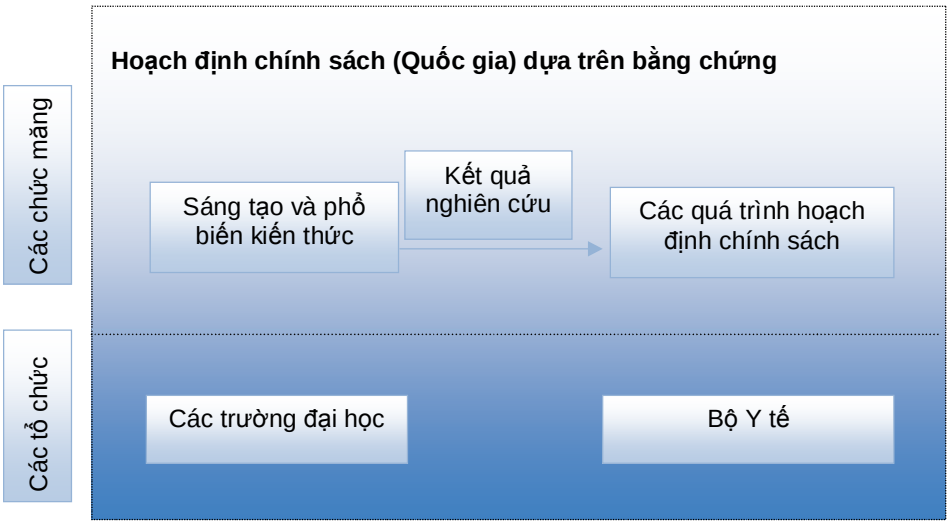
Hình 3.3 cho thấy: các trường đại học tiến hành nghiên cứu, đưa ra kiến thức mới, tác động tới quá trình hoạch định chính sách y tế[9] của Bộ Y tế. Thông thường, các nhà nghiên cứu hàn lâm công bố kết quả nghiên cứu của mình dưới hình thức các bài báo và cuốn sách chuyên ngành, họ ít quan tâm tới việc liệu các kết quả đó có phù hợp để quá trình hoạch định chính sách dựa vào hay không. Hay nói cách khác, trách nhiệm của họ đã kết thúc sau khi đưa ra được bằng chứng. Tất nhiên, điều này là một sự đơn giản hóa quá mức ngay cả ở thời điểm 20 năm trước đây, nhưng, nó phản ánh những giả thuyết và cách tiếp cận chung của các nhà nghiên cứu.

Tuy nhiên, mối quan hệ giữa sáng tạo tri thức và hoạch định chính sách đã là chủ đề được xem xét kỹ càng hơn (phần lớn là do hiểu biết về tính phức tạp của quá trình hoạch định chính sách đã được nâng cao). Một số dự án đã tìm cách cải thiện việc sử dụng nghiên cứu và bằng chứng trong chính sách và thực tiễn[10]. Những dự án này dựa vào một loạt các lý thuyết và khung lý thuyết về quá trình chính sách (được miêu tả trong chương 2). Mối quan hệ qua lại giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách không còn được coi là dòng thông tin một chiều trong đó chỉ có nhà nghiên cứu phổ biến kết quả nghiên cứu của mình, mà được coi là "một quá trình tương tác trong đó sự liên lạc bao gồm sự phản hồi và hiểu biết về nhu cầu nghiên cứu của người sử dụng nghiên cứu" (Stone và cộng sự - 2001, trang 17).

[9] Ở đây, hoạch định chính sách được coi như bao gồm tất cả các thành phần của vòng quay chính sách từ chương trình nghị sự tới giai đoạn tiến hành chính sách và đánh giá.

[10] Các dự án bao gồm: GRIPP (đưa nghiên cứu vào chính sách và thực tiễn), một chương trình của Hội đồng Y tế Thế giới (với mục tiêu là nâng cao hiểu biết về phương pháo tiếp cận dựa trên bằng chứng tới chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ việc đối thoại giữa nhà nghiên cứu, nhà hoạch định chính sách và các bên liên quan); Dự án nghiên cứu hệ thống y tế (xem Varkevisser và cộng sự - 2001); Tổ chức nghiên cứu dịch vụ y tế Canada (xem http://www.chsrf.ca/home_e.php); Mạng lưới bằng chứng y tế của WHO (xem http://www.euro.who.int/HEN), và Chương trình RAPID của ODI (ODI 2004).

Hình 3.3. Lĩnh vực NC CS-HTYT và chính sách y tế được nhìn nhận 20 năm trước đây



Khi xem xét sự phức tạp này, có sự thay đổi trong việc nhận thức vai trò của bằng chứng trong chính sách và thực tiễn. Chính sách và thực tiễn dựa trên bằng chứng chủ yếu là về chắt lọc và phổ biến "cái gì hoạt động tốt". Nhưng "cái gì hoạt động tốt" không phải là vấn đề duy nhất. Điều các nhà hoạch định chính sách và người thực thi thực sự cần biết chính là "cái hoạt động tốt" là để cho ai và trong hoàn cảnh nào. Để trả lời những câu hỏi này, cần có các nghiên cứu không chỉ mang tính đánh giá mà còn phải mang tính miêu tả, phân tích, chẩn đoán, lý thuyết và quy tắc. Sau đó, bằng chứng cần tác động tới tất cả các giai đoạn trong chu trình chính sách: thiết lập chương trình nghị sự, xác định vấn đề, đưa ra các lựa chọn, lựa chọn hành động và thực hiện, và cuối cùng là đánh giá kết quả và ảnh hưởng của chúng (Solesbury 2001).

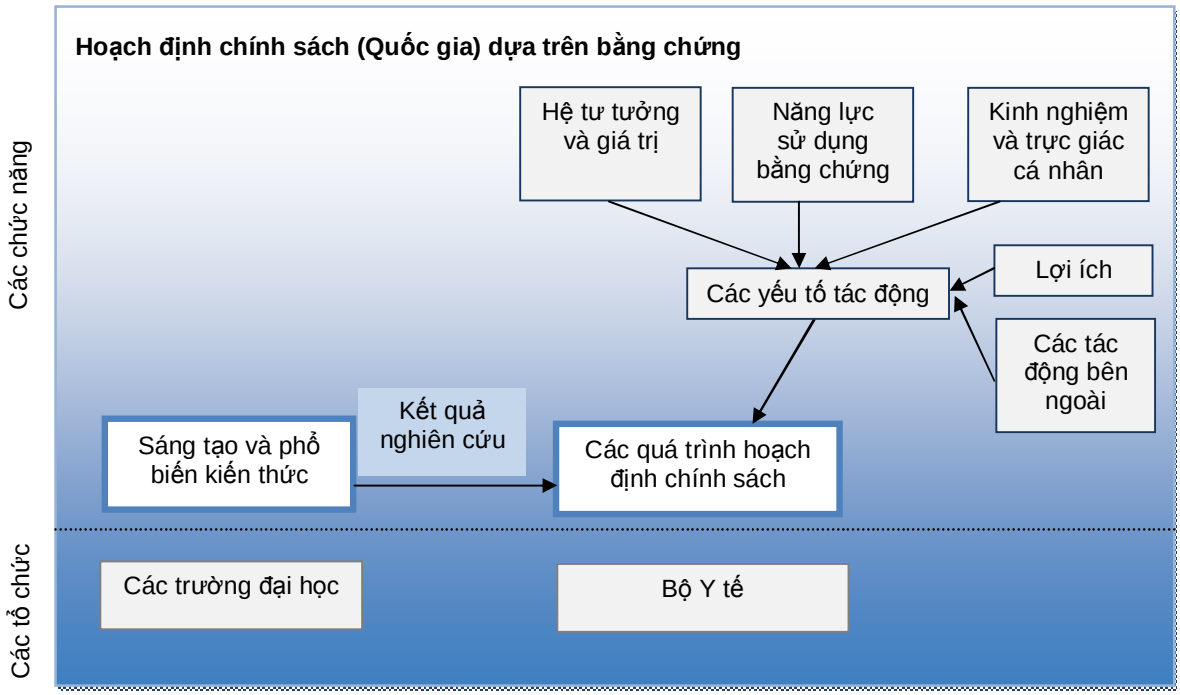
Bên cạnh đó, trong khi thừa nhận thực tế rằng bối cảnh hoạch định chính sách có tính chính trị cao, phụ thuộc vào nhiều yếu tố và thông tin đầu vào (bao gồm lịch sử và kinh nghiệm cá nhân), qua đó đã có sự thay đổi về thuật ngữ, từ bằng chứng cơ sở đến bằng chứng phân tích sâu hơn (hoặc bằng chứng tác động) của chính sách và thực tiễn. Như Levacic và Glatter (2001) đã chỉ ra, sự chuyển đổi này có liên quan tới bản chất của sự chuyên môn hoá và bản chất của hoạch định chính sách. Trọng tâm của cả hai đều vận dụng óc phán đoán – điều rất cần thiết khi áp dụng cơ sở kiến thức vào những trường hợp cụ thể.

Quay trở lại khung lý thuyết, hình 3.4 giới thiệu một số tác động khác, bên cạnh các bằng chứng, ảnh hưởng tới quá trình hoạch định chính sách. Hệ tư tưởng và đánh giá của bản thân các nhà hoạch định chính sách có vai trò quyết định và hoàn toàn hợp pháp, ảnh hưởng đến quá trình hình thành chính sách. Hệ tư tưởng có thể biểu hiện ở mức độ cá nhân (nhà hoạch định chính sách) hoặc biểu hiện thông qua những tổ chức để tạo ra những ảnh hưởng nhất định. Lợi ích của các nhóm (trong và ngoài nước), hay của các cá nhân khác nhau (thường là các bên liên quan) cũng đóng vai trò rất lớn. Thông thường, một quyết định, nhất là ở cấp cao, có liên quan tới nhiều nhà hoạch định chính sách như các cán bộ công chức nhà nước, các nhà lập pháp, và/hoặc các quan chức cấp cao của chính phủ. Các nhà hoạch định chính sách khác nhau thường chịu ảnh hưởng của các mối quan hệ và tranh luận khác nhau. Chất lượng và bản chất của mối quan hệ qua lại giữa các đối tác có liên quan tới việc sáng tạo, tổng hợp và áp dụng tri thức vào quá trình ra quyết định (Furman và cộng sự 2002). Bên cạnh các

bằng chứng khoa học, có sự liên kết chặt chẽ giữa các yếu tố như kinh nghiệm, những thói quen, quan điểm chính trị và trực giác của các nhà hoạch định chính sách.

Ở mức độ chuyên môn , tác động của bằng chứng lên quá trình chính sách cũng bị ảnh hưởng bởi năng lực về chuyên môn thực tế để hiểu và sử dụng bằng chứng của các nhà hoạch định chính sách và nhân viên của họ. Bên cạnh đó, kiến thức khoa học, đặc biệt trong lĩnh vực NC CS-HTYT, về bản chất rất hiếm khi tuyệt đối mà thường đòi hỏi sự linh động khi diễn giải và hiểu các kết luận trong những trường hợp khác nhau. Thậm chí một nghiên cứu có kết luận rất chắc chắn cũng cần phải được hiểu sau khi đã cân nhắc về các giá trị xã hội, các kiến thức chính thống hoặc không chính thống đang tồn tại.

Hình 3.4. Những yếu tố ảnh hưởng tới các quá trình chính sách

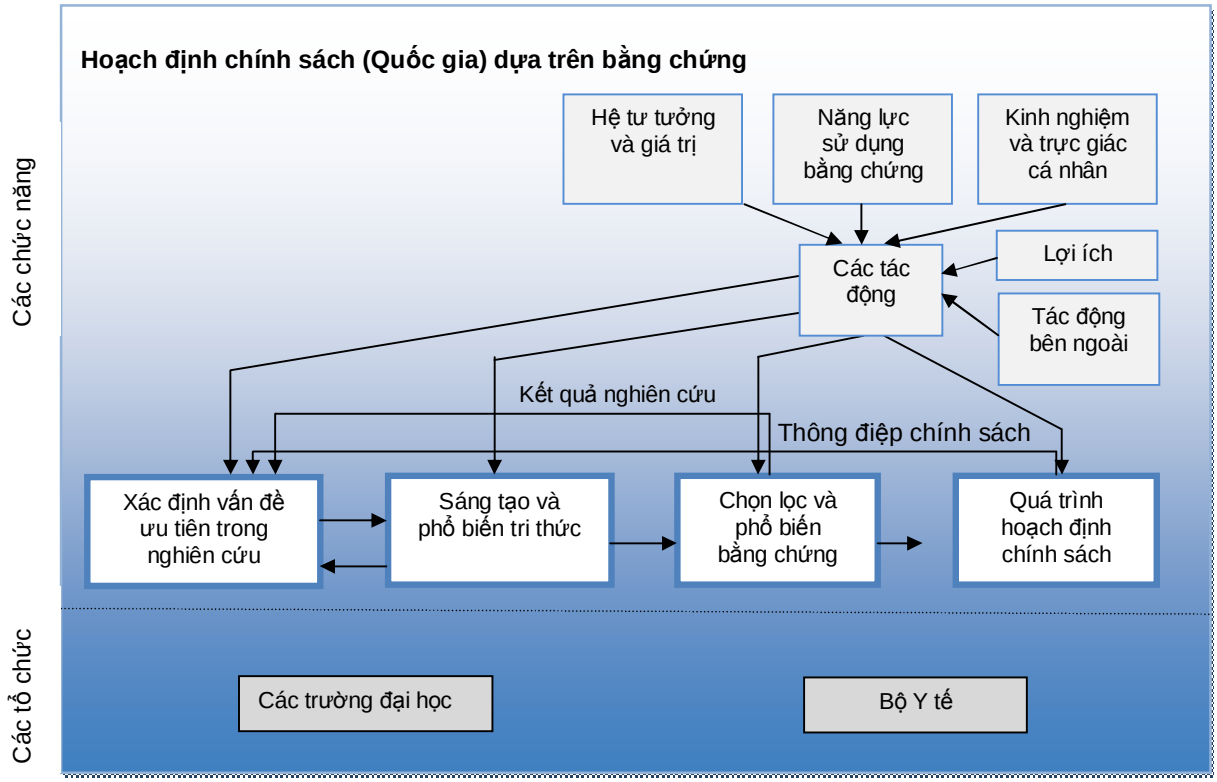


Hình 3.5 giới thiệu hai thành phần khác ở cấp độ chức năng của NC CS-HTYT và hoạch định chính sách. Thứ nhất, khung lý thuyết thừa nhận một hoạt động quan trọng, thường là chưa được hoàn toàn làm rõ, đó là yếu tố *xác định vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu* – các vấn đề được coi là trọng tâm của nghiên cứu. Các vấn đề này có thể được đưa ra bởi rất nhiều tổ chức, bao gồm chính tổ chức nghiên cứu, các đơn vị tài trợ (trong nước và quốc tế) và cũng có thể là cơ quan hoạch định chính sách.

Những thay đổi gần đây trong nền y tế thế giới đã làm tăng sự sẵn có của các nguồn vốn và tính đa dạng của các nhà tài trợ. Tuy nhiên, sự phát triển này đã ảnh hưởng như thế nào tới việc xác định vấn đề ưu tiên trong NC CS-HTYT vẫn chưa được rõ ràng. Có người cho rằng sự tham gia ngày càng nhiều của các quỹ trong một lĩnh vực bị chi phối bởi chính phủ và thị trường thì sẽ gia tăng sáng kiến và sự đa dạng trong đào tạo. Tuy nhiên, cũng có người lý luận rằng những loại hình tài trợ mới và sự phát triển của mối hợp tác công - tư đặt ra những câu hỏi về trách nhiệm với hệ thống y tế quốc gia. Hai thách thức khi xác định vấn đề ưu tiên là: thứ nhất, hướng cán cân đầu tư tới những nghiên cứu hợp lý có đóng góp to lớn cho việc giảm nhẹ gánh nặng về vấn đề sức khỏe ở các nước có thu nhập thấp (hiện

nay các quốc gia này vẫn đang phải chịu sự chênh lệch lớn trong đầu tư) – bao gồm việc chỉ ra sự mất cân bằng giữa nghiên cứu y sinh và NC CS-HTYT; thứ hai, tài trợ cho những nghiên cứu trong các lĩnh vực không chỉ mang tính đánh giá đơn thuần mà còn có tính phân tích, chẩn đoán, lý thuyết và quy tắc.

Hình 3.5. Các chức năng quan trọng của quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng



Một thành phần mới khác được gọi là *chọn lọc và phổ biến bằng chứng*. Thành phần này thừa nhận thực tế là, các kết quả nghiên cứu đang ngày càng được nhiều tổ chức sử dụng nhằm tác động trực tiếp hoặc gián tiếp tới quá trình hoạch định chính sách. Trong quá trình này, các tổ chức (như các nhóm ủng hộ hoặc các tổ chức chuyển giao kiến thức) có thể có mục tiêu trực tiếp là tác động tới chính sách, hoặc (trong trường hợp ngành truyền thông) phổ biến kết quả nghiên cứu mà không có một mục tiêu chính sách cụ thể. Các tổ chức này chọn ra một số kết quả nghiên cứu nhất định, chuyển chúng thành những thông điệp chính sách, và trong một số trường hợp, phổ biến chứng nhằm ảnh hưởng đến các nhà hoạch định chính sách. Chức năng này (chọn lọc và phổ biến bằng chứng) thường bị bỏ qua trong khi thực tế lại rất quan trọng ở nhiều xã hội và cộng đồng chính sách. Trong lĩnh vực chính sách và hệ thống y tế, các nhóm có vai trò chọn lọc và phổ biến bằng chứng thường có mối liên hệ trực tiếp và chặt chẽ với các nhà hoạch định chính sách hơn với các nhà nghiên cứu[11].

Cũng cần phải lưu ý rằng các yếu tố tác động ảnh hưởng tới quá trình hoạch định chính sách cũng có thể ảnh hưởng tới ba quá trình chức năng khác. Mối liên hệ giữa các yếu tố tác động

[11] Xem một ví dụ cụ thể về sự phức tạp của các luồng kiến thức và vai trò quan trọng của các nhóm phổ biến và mở rộng bằng chứng trong việc tác động tới quá trình hoạch định quyết định (Sauerborn và cộng sự 1999), trong đó có bản phân tích về các kênh truyền thông giữa các nhân vật liên quan tới quy trình ban hành luật sử dụng thuốc lá ở Thái Lan.

với bốn quá trình chức năng (được thể hiện bằng các mũi tên) nhắc nhở chúng ta về bản chất xã hội và chính trị của mỗi quá trình này. Tương tự như vậy, bốn quá trình chức năng cũng được liên kết với nhau và được thể hiện bằng những mũi tên trong khung lý thuyết. Nó thể hiện sự tương tác giữa các chuyên gia, các bộ phận trung gian và các nhà hoạch định chính sách trong/và giữa quá trình hình thành, phổ biến, tiếp thu và áp dụng tri thức trong hoạch định chính sách.

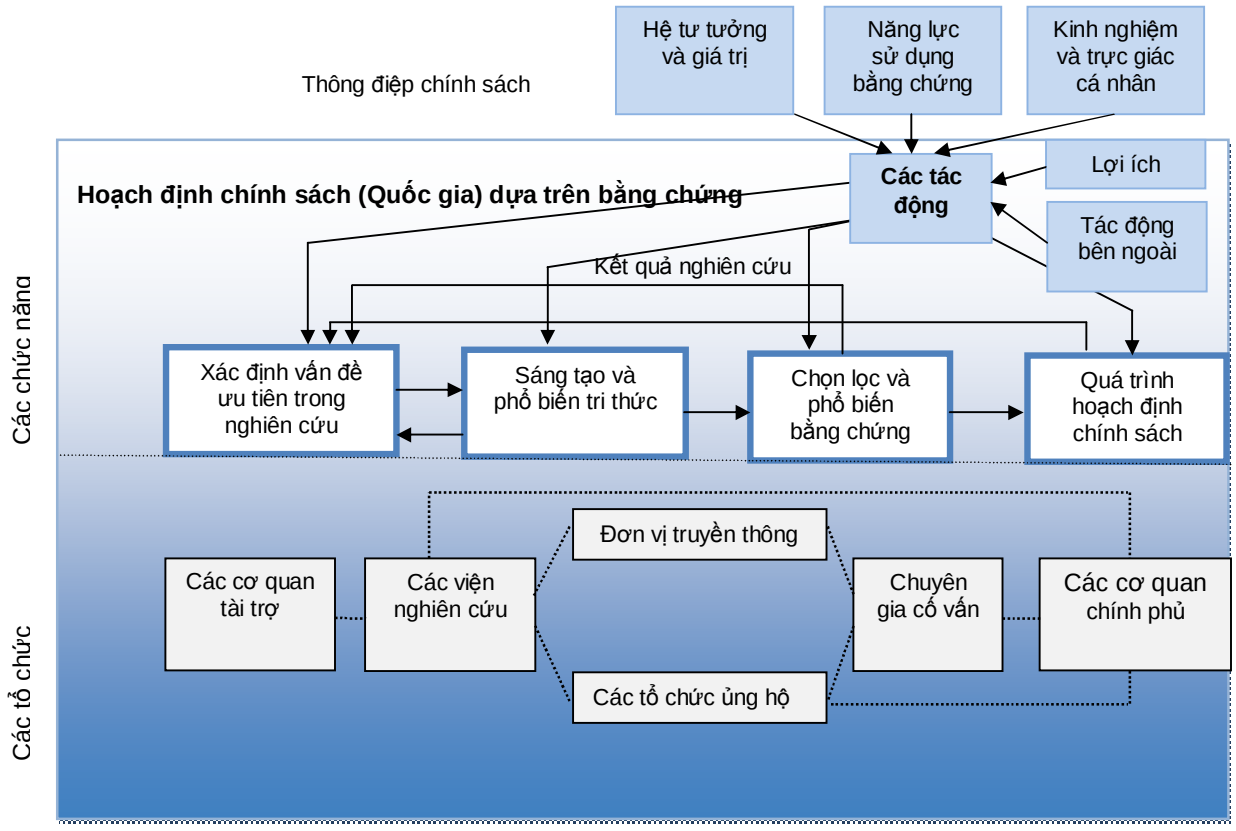
Mức tổ chức

Bây giờ chúng ta chuyển sang các tổ chức liên quan tới việc thực hiện bốn chức năng trên. Mức này được thể hiện trong hình 3.6.

Có một số điểm cần được làm sáng tỏ. Đầu tiên, biểu đồ đã cố ý không vẽ bất cứ mối liên hệ nào giữa các tổ chức và chức năng cụ thể, bởi nó thừa nhận rằng, trên thực tế, các tổ chức thường thực hiện nhiều hơn một chức năng. Tuy nhiên, các tổ chức này được đặt dưới chức năng chủ yếu và rõ ràng nhất định của chúng.

Thứ hai, cũng cần lưu ý rằng, trong hình 3.6, cụm từ "các trường đại học" đã được mở rộng thành "các viện nghiên cứu" (tất nhiên trong đó bao gồm các trường đại học) nhằm thể hiện rằng ngày càng có nhiều tổ chức tham gia vào quá trình nghiên cứu, kể cả các cơ quan chính sách. Tương tự, "bộ y tế", với vai trò là một tổ chức, đã được thay thế bằng cụm từ chung hơn là "chính phủ" nhằm ghi nhận vai trò quan trọng của nhiều cơ quan chính phủ khác như nội các, nghị viện, các bộ/ban/ngành đầu não và các cơ quan cấp dưới.

Hình 3.6. Năng lực hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng: mức tổ chức



Tất cả các tổ chức (có thể giống hoặc khác nhau về hình thức) hoạt động trong một tập hợp các mối quan hệ được thể hiện bằng đường chấm (---) trong biểu đồ. Taschereau và Bolger (2007) đã mô tả một "bảng biến thiên" tính "chính thống" của các mối quan hệ, từ "kết nối mạng lưới" (mối quan hệ trao đổi thông tin lỏng lẻo, dựa trên lòng tin), tới các mạng lưới không chính thức (tự điều hành), các mạng lưới với một số thành phần "chính thức" (thường dưới một tên và một đặc điểm chung nhưng dưới nhiều hình thức), mạng lưới tổ chức hoá (được thừa nhận một cách hợp pháp về tổ chức), tới mối quan hệ hợp tác đa tổ chức (quan hệ dựa trên hợp đồng, hiệp ước và trách nhiệm). Các "mạng lưới" có thể coi như "một loại 'tài khoản ngân hàng' của mối quan hệ được nuôi dưỡng bởi lòng tin mà các thành viên có thể dựa vào, hay bởi lòng tin nắm giữ tiềm năng huy động tài sản để đạt được mục tiêu chung, do đó làm tăng năng lực của các thành viên đó" (Taschereau và Bolger 2007 trang 5).

Các vấn đề về năng lực và mạng lưới hầu hết vẫn chưa được khám phá đầy đủ mà phần lớn sự quan tâm dành cho các mạng lưới đều xuất phát từ niềm tin rằng năng lực của một mạng lưới sẽ lớn hơn tổng năng lực của từng thành phần riêng rẽ (Taschereau và Bolger 2007). Tuy nhiên, có một tập hợp bằng chứng cho thấy, mạng lưới có thể cải thiện quá trình chính sách thông qua việc sử dụng thông tin tốt hơn – ví dụ: giúp sắp xếp bằng chứng và tăng ảnh hưởng của bằng chứng lên quá trình chính sách, thúc đẩy mối liên hệ giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách, và đem lại nhiều nguồn lực và tính chuyên môn sâu sắc cho việc hoạch định chính sách (Perkin và Court 2005; Mendizabal 2006). Một số tác giả nhấn mạnh bản chất liên quan chặt chẽ với xã hội của việc hình thành và sử dụng kiến thức. Lý thuyết về giá trị kiến thức (Bozeman và Rogers 2002) nói về "tập hợp giá trị kiến thức" (mạng lưới các bên liên quan); năng lực của tập hợp (mạng lưới) này được quyết định bởi bản chất của mối quan hệ qua lại giữa các thành viên và năng lực tổng thể của họ để chuyển những thông tin mới thành kiến thức mới. "Khung liên minh hỗ trợ", nghiên cứu mối liên hệ giữa nghiên cứu và chính sách, quan tâm tới tầm quan trọng của liên minh "nhà hoạch định chính sách - các bên liên quan có ảnh hưởng - các nhóm áp lực" – những người có quan điểm tương tự và có quan hệ chặt chẽ với nhau. Các liên minh này và sự cạnh tranh giữa chúng sẽ hình thành nên môi trường chính sách và các hệ thống nghiên cứu y tế (Sabatier và Jenkins - Smith 1999).

Trong tài liệu viết cho ODI, Perkin và Court đã tổng quan lại các tài liệu để tìm ra con đường mà các mạng lưới có thể tạo ra mối liên hệ giữa nghiên cứu, chính sách và thực tiễn, đặc biệt ở những quốc gia có thu nhập thấp. Họ kết luận rằng khi hoạt động hiệu quả, các mạng lưới có thể thực hiện rất tốt một số chức năng quan trọng như (Perkin và Court 2005):

- Truyền thông – theo cả chiều ngang lẫn chiều dọc.

- Sáng tạo – nhờ có sự liên lạc tự do và tương tác giữa nhiều nhân vật khác nhau.

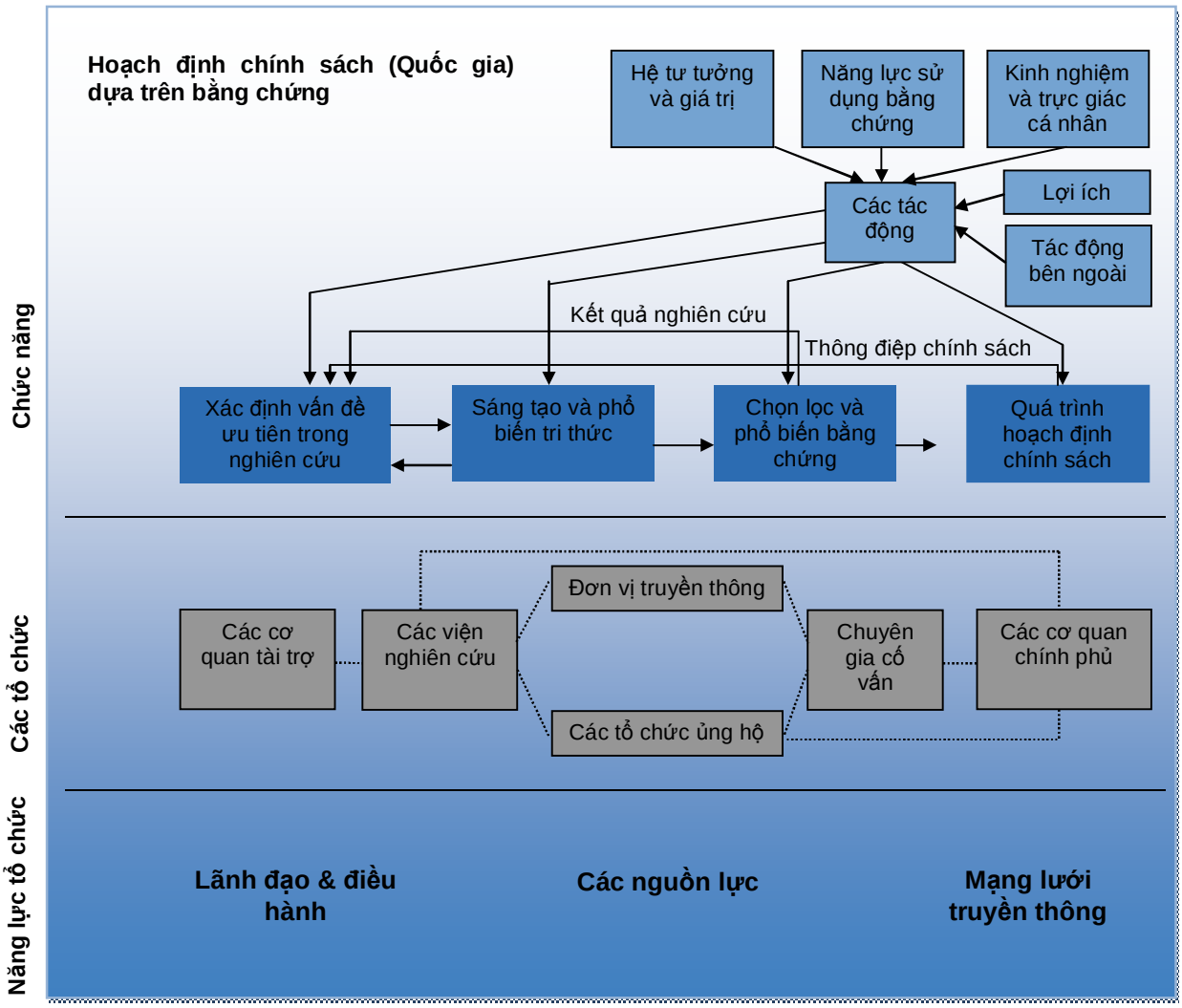
- Đồng thuận – các nhân vật có cùng ý kiến về 1 vấn đề nhận ra nhau và tập hợp nhau lại.

Một khía cạnh quan trọng trong khung lý thuyết là thừa nhận tầm quan trọng của những mối quan hệ như vậy – đặc biệt là những mối quan hệ chính thống – trong cộng đồng chính sách và mạng lưới.

Năng lực tổ chức

Mức thứ ba trong biểu đồ nói về những yêu cầu cụ thể đối với từng tổ chức tham gia thực hiện bốn chức năng để có thể hoạt động tốt nhất. Dựa trên những kiến thức lý thuyết về năng lực đã được miêu tả ở đầu chương, chúng ta nhận thấy, có ba lĩnh vực lớn trong tăng cường năng lực cần phải được xem xét với mỗi tổ chức: điều hành và lãnh đạo; nguồn lực; truyền thông và mạng lưới (Xem hình 3.7).

Hình 3.7. Năng lực tổ chức



Một khía cạnh quan trọng của khung lý thuyết là mong muốn có sự chuyển dịch mối quan tâm về nâng cao năng lực, từ việc đào tạo cá nhân như trước đây sang một khái niệm về năng lực có tính tổ chức cao hơn. Tầm quan trọng của *lãnh đạo và điều hành* của tổ chức có lẽ chưa được nhận thức đúng mức. "Điều hành" chủ yếu đề cập tới cách điều hành tổ chức – cả hệ thống điều hành bên trong (tài chính, quản lý nhân lực, quản lý thông tin…) và sự điều hành trách nhiệm bên ngoài thông qua các cơ chế (ví dụ ủy ban). Cả điều hành và lãnh đạo đều ảnh hưởng tới việc năng lực tổ chức được phát triển, duy trì, hoặc "giải phóng" như thế nào và đến mức độ nào – nhưng có lẽ theo các cách khác nhau. Ví dụ, việc điều hành tốt sẽ đảm bảo năng lực cấu trúc được phát triển thông qua sự tồn tại của các diễn đàn hoạch định quyết định, hoặc đảm bảo năng lực vai trò được duy trì thông qua các cá nhân, nhóm…có thẩm quyền và trách nhiệm hoạch định quyết định. Còn lãnh đạo lại có thể được "giải phóng" năng lực thông qua việc tạo động lực và truyền cảm hứng, trao quyền cho mọi người và thúc đẩy nỗ lực hơn nữa. Khung lý thuyết cũng đã cố gắng nhận ra tầm quan trọng của những thành phần ít được làm rõ ràng của năng lực tổ chức – vượt qua những gì có thể nhìn thấy và đong

đếm được. Do đó, năng lực lãnh đạo và điều hành trong một tổ chức chứa đựng rất nhiều thành phần của đời sống tổ chức (được miêu tả là "vô hình" ở đầu chương), bao gồm tầm nhìn chung, "thái độ" và tính đồng nhất của tổ chức - tất cả đều rất quan trọng để tổ chức có thể nhìn nhận bản thân nó hay nó được nhìn nhận bởi các tổ chức khác trên thế giới như thế nào.

Tất nhiên, *nguồn lực* thích hợp và bền vững trong một tổ chức cũng đóng vai trò quan trọng không thể bỏ qua. Tổ chức cần có đội ngũ nhân viên đầy đủ, được đào tạo, thúc đẩy và hỗ trợ phù hợp – mặc dù cần chú ý rằng điều này phải được nhìn nhận theo quan điểm của tổ chức chứ không phải theo nhu cầu của một cá nhân. Các tổ chức cũng cần có các nguồn vốn sẵn có và đáng tin cậy. Và cũng cần các nguồn lực khác như nguồn lực vật chất – không chỉ có nhà cửa, máy tính và phương tiện liên lạc mà còn phải dễ dàng tiếp cận với những người có thể sửa chữa chúng khi chúng có sự cố.

Trong các tổ chức nghiên cứu và chính sách, các nguồn tiếp cận, quản lý và lưu trữ thông tin có tầm quan trọng đặc biệt.

Lĩnh vực thứ ba nổi bật lên trong khung lý thuyết là *truyền thông và mạng lưới*. Lĩnh vực này bao gồm năng lực của tổ chức trong việc truyền đạt về công việc của họ, phát triển và gìn giữ mối quan hệ với các tổ chức khác. Nó cũng bao gồm khả năng của tổ chức trong việc hoạt động trong và/hoặc phát triển mạng lưới (gồm cả mạng lưới thực hoặc ảo, địa phương hoặc toàn cầu).

Bối cảnh quốc gia và môi trường xung quanh

Tất cả những điều trên diễn ra trong một bối cảnh rộng lớn – cả quốc gia và quốc tế. Trong khung lý thuyết (hình 3.8), có nhiều khía cạnh của bối cảnh có vài trò quan trọng với NC CS-HTYT và quá trình hoạch định chính sách. Đầu tiên, trong mỗi hệ thống đều có một nét văn hóa liên quan đến việc chính sách được hoạch định như thế nào, và trên thực tế cũng có một nét văn hóa liên quan đến việc hình thành và sử dụng nghiên cứu. Ngoài ra, cũng có một khung pháp lý và quy tắc tác động tốt hoặc xấu tới mối quan hệ qua lại giữa nghiên cứu và chính sách y tế. Sau đây là một số khía cạnh cụ thể trong bối cảnh quốc gia:

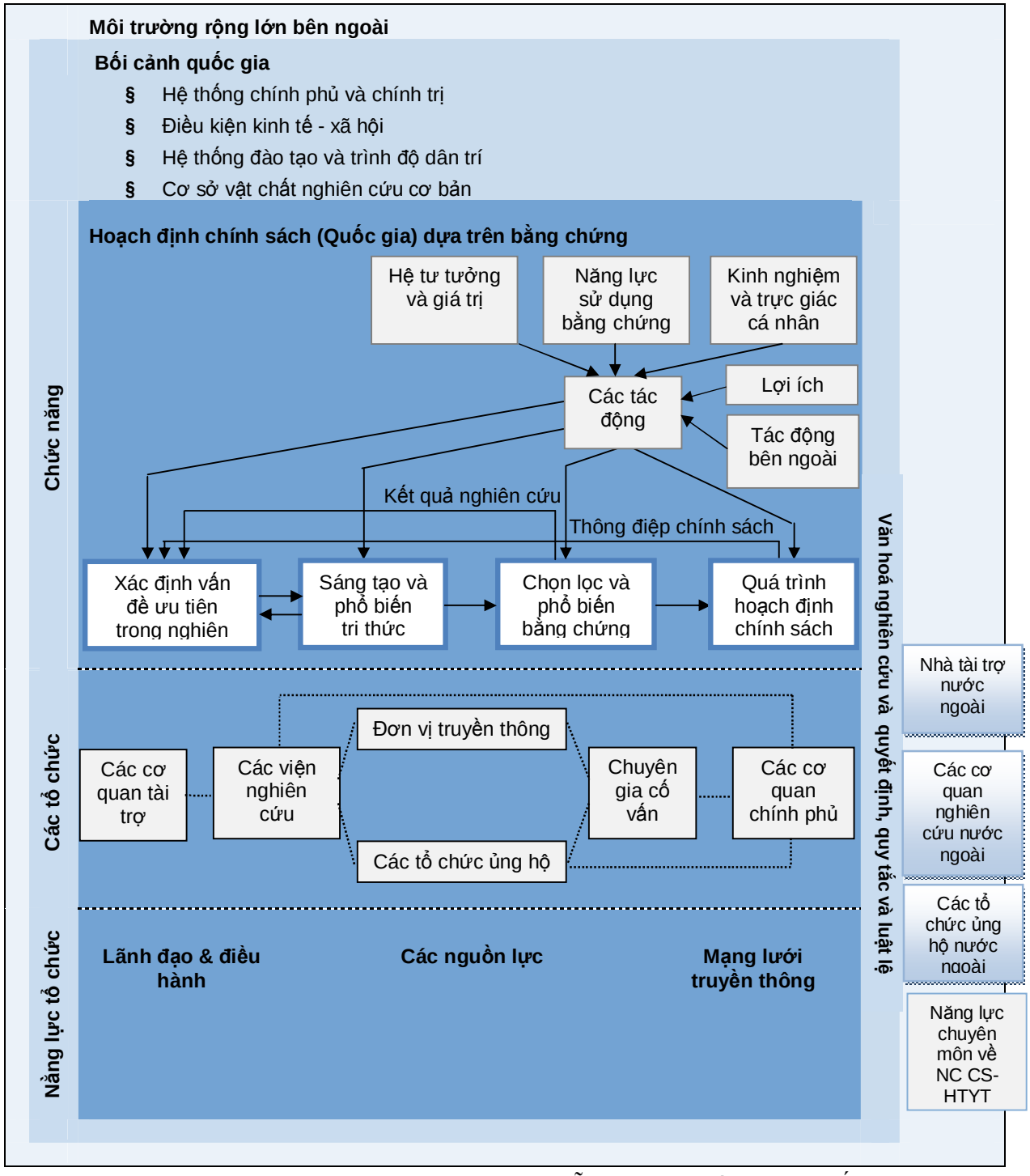
- Hệ thống chính phủ và chính trị
- Các điều kiện kinh tế xã hội
- Hệ thống đào tạo và trình độ dân trí
- Cơ sở vật chất nghiên cứu cơ bản

Ở mức tổ chức, bối cảnh này thường được thấy thông qua những tổ chức bên ngoài, do đó chúng ta tập trung chú ý vào vai trò và ảnh hưởng của các nguồn tài trợ bên ngoài (ví dụ, Quỹ phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét toàn cầu), các tổ chức nghiên cứu nước ngoài (ví dụ: các trường đại học ở những quốc gia phát triển) và các tổ chức hỗ trợ nước ngoài (ví dụ, các tổ chức phi chính phủ). Những tổ chức này có thể tác động tiêu cực và tích cực tới khả năng thực hiện chức năng của các tổ chức trong nước.

Hơn nữa, khung lý thuyết cũng chỉ ra rằng, để thực hiện thành công mỗi chức năng, cần có năng lực chuyên môn nhất định, năng lực này được đánh giá bởi các tổ chức thích hợp. Điều này rõ ràng nhất đối với chức năng sáng tạo tri thức. Để thực hiện tốt chức năng này, cần có các phương pháp nghiên cứu phù hợp. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có tiềm năng cho sự phát triển về mặt phương pháp luận trong nghiên cứu chính sách và hệ thống. Sự cần thiết phải có năng lực chuyên môn đặc biệt đúng khi chúng ta thừa nhận rằng nghiên cứu là để tác động tới toàn bộ quá trình chính sách, khi đó, nghiên cứu không chỉ cần hoạt động mang tính đánh giá mà còn cần hoạt động có tính phân tích và lý thuyết. Trong lĩnh vực này, năng lực chuyên môn có xu hướng trở nên đặc biệt kém. Do đó, sự tăng cường/ củng cố các phương pháp chuyên môn là cần thiết với tất cả các chức năng.

Những thành phần này hoàn chỉnh khung lý thuyết và có thể thấy ở hình 3.8.

Hình 3.8. Khung lý thuyết cuối cùng về quá trình hoạch định chính sách y tế dựa trên bằng chứng



Tăng cường năng lực và đưa ra các chiến lược

Bốn chương tiếp theo của tài liệu này lần lượt xem xét bốn chức năng đã được đề cập đến ở trên, những hạn chế về năng lực trong mỗi lĩnh vực mà những quốc gia thu nhập thấp và trung bình thường gặp phải, và làm gì để giải quyết chúng. Nhưng những chiến lược tăng cường và giải phóng năng lực nào đã được sử dụng trước đây? Đâu là bằng chứng

cho thành công của chúng? Phần cuối chương này sẽ cung cấp một bản tổng kết ngắn về các cách tiếp cận với phát triển năng lực cho nghiên cứu và chính sách, đặc biệt là trong nghiên cứu y tế toàn cầu. Phần này chủ yếu dựa trên một tài liệu (Beith và Bennett 2007) tổng quan về những tổ chức nâng cao năng lực quan trọng trong nghiên cứu sức khỏe toàn cầu và những bài phỏng vấn sâu người đại diện một số tổ chức này[12].

Hiểu biết thông thường về phát triển năng lực cho thấy, để thành công, một chiến lược phát triển năng lực cần có quyền sở hữu và cam kết của địa phương một cách mạnh mẽ. Trong khi nhận thấy điều này là cần thiết, có rất ít quốc gia xây dựng các chiến lược rõ ràng để phát triển năng lực trong nghiên cứu y tế và NC CS-HTYT. Thậm chí trong trường hợp của Mê-hi-cô và Thái Lan, những quốc gia thường được coi là thành công trong việc nâng cao năng lực cho nghiên cứu y tế, vẫn không có một kế hoạch hay chiến lược nâng cao năng lực nào được xây dựng rõ ràng – mặc dù đã có cam kết lãnh đạo trong việc xây dựng năng lực này (xem Phụ lục). Do đó, hầu hết phần này sẽ tập trung nghiên cứu các chiến lược phát triển năng lực của các tổ chức quốc tế bên ngoài. Các chiến lược này khó có thể trùng hợp với chiến lược thúc đẩy phát triển năng lực mà tổ chức trong một quốc gia hoặc một chính phủ nào đó đang theo đuổi.

Rất nhiều cơ quan và tổ chức đã đầu tư vào phát triển năng lực cho nghiên cứu y tế: ví dụ như phát triển năng lực là trọng tâm chính của công việc được tiến hành bởi Chương trình đặc biệt nghiên cứu và đào tạo về các bệnh nhiệt đới (TDR) và Hội đồng nghiên cứu y tế vì phát triển (COHRED). Một số cơ quan song phương, như Cơ quan hợp tác nghiên cứu với các quốc gia đang phát triển Thụy Điển (Sida/SAREC) và Trung tâm nghiên cứu và phát triển quốc tế Canada (IDRC), đã đầu tư lớn và dài hạn vào phát triển năng lực. Có ít tổ chức tập trung vào lĩnh vực nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế, ngoài hoạt động của Chương trình chính sách y tế quốc tế (IHPP), Dự án nghiên cứu hệ thống y tế của WHO ở châu Phi và Liên minh NC CS-HTYT là những ngoại lệ. Những tổ chức khác nhau không chỉ khác nhau ở trọng tâm phát triển năng lực mà còn khác nhau ở những chiến lược nâng cao năng lực được sử dụng.

Qua nhiều năm, các chiến lược nâng cao năng lực đã phát triển song song với kinh nghiệm hoạt động thực tiễn và song song với suy nghĩ về thực tế tốt nhất để phát triển năng lực. Ví dụ, sự thay đổi về cách suy nghĩ của Sida/SAREC - biểu hiện thông qua danh mục đầu tư vào hoạt động nâng cao năng lực nghiên cứu (không chỉ trong lĩnh vực y tế) - đã được miêu tả như sau:

Mười năm đầu, hỗ trợ chủ yếu dành cho các hội đồng nghiên cứu quốc gia. Một đánh giá trong giai đoạn này cho thấy, đa số các trường hợp, những cơ quan này thiếu năng lực xác định vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu dựa trên những tiêu chuẩn khoa học. Một biện pháp đối phó trong giai đoạn tiếp theo là nâng cao năng lực nghiên cứu thông qua đào tạo nghiên cứu. Qua thời gian, rõ ràng rằng việc đào tạo các nhà nghiên cứu cần phải đi kèm với sự đầu tư vào cơ sở vật chất cho nghiên cứu và dụng cụ khoa học… Thông qua những đầu tư này, sự hỗ trợ đã dần dần dành cho cả tổ chức hơn là cho một số cá nhân. Vào đầu thập niên 1990, một chuyển biến lớn đã diễn ra, tạo điều kiện cho sự hỗ trợ toàn diện với mục tiêu tạo nên văn hóa nghiên cứu ở các

[12] Tài liệu đầy đủ về các phương pháp sử dụng trong bản tổng quan có thể được tìm thấy trong Beith và Bennett (2007).

trường đại học công lập trong nước. (Boeren và cộng sự 2006 trang 3).

TDR cũng đi theo một con đường tương tự trong lịch sử 30 năm của mình. Ban đầu, tập trung vào năng lực cá nhân (thông qua hỗ trợ việc đào tạo sinh viên đại học và sau đại học); nhưng qua thời gian đã dần tập trung vào năng lực tổ chức (thông qua các hoạt động phát triển và hỗ trợ tài chính); và gần đây nhất là hoạt động nhiều hơn ở môi trường xung quanh (thông qua đào tạo các nguyên tắc cơ bản, thúc đẩy báo chí...). Nói cách khác, ngày nay, TDR đã đặt trọng tâm vào cả cá nhân, tổ chức và môi trường xung quanh - như một phần của bảng biến thiên các hoạt động phát triển năng lực.

Đưa ra và sắp xếp các chiến lược phát triển năng lực

Bảng 3.1 thể hiện những chiến lược phát triển năng lực chủ yếu được các tổ chức trong lĩnh vực y tế sử dụng. Một số chiến lược không còn được sử dụng, bao gồm:

- Hỗ trợ cá nhân (chủ yếu thông qua việc cấp học bổng, hoặc tạo cơ hội làm việc sau khi tốt nghiệp).

- Hỗ trợ cho sự phát triển tổ chức (rất đa dạng, ví dụ: những khoản vay dài hạn để phát triển tổ chức (như được cung cấp bởi Sida/SAREC và TDR) và hỗ trợ quản lý tài chính trong các tổ chức).

- Mạng lưới và hợp tác.

Tất cả các tổ chức đã sử dụng mạng lưới và hợp tác, dưới nhiều hình thức khác nhau, để phát triển năng lực. Đôi khi đầu tư vào lĩnh vực này thể hiện thông qua sự hỗ trợ thiết lập các mạng lưới chính thức; trong một số trường hợp khác, lại thể hiện thông qua sự hỗ trợ cơ hội để kết nối mạng lưới ít chính thức hơn. Cơ hội hợp tác thường có ít đối tượng và ít chính thống hơn. Hỗ trợ kết nối mạng lưới thường để kết nối các tổ chức nghiên cứu với nhau hơn là để kết nối tổ chức nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách hoặc tổ chức xã hội dân sự.

Cho tới nay, đầu tư cho phát triển năng lực ở mức môi trường cao hơn và vào các vấn đề hệ thống còn tương đối ít. Mặc dù COHRED luôn chú trọng vào việc thành lập các hệ thống nghiên cứu y tế trong nước, còn TDR vẫn đang đầu tư vào những thành phần cụ thể của hệ thống nghiên cứu y tế (như các ủy ban xem xét về vấn đề đạo đức), lĩnh vực này vẫn chưa được quan tâm thỏa đáng. Khung lý thuyết xác định ba thành phần lớn của năng lực tổ chức: điều hành và lãnh đạo; các nguồn lực; truyền thông và mạng lưới (hình 3.8). Từ bảng tổng kết các chiến lược phát triển năng lực thường được sử dụng, có thể thấy rằng cho tới nay, hầu hết trọng tâm đều đặt vào nhân viên và tài chính, ít quan tâm tới các thành phần khác của năng lực tổ chức.

Một cách khác để hiểu về các loại hình đầu tư vào phát triển năng lực là nhìn vào mức độ thực hiện các chức năng của các tổ chức nâng cao năng lực. Bảng 3.2 thể hiện vấn đề này, xác định liệu một chức năng nào đó trong quan hệ nghiên cứu y tế/chính sách có là một trọng tâm lớn (1), nhỏ (4) hay trung bình (2 hoặc 3) của chương trình. Bảng 3.2 cho thấy rằng, trọng tâm cơ bản của phát triển năng lực là sáng tạo tri thức, điều đó được thể hiện bằng việc hầu như tất cả các tổ chức đều có các chiến lược trong lĩnh vực này. Xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu cũng được sự hỗ trợ bên ngoài từ một số tổ chức phát triển năng lực. Trong khi đó, có rất ít sự hỗ trợ cho việc phát triển năng lực sử dụng thông tin trong chính sách hoặc cho việc nâng cao năng lực trong xã hội dân sự và giới truyền thông nhằm chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu.

Các bài học rút ra từ các tổ chức phát triển năng lực

Thật không may, trong số các tổ chức được xem xét ở đây, có rất ít tổ chức có những đánh giá chặt chẽ về hiệu quả hoạt động của mình. Các kết quả có được từ việc tìm kiếm trên mạng internet và từ các cuộc phỏng vấn với những đại diện của các tổ chức chỉ đem lại một đánh giá công khai, độc lập về một chiến lược (hoặc một tổ chức) phát triển năng lực trong nghiên cứu y tế thế giới, mặc dù một số tổ chức như Sida/SAREC và IDRC đã tiến hành những đánh giá rộng lớn về chiến lược phát triển năng lực nghiên cứu của họ. Do đó, rất khó để có thể biết chiến lược nào có hiệu quả trong hoàn cảnh nào. Cần có nhiều đánh giá hơn nữa về tác động của các phương pháp tiếp cận khác nhau tới nâng cao năng lực. Nếu thiếu những đánh giá khách quan như vậy, bằng chứng về hoạt động nào có hiệu quả sẽ chỉ dựa trên quan điểm chủ quan của những người tham gia vào các tổ chức mà thôi.

Kinh nghiệm từ việc tổng kết các tổ chức nhấn mạnh một số điểm như sau: quyền sở hữu địa phương của tổ chức có vai trò rất quan trọng; các tổ chức hoạt động lâu dài thường thành công hơn các tổ chức hoạt dộng trong thời gian ngắn, mặc dù có một đánh giá lưu ý rằng nguồn tài trợ dài hạn có thể làm tăng sự phụ thuộc vào các quỹ bên ngoài (Boeren và cộng sự 2006).

Về xu hướng chung, hầu hết các tổ chức đã thừa nhận năng lực ở các mức độ: cá nhân, tổ chức và hệ thống có sự liên kết lẫn nhau và liên kết này ngày càng tăng. Khi các nguồn lực cho phép, hoạt động sẽ diễn ra ở cả ba mức năng lực này. Qua thời gian, nhiều chiến lược phát triển năng lực đã được sử dụng với nhiều nhóm can thiệp được theo đuổi. Một vài tổ chức, như IDRC, thường tiến hành đánh giá về mặt tổ chức để xác định nên áp dụng hình thức hỗ trợ phát triển năng lực nào, và liệu các tổ chức đó nên sử dụng hình thức tài trợ tổng thể hay hình thức tài trợ theo dự án. Ví dụ, chiến lược phát triển năng lực của IDRC có mục đích là nhìn một cách tổng thể xem tổ chức cần những gì để hoạt động – chứ không chỉ tập trung vào các năng lực nghiên cứu cụ thể.

Bên cạnh đó, trong khi các tổ chức đã mở rộng về mức độ năng lực mà chúng giải quyết, các tổ chức này vẫn còn tập trung khá nhiều vào đầu tư phát triển năng lực xác định vấn đề ưu tiên và sáng tạo tri thức hơn là làm việc với các nhà hoạch định chính sách và tổ chức xã hội dân sự để tăng cường việc sử dụng kết quả nghiên cứu trong hoạch định chính sách. Hơn nữa, các tổ chức phát triển năng lực hỗ trợ các cơ quan chủ yếu trong việc giải quyết tính lâu dài của nguồn tài chính và phát triển kỹ năng nhân viên chứ không phải để tăng cường năng lực truyền thông, lãnh đạo hay điều hành.

Cuối cùng, trong khi các tổ chức đang cố gắng để "giải phóng" năng lực, thì những nỗ lực ủng hộ nhằm giúp các quốc gia kiểm soát tốt hơn quá trình xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu lại rất hạn chế. Cần phải hiểu rõ hơn về mức độ năng lực có thể đạt được khi loại bỏ những yếu tố bất lợi khỏi môi trường, đồng thời cũng cần phải kết hợp nhiều chiến lược nâng cao năng lực khác nhau.

Bảng 3.1. Các chiến lược phát triển năng lực của các tổ chức y tế lớn

	Chiến lược tập trung vào cá nhân					Chiến lược tập trung vào tổ chức						Cấp độ môi trường
Tổ chức	Hỗ trợ cá nhân	Thực hành (learning by doing)	Phát triển khung chương trình đào tạo	Tiến hành các khóa đào tạo	Tư vấn	Hỗ trợ nhóm	Phát triển tổ chức	Đào tạo quản lý dự án	Mạng lưới/ kết nối mạng lưới	Hợp tác chính thức giữa 2 tổ chức	Quan hệ đối tác	Phát triển hệ thống
Liên minh NC CS-HTYT			x	x			x		x		x	
CGHRI	x					x					x	
COHRED		x							x		x	x
EU INCODEV	x						x		x		x	
GDN									x		x	
GFHR				x			x		x		x	
Dự án HSR				x			x		x		x	
IDRC							x		x		x	x
INDEPTH	x			x		x	x		x		x	
IHPP	x	x			x	x			x		x	
INCLEN	x		x	x	x		x		x			
SIDA/SAREC	x			x			x	x	x	x	x	
TDR	x			x		x	x	x	x	x	x	x

Ghi chú: (x): tổ chức có hoạt động chiến lược này

Tên viết tắt

Liên minh NC CS-HTYT: Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

CGHRI : Tổ chức nghiên cứu y tế thế giới Canada

COHRED: Hội đồng nghiên cứu y tế vì phát triển

EU – INCODEV: Chương trình của Liên minh châu Âu về hợp tác quốc tế vì phát triển

GDN: Mạng lưới phát triển toàn cầu

GFHR: Diễn đàn nghiên cứu y tế toàn cầu

Dự án HSR: Dự án nghiên cứu hợp tác giữa WHO/DGIS/KIT

IDRC: Trung tâm nghiên cứu phát triển quốc tế

INDEPTH: Mạng lưới quốc tế các điểm giám sát dân số

IHPP: Chương trình chính sách y tế quốc tế

INCLEN: Mạng lưới dịch tễ học quốc tế

SIDA/SAREC: Cơ quan hợp tác nghiên cứu và cơ quan phát triển quốc tế Thụy Điển

TDR: Chương trình nghiên cứu & đào tạo đặc biệt về bệnh nhiệt đới.

Bảng 3.2. Mức độ quan tâm của tổ chức phân theo chức năng

Tổ chức	Xác định vấn đề ưu tiên	Sáng tạo và phổ biến tri thức	Chọn lọc và phổ biến bằng chứng	Hoạch định chính sách
Liên minh NC CS-HTYT	-	1	-	1
COHRED	1	2	3	4
EU INCODEV	2	1	-	-
GDN	3	1	-	2
GFHR	1	2	-	-
Dự án HSR	1	2	4	3
IDRC	2	4	-	-
IHPP	1	2	4	3
INCLEN	-	1	-	-
INDEPTH	1	3	4	2
SIDA/SAREC	2	1	-	-
TDR	2	1	-	-

Chú ý: 1 = quan tâm nhiều nhất. 4 = quan tâm ít nhất.
(-): không hoạt động để phát triển năng lực ở chức năng này.

Kết luận

Chương này đã tập trung vào hai vấn đề chính. Thứ nhất, giới thiệu một khung lý thuyết mới để giúp phân tích các khía cạnh năng lực của quá trình hoạch định chính sách y tế dựa trên bằng chứng dựa trên bốn chức năng chính: xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu, sáng tạo và phổ biến tri thức, chọn lọc và phổ biến bằng chứng, và hoạch định chính sách. Mỗi chức năng này sẽ là trọng tâm của bốn chương tiếp theo. Hy vọng rằng khung lý thuyết này sẽ được ứng dụng rộng rãi chứ không chỉ để tạo nên tài liệu này. Chúng tôi tin rằng, khung lý thuyết có thể được coi là một công cụ giá trị dùng để phân tích và tìm hiểu về tình trạng hiện tại của các hệ thống hoạch định chính sách y tế quốc gia và tình hình sử dụng bằng chứng của các hệ thống này, đồng thời cũng là công cụ cung cấp các chiến lược phát triển và giải phóng năng lực ở cả cấp quốc gia và quốc tế. Thứ hai, chương này đã cung cấp cái nhìn tổng quát về những chiến lược đã được sử dụng ở mức quốc tế đồng thời đưa ra một số kết luận về những chiến lược này. Cụ thể, phần này đã cho thấy rằng, trong khi các chiến lược nâng cao năng lực đang ngày càng nhận rõ hơn tầm quan trọng của phương pháp tiếp cận tổ chức và hệ thống (chứ không phải phương pháp tiếp cận cá nhân như trước đây), vẫn tồn tại sự mất cân bằng về mối quan tâm dành cho một số chức năng. Hơn nữa, chương này cũng cho thấy sự cần thiết phải có những đánh giá chặt chẽ về các chiến lược nâng cao năng lực.

Trong chương tiếp theo, chúng ta sẽ nghiên cứu chức năng đầu tiên: xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu.



Chương IV

NÂNG CAO NĂNG LỰC VỀ XÁC ĐỊNH ƯU TIÊN CHƯƠNG TRÌNH NGHỊ SỰ NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ

Thông điệp chủ đạo

- Ở các quốc gia phụ thuộc nhiều vào nguồn tài trợ từ bên ngoài cho nghiên cứu y tế, cách làm hiện nay để xác định ưu tiên cho các nghiên cứu thường thất bại trong việc xác định nhu cầu của chính sách y tế và của hệ thống y tế quốc gia.
- Việc tìm hiểu nguyên nhân thành công hay thất bại trong việc xác định ưu tiên cho nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế là cần thiết, nhưng hiện tại có rất ít nghiên cứu/phân tích về lĩnh vực này. Tuy nhiên, quyền chủ động của quốc gia là yếu tố chính dẫn đến thành công trong việc đưa nghiên cứu về hệ thống và chính sách y tế lên vị trí ưu tiên trong kế hoạch nghiên cứu tổng thể của ngành y tế ở một số quốc gia.
- Những người lãnh đạo ở mỗi quốc gia cần đảm bảo rằng những nghiên cứu về hệ thống và chính sách y tế nằm trong khuôn khổ ngân sách của mình và rằng các cơ chế về ngân sách được đặt đúng chỗ.
- Các nhà tài trợ nước ngoài cần xem xét danh mục vốn đầu tư cân bằng hơn để đáp ứng với những ưu tiên quốc gia đã được định sẵn.
- Việc tăng cường năng lực trong thiết lập ưu tiên cho nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế (NC CS-HTYT) quốc gia cần thực hiện trong môi trường rộng hơn, mang đặc thù của địa phương (locally owned) và mang tính hỗ trợ; hiện vẫn còn nhiều cơ hội cho việc cải tiến, đổi mới về mặt phương pháp tiếp cận.

Giới thiệu

Trong bất kỳ hoạt động nào của con người, một trong những hoạt động khó khăn và gây tranh cãi nhất chính là xác định cách thức sử dụng nguồn tài nguyên khan hiếm – đó chính là xác định ưu tiên. Những yếu tố quyết định cần thiết trong việc xác định ưu tiên nằm ở tiêu chuẩn để ra quyết định và người ra quyết định. Quyết định lựa chọn ưu tiên cho nghiên cứu về y tế cũng gây ra không ít băn khoăn so với những lĩnh vực khác.

Có rất nhiều yếu tố quyết định sức khoẻ của con người. Trong số đó, chính sách và hệ thống y tế là cơ chế chủ yếu mà chính phủ sử dụng để nâng cao sức khỏe và giảm sự bất bình đẳng trong y tế. Vì thế, nhà quản lý ngành y tế nên giữ vai trò hướng dẫn trong việc xác định ưu tiên cho chương trình nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Tuy nhiên, các chương trình nghiên cứu bị ảnh hưởng lớn bởi một số cá nhân và tổ chức, những người có mối quan tâm khá khác biệt so với những đối tác liên quan trực tiếp đến hệ thống y tế quốc gia. Thường thì chính tiếng nói của nhà hoạch định chính sách lại có ảnh hưởng yếu nhất trong việc định hình các ưu tiên nghiên cứu.

Chương này cung cấp cái nhìn tổng quan về tình trạng hiện nay của việc xác định ưu tiên cho nghiên cứu y tế, tập trung chính vào tầm quan trọng của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia. Chúng tôi xem xét, tìm hiểu các tổ chức đóng vai trò chính trong việc định hướng chương trình nghị sự nghiên cứu này và thảo luận cách thức gỡ bỏ khó khăn rào cản về mặt năng lực để có thể tiến hành việc xác định ưu tiên dựa trên thực tế, có cơ sở vững chắc, hiệu quả và hợp lý hơn. Chúng tôi dành sự nhấn mạnh đặc biệt cho các quốc gia có thu nhập thấp, nơi mà những thách thức về quyền chủ động của địa phương đối với chương trình nghị sự về nghiên cứu là lớn nhất.

Khả năng xác định ưu tiên NC CS-HTYT được nhấn mạnh trong phần này vì một vài lí do. Một là, ở phạm vi toàn cầu, các ưu tiên về nghiên cứu y tế (có thể thấy thông qua ngân sách thực tế) đã không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khoẻ toàn cầu. Năm 1990, Hội đồng nghiên cứu Y tế vì sự phát triển đã đưa ra kết luận 90% các nghiên cứu y tế được tiến hành với 10% các vấn đề sức khoẻ thế giới, được gọi là khoảng cách 10/90 (Hội đồng nghiên cứu Y tế vì sự phát triển, 1990). Ủy ban nghiên cứu Y tế vì sự phát triển (COHRED), theo sau là Ủy ban không chính thức về nghiên cứu y tế liên quan đến các Lựa chọn can thiệp tương lai (WHO & TDR 1996) và diễn đàn toàn cầu về nghiên cứu y tế đã tạo ra sự ủng hộ lớn trong việc điều chỉnh lại sự mất cân bằng này, và đã có những tiến triển bước đầu. Từ năm 1998, thông qua các Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao, Sốt rét và các tổ chức y tế toàn cầu khác, đã có sự tăng đáng kể nguồn tài chính cho cả y tế cũng như các nghiên cứu y tế, nhằm giải quyết các vấn đề y tế gây ra gánh nặng bệnh tật chính ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình (dù khoảng cách 10/90 vẫn còn tồn tại).

Do đó, lý do thứ hai trong việc phải nhấn mạnh khả năng xác định ưu tiên cho NC CS-HTYT là một số lượng đáng kể các khoản tài trợ cho nghiên cứu y tế tập trung vào "khám phá và đổi mới" vì sự phát triển của các loại thuốc mới, vacxin, chẩn đoán và các biện pháp khác nhằm làm giảm bệnh tật. Chương trình, kế hoạch để thực hiện những mục tiêu nêu trên cũng được thiết lập rộng rãi trên phạm vi toàn cầu. Các nghiên cứu mang tính tìm hiểu như vậy trước đây chủ yếu được thực hiện bởi ngành công nghiệp y dược và các lực lượng thị trường. Nhưng gần đây, những nghiên cứu kiểu này được triển khai bởi các sáng kiến y tế toàn cầu, đối tác công - tư cùng những hiểu biết của họ về gánh nặng bệnh tật. Những sáng kiến y tế toàn cầu là thể hiện của sự toàn cầu hoá nhưng có xu hướng tập trung vào từng bệnh đơn lẻ (Shiffman 2006). Những hoạt động ban đầu được triển khai vào giai đoạn từ năm 1998 đến 2000 chính là chương trình "giảm sốt rét", "ngăn chặn Lao" và "Liên minh toàn cầu về vắc xin và tiêm chủng (GAVI)". Từ năm 2000, trên 100 tổ chức, chương trình y tế toàn cầu về bệnh cụ

thể đã ra đời và đảm bảo nguồn ngân sách đáng kể cho cả nghiên cứu và triển khai.

Đến nay, các tổ chức và chương trình đa phần tập trung vào các hàng hóa công để kiểm soát bệnh truyền nhiễm trong nhóm nghèo. Các hàng hóa này cần được tích hợp vào các chính sách và chiến lược để đảm bảo những người thực sự có nhu cầu có thể tiếp cận chúng một cách hiệu quả và công bằng. Cuối cùng điều cần thiết là chính sách và hệ thống y tế phải đảm bảo rằng các hàng hóa công đó được cung cấp để phục vụ người dân. Vì hệ thống y tế ở các quốc gia có sự khác biệt trên nhiều khía cạnh, do vậy mà NC CS-HTYT cần phải được thay đổi sao cho phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh mỗi địa phương, quốc gia. Ảnh hưởng tích cực có thể có của NC CS-HTYT trong bối cảnh này là đáng kể, tuy nhiên hiện tượng đầu tư không đủ còn rất phổ biến (Liên minh NC CS-HTYT 2004).

Lý do thứ ba trong việc phải tập trung năng lực cho xây dựng chương trình nghị sự cho NC CS-HTYT là bởi hầu hết hệ thống y tế ở các quốc gia có thu nhập thấp đều đang trong quá trình phát triển và còn non kém. Do vậy, nghiên cứu về y tế quốc gia cần phải tiến xa hơn nhằm điều chỉnh các chương trình can thiệp sao cho phù hợp với hệ thống tại địa phương, quốc gia đó. NC CS-HTYT cần hỗ trợ trong việc xây dựng hệ thống y tế hiệu quả, bền vững. Điều này cũng bao gồm phát hiện và đổi mới hệ thống y tế, ví dụ: trong quản lý, điều hành, tài chính, quản lý nguồn lực và thông tin cũng như cung cấp dịch vụ. Một lần nữa, khả năng đưa ra các lựa chọn mang tính quyết định cho nguồn lực có giới hạn của NC CS-HTYT phải được coi là mối quan tâm hàng đầu của nhiều quốc gia. Một điều đương nhiên rằng khả năng để hướng mức độ tập trung của NC CS-HTYT là nòng cốt để hình thành hệ thống y tế và chính sách quốc gia dựa trên bằng chứng.

Chương này xem xét bước thực hiện chức năng đầu tiên (về xác định ưu tiên nghiên cứu) trong khung hành động của Liên minh đã được giới thiệu ở chương 3. Chúng tôi tìm hiểu khung hành động này bằng việc xem xét các vấn đề khác nhau có ảnh hưởng đến quyết định thứ tự ưu tiên của NC CS-HTYT và phương pháp tiếp cận tương ứng với vấn đề ở tầm quốc gia và toàn cầu tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Chúng tôi cũng thảo luận về việc các tổ chức quốc gia cần làm gì để tăng cường năng lực xác định ưu tiên cho NC CS-HTYT. Thách thức ở đây gồm có hai phần: một là, người ta không hiểu rõ các tổ chức quốc gia. Hai là, do đặc điểm riêng mà việc xác định ưu tiên yêu cầu phải có sự tham gia của nhiều bên liên quan chứ không phải là nhiệm vụ của một tổ chức đơn lẻ. Điều này có nghĩa là, so với các chức năng khác thì đối với chức năng này, chúng ta sẽ không nhận xét, bình luận nhiều về năng lực của tổ chức. Cuối cùng, chúng tôi cho rằng sử dụng phương pháp tiếp cận hệ thống trong quá trình xác định ưu tiên có thể sẽ thúc đẩy tính phù hợp và việc thực hiện các chương trình nghị sự cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Ai là người xác định ưu tiên cho NC CS-HTYT? Tổng quan

Một cách lý tưởng, các nhà hoạch định chính sách y tế quốc gia phối hợp với các nhà quản lý hệ thống y tế địa phương, cộng đồng nghiên cứu y tế và xã hội nói chung nên duy trì (và đảm bảo nguồn tài chính) cho chương trình nghị sự NC CS-HTYT phù hợp và được ưu tiên cao. Nhưng ở nhiều quốc gia, thực tế lại khác xa với các qui tắc, chuẩn mực. Nhiều cá nhân và tổ chức, thường là ở bên ngoài quốc gia đó, lại đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc hình thành chương trình nghị sự cho nghiên cứu y tế để cuối cùng nhận được nguồn tài trợ. Phần này sẽ đề cập đến một số các cá nhân và tổ chức, cũng như các phương pháp thường được sử dụng trong việc xác định ưu tiên cho các nghiên cứu y tế. Chúng tôi sắp xếp và trình bày kết quả của mình theo phân tầng từ lĩnh vực toàn cầu đến địa phương như trong hộp 4.1.

Hộp 4.1. Những bên liên quan quan trọng ảnh hưởng đến chương trình nghị sự về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia
Các nhà tài trợ quốc tế và những sáng kiến y tế toàn cầu
Nhóm chuyên gia quốc tế, và các nhóm đặc nhiệm
Mạng lưới khu vực và quốc tế, các diễn đàn và nhà trung gian
Hội đồng và học viện nghiên cứu quốc gia
Nhà hoạch định chính sách quốc gia, các bộ và chính phủ
Các tổ chức xã hội dân sự

Các nhà tài trợ quốc tế và các sáng kiến y tế toàn cầu

"Ai trả tiền người ấy có quyền", các nhà tài trợ cho nghiên cứu y tế một cách gián tiếp hay trực tiếp đều có ảnh hưởng lớn đến các ưu tiên nghiên cứu y tế toàn cầu. Điều này đặc biệt đúng với các quốc gia có thu nhập thấp, nơi mà nguồn nội lực cho nghiên cứu bị hạn chế. Trong thập kỷ cuối của thế kỷ trước những tổ chức đa phương ví dụ như Ngân hàng Thế giới, các tổ chức song phương như Viện Sức khoẻ quốc gia Mỹ (NIH) và các quỹ tài trợ như quỹ Rockefeller, cùng với các tổ chức khác đã trở thành nguồn quỹ ban đầu hỗ trợ cho các nghiên cứu y tế ứng dụng ở các quốc gia đang phát triển. Mô hình tài trợ của họ bị quy định bởi một số cách tiếp cận khai sáng và tư vấn (bên trong và bên ngoài). Trong khi các tổ chức tài trợ nghiên cứu song phương và đa phương nỗ lực để đáp ứng yêu cầu của các tổ chức thuộc hệ thống nghiên cứu y tế quốc gia, sự hỗ trợ của họ thường hướng đến các nghiên cứu giúp họ hiểu về sự phát triển của hệ thống y tế cũng như thành công trong đầu tư ở các quốc gia này.

Bên cạnh các tổ chức tài trợ song phương và đa phương, một khái niệm mới hiện đang mở ra không gian cho chi tiêu vào nghiên cứu y tế thông qua công cụ mang tính tổ chức của sáng kiến sức khoẻ toàn cầu. Đây thường là những dự án kết hợp công - tư được các tổ chức từ thiện tài trợ (ví dụ: quỹ Bill & Melinda Gates). Sự tăng lên gần đâyvề các hỗ trợ cho nghiên cứu y tế thường là bắt nguồn từ các dự án này, và đa phần là tập trung vào các nghiên cứu y tế mang tính "ngược dòng" (khoa học cơ bản, nghiên cứu y sinh học liên quan đến các bệnh cụ thể và phát triển can thiệp về mặt kỹ thuật) nhằm kiểm soát bệnh truyền nhiễm, với mục đích giảm gánh nặng bệnh tật cho người nghèo (Wall&Ransom 2004). Khu vực tư nhân ngày càng tham gia tích cực hơn vào lĩnh vực nghiên cứu này, đặc biệt là trong việc tạo ra các loại thuốc mới và vắc xin mới, những thứ làm thay đổi hơn nữa cục diện nghiên cứu.

Việc xây dựng nền y tế công cộng toàn cầu được đặc trưng bởi nhiều đối tác và tổ chức khác nhau, và đôi khi là có tính cạnh tranh lẫn nhau. Điều đáng quan tâm ở đây là không có sự rõ ràng về vai trò lãnh đạo giữa các sáng kiến y tế toàn cầu trong việc điều phối và xây dựng kế hoạch chiến lược, vai trò mà từ trước đến nay vẫn do Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đảm nhận (Brown, Cueto & Fee 2006). Ngài George Schieber thuộc Ngân hàng thế giới nói rằng "Vấn đề lớn nhất ở phạm vi y tế toàn cầu là không có ai chịu trách nhiệm" (trích trong diễn đàn toàn cầu về Nghiên cứu Y tế 2006). Kết quả là việc chọn lọc và phổ biến rộng rãi bằng chứng nói chung thường được tiến hành bởi chính các sáng kiến y tế toàn cầu với sự tham gia của WHO. Việc cơ cấu lại tổ chức của WHO trong thời gian gần đây sẽ dẫn kết quả làm gia tăng vai trò của WHO

trong việc thiết lập chương trình nghị sự của nghiên cứu ở phạm vi toàn cầu.

Tại cùng thời điểm, các tổ chức tài trợ và tổ chức toàn cầu tham gia vào việc hỗ trợ cho việc phát triển y tế tại phạm vi từng quốc gia thường tập trung vào việc mua sắm vật dụng, tài sản (ví dụ như: thuốc, vaccin và màn đã được tẩm hoá chất diệt côn trùng thông qua quỹ hỗ trợ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, và Tổ chức kế hoạch cứu trợ khẩn cấp về phòng chống HIV/AIDS của tổng thống Hoa Kỳ (PEPFAR)). Nghịch lý là, hệ thống y tế cố gắng tránh xa những bệnh tật và phương pháp can thiệp theo chiều dọc để hướng tới các chương trình hợp nhất lớn hơn, thì hoạt động của các tổ chức toàn cầu nhằm đạt được "những thành công chớp nhoáng" thường tập trung vào một vài bệnh và kế hoạch can thiệp cụ thể, và chính việc này lại đưa mọi thứ trở lại với cách thức giải quyết vấn đề theo chiều dọc. Vì vậy, không có gì ngạc nhiên khi các sáng kiến đó không nhận ra những tác động nhanh chóng đến sức khỏe khi các nguồn lực tài chính được mở rộng (Travis và cộng sự 2004, Stenberg và cộng sự 2007). Càng ngày mọi người càng nhận thức thấy điểm mấu chốt để thoát khỏi vấn đề không phải là việc hỗ trợ mua sắm vật dụng, tài sản mà chính là do hệ thống y tế yếu kém và nguồn nhân lực không đáp ứng đủ nhu cầu để cung cấp dịch vụ y tế và chương trình can thiệp cho đối tượng có nhu cầu. (Braine 2005; Draeger, Gedik & Dal Poz 2006; Lu và cộng sự 2006; Schneider và cộng sự 2006; Travis và cộng sự 2004). Sự thất bại trong việc hỗ trợ từng quốc gia cụ thể, nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế "xuôi dòng" (ví dụ như sự tích hợp và triển khai chương trình can thiệp, tài chính y tế, sự vận hành của hệ thống và chính sách y tế) còn có nhiều bằng chứng hơn.

Tuy nhiên, thực tế cũng cho thấy có vài dấu hiệu tiến triển. Cộng hòa Tanzania là một bằng chứng cho thấy sự kết hợp hợp lý giữa nghiên cứu hệ thống y tế với sự tăng cường trong chi tiêu có thể làm hệ thống y tế vững mạnh như thế nào và dẫn đến những tác động đáng kể trong ngành y tế của quốc gia (de Savigny và cộng sự 2004). Nghiên cứu hệ thống y tế được hỗ trợ từ nguồn lực nội địa cũng rất quan trọng, cả về số lượng cũng như đóng góp của nó trong việc hoạch định chính sách ở những quốc gia có thu nhập trung bình như Brazil, Chile, Colombia, Cuba, Mexico, Thái Lan (Tangcharoensathien, Wibulpholprasert và Nitayaramphong 2004). Về phía sáng kiến y tế toàn cầu, GAVI nằm trong số các tổ chức đầu tiên nhận ra tầm quan trọng của hệ thống y tế và đã tập trung đến 50% nguồn đầu tư của họ vào phát triển hệ thống y tế. Quỹ toàn cầu chống AIDS, Lao, Sốt rét cũng có thể sẽ hoạt động theo hướng này. Trong năm 2006, Ban Điều hành của WHO đã thông qua nghị quyết EB 117.R13 về tầm quan trọng và sự liên quan của việc xác định ưu tiên trong nghiên cứu, trong bối cảnh nhận định rằng xác định ưu tiên cho nghiên cứu y tế cũng quan trọng như việc thực hiện nghiên cứu (Nuyens, 2007). Nếu xu thế này đang thay đổi, tất cả những gì cần thiết chính là nâng cao năng lực nhằm xây dựng chương trình nghị sự cho nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế một cách hợp lý.

Ý kiến chuyên gia

Một trong những phương pháp chính đã được các nhà tài trợ quốc tế và các sáng kiến y tế toàn cầu sử dụng nhằm thông báo chương trình nghị sự của nghiên cứu y tế của họ là thông qua nhóm chuyên gia, chuyên gia cố vấn, nhóm làm việc và các nhóm đặc nhiệm. Ví dụ điển hình là Ủy ban cố vấn về nghiên cứu y tế của WHO (ACHR) và nhóm cố vấn khoa học kỹ thuật kết hợp với các chương trình đặc biệt như chương trình đặc biệt của WHO về nghiên cứu và đào tạo về bệnh nhiệt đới (TDR), Chương trình sức khỏe sinh sản của WHO (HRP) cũng như các chương trình liên quan đến các bệnh cụ thể của WHO. Ý kiến của chuyên gia về các ưu tiên trong nghiên cứu y tế được các nhà khoa học xuất sắc đưa ra (Daar và cộng sự 2002) thông qua quá trình động não trong các cuộc họp của nhóm làm việc và ủy ban thường được tập hợp vì những mục đích khác. Sự tập trung của hệ tư tưởng có xu hướng trở thành một trong "sự tự trị khoa học" (scientific autonomy) (Lansang và cộng sự 2000) và điểm hạn chế

của cách tiếp cận này là nghiên cứu hệ thống y tế phải đi ngược lại với " danh sách những việc mong muốn làm" do các nhà nghiên cứu có tiếng nói hay đáng được kính trọng đưa ra. Đôi khi, kỹ thuật nhóm đề cử hay phương pháp Delphi có thể được sử dụng để đạt được ý kiến thống nhất (Bernal-Delgado, Peiro & Sotoca 2006). Tuy nhiên, với nguồn nhân lực có trình độ đào tạo khác nhau, các ưu tiên trong nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế thường không được nổi bật. Ngay cả khi việc xác định ưu tiên được thực hiện thì họ cũng thường thất bại trong việc đề cao những ưu tiên đó trong chương trình nghị sự cuối cùng (Kroeger và cộng sự, 2002); kết quả là chương trình nghị sự đó thường thiếu sự liên hệ cần thiết và thường bị tách rời khỏi chính sách công cộng.

Một cách hiệu quả hơn để tận dụng ý kiến của chuyên gia là phân công cho một nhóm đặc nhiệm thiết lập chương trình nghị sự của nghiên cứu hệ thống y tế. Việc này đã được tiến hành trong thời gian gần đây (nhóm chuyên gia trong Nghiên cứu hệ thống y tế 2004) cho các nỗ lực hợp tác quốc tế (hộp 4.2). Tuy nhiên, trong 3 năm tiếp theo, cộng đồng y tế thế giới cũng như các tổ chức tài trợ đã không theo sát chương trình nêu trên, mặc dù đã có một số dấu hiệu tiến triển từ các tổ chức song phương. Ví dụ như: Tổ chức phát triển quốc tế Hà Lan (DGIS) đang lên kế hoạch để biến nghiên cứu hệ thống y tế thành một trong những lĩnh vực ưu tiên của ủy ban, và tổ chức phát triển quốc tế của Anh (DFID) hiện đang nâng nguồn ngân sách lên gấp đôi, bao gồm cả việc hỗ trợ cho nghiên cứu hệ thống y tế.

Các nhà tài trợ cho nghiên cứu y tế thế giới, các sáng kiến y tế toàn cầu và các nhóm chuyên gia đặc nhiệm nói trên có ảnh hưởng mạnh mẽ đến chương trình nghị sự của nghiên cứu y tế toàn cầu nhưng lại có ít liên hệ ở phạm vi quốc gia. Các yếu tố được đề cập dưới đây có sự phối hợp chặt chẽ với các chương trình cũng như ưu tiên nghiên cứu quốc gia.

Hộp 4.2. Các chủ đề nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế do nhóm đặc nhiệm đề nghị trong nghiên cứu hệ thống y tế năm

Nguồn lực tài chính và con người

- Nguồn tài chính dựa trên cộng đồng và bảo hiểm y tế quốc gia
- Nguồn nhân lực cho y tế ở phạm vi quận huyện và dưới quận huyện
- Yêu cầu về nguồn nhân lực ở mức độ quản lý cao hơn

Tổ chức và cung cấp dịch vụ y tế

- Tăng cường sự tham gia của cộng đồng
- Đảm bảo tính công bằng, hiệu quả, và hợp lý trong chăm sóc sức khỏe
- Tiếp cận với các tổ chức về dịch vụ y tế
- Chính sách về thuốc và chẩn đoán

Điều hành, cương vị quản lí và quản lí kiến thức

- Điều hành và trách nhiệm
- Hệ thống thông tin y tế
- Xác định ưu tiên và hoạch định chính sách dựa trên những bằng chứng
- Phương pháp hiệu quả nhằm đạt được sự tham gia/cam kết của các ban ngành trong y tế

Ảnh hưởng toàn cầu

- Ảnh hưởng của các tổ chức và chính sách toàn cầu (bao gồm tổ chức thương mại, các nhà tài trợ và các tổ chức quốc tế) lên hệ thống y tế

Nguồn: Nhóm chuyên gia nghiên cứu hệ thống y tế (2004)

Mạng lưới khu vực và toàn cầu, sự tin tưởng, các diễn đàn và các đơn vị/người đóng vai trò trung gian

Các tổ chức và nhà tài trợ quốc tế không thể dễ dàng (và thường không) tham khảo hệ thống y tế quốc gia về những ưu tiên cho nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế của họ. Tiếng nói của các nhà nghiên cứu trong nước và trong phạm vi nhỏ hơn, tiếng nói của các nhà hoạch định chính sách quốc gia cũng không dễ dàng được lắng nghe trên phạm vi toàn cầu. Chính vì vậy, mạng lưới khu vực và toàn cầu - kể cả các bên liên quan ở phạm vi quốc gia - đều có thể đóng vai trò là cầu nối trong việc ủng hộ cho quá trình thiết lập chương trình nghị sự quốc gia và hệ quả là ảnh hưởng đến các ưu tiên hỗ trợ về mặt tài chính cho các nghiên cứu quốc tế hay khu vực. Ví dụ được minh họa trong hộp 4.3.

Hộp 4.3. Ví dụ về mạng lưới toàn cầu và khu vực

Cấp độ toàn cầu:

- Liên minh Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (AHPSR)
- Hội đồng Nghiên cứu y tế vì sự phát triển (COHRED)
- Diễn đàn Toàn cầu về nghiên cứu y tế
- Hiệp hội Phòng chống sốt rét
- Mạng lưới Nghiên cứu y tế

Cấp độ khu vực:

- Mạng lưới Dịch tễ học lâm sàng quốc tế (INCLEN)
- Mạng lưới Quốc tế về điều tra dân số và sức khỏe (INDEPTH)
- EquiNet
- Mạng lưới Nghiên cứu hệ thống và dịch vụ y tế tại Southern Cone (thuộc Nam Mỹ)
- Mạng lưới Nghiên cứu hệ thống và dịch vụ y tế Andean và Caribbean
- Hiệp hội Y xã hội học Mỹ Latinh (ALAMES)
- Mạng lưới Chính sách và kinh tế y tế (HEPNet)

Ở cấp độ khu vực cũng có những cách tiếp cận mới trong việc đóng vai trò trung gian để đưa ra chương trình nghị sự của nghiên cứu như Mạng lưới chính sách dựa trên bằng chứng (EVIPNet) ở châu Á và Tây/Trung Phi hay Sáng kiến chính sách y tế cộng đồng khu vực Đông Phi.

Các nhà nghiên cứu trong nước

Nghiên cứu luôn mang lại những câu hỏi mới và định hướng nghiên cứu mới. Do vậy, một trong những ảnh hưởng to lớn đến chương trình nghị sự cho nghiên cứu chính là các nghiên cứu được thực hiện trước đó. Các tổ chức tài trợ cho nghiên cứu, đứng trên quan điểm cầu, và các nhà nghiên cứu, đứng trên quan điểm cung, chính là các đơn vị tham gia nhiều nhất vào các nghiên cứu trước đây cũng như các nghiên cứu hiện đang được tiến hành. Và chính vì vậy, họ có những ảnh hưởng mạnh mẽ. Tuy nhiên, do số lượng các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế không nhiều và cũng ít bị phê phán trong bối cảnh hiện nay, cộng thêm việc thiếu hụt về cơ cấu nghề nghiệp để thu hút các nhà nghiên cứu hệ thống y tế tại các quốc gia trung bình và nghèo nên những ảnh hưởng đó cũng không đủ lớn như nó vốn có. Tuy nhiên, rất nhiều quốc gia, đặc biệt là các quốc gia có thu nhập trung bình đang xúc tiến việc kêu gọi sự tham gia của các nhà nghiên cứu, cộng đồng và các nhà hoạch định chính sách trong nỗ lực thiết lập chương trình nghị sự, ví dụ như phong trào Nghiên cứu Y tế Quốc gia Cơ bản (COHRED 2000).

Các đơn vị có thẩm quyền trong nước

Bộ Y tế, Bộ Tài chính và các cơ quan trực thuộc chính phủ tại địa phương sẽ là các đơn vị chịu trách nhiệm về chính sách y tế và hệ thống y tế. Một số Bộ Y tế tại các quốc gia khác nhau có các đơn vị nghiên cứu hệ thống y tế trực thuộc Bộ Y tế. Một số quốc gia khác lại có Bộ Khoa học và Công nghệ. Các cơ quan này có vai trò chính trong việc xác định ưu tiên tài trợ cho nghiên cứu về chính sách và hệ thống y tế. Tuy nhiên khả năng của các cơ quan này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau, gồm có tổng sản phẩm quốc nội của từng quốc gia (GDP), phần trăm GDP đóng góp cho nghiên cứu nói chung và nghiên cứu y tế nói riêng, liệu quốc gia đó có chính sách quốc gia về khoa học và công nghệ hay liệu chính sách đó có bao gồm nghiên cứu y tế không. Cấu trúc của hệ thống y tế cũng có ảnh hưởng đến khả năng xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Các quốc gia nghèo và các quốc gia thu nhập trung bình có các hệ thống rất khác nhau, từ loại hình dịch vụ y tế thống nhất với một nhà cung cấp dịch vụ duy nhất và các nhà tài trợ đến loại hình kết hợp công - tư trong cung cấp dịch vụ và các nhà tài trợ. Sự khác nhau trong cấu trúc hệ thống dẫn đến những nhu cầu và ưu điểm khác nhau, đòi hỏi phải có những chương trình nghị sự khác nhau cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Người ta thường cho rằng cán bộ và viên chức y tế nhà nước thiếu năng lực trong việc chuyển những thách thức về chính sách thành các yêu cầu trong chương trình nghị sự nghiên cứu y tế (van Kammen, de Savigny & Sewankambo 2006). Một thực tế là hiếm khi có sự trao đổi thông tin giữa các nhà nghiên cứu và những người xây dựng chương trình nghị sự của nghiên cứu và có nhiều giải thích gây tranh cãi khi xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Các đòi hỏi về chính sách thường cấp thiết và các nhà hoạch định chính sách không có thời gian để chờ hệ thống nghiên cứu cung cấp bằng chứng. Do không có mô hình trao đổi thông tin liên tục nên khả năng các nhà hoạch định chính sách và các nhà nghiên cứu cùng làm việc để dự đoán chính sách trong tương lai bị hạn chế. Một trở ngại nữa là các nghiên cứu độc lập của chính phủ sẽ phải đối mặt với áp lực nếu các nghiên cứu đó phản bác lại những chính sách hoặc sự đầu tư hiện tại.

Thực tế hơn, tại các quốc gia nghèo, các chương trình y tế của chính phủ có nhiều nhu cầu về nghiên cứu ở cấp độ vận hành thực tế, đặc biệt chú trọng đến việc triển khai và giải quyết vấn đề. Ví dụ như vấn đề chính là làm sao phiên giải và mở rộng phạm vi của các can thiệp đã được thử nghiệm có nhóm chứng được lựa chọn ngẫu nhiên. Ngay khi các chương trình được triển khai sẽ gặp phải các câu hỏi như làm thế nào để loại bỏ các "nút thắt cổ chai" (điểm khó khăn, mấu chốt cần vượt qua) và bất công bằng trong dịch vụ khi các dịch vụ được mở rộng. Hơn nữa, các nhà quản lý chương trình thường gặp khó khăn trong việc thu hút sự tham gia của cộng đồng nghiên cứu làm việc trong lĩnh vực này nếu không có sự tài trợ nước ngoài.

Một số quốc gia Mỹ Latinh có thu nhập trung bình đã có những quá trình khá hay để xây dựng chương trình nghị sự cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Hộp 4.4 đưa ra một số ví dụ về xác định ưu tiên ở các quốc gia này. Để chương trình nghị sự có ý nghĩa, họ đã dành cho nó một tỷ lệ nhất định trong kinh phí quốc gia dành cho nghiên cứu. Một đặc điểm chung của các quá trình này là sự tham gia trong xây dựng lộ trình, mà tiêu biểu là sự tham gia của nhiều bên liên quan. Như vậy, trong quá trình xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách đều không thể tuyên bố là họ làm việc độc lập.

Các tổ chức xã hội dân sự

"Nghiên cứu y tế đặt ngoài bối cảnh có sự tham gia của các nhà hoạch định chính sách, tổ chức xã hội dân sự và cơ quan truyền thông sẽ chỉ giúp đưa ra thêm kiến thức nhưng ít có được hành động thực tế" (Labonte & Spiegel 2003).

Đổi mới trong hệ thống y tế không còn bị giới hạn trong phạm vi các tổ chức chuyên môn.

Những giải pháp đầu tiên và hiệu quả có thể xuất phát từ dưới lên, nói cách khác là xuất phát từ những sáng kiến của tổ chức xã hội dân sự. Các tổ chức xã hội dân sự phải được xác định là nguồn chính của kiến thức, sự đổi mới và chuyên môn trong phát triển y tế. Vai trò và ảnh hưởng của các tổ chức xã hội dân sự và của truyền thông trong nghiên cứu y tế ngày càng mạnh và các tổ chức xã hội dân sự đang ngày càng có nhiều ảnh hưởng trong hệ thống y tế (xem thêm thông tin ở chương 6). Với sự quan tâm về biến đổi xã hội, công bằng và sự tham gia, các tổ chức xã hội dân sự có ảnh hưởng đến xác định ưu tiên trong nghiên cứu y tế cũng như áp dụng của nghiên cứu vào thực tế để cải thiện tình hình. Họ cũng có thể tham gia vào quá trình thẩm định hoặc trực tiếp thực hiện nghiên cứu dựa trên mối liên hệ với cộng đồng hay các trường đại học, và chính mối liên hệ đó đã kết nối họ với các nhà nghiên cứu hàn lâm (Delisle và cộng sự. 2005; Doherty & Rispel 1995; Hyder 2002; Nuyens 2007; Sanders et al. 2004).

Hộp 4.4. Các ví dụ về xác định ưu tiên trong nghiên cứu về chính sách và hệ thống y tế ở các quốc gia Mỹ Latinh

Argentina

6 lĩnh vực nghiên cứu ưu tiên hàng đầu đã được xác định trong đó ưu tiên hàng đầu là nghiên cứu về hệ thống, chính sách và các chương trình y tế, tập trung vào khía cạnh chất lượng dịch vụ và chăm sóc y tế.

Brazil

Chương trình nghị sự quốc gia về các ưu tiên trong nghiên cứu bao gồm 24 tiểu chương trình ưu tiên, và trong đó có một số thuộc lĩnh vực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (mặc dù chỉ có 1 chương trình có tên như vậy).

Chilê

Tổ chức Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) tài trợ cho các dự án về đánh giá công nghệ y tế, quản lý y tế, chăm sóc sức khỏe ban đầu, sức khỏe môi trường và nghề nghiệp trong khi các tổ chức khác tài trợ cho các nghiên cứu cơ bản.

Mehicô

Quỹ tài trợ cho nghiên cứu y tế và an sinh xã hội đã xác định 10 ưu tiên vào năm 2006, trong đó có hệ thống y tế, kinh tế y tế và an sinh xã hội.

Caribê

Hội đồng nghiên cứu y tế Caribe đã xác định 8 ưu tiên mà 1 trong số đó là tăng cường hệ thống y tế.

Nguồn: Protis (2006); Bộ Y tế, Brazil (2005); CONICYT (2007); Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2007); Hội đồng nghiên cứu y tế Caribê (2004).

Mục 8 trong tuyên bố của diễn đàn toàn cầu về nghiên cứu y tế tại lễ bế mạc Diễn đàn số 8 tại Mexico City, 16-20/11/2004, có ghi: "Các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức phi chính phủ và cộng đồng phải tham gia vào việc quản lý, xác định, hình thành và thực hiện nghiên cứu y tế; vào áp dụng kiến thức và công nghệ do nghiên cứu mang lại; vào theo dõi sự tiến triển và duy trì các cuộc tranh luận của công chúng về nguồn lực và ưu tiên". Điều này đòi hỏi sự hình thành của các khối liên minh mới, cũng như sự hợp tác chặt chẽ hơn giữa các công dân, các nhà khoa học và các nhà hoạch định chính sách (People's Health Movement 2005). Cho đến nay đã có nhiều nỗ lực trong việc mở rộng vai trò của cộng đồng khi xác định ưu tiên trong nghiên cứu y tế bằng cách đẩy mức độ tham gia của

cộng đồng từ cấp độ phối hợp và tư vấn theo kiểu truyền thống trước đây lên cấp độ cùng nghiên cứu và phối hợp hành động (COHRED 2006). Bản thân truyền thông đại chúng có vai trò thông báo và truyền bá thông tin trên diện rộng và vì vậy mà có ảnh hưởng sâu sắc đến việc hoạch định và thực thi chính sách, qua đó gián tiếp tác động đến quá trình thiết lập chương trình nghị sự cho nghiên cứu. Rất nhiều tổ chức nghiên cứu sức khỏe quốc gia hiện nay đang thường xuyên trao đổi với các cơ quan truyền thông để có được các phản hồi sau khi thực thi các chính sách.

Các tổ chức xã hội dân sự và truyền thông đại chúng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định mức độ chấp nhận chính sách. Điều này đúng không chỉ đối với các vấn đề liên quan đến những vấn đề đạo đức khó giải quyết như nghiên cứu về tế bào tủy sống, mà còn với các cấp độ bất bình đẳng mà một xã hội thấy là không thể chấp nhận được. Chẳng hạn như sự trao đổi liên tục các thông tin phản hồi giữa các nhà nghiên cứu (người giúp lý giải cho một sự việc nào đó), xã hội dân sự và nhà hoạch định chính sách. Có những ví dụ điển hình về sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự như Hội nghị Xây dựng sự nhất trí Đan Mạch (Joss 1998) (một phương pháp đã được áp dụng thành công ở Chilê) (Filho & Zurita 2004) và Hội nghị Khoa học và Công nghệ quốc gia Brazil (Bộ Y tế Brazil 2005) đã giúp xác định chương trình nghị sự cho nghiên cứu y tế quốc gia.

Các cách tiếp cận hiện nay đang ảnh hưởng đến ưu tiên trong NCCS – HTYT quốc gia

Trong chương trước đã giới thiệu về các bên liên quan trong phần "Ai là người xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế", chương này sẽ đề cập đến các cơ chế hiện hành và các mô hình chính ảnh hưởng đến việc xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Chúng tôi quan tâm đến mô hình dựa trên ý kiến chuyên gia thường được áp dụng ở cấp độ toàn cầu và mô hình dựa trên nhu cầu được áp dụng phổ biến ở cấp quốc gia.

Cấp độ toàn cầu: Các mô hình dựa trên ý kiến chuyên gia

Đối với các nhà tài trợ và các sáng kiến sức khỏe toàn cầu, các chương trình nghiên cứu thường được xây dựng định kỳ dựa trên ý kiến của các chuyên gia tư vấn và được tập hợp theo nhiều cách khác nhau. Phương pháp này thường được áp dụng để xây dựng chương trình nghiên cứu y tế toàn cầu và hiếm khi áp dụng cho một quốc gia. Cách tiếp cận này dựa trên mong muốn truyền bá hiểu biết/kiến thức như một sản phẩm công cộng toàn cầu. Tuy nhiên, kiểu xây dựng chương trình như vậy cũng có ảnh hưởng sâu sắc đến việc một hoạt động nào đó xảy ra hay không xảy ra ở cấp quốc gia. Ngày càng có nhiều người hoạt động trong lĩnh vực y tế toàn cầu nhận ra rằng các khoản đầu tư phát triển của họ không mang lại hiệu quả do hệ thống y tế yếu kém, và do đó có nhiều kế hoạch tăng cường đầu tư vào việc phát triển hệ thống y tế. Tuy nhiên, để đảm bảo hiệu quả của việc đầu tư này, nó phải được liên kết với các nghiên cứu triển khai của quốc gia.

Thật không may là các cơ chế được áp dụng ở cấp độ toàn cầu đôi khi vô tình hạn chế sự tham gia hiệu quả của các bên liên quan ở cấp quốc gia. Ví dụ: hạn thời gian nộp đề cương quá ngắn đã ngăn cản hoặc hạn chế sự tham gia thực sự của các bên liên quan tại cấp quốc gia trong việc định hình và định hướng nghiên cứu (Block 2006). Các đối tác ở các quốc gia nghèo thường xuyên chỉ nhận được đề nghị tham gia vào xây dựng đề cương ở giai đoạn cuối khi đã rất gần thời hạn nộp. Với khoản kinh phí ít ỏi cho nghiên cứu, đối tác ở các nước nghèo khó có thể từ chối nhưng cũng khó sử dụng đề cương nghiên cứu đó cho nhu cầu thực tế của quốc gia. Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế nhận thấy các khoản tài trợ dành riêng cho nghiên cứu hệ thống y tế thường được sử dụng bên ngoài quốc gia thông qua hợp đồng và tư vấn của các nhà nghiên cứu đến từ các quốc gia phát triển, hoặc không được sử dụng do không xác định được ưu tiên một cách rõ ràng, hay do các ưu tiên của các nhà hoạch định chính sách tại quốc gia không phù hợp

(Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế 2004).

Hợp tác trong nghiên cứu giữa các quốc gia phát triển và đang phát triển ngày càng mở rộng. Tuy nhiên, điều này vẫn có thể dẫn đến hiện tượng "mô hình quan hệ hợp tác theo kiểu thuộc địa" khi mà các ưu tiên, nhu cầu và các hợp tác của các quốc gia phát triển quan tâm đến việc thử nghiệm hiệu quả của các can thiệp mới hơn là hỗ trợ các quốc gia đang phát triển xây dựng hệ thống y tế cùng hệ thống cung cấp các can thiệp đã được chứng minh là hiệu quả (Costello & Zumla 2000). Những nguyên tắc và hướng dẫn quan trọng đã được nêu rõ nhằm giảm sự mất cân bằng này (Ủy ban các cơ quan hợp tác nghiên cứu với các quốc gia phát triển của Thụy Sỹ 2001; Nhóm làm việc OECD DAC về hỗ trợ hiệu quả 2005; Van Damme và cộng sự, 2004). Đánh giá của Ủy ban châu Âu về hợp tác quốc tế trong nghiên cứu đã đưa ra nhiều bài học, cụ thể là về các vấn đề thiết lập sự cân bằng giữa các tổ chức nghiên cứu "Bắc-Nam" và duy trì năng lực của địa phương khi các dự án kết thúc (Ủy ban châu Âu 2004).

Một hiện tượng đang trở nên phổ biến trong việc xác định tài trợ cho các đề cương có nhiều đối tác tham gia là sự hình thành các "tập đoàn" nghiên cứu quốc tế và nhận được khoản kinh phí lớn để thực hiện một chương trình nghiên cứu thay vì các dự án đơn lẻ. Cách làm này có ưu điểm là cung cấp cho các nhà nghiên cứu mức tài trợ có thể dự đoán được, dài hạn và linh hoạt cho công việc của họ. Điểm yếu của nó lại là để đảm bảo tính cạnh tranh trong "tập đoàn", những cơ quan/tổ chức mạnh nhất (thường là của các quốc gia phát triển) chiếm ưu thế và gây khó khăn cho việc tham gia của các tổ chức mới/chưa nổi tiếng. Cách tiếp cận này chủ yếu phù hợp với nghiên cứu với mục đích thử nghiệm hiệu quả và hiệu lực của các can thiệp mới để làm bằng chứng/cơ sở cho các lựa chọn chính sách quốc gia; tuy nhiên, nó ít được sử dụng cho các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Bản thân các tổ chức đi đầu về y tế toàn cầu có quy mô lớn (như PEPFAR) có thể gây ảnh hưởng lớn đến các hệ thống y tế yếu kém. Họ có thể nhanh chóng củng cố các hệ thống này về mặt nào đó nhưng cũng có thể làm cho chúng suy yếu ở những mặt khác. Đây cũng là một lo lắng và là chủ đề quan tâm đối với các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Vậy làm sao để vấn đề này được đề cập trong chương trình, kế hoạch của các nhà tài trợ đi đầu trong lĩnh vực y tế toàn cầu? Chúng ta phải thấy được rằng yếu tố chính trị cũng có tham gia trong quá trình xây dựng chương trình.

Mô hình xác định ưu tiên trong nghiên cứu y tế toàn cầu do Ủy ban lâm thời về nghiên cứu y tế liên quan đến các lựa chọn can thiệp tương lai (WHO 1996) đưa ra là lấy gánh nặng bệnh tật làm điểm bắt đầu và được chia thành 4 trường hợp:

1. Với các can thiệp hiện có, vấn đề vẫn không thể phòng ngừa được.

2. Với các can thiệp hiện có, vấn đề có thể phòng ngừa được nhưng các can thiệp không có tính chi phí - hiệu quả.

3. Với các can thiệp hiện có, vấn đề có thể phòng ngừa được nếu hiệu quả can thiệp được nâng cao.

4. Với các can thiệp hiện có, vấn đề có thể phòng ngừa được.

Trường hợp 1 và 2 đòi hỏi các tiến bộ trong nghiên cứu y sinh học trong khi trường hợp 3 và 4 đòi hỏi các nghiên cứu về hệ thống và chính sách y tế. Như đã đề cập ở trên, các ưu tiên, được thể hiện bằng việc tài trợ, cho đến nay vẫn được xác định chủ yếu cho trường hợp 1 và 2, do đó đặt ra một thách thức đối với việc làm sao để mô hình này hoạt động hiệu quả.

Ủy ban lâm thời và diễn đàn toàn cầu về nghiên cứu y tế cũng đã đưa ra một quá trình 5 bước để xác định ưu tiên trong nghiên cứu hệ thống y tế:

■ Bước 1 - *Tầm quan trọng:* đo lường các chi phí liên quan và độ nghiêm trọng của các vấn đề trong hệ thống y tế

■ Bước 2 - *Các yếu tố quyết định*: xác định nguyên nhân dẫn đến sự tồn tại và kéo dài của

vấn đề và tại sao nghiên cứu cần giải quyết vấn đề đó.

■ Bước 3 - *Sự hiểu biết/kiến thức*: đánh giá sự hiểu biết/kiến thức hiện tại về từng vấn đề

■ Bước 4 - *Chi phí-hiệu quả*: đánh giá những lợi ích tiềm tàng của những nỗ lực nghiên cứu và phát triển.

■ Bước 5 - *Nguồn lực*: đánh giá nguồn lực hiện có để thực hiện các thay đổi.

Cách tiếp cận này phù hợp với xác định ưu tiên ở cấp độ toàn cầu chứ không phù hợp với cấp độ quốc gia vì bước 1 đến bước 3 chúng ta có thể thực hiện tại cấp quốc gia nhưng khó thực hiện được bước 4 và bước 5. Chính vì vậy mà diễn đàn toàn cầu về nghiên cứu y tế đã xây dựng ma trận các cách tiếp cận phối hợp (CAM), một công cụ có thể được áp dụng ở cả cấp toàn cầu và quốc gia (Ghaffar, de Francisco & Matlin 2004). CAM sử dụng cách tiếp cận hiệu quả với mục đích hỗ trợ các nhà hoạch định chính sách ra quyết định hợp lý để giảm tối đa gánh nặng bệnh tật với một sự đầu tư nhất định. Nó dựa trên các nguyên tắc về sự tương tác và hợp tác một cách minh bạch và đa ngành giữa các bên liên quan. Nó cũng sử dụng quá trình 5 bước ở trên như một phần của ma trận và kết hợp với cấu phần thứ 2 gồm 4 nhóm:

■ Cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng.

■ Bộ Y tế và các cục/viện liên quan.

■ Các lĩnh vực ngoài y tế.

■ Các chính sách kinh tế vĩ mô.

Cách tiếp cận này đã được thử nghiệm ở cấp toàn cầu và một vài quốc gia với những ứng dụng cụ thể (như xác định các ưu tiên của hội đồng nghiên cứu tại Ấn Độ), tuy nhiên các kinh nghiệm cho thấy việc áp dụng CAM vẫn còn những hạn chế.

Hộp 4.5. Các ví dụ về cách tiếp cận có sự tham gia trong xác định ưu tiên

Philippines

Năm 1999, Bộ Y tế và Hội đồng nghiên cứu và phát triển Y tế Philippine bắt đầu sử dụng cách tiếp cận hệ thống toàn diện trong xác định ưu tiên cho nghiên cứu y tế. Họ đưa thành văn bản chính thức một bản ghi nhớ về sự đồng thuận giữa các bên liên quan, tạo lập một quỹ chung cho nghiên cứu y tế và chỉ định Hội đồng nghiên cứu và phát triển Y tế Philippine (PCHRD) là cơ quan quản lý quá trình xác định ưu tiên cũng gồm 5 bước chính:

1. Chia quốc gia thành 6 vùng (tránh tình trạng các tổ chức trong khu vực thủ đô chiếm ưu thế so với các tổ chức ở những vùng khác);
2. Thiết lập ủy ban của từng vùng để giám sát quá trình tại cấp vùng và khu vực;
3. Xây dựng hệ thống chuyên gia của khu vực để điều phối việc báo cáo đánh giá tình hình cũng như đưa ra sự tư vấn ở cấp khu vực trong xác định ưu tiên;
4. Xây dựng Ủy ban tại từng vùng có trách nhiệm thông qua các báo cáo chung của vùng để đi đến thống nhất và xếp loại ưu tiên; và
5. Xây dựng một nhóm làm việc có chức năng đưa ra danh sách cuối cùng của các ưu tiên quốc gia dựa trên sự tư vấn ở cấp khu vực và vùng.

Nam Phi

Bộ Khoa học và Công nghệ thực hiện một "bài tập" dự đoán, sử dụng các ưu tiên trong nghiên cứu y tế thiết yếu quốc gia được xác định năm 1996 (dựa trên cách tiếp cận 5 bước của Ủy ban lâm thời về nghiên cứu y tế liên quan đến các lựa chọn can thiệp tương lai).

■ "Bài tập" dự đoán đánh giá bối cảnh vĩ mô để đưa ra các khả năng trong tương lai và đáp ứng của lĩnh vực khoa học công nghệ đối với các khả năng đó. Quá trình này đã đưa ra những câu hỏi gây nhiều tranh cãi và sử dụng phương pháp Delphi để có sự tham gia của một nhóm lớn.

■ Rất nhiều chiến lược hành động đã được đề xuất. Các câu trả lời cho những câu hỏi được nêu ra đã được xếp ưu tiên dựa trên một loạt các tiêu chí chung ở tất cả các cấp tư vấn.

■ Kết quả của quá trình này đã dẫn đến sự ra đời của một số chỉ dẫn cho lộ trình hoạt động.

Cấp quốc gia: các mô hình dựa trên cầu (demand-driven models)

Các ưu tiên hợp lý trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế nên xuất phát từ cấp quốc gia, và vai trò chính của cấp toàn cầu là thúc đẩy cũng như điều phối quá trình xác định ưu tiên cũng như hỗ trợ/ủng hộ chương trình nghiên cứu quốc gia ngay cả khi nó không giống với các ưu tiên đã được xác định ở cấp toàn cầu. Nghiên cứu hệ thống y tế vốn đã mang tính đa ngành, đa lĩnh vực. Ở nhiều quốc gia nghèo, nhóm nghiên cứu trong các lĩnh vực này thường nhỏ và không có mối liên hệ chặt chẽ với các nhà hoạch định chính sách hay cộng đồng. Để khắc phục tình trạng này, một số quốc gia đã áp dụng khái niệm nghiên cứu y tế quốc gia thiết yếu với sự tham gia của nhiều bên liên quan trong "mối quan hệ tay ba" các nhà nghiên cứu - thành viên cộng đồng - các nhà hoạch định chính sách để cùng xây dựng lộ trình nghiên cứu y tế cho địa phương. Cách tiếp cận này nâng cao khả năng phiên giải các đánh giá nhu cầu và tập trung hơn vào sự bình đẳng, công bằng xã hội và người nghèo cũng như đề cập đến các khía cạnh xã hội, kinh tế, chính trị, đạo đức và quản lý quan trọng đối với cộng đồng và hệ thống (COHRED 2000). Trong quá trình Nghiên cứu Y tế quốc gia thiết yếu, các nhà nghiên cứu thuận lợi hơn trong mối quan hệ tay ba này vì họ thường có kỹ năng tốt hơn trong việc xác định nhu cầu nghiên cứu và biện luận cho các ưu tiên của mình (Swingler và cộng sự, 2005). Những ưu tiên về kiểm soát bệnh tật cụ thể một lần nữa chiếm ưu thế hơn các chương trình nghiên cứu về khía cạnh chi phí liên quan đến các vấn đề chức năng xuyên suốt của hệ thống y tế như tài chính, quản lý, thông tin và sự bao phủ của dịch vụ. Một cách để tránh tình trạng không đồng nhất, thiếu liên kết có thể xảy ra của các ưu tiên nghiên cứu là đưa các nghiên cứu triển khai vào các chương trình địa phương nhằm "đưa thực hành vào nghiên cứu" (Walley và cộng sự, 2007).

Biên bản hợp tác của COHRED (2006a) là một ví dụ về việc một số quốc gia đã làm gì để xác định ưu tiên cho Nghiên cứu Y tế quốc gia thiết yếu (xem hộp 4.5). Sự thành công này chủ yếu dựa trên việc xác định ưu tiên từ dưới lên, theo cách tiếp cận toàn diện và các phương pháp nhằm loại bỏ ưu thế vượt trội của bất kỳ nhóm hay vùng nào.

Hiện nay, nghiên cứu y tế quốc gia ở các nước nghèo phụ thuộc rất nhiều vào các nguồn tài trợ quốc tế để trả lương, duy trì cơ sở vật chất và triển khai các dự án nghiên cứu; do vậy, không có gì ngạc nhiên khi các chương trình nghiên cứu y tế quốc tế đang gây áp lực quá mức lên các chương trình nghiên cứu cũng như năng lực của các quốc gia này. Điều này cùng với việc thiếu sự rõ ràng trong xác định ưu tiên nghiên cứu y tế quốc gia đang tạo một thách thức lớn trong việc làm sao để có các ưu tiên quốc gia đúng đắn và phù hợp. Những thách thức này gồm có:

- Năng lực quản lý và giám sát nhằm xác định hệ thống nghiên cứu quốc gia;
- Các nguồn kinh phí của các dự án quốc tế đang làm lệch hướng chương trình nghiên cứu quốc gia;
- Các hoạt động thiếu linh hoạt của các nhà tài trợ đang ảnh hưởng đến các ưu tiên quốc gia;
- Quan hệ hợp tác bất bình đẳng giữa các đối tác đến từ các nước phát triển và đang phát triển làm chậm sự phát triển năng lực nghiên cứu của các quốc gia;
- Thiếu sự chia sẻ và trao đổi thông tin một cách hiệu quả (Ali và cộng sự, 2006).

Hộp 4.5. Các ví dụ về cách tiếp cận có sự tham gia trong xác định ưu tiên (tiếp)

Brazil

Bộ Y tế (BYT) đưa ra quy trình xác định ưu tiên vào năm 2003.

Một nhóm do Hội đồng Y tế quốc gia chỉ định đề xuất 20 chương trình nghiên cứu y tế.

■ Ưu tiên cho từng chương trình được xác định qua các hội thảo quốc gia với sự tham gia của hơn 500 nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách.

■ Trong giai đoạn chuẩn bị, 307 thành phố và 24 bang đã tổ chức các hội thảo tại địa phương với sự tham gia của khoảng 15.000 người.

■ Khoảng 360 đại biểu ngành y tế đã được lựa chọn tại các cuộc hội thảo địa phương để tham gia thảo luận tại các hội thảo quốc gia.

■ Một chính sách quốc gia, cùng với ba chương trình khác, (dành cho khoa học, công nghệ và tiến bộ trong y tế) được thông qua trong hội thảo quốc gia. Chính sách và các chương trình này định hướng cho sự đầu tư của Bộ Y tế vào lĩnh vực nghiên cứu và phát triển.

Nguồn: COHRED (2006b)

Những vấn đề trên ít trầm trọng ở các quốc gia có thu nhập trung bình bởi họ ít phụ thuộc hơn vào các nguồn tài trợ từ bên ngoài cho nghiên cứu y tế và có điều kiện hơn trong xác định ưu tiên cũng như tự chi trả cho các chương trình nghiên cứu của họ. Mặc dù vậy, họ cũng gặp phải một loạt các khó khăn khi đưa các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế vào chương trình nghiên cứu chung bởi các nghiên cứu này thường không được coi trọng bằng các lĩnh vực nghiên cứu khác. Nó phụ thuộc rất nhiều vào vai trò của khoa học và công nghệ trong các chính sách phát triển chung cũng như cơ cấu dịch vụ y tế.

Các cách tiếp cận trong xác định ưu tiên quốc gia đòi hỏi một hệ thống thông tin. Một hệ thống thông tin y tế quốc gia toàn diện là hệ thống then chốt của bất kỳ hệ thống y tế nào. Quan trọng hơn là các bên liên quan phải sử dụng các mô hình nghiên cứu hệ thống y tế phù hợp và các nghiên cứu mới thích hợp nhất. WHO đưa ra các số liệu thống kê y tế hàng năm cho tất cả các quốc gia, tuy nhiên rất nhiều số liệu thống kê quan trọng của hầu hết các quốc gia nghèo lại phần lớn dựa trên việc ước lượng từ các mô hình. Mạng lưới Nghiên cứu y tế vẫn đang tiếp tục nỗ lực xây dựng năng lực cung cấp thông tin ở các quốc gia này để hỗ trợ cho việc xác định ưu tiên. Việc hệ thống hóa và tổng hợp các bằng chứng nghiên cứu tại địa phương cũng là cần thiết. Tổ chức xây dựng chính sách tại Đông Phi (REACH) cũng đang cố gắng thực hiện việc này (xem chương 6).

Các quốc gia sử dụng cách tiếp cận có sự tham gia của nhiều bên liên quan trong xây dựng kế hoạch và tài chính y tế ngày càng đòi hỏi việc đánh giá hàng năm đối với lĩnh vực y tế. Các đánh giá này cho thấy có rất ít thông tin về hoạt động của chương trình và khoản đầu tư cũng như rất ít bằng chứng để các quốc gia dựa vào đó xây dựng kế hoạch. Điều đó cho thấy cần chú trọng đầu tư thêm cho cả hệ thống thông tin y tế và hệ thống nghiên cứu y tế. Bộ Y tế và các nhà tài trợ phải làm việc cùng nhau, sử dụng các cách tiếp cận có sự tham gia của nhiều bên liên quan và khung chi tiêu trung hạn để đảm bảo các khoản đầu tư được sử dụng hiệu quả.

Hướng đến năng lực thực sự cho một cách tiếp cận tích hợp hệ thống đối với việc xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Phần này giới thiệu các chiến lược tiềm tàng để nâng cao năng lực của các bên liên quan chính trong xác định ưu tiên ở cấp toàn cầu và cấp quốc gia.

Phần trước cho thấy các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế của quốc gia nhìn chung vẫn chưa được quan tâm trong lĩnh vực nghiên cứu y tế nói chung, cả từ phía các nhà tài trợ toàn cầu cũng như ở các quốc gia nghèo. Một sự thờ ơ khác là nhìn chung các quốc gia đều thất bại trong quá trình và năng lực xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế mặc cho đã có các nỗ lực chung suốt 15 năm qua trong việc xác định và chú trọng vào vấn đề này. Tuy nhiên, rõ ràng cũng đã có một sự nhất trí cao về các nguyên tắc và giá trị cơ bản. Thất bại trong khi áp dụng chúng vào thực tế cho thấy việc chú trọng hơn vào xây dựng năng lực trong xác định ưu tiên cũng như các công cụ và quá trình là phù hợp trong giai đoạn này. Vậy chúng ta có thể làm gì?

Năng lực xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở cấp toàn cầu

Ở cấp toàn cầu, xác định ưu tiên trong nghiên cứu y tế được xác định chủ yếu bởi ngành công nghiệp (lợi ích thương mại của ngành công nghiệp dược phẩm và trang thiết bị y tế). Mặt khác, các nghiên cứu y tế công cộng toàn cầu phụ thuộc khá lớn vào các nhà tài trợ quốc tế và các tổ chức y tế toàn cầu nên có xu hướng dựa vào ý kiến các chuyên gia. Trong những năm gần đây, do ảnh hưởng của các tổ chức y tế toàn cầu, các nghiên cứu bắt đầu tập trung nhiều hơn vào các can thiệp dành cho gánh nặng bệnh tật chính của người nghèo ở các quốc gia nghèo. Trong bối cảnh đó, nghiên cứu hệ thống y tế mang tính ứng dụng, thậm chí là các nghiên cứu hỗ trợ cho các can thiệp đối với các bệnh đó vẫn không được ưu tiên hàng đầu. Không những vậy, ngành y tế toàn cầu đang mong muốn có sự cân bằng đầu tư cho nghiên cứu mang tính phát hiện mới và coi đó là sản phẩm công cộng toàn cầu, hay các nghiên cứu tìm ra cách sử dụng/áp dụng những phát hiện mới đó trong hệ thống y tế thông qua chính sách để thực sự mang lại cho người dân các lợi ích sức khỏe như mong muốn.

Các tổ chức sức khỏe toàn cầu cần phải có hiểu biết sâu về bối cảnh cũng như thực trạng hệ thống y tế. Điều này sẽ đem lại tiếng nói có trọng lượng hơn cho các chuyên gia nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở các quốc gia nghèo và các quốc gia thu nhập trung bình trong việc xác định ưu tiên ở cấp toàn cầu. Do năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế thường hạn chế và tiếng nói của nhóm này thường không có nhiều ảnh hưởng so với các nhóm liên quan khác, nên hiện nay đang có ý kiến cho rằng các tổ chức sức khỏe toàn cầu nên dành nguồn lực riêng cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế thay vì quyết định phân bổ nguồn lực cho các nghiên cứu đó dựa trên các yêu cầu tài trợ.

Các nhà tài trợ nghiên cứu y tế toàn cầu cũng cần tài trợ cho các chương trình dài hạn và kế hoạch quốc gia thay vì tài trợ cho các dự án nhỏ để có thể thu hút và xây dựng các trung tâm chuyên về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Các tổ chức sức khỏe toàn cầu thường hỗ trợ các kế hoạch nghiên cứu có sự phối hợp của quốc gia phát triển và đang phát triển, và việc này thường giúp nâng cao năng lực cá nhân hơn là nâng cao năng lực của tổ chức. Khoản tài trợ cho kế hoạch sẽ có giá trị hơn nhiều nếu các hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật chủ yếu dành cho xây dựng năng lực của tổ chức tại các quốc gia đang phát triển, những nơi đang cần các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế cũng như xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Điều này có thể bao gồm các hội thảo về viết đề cương và các khoản tài trợ cho các dự án địa phương thực hiện trong thời gian dài hơn. Các tổ chức sức khỏe toàn cầu cũng có thể giữ vai trò đảm bảo sự tiếp cận tốt hơn đối với hệ thống dữ liệu toàn cầu và khu vực để nâng cao năng lực quốc gia trong xác định ưu tiên.

Sự cạnh tranh tiềm ẩn trong việc kêu gọi đề cương nghiên cứu là áp lực vì đầu ra là các bài báo trên các tạp chí có uy tín chứ không phải là đầu ra có định hướng chính sách những lại ít có cơ hội đăng tải trên tạp chí. Các nhà tài trợ nghiên cứu cần hỗ trợ để thay đổi văn hóa này theo cách đánh giá cao các kế hoạch, sản phẩm công bố có định hướng nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, đồng thời kết hợp chúng với các đầu ra và tác động

thực tế đến hệ thống y tế. Điều này có ý nghĩa đối với văn hoá cũng như mong muốn của cộng đồng nghiên cứu rộng hơn.

Tóm lại, hành vi của các nhà tài trợ quốc tế cần thay đổi theo các hướng sau:

- Chú trọng hơn đến nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế nói chung bằng cách đảm bảo cân bằng sự tham gia của các chuyên gia nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc tế trong quá trình xác định ưu tiên;
- Tăng cường hỗ trợ các chương trình dài hạn thay vì các dự án ngắn hạn;
- Tăng cường hỗ trợ cộng đồng nghiên cứu, chia sẻ số liệu và kiến thức trong các chương trình của họ.

Năng lực xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia

Các quốc gia phải nhận thấy sự cần thiết và nắm bắt các cơ hội xây dựng môi trường thuận lợi và năng lực cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, bao gồm năng lực phát triển, định hướng và tài trợ cho chương trình quốc gia để củng cố hệ thống y tế (nhóm làm việc OECD DAC về hỗ trợ hiệu quả 2005). Bộ Y tế cần đóng vai trò chủ đạo trong việc này vì tất cả các chức năng của hệ thống y tế đều có nhu cầu nâng cao năng lực, bao gồm quản lý (lãnh đạo, điều hành và giao tiếp), tài chính, quản lý nguồn lực, thông tin, cung cấp dịch vụ và nghiên cứu (Lansang & Dennis 2004). Thực tế là gần đây tất cả các quốc gia đã thông qua nghị quyết 59.24 của Hội đồng Y tế thế giới mà dựa vào đó các quốc gia đề nghị và xác định ưu tiên trong nghiên cứu y tế cho mỗi quốc gia. Đây là điều kiện tiên quyết nếu như sự liên kết là mục tiêu chính đáng. COHRED đã đưa ra khái niệm về "xây dựng chương trình dọc có trách nhiệm", tức là các tổ chức y tế toàn cầu, với những thay đổi không đáng kể trong cách tiếp cận, có thể giúp hỗ trợ cho hệ thống nghiên cứu y tế quốc gia trở nên khả quan hơn mà không ảnh hưởng đến các thành quả của họ. Ở các quốc gia nghèo với cách tiếp cận đa ngành trong tài trợ của các bên liên quan trong lĩnh vực y tế thì quỹ dành cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế có thể được phân bổ trong ngân sách quốc gia dành cho y tế. Khi các quốc gia này có các ưu tiên trong nghiên cứu y tế quốc gia rõ ràng và có một hệ thống nghiên cứu y tế quốc gia để tự đầu tư, các tổ chức y tế toàn cầu sẽ dễ dàng hơn để liên kết với họ (Ali và cộng sự, 2006; nhóm làm việc OECD DAC về hỗ trợ hiệu quả 2005).

Trong một hệ thống nghiên cứu y tế quốc gia, từng quốc gia có quyền chú trọng vào nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (Cassels & Janovsky 1996) như một lĩnh vực lớn có vị trí cân bằng và tách biệt so với 2 lĩnh vực chính khác trong nghiên cứu y tế quốc gia là kiểm soát bệnh tật và hành vi hộ gia đình. Điều này có thể thấy ở các quốc gia Mỹ Latinh đã được đề cập ở trên. Phù hợp với cách tiếp cận này, cũng ngày càng cho thấy các nhà hoạch định chính sách cần một quá trình hỗ trợ giúp họ chuyển các vấn đề về hệ thống và chính sách thành các câu hỏi nghiên cứu. Việc này đòi hỏi sự sáng tạp như tạo lập "Diễn đàn an toàn" (nơi các nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách có thể trao đổi/thảo luận riêng về một vấn đề nào đó mà không bị ghi lại nội dung thảo luận), các nhà môi giới, trung gian nghiên cứu, và văn hóa tương tác thường xuyên giữa các nhà hoạch định chính sách, nhà nghiên cứu và những người thuộc các tổ chức xã hội dân sự (Lavis và cộng sự, 2006; Lomas và cộng sự, 2003; van Kammen, de Savigny & Sewankambo 2006).

Các nhà hoạch định chính sách cũng có thể thúc đẩy những nỗ lực này bằng cách đưa vào luật quy định về tỷ lệ tối thiểu trong kinh phí y tế sẽ được dành cho nghiên cứu y tế. Vào thập kỷ 90, Ủy Ban nghiên cứu y tế vì sự phát triển đã đề nghị dành tỷ lệ tối thiểu là 2% cho nghiên cứu y tế (Ủy ban nghiên cứu y tế vì sự phát triển 1990). Những đánh giá mới nhất của Liên minh cho thấy chỉ có 0,017% chi phí dành cho y tế được sử dụng cho các dự án nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế 2004). Tuy có thêm kinh phí của các cơ quan khác dành cho các tổ chức để thực hiện các

nghiên cứu này nhưng phần kinh phí đó vẫn rất ít ỏi.

Chúng tôi cho rằng quá trình xác định ưu tiên được áp dụng rộng rãi như Nghiên cứu y tế quốc gia thiết yếu cố gắng xây dựng văn hóa trong đó có sự phối hợp giữa các tổ chức xã hội dân sự, các nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu vẫn là cách kết hợp rất cần thiết cho tương lai. Chỉ có một vấn đề còn thiếu là năng lực để có thể đi nhanh trên con đường này. Xác định và phát triển cơ chế cùng các phương tiện tổ chức thích hợp là khởi điểm rất quan trọng. Chúng tôi đã đưa ra một số ví dụ về các cơ chế đang được sử dụng trong các hệ thống y tế khác nhau tại một số quốc gia. Hơn nữa, xây dựng môi trường tin tưởng giữa các bên liên quan để đạt đến sự thống nhất khi gặp phải các lựa chọn khó khăn trong xác định ưu tiên trong điều kiện không đủ nguồn lực cũng là một việc cần sự đổi mới/thay đổi.

Những sáng tạo trong quá trình xác định ưu tiên một cách hệ thống cho nghiên cứu y tế đang nổi lên đối với các nghiên cứu chuyên đề (CHNRI 2006), điều này cũng có thể áp dụng cho việc xác định ưu tiên nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Tổ chức nghiên cứu về dinh dưỡng và sức khỏe trẻ em (CHNRI) đề nghị bỏ các tiêu chuẩn xác định ưu tiên cho nghiên cứu y tế hiện tại định hướng bởi sự thiên lệch của nhóm lợi ích, các chuyên gia và sự hấp dẫn của các kết quả nghiên cứu để đăng tải trên các tạp chí có tiếng, và thay bằng các tiêu chuẩn đo lường cho điểm một cách hệ thống các lựa chọn nghiên cứu có ảnh hưởng đến sự bình đẳng, hiệu quả, khả năng chi trả, tính bền vững và khả năng cung cấp của hệ thống y tế, cũng như khả năng giảm gánh nặng bệnh tật. Cách tiếp cận của CHNRI dẫn đến việc xếp hạng ưu tiên cho các lựa chọn nghiên cứu y tế có sự khác biệt rõ rệt. Khi áp dụng cho những trường hợp cụ thể trong xác định ưu tiên nghiên cứu y tế ở cấp toàn cầu (ví dụ, các lựa chọn nghiên cứu về trẻ em bị viêm phổi) hay ở cấp quốc gia (ví dụ, các lựa chọn nghiên cứu về trẻ em ở Nam Phi), mười ưu tiên hàng đầu được xác định ở cả hai cấp đều là các lựa chọn về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế trong khi mười ưu tiên xếp hạng cuối cùng phần lớn là các lựa chọn kinh điển và chủ yếu là các nghiên cứu phát hiện hay đổi mới thông thường (Rudan, Arifeen & Black 2006). Các cách tiếp cận mới nhằm có được sự tham gia của các tổ chức an sinh xã hội trong xây dựng chương trình nghiên cứu cũng vô cùng cần thiết và khả thi. Ví dụ như: các trang nhật ký điện tử trên internet được đề nghị sử dụng như một cơ chế để xây dựng chương trình nghị sự nghiên cứu y tế quốc tế (Rudan và cộng sự, 2007). Với sự phát triển nhanh chóng của internet trên toàn cầu, những cách tiếp cận này có thể giúp xây dựng năng lực trong quá trình thiết lập chương trình nghị sự nghiên cứu y tế quốc gia.

Ai nên tham gia vào việc xây dựng năng lực trong xác định ưu tiên cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia? Mô hình được sử dụng ở đây cho rằng quá trình này nên do các nhà hoạch định chính sách của Bộ Y tế chỉ đạo cùng với sự hỗ trợ của các hội đồng nghiên cứu y tế quốc gia nếu có, hay ít nhất là những bên liên quan chính khác như Bộ Khoa học và Công nghệ, các trường đại học và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhóm chỉ đạo đòi hỏi phải là nhóm đáng tin cậy để có thể tập hợp được các bên liên quan (gặp mặt trực tiếp hoặc thông qua mạng) và đạt được sự thống nhất về các công cụ cũng như quá trình phù hợp cho việc đàm phán về các ưu tiên trong bối cảnh thực tế. Việc áp dụng Khung năng lực của Liên minh nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế sẽ hỗ trợ các bên liên quan nhìn nhận được vai trò và ảnh hưởng của họ trong các bối cảnh phức tạp mà ở đó các hệ thống và chính sách đang vận hành.

Sau cùng, chúng ta cũng cần xem xét và phát triển các chỉ số quá trình cho việc đánh giá năng lực xác định ưu tiên nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế phù hợp cho địa phương để có thể chứng minh rằng kinh phí cho nghiên cứu y tế ở các quốc gia ngày càng dành nhiều cho các ưu tiên nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế quốc gia.

Kết luận

Trong chương này, chúng ta tìm hiểu chức năng đầu tiên trong bốn chức năng của mô hình/khung cơ sở. Hiện nay, chương trình và hệ thống toàn cầu đang chi phối việc xác định ưu tiên cho nghiên cứu, và có một nhu cầu thực tế là cần nâng cao năng lực cho hệ thống y tế quốc gia để họ có thể tự xây dựng chương trình nghị sự cho mình. Các hệ thống y tế và chính trị khác nhau có những cơ chế tổ chức và tiêu chí khác nhau để đàm phán/dàn xếp giữa các bên liên quan nên việc hỗ trợ để nâng cao năng lực này là quan trọng. Thêm nữa, các tổ chức tài trợ quốc tế cũng cần xem xét để điều chỉnh cơ chế của họ ở những điểm cần thiết để đáp ứng tốt hơn cho nhu cầu của quốc gia.

Tất nhiên kết quả cuối cùng của quá trình xác định ưu tiên trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là một loạt các câu hỏi nghiên cứu cần có câu trả lời cùng với các nguồn lực để thực hiện việc đó. Chúng ta sẽ tìm hiểu chức năng thứ hai, đáp ứng đối với các ưu tiên - chức năng phát hiện và phổ biến kiến thức - trong chương tiếp theo.



Chương V

TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC TẠO RA TRI THỨC/KIẾN THỨC

Thông điệp chủ đạo

- Kinh nghiệm của các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình về tổ chức và lĩnh vực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế khác nhau khá nhiều.
- Các chiến lược phát triển năng lực nghiên cứu trước kia chỉ tập trung vào nâng cao từng kỹ năng riêng lẻ, nhưng càng ngày người ta càng nhận ra sự cần thiết phải tập trung vào mọi khía cạnh của năng lực và phải chú ý đặc biệt tới cơ cấu tổ chức.
- Vấn đề cốt lõi trong tăng cường năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế phải là các tổ chức và môi trường nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế rộng lớn hơn.
- Các tổ chức nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế và các quỹ tài trợ cần tìm ra cách thức để tạo điều kiện cho sự hợp tác và các mạng lưới hoạt động có hiệu quả, bảo đảm mục tiêu nâng cao năng lực.
- Tài trợ cho năng lực là cần thiết gồm cả những sáng kiến cụ thể cũng như tài trợ bổ sung để thực hiện nghiên cứu nói chung.
- Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là một lĩnh vực nghiên cứu khá mới. Do đó, nó phải đối mặt với những thử thách đòi hỏi phải có những giải pháp không chỉ giới hạn trong từng tổ chức đơn lẻ. Hơn thế, một vài quốc gia cần các chiến lược để nâng cao một cách toàn diện khu vực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế về các mặt văn hoá, tính đồng nhất và quản lý.

Giới thiệu

Bây giờ chúng ta sẽ chuyển sang chức năng thứ hai - đó là tạo ra và phổ biến kiến thức trong NC CS-HTYT. NC CS-HTYT là một mảng mới trong hoạt động nghiên cứu - 20 năm trước, khái niệm này không hề tồn tại trong cộng đồng nghiên cứu, và cũng không hề được các nhà hoạch định chính sách quan tâm. Còn hiện nay ngay đến từ viết tắt "NC CS-HTYT" cũng được biết đến một cách rộng rãi, có lẽ đây chính là dấu hiệu của sự chấp nhận! Cụ thể hơn, NC CS-HTYT đang đóng một vai trò ngày càng lớn, đặc biệt nó được coi như một chương trình tiên phong nhằm giải quyết các vấn đề tồn tại trong hệ thống y tế. Như thực tế mà hộp 5.1 đã nêu ra, những kết quả có được từ NC CS-HTYT là không hề nhỏ, tuy nhiên, sự đầu tư vào lĩnh vực nghiên cứu này lại quá ít ỏi. Điều này đã gây ra hạn chế nghiêm trọng trong năng lực nghiên cứu, nhất là ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

Chương này sẽ tìm hiểu chức năng quan trọng là tạo ra và phổ biến NC CS-HTYT. Tuy rằng một tỷ lệ lớn các hoạt động NC CS-HTYT được tiến hành dựa trên sự hợp tác quốc tế, nhưng chúng ta sẽ tập trung vào các hoạt động diễn ra ở cấp độ quốc gia. Chương này sẽ bắt đầu với việc chỉ ra những cơ quan chủ chốt có liên quan tới chức năng tạo ra kiến thức và đánh giá tình trạng hiện tại của chức năng này. Sau đó, chúng ta sẽ bàn luận về những phương pháp nâng cao năng lực của các tổ chức chính liên quan đến quá trình tạo ra kiến thức - các trung tâm nghiên cứu và các trường đại học (và Bộ y tế, nhưng ở mức độ ít hơn). Như các chương khác, mỗi quốc gia sẽ đưa ra những khó khăn riêng, nhất là về mặt nguồn lực, điều đó sẽ gợi ý những chiến lược khác nhau, thích hợp với từng hoàn cảnh.

Tình trạng hiện tại của chức năng tạo ra kiến thức trong NC CS-HTYT

Năng lực để tiến hành NC CS-HTYT ở từng nơi rất khác nhau. Tuy một số tổ chức nghiên cứu NC CS-HTYT ở các quốc gia có thu nhập trung bình hoạt động rất hiệu quả, nhưng tình hình nói chung không ổn định. Tình hình nghiêm trọng nhất là ở các quốc gia nghèo nhất và nhỏ bé nhất. Ở những quốc gia này, khan hiếm tài trợ trong quốc gia cùng với 'chảy máu chất xám' (việc những lao động được đào tạo di cư đến các quốc gia phát triển) đã gây ra những hạn chế trong khả năng tạo ra tri thức. Tình hình cũng xấu không kém ở những quốc gia mà năng lực nghiên cứu trong nước tập trung chủ yếu vào thực hiện các đề tài nghiên cứu được quyết định bởi các tổ chức nước ngoài (Ali & Hill 2005). Nhiều nhà hoạch định chính sách ở các quốc gia yếu kém về năng lực nghiên cứu không được tiếp cận với những thông tin phù hợp, bị buộc phải dựa vào những kết quả nghiên cứu kém chất lượng hay những tổ chức nghiên cứu quốc tế không phù hợp với bối cảnh quốc gia mình, hoặc phải dựa vào các nhà tài trợ trong việc phiên giải cơ sở bằng chứng sẵn có.

Luôn tồn tại những thách thức chung cho sự phát triển năng lực nghiên cứu trong lĩnh vực y tế (Nchinda 2002), nhưng cũng có một số thách thức đặc trưng đối với NC CS-HTYT. Những thách thức đó nảy sinh từ bản chất của nhu cầu về thông tin trong quá trình chính sách, từ đòi hỏi phải kết hợp kiến thức một cách phù hợp, và từ những khó khăn mang tính phương pháp luận vốn có của một lĩnh vực nghiên cứu mới và có tính đa ngành. Như chúng ta đã thấy trong chương 4, các nguồn lực dành cho NC CS-HTYT cũng không hề có được sự ưu tiên nào (Ali & Hill 2005).

Các tổ chức tham gia vào việc tạo ra kiến thức trong NC CS-HTYT

Đầu tiên, chúng ta xem xét đặc điểm của các tổ chức tham gia vào việc tạo ra kiến thức trong NC CS-HTYT với những hiểu biết đã có về yếu tố năng lực trong khung khái niệm của chúng ta.

Điều hành và lãnh đạo

Có rất nhiều loại tổ chức khác nhau ở cấp quốc gia có thể tiến hành NC CS-HTYT: trường đại học, trung tâm nghiên cứu, viện chính sách, tổ chức phi chính phủ (NGOs), công ty tư vấn tư nhân, cơ quan quốc tế, các bộ trực thuộc chính phủ, và một số tổ chức

khác. Một cuộc điều tra về các tổ chức nghiên cứu ở các quốc gia đang phát triển tiến hành vào năm 2004 của Alliance cho thấy rằng phần lớn (69%) đều là các tổ chức công, trong khi 30% là của tư nhân (mặc dù tỷ lệ tổ chức tư nhân ở những quốc gia có thu nhập trung bình có nhỉnh hơn, ở mức 40%). Liên kết nghiên cứu trong khu vực và thế giới đang ngày càng tăng một cách rõ rệt. Điều ngạc nhiên là không có một đánh giá mang tính hệ thống nào so sánh hoạt động của những tổ chức này. Tuy nhiên, tính đa dạng của các tổ chức cho thấy rằng những mô hình khác nhau sẽ phù hợp với từng hoàn cảnh khác nhau, hay nói cách khác cơ cấu tổ chức và hình thức sở hữu của các cơ quan này không thật sự quan trọng, điều đáng quan tâm là nó hoạt động như thế nào.

Hộp 5.1. Kết quả của nhiên cứu hệ thống y tế

Một nghiên cứu gần đây đã thử ước tính lợi ích từ những khoản đầu tư vào công nghệ mới so với lợi ích có được khi đầu tư vào nghiên cứu để phát triển việc cung ứng và sử dụng dịch vụ y tế. Tiến hành điều tra tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi ở 42 quốc gia thu nhập thấp cho kết quả như sau: nếu như phát triển công nghệ mới giúp giảm 21,5% tỷ lệ tử vong ở trẻ em thì nâng cao sử dụng dịch vụ y tế có thể giảm được 62,5% tỷ lệ này. Mặc dù lợi ích thu được từ nghiên cứu về cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế rõ ràng lớn hơn rất nhiều, nhưng nghiên cứu này cho thấy 97% nguồn tài trợ từ hai quỹ tài trợ công và tư lớn nhất về lĩnh vực y tế lại được dành cho phát triển công nghệ mới

Nguồn: Leroy và cộng sự (2007).

Các tổ chức khác nhau sẽ có mục tiêu và hoạt động tổng thể khác nhau. Các trường đại học kết hợp nghiên cứu với giảng dạy và có thể có nhiều chuyên ngành khác nhau; trái lại, các tổ chức nghiên cứu độc lập dường như ít liên quan đến hoạt động giáo dục mà thường tập trung vào những lĩnh vực riêng (ví dụ như: NC CS-HTYT). Tất cả những tổ chức này đều có thể ghép các hoạt động tư vấn bên cạnh công tác nghiên cứu. Những điểm khác biệt trong sự phối hợp hoạt động chắc chắn sẽ dẫn đến sự khác nhau về trọng điểm và loại hình nghiên cứu được tiến hành. Ví dụ: ở một số quốc gia, các đơn vị hàn lâm thường chỉ quan tâm đến chuyên môn hóa theo ngành. Do NC CS-HTYT có tính đa ngành, nên đây cũng có thể là một lý do để phát triển những loại hình mới của những tổ chức chuyên về NC CS-HTYT. Một số ví dụ tiêu biểu là: Funsalud (Mexico), Học viện Quốc tế Curatio (CIF, Georgia), Quỹ Hệ thống Y tế (Nam Phi), Chương trình Chính sách y tế thế giới (IHPP, Thái Lan) và Viện Chính sách y tế (IHP, Sri Lanka).

Quy định về trách nhiệm ở những cơ quan này cũng khác nhau. Ví dụ: các tổ chức nghiên cứu có thể được thành lập, trực tiếp quản lý và tài trợ bởi chính phủ, hoạt động không vì mục đích lợi nhuận với hệ thống quy định riêng biệt, hay cũng có thể hoạt động như những tổ chức vì lợi nhuận. Những tổ chức NC CS-HTYT thành công dường như đều có những đặc điểm sau:

- Tự chủ trong hoạt động nhưng vẫn giữ được mối quan hệ thân thiết với những nhà hoạch định chính sách;
- Trung lập trong con mắt của những bên có liên quan;
- Phối hợp nhịp nhàng trong công tác tuyển dụng và quản lý các nhà nghiên cứu NC CS-HTYT; và
- Có khả năng huy động đội ngũ các chuyên gia kỹ thuật trình độ cao, dựa trên những công ty có hiểu biết sâu về bối cảnh chính sách.

Khả năng lãnh đạo cũng là một nhân tố quan trọng dẫn tới thành công trong việc phát triển các tổ chức NC CS-HTYT (Nchinda 2002; CCGHR & BRAC 2007). Pitayarangsarit & Tangcharoensathien (xem

phụ lục) cho chúng ta thấy vai trò của một nhóm nhỏ gồm những quan chức cấp bộ nhiệt tâm trong việc xây dựng hệ thống cơ sở vật chất đồ sộ cho NC CS-HTYT ở Thái Lan, và tiếp đó là vai trò lãnh đạo của họ trong việc phát triển một số tổ chức cụ thể.

Vai trò lãnh đạo có một số đặc điểm phổ biến trong tất cả các tổ chức, bao gồm yêu cầu phải đề ra được những mục tiêu rõ ràng, khả thi, và phải khiến cho tất cả các nhân viên đều có trách nhiệm trong việc theo đuổi các mục tiêu này. Trong các tổ chức tạo ra tri thức, mục tiêu và tầm nhìn chiến lược cần chỉ ra các vấn đề như: trọng tâm nghiên cứu và mối liên hệ với nhu cầu chính sách y tế quốc gia, vị trí của trọng tâm nghiên cứu trong hoạt động của tổ chức nghiên cứu, và mối quan hệ với những đối tác chủ chốt khác. Đặc điểm của khả năng lãnh đạo cũng bao gồm tính khoa học cao trong chất lượng và sự sáng tạo (gồm khả năng làm việc trong môi trường đa ngành), và sự hiểu biết về xu hướng nghiên cứu toàn cầu (Nchinda 2002).

Hệ thống quản lý tốt cũng quan trọng không kém. Những đặc điểm như quản lý tốt nguồn nhân lực, sự phối hợp nhuần nhuyễn trong quản lý và tư vấn, là những yêu cầu cơ bản với mọi tổ chức. Thêm nữa, chất lượng quản lý (thông qua việc thiết lập cơ chế thẩm định nội bộ) và quá trình xét duyệt đạo đức cũng là những đặc trưng của các tổ chức nghiên cứu. Hiện có rất nhiều tổ chức NC CS-HTYT phụ thuộc vào rất nhiều các khoản tài trợ nhỏ từ nhiều nhà tài trợ khác nhau, với những yêu cầu khác nhau trong vấn đề kiểm soát tài chính, do đó các tổ chức này cần phải chú trọng đến khả năng quản lý và kết toán sổ sách đối với những khoản tài trợ nghiên cứu mà họ nhận được.

Ở cấp độ rộng hơn, việc điều hành quan hệ hợp tác trong lĩnh vực NC CS-HTYT cũng rất cần thiết. Rõ ràng, lĩnh vực NC CS-HTYT tốt sẽ có những quá trình tốt cho việc xét duyệt & tiến hành nghiên cứu, và có một hệ thống quy định hỗ trợ những quá trình này. Cấp độ pháp lý của những quy định này rất khác nhau, có thể được áp dụng trong cộng đồng nghiên cứu hoặc trong các cơ quan chính thức. Chúng ta sẽ làm rõ vấn đề hợp tác nghiên cứu trong mục "Trao đổi và các mạng lưới" ở phần sau.

Nguồn lực

Nguồn lực con người - Cơ sở của các kỹ năng nghiên cứu

Nghiên cứu là một hoạt động đòi hỏi chuyên môn cao và hàm lượng lao động lớn. Các tổ chức NC CS-HTYT cần có những nhà nghiên cứu giỏi, tận tụy với tầm hiểu biết rộng về kiến thức chuyên môn. Ví dụ: để nghiên cứu các vấn đề chính sách đối phó với các bệnh không truyền nhiễm ở Nga đòi hỏi phải quan tâm tới dịch tễ học, nhân khẩu học, tài chính công, quản lý y tế, thị trường lao động và các nhân tố chính trị (Suhrcke và cộng sự 2007). Do đó, các tổ chức NC CS-HTYT cần có khả năng thu hút những nhân tài trong nhiều lĩnh vực khác nhau cũng như những chuyên gia xuất sắc có thể kết nối các kiến thức đa ngành, và phải cung cấp một môi trường tốt để bồi dưỡng những nhân tài này.

Tuy nhiên, trên khắp thế giới, các tổ chức NC CS-HTYT đều gặp khó khăn trong việc tuyển dụng các nhà nghiên cứu có năng lực (COHRED 2007). Mức lương trong khu vực NC CS-HTYT thường không thoả đáng để có thể thu hút các nhà khoa học đáp ứng yêu cầu về đào tạo và kiến thức nền. Vấn đề này đặc biệt khó khăn khi muốn tuyển dụng những nhân viên có kiến thức về y học, bởi những người này muốn có mức lương cao phù hợp với trình độ chuyên môn của họ.

Hơn nữa, việc giữ lại những nhân viên giỏi lại càng khó khăn đối với các tổ chức NC CS-HTYT. Các nhân viên có thể ra nước ngoài hoặc chuyển sang các lĩnh vực khác không liên quan đến nghiên cứu, và (điển hình ở các nước có thu nhập thấp) họ cũng có thể chuyển sang các dự án hoặc các cơ quan phát triển trọng yếu của quốc gia. Vấn đề này quả thực rất nghiêm trọng, bởi các cơ quan này đang rất cần các chuyên gia về nghiên cứu hoặc quản lý NC CS-HTYT. Các nhà tài trợ có thể bóp méo thị trường tuyển dụng nhân viên NC CS-HTYT ở từng địa phương bằng cách trả

mức thù lao cao hơn hẳn mức thù lao các tổ chức NC CS-HTYT trả cho nhân viên (Birdsall 2007).

Cũng từ đó, mức lương bắt đầu thay đổi. Ví dụ: các tổ chức có tính đa dạng như IHPP, CIF và IHP đều phải trả lương cho các chuyên gia NC CS-HTYT của mình với mức cao hơn các chuyên gia nghiên cứu trong các lĩnh vực không phải NC CS-HTYT. Trường hợp Trung tâm phát triển hệ thống y tế (Centre for Health System Development) ở Kyrgyzstan, mức lương chênh lệch cao hơn đến 5 lần. Các nhà quản lý ở những trung tâm này cho biết, chi trả mức lương cao hơn có thể nói là một nhân tố quan trọng để dẫn đến thành công.

Cách thức các tổ chức NC CS-HTYT sử dụng các khoản tài trợ lại làm nảy sinh những vấn đề mới. Ví dụ: một số nhà tài trợ chính trong lĩnh vực y tế cho các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình ra điều kiện cho các quốc gia tiếp nhận viện trợ phải dựa vào các quốc gia phát triển - Ủy ban châu Âu (EC) và khung chương trình của ủy ban này để nghiên cứu và phát triển kỹ thuật; trong khi đó nhiều cơ quan hợp tác song phương về y tế trên thế giới lại đòi hỏi các quốc gia nhận viên trợ đặt tại các quốc gia cung cấp viện trợ. Yêu cầu này cũng tạo động lực để các nhà nghiên cứu di cư sang những quốc gia có thu nhập cao hơn và làm việc trong các cơ quan ở đó[13]. Trong khi đó, một số nhà tài trợ như Cơ quan Phát triển quốc tế Vương Quốc Anh đã không còn áp dụng chính sách này mà chuyển sang cơ chế cạnh tranh quốc tế theo hướng mở, và những tổ chức khác, như Cơ quan Phát triển và Hợp tác quốc tế Thụy Điển (Sida/SAREC), thì chia sẻ những khoản tài trợ của họ cho những quỹ tài trợ quốc gia để hỗ trợ cho các tổ chức ở những quốc gia có thu nhập thấp.

Những vướng mắc khác mang tính đặc thù hơn đối với NC CS-HTYT càng khiến cho việc tuyển dụng và giữ nhân viên thêm nan giải. Do NC CS-HTYT là một ngành khá mới và còn chưa được thừa nhận đầy đủ là một lĩnh vực nghiên cứu theo đúng nghĩa, nên làm việc trong lĩnh vực này không phải là sự lựa chọn của những chuyên gia giỏi một khi họ sợ bị tách biệt khỏi lĩnh vực của họ, hoặc họ không nhận thức được vị trí nghề nghiệp một cách rõ ràng. Thêm vào đó, vì NC CS-HTYT phục vụ cho việc hoạch định chính sách nên những kết quả nghiên cứu thường không được thẩm định, và không được công bố, thậm chí phải giữ bí mật dành riêng cho những nhà hoạch định chính sách. Cũng chính vì thế, những người mới vào nghề sợ rằng chuyển sang lĩnh vực này sẽ có ảnh hưởng không tốt cho sự nghiệp của họ.

Cơ sở vật chất

Mặc dù NC CS-HTYT không đòi hỏi phải có những trang thiết bị đặc biệt hay phòng thí nghiệm (những cơ sở vật chất cần thiết cho nghiên cứu y học lý thuyết), nhưng đây là một hoạt động có hàm lượng lao động cao và do đó cần phải có những trang thiết bị cơ bản. Bên cạnh không gian văn phòng phù hợp cho các nhà nghiên cứu, NC CS-HTYT cũng cần có thiết bị tin học, phần mềm chuyên dụng, kết nối mạng Internet, các thiết bị thư viện điện tử và thư viện truyền thống. Cơ sở vật chất tốt không chỉ hỗ trợ nghiên cứu mà còn là một điều kiện để thu hút những nhân viên có năng lực.

Tài chính

Khả năng phát triển cơ sở hạ tầng phù hợp và xây dựng đội ngũ nhân viên giỏi đều dựa trên nền tảng tài chính bền vững (Nchinda 2002). Các trung tâm nghiên cứu được tài trợ thông qua kinh phí tổng thể và/hoặc theo dự án - loại tài trợ mang tính cạnh tranh cao. Kinh phí tổng thể bao gồm những khoản tiền được dùng để chi trả các chi phí của tổ chức nghiên cứu, không liên quan đến kết quả đầu ra, thông thường là một khoản tài chính cố định. Một ví dụ đó là các tổ chức nghiên cứu khu vực nhà nước thường xuyên được nhận tiền ngân sách của Chính phủ. Tài trợ dự án thì được chi với mục đích thu lại những kết quả nghiên cứu nhất định; có thể có rất nhiều

[13] Xem ví dụ về một khoản tài trợ do Irish Aid trao tặng http://www.irishaid.gov.ie/grants_global.asp (truy cập lần cuối vào 21/8/2007).

hình thức tài trợ dự án, từ các hợp đồng tư vấn đến tài trợ hoạt động nghiên cứu.

Các trung tâm nghiên cứu rất hứng thú với kinh phí tổng thể vì nó đồng nghĩa với việc xây dựng cơ sở hạ tầng và đảm bảo an toàn nghề nghiệp cho đội ngũ nhân viên nghiên cứu - những điều đặc biệt quan trọng trong giai đoạn đầu phát triển của một trung tâm nghiên cứu. Khi đã trở nên vững mạnh, các tổ chức nghiên cứu có thể tự lo liệu vấn đề cơ sở vật chất và vấn đề nhân viên mà không cần hoặc cần rất ít các khoản kinh phí tổng thể, nếu như các tổ chức này có khả năng tự hạch toán toàn bộ chi phí kinh tế (bao gồm chi phí gián tiếp, chi phí cơ sở vật chất) đối với các hoạt động theo hợp đồng hay hoạt động tư vấn mà họ tiến hành, và nếu họ nhận được đủ số hợp đồng dự án cần thiết. Các quốc gia thuộc Tổ chức Hợp tác và phát triển kinh tế (OECD- the Organisation for Economic Co-operation and Development) có xu hướng bỏ hình thức tài trợ tổng thể, sử dụng hình thức tài trợ dự án với tính cạnh tranh cao hơn, tuy nhiên, sự thiếu cân bằng giữa tài trợ tổng thể và tài trợ dự án lại đang là vấn đề quan tâm của các nhà phân tích (Couraths & Smidt 2005; Adams & Bekhradnia 2004).

Có rất nhiều nguồn tài trợ dự án dành cho các tổ chức nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập thấp. Nguồn đầu tiên là thông qua các hợp đồng tư vấn - các nhà tài trợ hoặc các cơ quan trong nước sẽ cung cấp những khoản tài trợ để đổi lại những thông tin phân tích mà họ cần. Loại hình tài trợ này thường gắn liền với việc kiểm tra, đánh giá hoạt động nghiên cứu chung, hoặc những hoạt động liên quan tới vấn đề mà nhà tài trợ đòi hỏi. Mặc dù những công việc này thường được các hãng tư vấn tiến hành, nhưng đó cũng là một nguồn tài trợ quan trọng của một số tổ chức nghiên cứu. Loại hình tài trợ này có thể có những nhược điểm, nhưng những nhược điểm đó là nhỏ nếu đem so sánh giữa việc tiến hành các dự án dựa trên yêu cầu của đối tác với việc xếp hàng để chờ được cấp tài chính từ chương trình chính sách địa phương.

Một nguồn tài trợ dự án quan trọng khác là thông qua các khoản tài trợ nghiên cứu (thường mang tính cạnh tranh). Loại hình này tài trợ một mảng nghiên cứu rộng hơn, dài hạn hơn so với loại hình tư vấn, và có thể đem lại cho tổ chức nghiên cứu quyền quyết định lớn hơn đối với nội dung công việc họ sẽ tiến hành. Tại những quốc gia có thu nhập trung bình, phần lớn các khoản tài trợ cho NC CS-HTYT đều có nguồn gốc trong nước, nhưng ở những quốc gia có thu nhập thấp thì tài trợ nước ngoài lại luôn chiếm đa số (Ali & Hill 2005). Những nhà tài trợ quốc tế bao gồm: những tổ chức tài trợ ở các quốc gia có thu nhập cao sẵn sàng tài trợ cho những nhà khoa học ở các quốc gia có thu nhập thấp; các tổ chức quyên góp; và các quỹ từ thiện như: Quỹ Bill & Melinda Gates và Quỹ Rockefeller Phần lớn số tiền dành cho tài trợ sẽ được phân phối theo cơ chế mở và cạnh tranh. Nếu một tổ chức nghiên cứu có khả năng giành được những khoản tài trợ bên ngoài thì tổ chức đó sẽ bị giảm lượng tài trợ trong nước. Những khoản viện trợ thường phải thông qua các đối tác ở quốc gia phát triển, và được quản lý bởi các hệ thống quản lý tài chính nhất định; điều đó đòi hỏi các đối tác ở quốc gia đang phát triển phải có khả năng tiếp nhận và chịu trách nhiệm đối với những khoản viện trợ. Các tổ chức nghiên cứu phụ thuộc vào nhiều nguồn tài trợ khác nhau, vì vậy năng lực quản lý tài chính trở nên rất quan trọng.

Các tổ chức tài trợ không giống nhau về mức độ sẵn lòng hay mong muốn của họ trong việc kết hợp tài trợ cho hoạt động phát triển năng lực nghiên cứu và hoạt động cung cấp kết quả nghiên cứu. EC là một ví dụ, tổ chức này đã gộp mục tiêu phát triển năng lực nghiên cứu vào chương trình tài trợ cho Hợp tác quốc tế với các quốc gia đang phát triển của tổ chức này (INCO-DEV- International Cooperation with Developing Countries) (Van Damme và cộng sự 2004). Nếu tổ chức tài trợ không hỗ trợ trung tâm nghiên cứu trong việc xây dựng các hoạt động phát triển năng lực nghiên cứu, thì không những sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển năng lực của tổ chức nghiên cứu mà sẽ ảnh hưởng đến cả chất lượng nghiên cứu.

Về bản chất, có thể nói NC CS-HTYT là hàng hoá công cộng nên đầu ra của hoạt động này không có giá trị thương mại. Do đó, tài trợ công và tài trợ từ các quỹ từ thiện là rất cần thiết. Những hệ thống y tế có nguồn tài chính dồi dào phần lớn dựa vào tiền ngân sách nhà nước để hỗ trợ nghiên cứu chính sách. Thậm chí ở Mỹ, nơi mà hoạt động từ thiện đóng vai trò rất lớn trong công tác nghiên cứu, tài trợ công của liên bang cho nghiên cứu về dịch vụ y tế lên đến khoảng 1,5 tỷ USD mỗi năm, trong khi đó, quỹ từ thiện lớn nhất cũng chỉ chi 5-6 triệu USD mỗi năm (Coalition for Health Services Research 2005). Tuy nhiên, như đã chỉ ra trong Chương 4, ưu tiên tài chính của Chính phủ dành cho NC CS-HTYT ở những quốc gia có thu nhập thấp vẫn còn rất hạn chế. Chắc hẳn, thiếu thốn tài chính công là vấn đề khó khăn nhất ở những quốc gia này. Cũng vì lí do đó, ở nhiều quốc gia nghèo, các tổ chức NC CS-HTYT chủ chốt đều lệ thuộc vào nguồn tài trợ cho nghiên cứu từ nước ngoài, với một tỷ lệ lớn là các khoản viện trợ quốc tế mang tính cạnh tranh.

Trao đổi và mạng lưới

Các trung tâm NC CS-HTYT hiệu quả không hoạt động một cách đơn độc; họ cần trao đổi và liên kết với những nhân vật, tổ chức có liên quan khác, bao gồm nhà hoạch định chính sách, quỹ tài trợ nghiên cứu, các tổ chức "môi giới" kiến thức và vận động. Sự trao đổi này có thể thông qua các hệ thống không chính thức, ví dụ: những hệ thống hoạt động trong khu vực y tế ở Thái Lan (xem phụ lục), hay chính thức, ví dụ: Equitap, Equinet, HEPNet[14] hay thậm chí bản thân Liên minh CN CS-HTYT. Vai trò của những hệ thống này đang ngày càng được thừa nhận rộng rãi (Stein và cộng sự 2001). Tuy vậy, trong thực tế cần đánh giá lợi ích tiềm năng so với chi phí thời gian bỏ ra trong quá trình hợp tác. Việc cộng tác giữa các tổ chức nghiên cứu hoặc giữa các nhà nghiên cứu cũng ngày càng đóng vai trò quan trọng trong NC CS-HTYT. Đây là kết quả của cả sự nâng cao nhận thức về lợi ích mà hợp tác có thể đem lại cho các tổ chức nghiên cứu nói chung, và xu hướng tăng sự chia sẻ của các quỹ tài trợ NC CS-HTYT quốc tế thông qua hợp tác. Hợp tác trong NC CS-HTYT nhìn chung có hai hình thức: giữa các tổ chức thuộc quốc gia phát triển và quốc gia đang phát triển; hoặc giữa các tổ chức thuộc các quốc gia đang phát triển với nhau.

Hợp tác nghiên cứu đem đến rất nhiều lợi ích (Oldham 2005), và trong đó có những lợi ích cụ thể cho NC CS-HTYT. Bao gồm:

- Tạo điều kiện cho hoạt động chia sẻ kiến thức chuyên môn và thu nhận kỹ năng mới;
- Củng cố hệ thống nghiên cứu thành một chỉnh thể thông qua tăng cường liên kết và trao đổi giữa các nhà nghiên cứu;
- Gia tăng khoản tài trợ cho các tổ chức đơn lẻ;
- Cho phép hình thành, thống nhất phương pháp chung để tiếp cận các vấn đề mà các tổ chức đơn lẻ không có khả năng giải quyết;
- Tạo thuận lợi cho việc so sánh tương quan giữa các quốc gia; và
- Trong trường hợp hợp tác quốc tế, cung cấp cho các nhà nghiên cứu quốc gia cái nhìn rộng hơn để phân tích các vấn đề của hệ thống y tế đất nước họ.

Tuy nhiên, hợp tác cũng luôn đi kèm một số khó khăn. Các tài liệu đã nêu ra những vấn đề có thể phát sinh trong quá trình hợp tác giữa các tổ chức ở các quốc gia phương Bắc và các tổ chức ở các quốc gia phương Nam (nghĩa là hợp tác giữa các tổ chức ở các quốc gia phát triển và các quốc gia đang phát triển) (Gaillard 1994; Ederjer 1999; Jentsch & Pilley 2003; Binka 2005). Trong số đó, các vấn đề thường gặp nhất trong NC CS-HTYT là "sự chi phối và bóc lột" mà các đối tác từ phương Bắc sử dụng đối với các đối tác

[14] Equitap, Equity thuộc các hệ thống y tế châu Á Thái Bình Dương (Asia-Pacific Health Systems); Equinet, mạng lưới ở cơ sở của Equity thuộc hệ thống y tế Nam Phi (Health in Southern Africa); HEPNet là hệ thống kinh tế học y tế và chính sách y tế ở châu Phi (Health Economics and Policy Network in Africa).

phương Nam; hay việc sử dụng các tổ chức NC CS-HTYT ở các quốc gia phương Nam như những người thu thập dữ liệu đơn thuần, không có chút vai trò nào trong tổng hợp phân tích, việc này đôi lúc còn được gọi là "nghiên cứu theo lối đi săn" (Acosta-Lazares và cộng sự 2000; tr.1); và việc đánh giá thấp mục tiêu phát triển năng lực nghiên cứu (do đối tác từ các quốc gia phát triển chú trọng hơn tới tìm kiếm các kết quả nghiên cứu chứ không phải là tăng cường khả năng nghiên cứu) (Bernard 1988; CCGHR 2007; Ter Kuile 2007). Một vấn đề đặc trưng hơn nữa đó là các cơ quan tài trợ ở các quốc gia phát triển có thể không sẵn sàng với việc tài trợ cho chi phí hợp tác của các đối tác từ các quốc gia đang phát triển, vì vậy hạn chế vai trò lãnh đạo của các cơ quan này.

Đối với nhiều nhà nghiên cứu, kỹ năng trao đổi phần lớn được phát triển trên phương diện sách vở, thường là các văn bản học thuật chính tắc, mà không mấy chú trọng tới các phương tiện trao đổi khác. Các tổ chức NC CS-HTYT cần phải có năng lực trao đổi, chia sẻ, sử dụng đa dạng các phương pháp tiếp cận. Các nhà nghiên cứu (cá nhân hay tổ chức), bên cạnh việc tạo ra tri thức, cần quan tâm hơn đến việc phổ biến các khía cạnh của nghiên cứu. Các chiến lược để cải thiện khâu phổ biến kết quả nghiên cứu bao gồm: mời những người chủ chốt tham gia vào dự án nghiên cứu ngay từ đầu, phát triển hàng loạt các hình thức đầu ra của nghiên cứu từ các bài báo, các bản khuyến nghị chính sách, đến các đoạn phim và thậm chí cả các vở kịch. Vấn đề phổ biến kiến thức này quan hệ chặt chẽ với chức năng chọn lọc và phổ biến các kết quả nghiên cứu sẽ được đề cập sâu hơn trong chương 6.

Một yếu tố khác thể hiện năng lực nghiên cứu là vấn đề tiếp cận và quản lý thông tin. Các tổ chức liên quan đến NC CS-HTYT có nhu cầu về thông tin ở nhiều cấp độ khác nhau. Đầu tiên, họ yêu cầu được tiếp cận với thông tin như một phần của chức năng nghiên cứu. Các tổ chức NC CS-HTYT thành lập lâu năm đã xây dựng các cơ chế để xác định và tiếp cận dữ liệu thường xuyên qua hệ thống dữ liệu trong nước (ví dụ như hệ thống điều tra nhân khẩu), hay qua mạng internet (bao gồm việc tìm hiểu các nghiên cứu khác đã được công bố), cũng như tự tạo cho mình các nguồn dữ liệu sơ cấp có tính hệ thống. Tuy nhiên, những cơ quan này cũng đòi hỏi các thông tin về môi trường hoạt động NC CS-HTYT, gồm thông tin về các nhu cầu về NC CS-HTYT, các cơ hội tài trợ nghiên cứu tương lai, các hoạt động của đối tác và đối thủ tiềm năng, và các thông tin liên quan tới thị trường lao động được đào tạo. Cuối cùng, cũng như bất kỳ tổ chức nào, các tổ chức NC CS-HTYT cần thông tin để hỗ trợ chức năng quản lý và điều hành nội bộ. Khả năng quản lý thông tin là một phần quan trọng dẫn tới thất bại hay thành công của một tổ chức NC CS-HTYT. Rất tiếc, hiện nay nó vẫn chưa được quan tâm đầy đủ và đúng mức.

Năng lực nghiên cứu chuyên môn

Như đã đề cập tới trong chương 1, hệ thống y tế đòi hỏi kết hợp nhiều kiểu nghiên cứu, mỗi kiểu nghiên cứu với tập hợp các phương pháp thích hợp sẽ giải đáp từng câu hỏi trong quá trình nghiên cứu. Các lĩnh vực khác của nghiên cứu khoa học cơ bản và lý thuyết y học đã ra đời từ rất lâu, trong khi đó, NC CS-HTYT còn là một lĩnh vực khá mới. Bản thân NC CS-HTYT bao quát một chuỗi khá nhiều lĩnh vực, trong đó có: nghiên cứu các hệ thống y tế liên quan tới các bệnh cụ thể (ví dụ: các cách tiếp cận khác nhau trong việc triển khai DOTS), nghiên cứu các vấn đề chung của hệ thống (như các phương pháp quản lý tài chính y tế), nghiên cứu nội dung và quá trình hoạch định chính sách y tế... Cơ sở của những vấn đề này xuất phát từ nhu cầu nghiên cứu những khái niệm cơ bản về hệ thống y tế (ví dụ, nghiên cứu gần đây về tầm quan trọng của sự tin tưởng vào hệ thống y tế (Gilson 2003)). Như đã bàn luận trong chương 4, nghiên cứu y tế quốc gia không chỉ dừng lại ở việc cố gắng can thiệp để phù hợp với các hệ thống địa phương mà phải đi xa hơn - NC CS-HTYT cần hỗ trợ việc tạo dựng các hệ thống y tế ổn định và hiệu quả. Công việc này bao hàm cả "khám phá và sáng tạo"

đối với hệ thống y tế, có nghĩa là trong phục vụ, điều hành, tài chính, quản lý nguồn lực và thông tin, cũng như cung cấp dịch vụ.

Trước những năm 1980, NC CS-HTYT chủ yếu thể hiện ở những bản báo cáo hoặc phân tích về các vấn đề cụ thể, trong đó chỉ sử dụng các công cụ của một chuyên ngành đơn lẻ, ví dụ tài chính công. Hiện nay, do ngày càng có nhiều người công nhận rằng các vấn đề về chính sách y tế là hết sức đa dạng, các hệ thống y tế là phức tạp và toàn diện, nên các biện pháp mang tính đa ngành đang trở nên phổ biến hơn. Các phương pháp nghiên cứu định tính hiện nay đang được áp dụng rộng rãi kết hợp với các cách tiếp cận định lượng truyền thống.

Tuy nhiên, vẫn còn có một số lĩnh vực trong NC CS-HTYT cần được phát triển về mặt phương pháp luận cũng như thống nhất về khái niệm. Ví dụ: phương pháp so sánh các bối cảnh và các hệ thống y tế khác nhau; các lĩnh vực có tính thách thức về phương pháp như nghiên cứu về tham nhũng; các khái niệm cơ bản như công bằng; các khía cạnh đạo đức của NC CS-HTYT và tổng quan các NC CS-HTYT. Trong khi tổ chức Hợp tác Cochrane có cách tiếp cận tốt đối với việc tổng hợp các nghiên cứu có hiệu quả, thì những bài tổng quan về NC CS-HTYT liên quan tới các quốc gia đang phát triển lại phải đối mặt với các vấn đề: thiếu những đánh giá có chất lượng cao đáp ứng tiêu chuẩn về tác động của hệ thống y tế, thiếu sự nhất trí về các biện pháp thích hợp trong việc tổng hợp các bằng chứng liên quan đến các dạng khác (dạng không có hiệu quả) của các câu hỏi nghiên cứu (ví dụ: cộng đồng tiếp nhận một chương trình can thiệp như thế nào, nên tiến hành quá trình thay đổi chính sách cụ thể như thế nào là tốt nhất). NC CS-HTYT có bản chất đa ngành, do vậy cần tìm hiểu sâu hơn nữa xem các ngành khác nhau ảnh hưởng lẫn nhau như thế nào và có thể bổ sung cho nhau như thế nào.

Thậm chí ngay cả khi có các phương pháp, khả năng áp dụng những phương pháp này ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cũng rất hạn chế. Ví dụ: một luận văn chưa công bố đã cố gắng xác định số lượng các nghiên cứu tổng quan được tiến hành trong lĩnh vực y tế, do ít nhất một tác giả xuất thân từ một trong 10 quốc gia có thu nhập thấp ở vùng Cận Sahara, châu Phi (Burkina Faso, Cameroon, Cộng Hoà Trung Phi, Ethiopia, Kenya, Mozambique, Niger, Uganda, Liên Hiệp Cộng Hoà Tanzania, và Zambia). Có tổng số 27 nghiên cứu tổng quan đạt các tiêu chí đề ra. Tuy nhiên, đa số là tổng quan về lâm sàng chứ không phải là các can thiệp chính sách và hệ thống y tế. Chỉ có hai tổng quan về vấn đề cung cấp dịch vụ và không có tổng quan nào về điều hành hay phân bổ tài chính y tế (Sachs 2007).

Tất cả những điều này dẫn tới một nhiệm vụ quan trọng là phát triển NC CS-HTYT; và trách nhiệm thực hiện không chỉ dừng lại ở bất kỳ một hệ thống y tế cụ thể hay một tổ chức nghiên cứu nào.

Chiến lược cải thiện năng lực nghiên cứu

Sau khi đã liệt kê những mặt chủ chốt liên quan tới năng lực của các tổ chức NC CS-HTYT, tiếp theo chúng ta sẽ xem xét các nhân tố mang tính chiến lược được xem là có vai trò quan trọng trong việc nâng cao năng lực nghiên cứu.

Phát triển các tổ chức nghiên cứu

Các sáng kiến nhằm nâng cao năng lực NC CS-HTYT phần lớn tập trung vào đào tạo cá nhân, với suy nghĩ rằng tình trạng thiếu các nhà nghiên cứu là vấn đề hàng đầu. Điều này không hoàn toàn chính xác. Điểm mấu chốt của việc nâng cao năng lực nghiên cứu phải là củng cố các tổ chức nghiên cứu và tạo một môi trường NC CS-HTYT rộng lớn hơn. Các can thiệp này thường tạo ra năng lực nghiên cứu NC CS-HTYT bền vững chứ không chỉ đơn thuần là đầu tư vào các cá nhân. Bởi lẽ, các tổ chức nghiên cứu vững mạnh có thể giải quyết về căn bản những điều kiện không thuận lợi, trong đó bao gồm kinh phí tài trợ quốc gia quá ít ỏi; đồng thời cung cấp môi trường cần thiết cho cách tiếp cận đa ngành - cách tiếp cận chủ yếu của NC CS-HTYT. Các quốc gia có thu nhập thấp với khoảng cách khá lớn trong năng lực nghiên cứu cần phải tạo ra các mục tiêu chiến lược nhằm thành lập

các tổ chức nghiên cứu mới. Thậm chí, nếu các tổ chức nghiên cứu đã được thành lập thì cần phải đánh giá xem các tổ chức đó có đạt các yêu cầu của hệ thống nghiên cứu rộng lớn hơn hay không.

Tổ chức NC CS-HTYT cần đáp ứng các yêu cầu của chính sách y tế quốc gia, tuy nhiên, cũng cần có sự độc lập về hoạt động và tài chính. Có như thế, các tổ chức này mới có thể huy động và sử dụng các nguồn lực, tuyển dụng và giữ lại các chuyên gia có chuyên môn và theo đuổi một chiến lược nghiên cứu chặt chẽ mà không quá bị ảnh hưởng bởi các áp lực ngắn hạn hoặc các áp lực từ bên ngoài. Cái khó trong việc đạt được sự cân bằng này được minh hoạ bởi DFID - hoạt động được tài trợ nhằm tạo ra các đơn vị NC CS-HTYT chuyên ngành trong các bộ y tế (xem hộp 5.2).

Hộp 5.2. Kinh nghiệm về tính bền vững của tổ chức ở các đơn vị kinh tế y tế và chính sách y tế của Bangladesh, Kyrgyzstand và Thái Lan

DFID đã hỗ trợ việc thành lập đơn vị NC CS-HTYT hay kinh tế y tế dưới hình thức cơ quan trực thuộc Bộ Y tế ở Bangladesh, Nepal và Kyrgyzstan. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng đem lại thành công như nhau (Rannan-Eliya 2007). Các vấn đề nảy sinh bao gồm: không có khả năng thu hút và giữ đội ngũ nhân viên kỹ thuật do những quy chế cán bộ và mức lương; không có khả năng đảm bảo tài chính; bất ổn trong lãnh đạo; và thiếu các biện pháp phù hợp để đối phó với các áp lực chính trị ngắn hạn.

Trong một số trường hợp, việc nhận thức được các vấn đề trên đã dẫn đến quyết định thành lập các đơn vị NC CS-HTYT thuộc các tổ chức độc lập bên ngoài, như các trường đại học. Mặc dù vậy, kết quả cũng không khả quan. Sở dĩ như vậy là do hai nguyên nhân: thứ nhất, các tổ chức chủ quản quá độc lập nên họ thấy khó khăn trong việc lên một kế hoạch nghiên cứu thoả mãn các nhà lập sách; thứ hai, họ cũng có những mục tiêu dài hạn khác nên hạn chế việc tập trung toàn lực vào NC CS-HTYT.

Đơn vị chính sách y tế của Kyrgyzstan là đơn vị thành công nhất về mặt bền vững. Đầu những năm 2000, khi nhận thấy cơ chế hỗ trợ DFID không phù hợp, đơn vị này đã hình thành một hệ thống phân tích khả năng lựa chọn tiềm tàng và báo cáo tổng quan toàn cầu về những vấn đề mà các trung tâm nghiên cứu khác gặp phải (Jakab, Tairova & Akhmatova 2004). Điều đó đã giúp Kyrgyzstan phát triển một chiến lược dài hạn, bao gồm việc tạo ra một thế hệ kế tiếp các trung tâm nghiên cứu và đào tạo mới, độc lập về mặt pháp lý, hoạt động ngoài cơ cấu của bộ y tế nhưng thuộc trách nhiệm giải trình của các quan chức cao cấp bộ y tế. Mô hình này tạo ra sự linh hoạt trong hoạt động dài hạn - điều cần thiết để giữ đội ngũ nhân viên và huy động các nguồn lực, trong khi vẫn cho phép tổ chức nghiên cứu củng cố quan hệ chặt chẽ với những nhà hoạch định chính sách chủ chốt.

Cách tiếp cận này đối lập với biện pháp phát triển năng lực nghiên cứu ở Thái Lan. Thái Lan tập trung vào việc tạo ra một tổ chức NC CS-HTYT thuộc khu vực công hoạt động ngoài Bộ Y tế Công cộng (Viện nghiên cứu hệ thống y tế). Tuy nhiên, khi viện này phát triển, đơn vị phân tích kinh tế của nó chuyển đổi thành Viện Chiến lược và Chính sách thuộc Bộ Y tế Công cộng và Viện trở thành một đơn vị bán độc lập. Khác với thông lệ, đơn vị mới - Chương trình chính sách y tế thế giới (viết tắt là IHPP) - có khả năng hoạt động trong khu vực dịch vụ cho người dân, tuyển nhân viên trong khu vực dân sự nhưng trả thêm phụ cấp vào mức lương cơ bản. Ngoài ra, đơn vị còn có quyền huy động **nguồn** hỗ trợ của riêng mình (xem phụ lục).

Những gì NC CS-HTYT tạo ra đương nhiên phải có tính khả thi đối với các nhà hoạch định chính sách. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng, bởi mối quan hệ quá gần gũi với đối tác đặc biệt nào đó sẽ có thể tạo ra thành kiến không tốt về quá trình nghiên cứu. Nhưng nếu để tồn tại một khoảng cách quá xa đối với các nhà hoạch định chính sách, đặc biệt là những quan chức nhà nước chủ chốt có thể làm cho công tác nghiên cứu bị gạt sang một bên. Trong việc phát triển công tác phân bổ, điều hành

các tổ chức mới hoặc đang hoạt động, cần có sự quan tâm đặc biệt tới những vấn đề trong mối quan hệ trên.

Đặc khu hành chính đặc biệt Hồng Kông - Trung Quốc, là một bài học về sự cân bằng trong mối quan hệ đó (xem hộp 5.3).

Hộp 5.3. Thành lập đơn vị NC CS-HTYT ở đặc khu hành chính đặc biệt Hồng Kông

Một tổng quan của nhóm nghiên cứu Harvard (1999) về hệ thống y tế của Hồng Kông đã đưa ra lời khuyên đối với Cục Y tế trong việc thành lập một cơ quan NC CS-HTYT mới. Tuy NC CS-HTYT đã được tiến hành tại khoa y và khoa kinh tế của các trường đại học công lập, mạng lưới nghiên cứu vẫn còn hạn chế và thường xuyên không đáp ứng nhu cầu của các nhà ra quyết định. Trong khi mối quan tâm và các nguồn lực về tài chính và kỹ thuật để tạo dựng năng lực NC CS-HTYT đã có ở cơ quan quản lý bệnh viện (Hospital Authority – HA), các nhà hoạch định chính sách vẫn không muốn thành lập một trung tâm nghiên cứu thuộc HA. Một phần là bởi bản thân HA là một bên liên quan quan trọng mà Cục Y tế phải tiến hành thương thuyết. Không có cơ sở NC CS-HTYT mới nào ra đời và thay vào đó Cục Y tế trở thành người có quyền đặt hàng các nghiên cứu. Với cách tiếp cận đó, trung tâm NC CS-HTYT hàng đầu đã xuất hiện, đó là một nhóm nghiên cứu chuyên ngành được phát triển ở một trường y tế công cộng mới thành lập trong số các trường đại học địa phương. Nhóm nghiên cứu này có ưu điểm là đội ngũ nhân viên có quan hệ tốt với các quan chức nhà nước chủ chốt, có khả năng trả mức lương cạnh tranh và được đánh giá, bởi phần lớn các bên liên quan, là một tổ chức đủ mức trung lập.

Nguồn: Lueng (2007).

Đầu tư vào công tác lãnh đạo và quản lý tại các cơ quan NC CS-HTYT

Nếu chỉ có các tổ chức nghiên cứu thì tất nhiên là chưa đủ. Nghiên cứu chất lượng cao đòi hỏi phải có đội ngũ nhân viên được đào tạo bài bản, cơ sở vật chất và công tác lãnh đạo. Lý thuyết về tổ chức nhấn mạnh vai trò của lãnh đạo trong việc xây dựng một tổ chức lớn mạnh và hiệu quả (ví dụ: Yukl 2005). Các tổ chức phải bắt đầu từ việc tuyển dụng những nhà lãnh đạo phù hợp, có rất nhiều kỹ năng khác bên cạnh kỹ năng về nghiên cứu. Đội ngũ nhân viên cao cấp cần có khả năng phát triển các kỹ năng quản lý và lãnh đạo, họ cũng cần có môi trường tự do để có thể thể hiện các khả năng này. Đầu tư vào công tác lãnh đạo và quản lý cần được nhìn nhận là một chiến lược quan trọng để phát triển các cơ quan nghiên cứu. Xây dựng mạng lưới làm việc và trao đổi giữa các nhà lãnh đạo cũng là một chiến lược phát triển năng lực nghiên cứu hiệu quả.

Bên cạnh việc phát triển năng lực lãnh đạo, cơ quan nghiên cứu cũng cần có hệ thống quản lý hữu hiệu, đặc biệt trong lĩnh vực tài chính, nhân sự và lập kế hoạch. Các hệ thống này trước đây có thể bị xem nhẹ nhưng đó lại là những nhân tố quan trọng để có được thành công, đặc biệt đối với những tổ chức đang mong muốn có thêm sự tự chủ và đa dạng hoá về tài chính.

Đảm bảo nguồn cung các nhà nghiên cứu

Các chiến lược tiếp theo liên quan tới việc tuyển dụng và giữ lại các nhà khoa học chất lượng cao. Như đã được nhắc đến ở phần trên, trước đây biện pháp phát triển năng lực nghiên cứu tập trung vào các cá nhân hơn là các tổ chức. Vì lý do này, các chiến lược cần liên kết việc đào tạo nghiên cứu với việc phát triển các tổ chức nghiên cứu. Trong đó, chắc chắn rằng, bên cạnh đào tạo nhân viên kỹ thuật còn có các chiến lược và nguồn lực rõ ràng để đảm bảo cơ hội tuyển dụng, và môi trường nghiên cứu thích hợp là một phần của gói giải pháp phát triển nhân lực rộng lớn. Đang có một sự chuyển dịch trong cách tiếp cận, tạo ra một hướng tiếp cận mang tính tổ chức hơn và chúng ta ủng hộ điều đó. Do vậy, tổ chức NC CS-HTYT cần phát triển các chiến lược cụ thể liên quan tới nhân sự như một phần của chiến lược dài hạn, và những chiến lược này phải xem xét tới các vấn đề nói tới sau đây.

Coi trọng các nhà nghiên cứu và bồi dưỡng những cán bộ trẻ tuổi

Cũng như với bất kỳ nhóm chuyên gia nào, các nhà nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế tìm kiếm sự công nhận bằng nhiều cách. Nếu không có sự công nhận chính thức, họ sẽ tìm kiếm công việc ở những nơi khác. NC CS-HTYT là một lĩnh vực khá mới, nên nó có thể thiếu sự công nhận và định hướng nghề nghiệp hơn các lĩnh vực nghiên cứu truyền thống khác. Điều này cộng hưởng với những vấn đề về tiền lương và cơ sở vật chất tồn tại trong mọi cơ sở nghiên cứu có thể gây khó khăn cho các tổ chức NC CS-HTYT trong việc thu hút và giữ các nhà nghiên cứu trẻ. Vấn đề này đi liền với khó khăn thường gặp của các quốc gia nghèo trong việc thu hút các nhà nghiên cứu trẻ được đào tạo ở nước ngoài trở về nước.

Các tổ chức NC CS-HTYT có thể đáp lại bằng cách cung cấp những cơ hội rõ ràng để thu hút các nhà nghiên cứu tiềm năng và sau đó đem lại cho họ một con đường sự nghiệp chuyên môn đầy hứa hẹn. Những cơ hội nghề nghiệp như vậy có thể rất quan trọng đối với những nhà nghiên cứu trẻ, những người mới tốt nghiệp ở nước ngoài và muốn trở về nước ngay sau khi tốt nghiệp. Một số nhà tài trợ (ví dụ: chương trình đặc biệt cho nghiên cứu và đào tạo về các bệnh nhiệt đới - TDR; Sida/SAREC; và Cơ quan phát triển quốc tế Đan Mạch - DANIDA) đã giới thiệu các phương pháp mới khuyến khích các nghiên cứu sinh thường xuyên liên hệ với những cơ sở nghiên cứu ở quốc gia họ. "Mô hình xen kẽ - sandwich model" về đào tạo tiến sĩ yêu cầu các nghiên cứu sinh phải tiến hành nghiên cứu trong điều kiện bối cảnh quốc gia mình, đồng thời có thời gian học một số môn tại các trường đại học quốc tế. Bằng việc đảm bảo rằng học viên phải lựa chọn các đề tài luận án cụ thể và phù hợp với những vấn đề ở quốc gia mình, mô hình này đã giúp học viên tiếp tục nghiên cứu trong môi trường quốc gia của họ để hoàn thành khóa học. Trong một số trường hợp, mô hình này cũng thúc đẩy quá trình phát triển năng lực nghiên cứu của tổ chức (Nchinda 2002).

Các nhà nghiên cứu lâu năm là những tấm gương sáng cho những nghiên cứu viên trẻ tuổi, và tại những nơi NC CS-HTYT chưa phát triển, họ là những nhà cố vấn nhiều kinh nghiệm có ảnh hưởng lớn. Điều này đặc biệt quan trọng bởi có rất ít những định hướng nghề nghiệp chính thức đối với NC CS-HTYT. Các nhà hoạch định chính sách của Thái Lan đã rất chú ý tới vấn đề này trong thập niên trước, giúp đất nước xây dựng một đội ngũ lớn mạnh các nhà nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế được đào tạo và rất tận tâm (xem phụ lục).

Xây dựng tính đặc thù của NC CS-HTYT và lực lượng nòng cốt các nhà nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Điều ẩn chứa trong sự thừa nhận rõ ràng hơn đối với các nhà nghiên cứu là nhu cầu phát triển một chuyên ngành riêng và mang tính đặc trưng nghề nghiệp đối với NC CS-HTYT trên phương diện quốc gia và quốc tế. Thêm vào đó, lực lượng các nhà nghiên cứu NC CS-HTYT chủ chốt cần được bồi dưỡng, đào tạo ở cả cấp quốc gia và quốc tế nhằm mang đến cho họ cả sự hỗ trợ cá nhân và nghề nghiệp.

Các trung tâm học thuật hàng đầu đã chuyển hướng trong những năm gần đây, và nhận định NC CS-HTYT là một lĩnh vực riêng biệt theo đúng nghĩa. Lợi ích của việc đặt NC CS-HTYT trên nền móng học thuật được mô tả bởi một nhà nghiên cứu cấp cao ở một trường đại học của Bangladesh. Ông nhận thấy rằng, sự xuất hiện của nhiều tổ chức học thuật có cùng một ngành chuyên môn khiến việc tuyển dụng đội ngũ nhân viên tốt dễ dàng hơn, bởi nhân viên sẽ không lo lắng bị rơi vào tình cảnh khó khăn nếu như họ rời bỏ cơ quan hiện tại đang công tác (Rahman, trao đổi cá nhân, 2007).

Bảo đảm sự bền vững về tài chính

Đa dạng hoá các nguồn tài trợ

Việc bảo đảm nguồn tài trợ dài hạn đáng

tin cậy cho các tổ chức NC CS-HTYT nhằm chi trả toàn bộ chi phí hoạt động và chi phí cố định là rất cần thiết. Mỗi tổ chức nghiên cứu cần phát triển các chiến lược cụ thể của mình để ổn định vấn đề tài chính sao cho phù hợp với hệ thống y tế cụ thể và bối cảnh kinh tế, xã hội, chính trị rộng lớn hơn có thể có ảnh hưởng tới tổ chức. Có rất nhiều vấn đề mà các chiến lược này cần phải cân nhắc.

Do thực tế nguồn lực tài chính trong hệ thống y tế luôn luôn có hạn và xu hướng hiện tại nghiêng về tài trợ nghiên cứu theo dự án, các tổ chức cần phát triển chiến lược đa dạng hoá nguồn tài trợ. Ví dụ: trong trường hợp của IHPP ở Thái Lan, kiểu tài trợ dự án này đã phát triển, từ việc chỉ là một khoản bổ sung bên cạnh các khoản tài trợ chủ chốt khác, trở thành nguồn tài trợ chủ yếu (xem phụ lục). Xu hướng tương tự về nguồn kinh phí cũng diễn ra ở các trung tâm NC CS-HTYT hàng đầu của Kyrgyzstan và Sri Lanka.

Với các nhà tài trợ cho hoạt động NC CS-HTYT, ở cấp quốc gia hay quốc tế, cần xem xét đến sự cân bằng giữa tài trợ tổng thể và tài trợ dự án. Nhà tài trợ nghiên cứu cần biết một điều rất quan trọng là các tổ chức mới thành lập cần nhiều khoản hỗ trợ tổng thể hơn, trước khi tổ chức đó có thể tự đa dạng hoá các khoản tài trợ của họ. Tuy vậy, ngay cả các tổ chức đã được thành lập lâu dài cũng cần những khoản tài trợ tổng thể để đảm bảo rằng họ có thể hoạt động theo đúng những mục tiêu đã đề ra, mà những mục tiêu này có thể không được tài trợ theo các dự án. Thêm vào đó, các nhà tài trợ cũng cần hiểu rằng, cho dù cung cấp tài chính tổng thể hay theo dự án, rất nhiều tổ chức ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cần có sự hỗ trợ không chỉ dừng lại ở các chi phí hoạt động thông thường mà còn cho cả hoạt động phát triển năng lực nghiên cứu.

Một mảng mà chính sách hiện tại của nhiều tổ chức tài trợ không ủng hộ liên quan tới hoạt động tư vấn. Khi mức lương còn chưa thoả đáng, các tổ chức NC CS-HTYT có thể phải đối mặt với áp lực buộc phải cho phép các nhân viên tạo thêm thu nhập bằng các công việc bên ngoài. Tuy nhiên, hình thức này có thể gây phản tác dụng và dẫn đến việc các nhà nghiên cứu giảm bớt nhiệt tình đối với các kế hoạch hoạt động của tổ chức. Điều đó có thể gây khó khăn cho người lãnh đạo và tạo ra những căng thẳng nội bộ. Thêm nữa, nếu các hợp đồng tư vấn không cho phép trả chi phí quản lý cho tổ chức, thì tổ chức có thể gặp nhiều khó khăn trong việc chi trả những chi phí hoạt động thường xuyên và gây ra những bất ổn trong đơn vị. Cuối cùng, vấn đề xuất phát từ mức lương cơ bản thấp và các luật lệ quá cứng nhắc, trong những hoàn cảnh như thế, có thể gây ra thiếu nhân lực hơn nữa. Tình huống này đòi hỏi sự phối hợp hành động của các tổ chức nghiên cứu và cơ quan hợp tác. Tổ chức NC CS-HTYT cần phát triển các chính sách rõ ràng đối với dịch vụ tư vấn và thực hiện một cách đồng bộ. Cơ quan đối tác cần kiểm tra các chính sách của mình để đánh giá những thiệt hại tiềm tàng có thể ảnh hưởng đến năng lực của tổ chức nghiên cứu khi họ sử dụng một cách tối ưu các hợp đồng tư vấn đơn lẻ (thường nhằm tối thiểu hoá chi phí và tận dụng nguồn lực từ các tổ chức NC CS-HTYT) thay vì kí kết các hợp đồng tài trợ tổng thể.

Quản lý tài chính

Chất lượng quản lý tài chính đóng vai trò quan trọng trong việc bảo đảm sự bền vững về tài chính. Tài liệu này không thể bao quát tất cả các vấn đề và thách thức trong việc nâng cao năng lực quản lý tài chính[15]. Tuy nhiên, sau đây là 2 vấn đề thường gặp mà các nỗ lực phát triển năng lực NC CS-HTYT cần quan tâm.

Thứ nhất, nếu tổ chức có các luật lệ và cách điều hành không thích hợp để quản lý một cơ chế đa dạng về nguồn tài trợ thì cần thiết phải thực hiện những thay đổi nhất định. Nếu điều này không thực hiện được trong khuôn khổ của khu vực nhà nước thì chúng ta

[15] Để tìm hiểu chi tiết và kỹ lưỡng về vấn đề này người đọc nên tham khảo Struyk (2002).

cần xem xét các cơ cấu và vị trí tổ chức có thể thay thế.

Thứ hai, cơ chế tài trợ theo dự án đòi hỏi tổ chức cần có hệ thống quản lý tài chính và thông tin nội bộ đáp ứng yêu cầu về tính minh bạch của nhà tài trợ. Các tổ chức NC CS-HTYT có thể cần một khoản đầu tư tương đối lớn để nâng cấp hệ thống nội bộ của mình.

Trách nhiệm của tổ chức tài trợ

Cơ quan tài trợ cho nghiên cứu (và hoạt động tư vấn) có thể cần phải xem xét lại các chính sách tài trợ ở các cấp độ. Cách tiếp cận của họ đối với cơ chế ký kết cần quan tâm tới giai đoạn hiện tại của bất kỳ khu vực NC CS-HTYT quốc gia cụ thể nào. Ở các quốc gia có tổ chức NC CS-HTYT mới thành lập hoặc còn yếu kém, các chính sách tài trợ cần lưu ý rằng chi phí ở các tổ chức này có thể sẽ cao hơn ở các tổ chức lâu năm khác. Hơn nữa, các cơ quan cũng cần xem xét cơ chế tài trợ năng lực nghiên cứu, và đặc biệt là việc kết hợp phương pháp tài trợ tổng thể và tài trợ theo dự án. Liên quan tới vấn đề này còn có một yêu cầu đã được nhấn mạnh trong chương trước, đó là tập trung tài trợ vào các các cơ quan đứng đầu địa phương để phân bổ tới các tổ chức hay, nếu cần, hỗ trợ trực tiếp cho các tổ chức nghiên cứu quốc gia.

Hơn nữa, cơ quan tài trợ cần xem xét các tác động của những hợp đồng tư vấn đơn lẻ đối với tổ chức nghiên cứu. Như đã nói ở trên, những hợp đồng này có tác động tiêu cực đối với tổ chức nghiên cứu, các hợp đồng tư nhân làm hạn chế trách nhiệm và tính tự chủ của tổ chức nghiên cứu ở các quốc gia đang phát triển. Lâu dần, những hợp đồng này có thể kìm hãm sự phát triển năng lực giải quyết các vấn đề của tổ chức nghiên cứu (Gaillard 1994).

Chúng tôi cho rằng các tổ chức tài trợ nên gộp các chi phí cụ thể vào nguồn tài trợ nghiên cứu nhằm bồi đắp năng lực nghiên cứu trên phương diện từng tổ chức cũng như của cả lĩnh vực. Ví dụ như: quỹ tài trợ nghiên cứu của EC đã coi việc này là một đặc điểm của quỹ (Van Damme và cộng sự 2004).

Cuối cùng, dĩ nhiên tất cả các biện pháp đều đòi hỏi một lượng đầu tư lớn từ phía các nhà tài trợ cho việc phát triển năng lực nghiên cứu thông qua các chiến lược đã nêu trên.

Đầu tư vào phát triển các phương pháp NC CS-HTYT trong tương lai

Như đã nói ở trên, có rất nhiều lĩnh vực cần phát triển về phương pháp luận, ví dụ: các phương pháp so sánh và các tổng quan hệ thống. Phát triển năng lực nghiên cứu chuyên môn phụ thuộc vào trách nhiệm của tất cả các tổ chức NC CS-HTYT tạo ra tri thức, và sự quan tâm thích đáng của các cơ quan xác định vấn đề ưu tiên và các nhà tài trợ. Đây là trách nhiệm mang tính toàn cầu.

Việc phát triển các phương pháp thích hợp để phổ biến kết quả nghiên cứu cũng là một vấn đề đáng quan tâm và giúp hỗ trợ cho quá trình phát triển năng lực nghiên cứu. Tổ chức nghiên cứu cần có khả năng thực hiện các phương pháp phổ biến kết quả nghiên cứu sao cho nhiều kiểu đối tượng có thể chấp nhận và lĩnh hội kiến thức. Tại một cấp độ, mục tiêu này yêu cầu phải tập trung nhiều hơn vào đào tạo nhân lực và nỗ lực đưa kết quả nghiên cứu vươn xa ra bên ngoài. Tuy nhiên, chúng ta cũng cần phải phát triển thêm nhiều cách phổ biến kết quả nghiên cứu mới. Vấn đề này sẽ được phân tích kỹ hơn trong chương sau về "môi giới/chuyển giao kiến thức".

Cải thiện các chiến lược hợp tác

Như đã nói, hợp tác đang ngày càng đóng vai trò quan trọng trong hoạt động nghiên cứu. Hợp tác cung cấp phương tiện để liên kết và hoàn thiện các hoạt động nghiên cứu, tạo thuận lợi cho hoạt động chuyển giao giữa các quốc gia. Hợp tác cũng tạo ra cơ hội để củng cố, nâng cao năng lực thông qua việc trao đổi nhân lực, ý tưởng và kỹ năng. Tuy nhiên, càng ngày người ta càng nhận thấy những bất ổn tiềm tàng của hợp tác (Bernard 1988; Binka 2005; Jentsch & Pilley 2003; Gaillard 1994; CCGHR 2007). Điều đó đã thúc đẩy sự hình thành các chiến lược để phát triển mô hình và hoạt động quản lý trong vấn đề hợp tác, đặc biệt là hợp tác giữa các quốc gia phát triển và các quốc gia đang

phát triển (ví dụ: xem hướng dẫn của Ủy ban hợp tác nghiên cứu với các quốc gia đang phát triển của Thụy Sỹ, hộp 5.4). Những hướng dẫn này nhấn mạnh vào yêu cầu cần có sự bình đẳng giữa các bên đối tác trong việc sử dụng kết quả nghiên cứu, tiếp cận thông tin, trách nhiệm quản lý và lên kế hoạch. Một cách tiếp hứa hẹn để đạt mục tiêu này đó là các tổ chức ở các nước đang phát triển sẽ nắm vai trò chỉ đạo trong việc hình thành và phối hợp quan hệ hợp tác. Quản lý các quan hệ hợp tác phức tạp có thể khó khăn, do đó, ở một số tổ chức, năng lực quản lý nghiên cứu cần được nâng cao hơn nữa. Các đối tác ở những quốc gia phát triển cần nhạy bén với tác động của sự hợp tác không bình đẳng có thể gây ra cho các đối tác ở các quốc gia đang phát triển, và xem xét một cách thấu đáo, công khai sao cho các hoạt động của họ là nhằm đảm bảo rằng khả năng nghiên cứu ở quốc gia đang phát triển càng thêm vững mạnh chứ không phải là giảm sút.

Mặc dầu năng lực nghiên cứu ở các quốc gia đang phát triển còn yếu và không đồng đều, vẫn có những điều có thể học hỏi giữa các đối tác trong bối cảnh của các quốc gia đang phát triển này.

Vì hợp tác mang lại lợi ích rất lớn cho quá trình NC CS-HTYT, các quỹ tài trợ nên tiếp tục hỗ trợ các quan hệ hợp tác và khuyến khích hợp tác trong các nghiên cứu đươc tài trợ. Cần đặc biệt lưu ý tới việc hỗ trợ các quan hệ hợp tác được hình thành và chủ trì bởi các tổ chức NC CS-HTYT ở các quốc gia đang phát triển. Vì vậy các tổ chức này cần được hỗ trợ tài chính để chi trả cho các chi phí hợp tác của mình.

Hộp 5.4. Các nguyên tắc hợp tác nghiên cứu

- Cùng đưa ra các mục tiêu
- Xây dựng sự tin tưởng lẫn nhau
- Chia sẻ thông tin, phát triển mạng lưới
- Chia sẻ trách nhiệm
- Tạo sự minh bạch
- Theo dõi và đánh giá quan hệ hợp tác
- Phổ biến các kết quả nghiên cứu
- Ứng dụng các kết quả nghiên cứu
- Chia sẻ lợi ích một cách công bằng
- Nâng cao năng lực nghiên cứu
- Phát triển dựa trên nền tảng của các thành tựu

Nguồn: Maselli, Lys & Schmid (2006)

Phát triển văn hoá NC CS-HTYT và đội ngũ nòng cốt

Phần trên chúng ta đã tập trung chủ yếu vào các chiến lược nâng cao năng lực nghiên cứu ở các tổ chức đơn lẻ. Tuy nhiên, một vài quốc gia cũng cần tăng cường chức năng tạo ra và phổ biến kiến thức ở cấp độ hệ thống rộng hơn.

Một hệ thống nghiên cứu y tế hiệu quả phụ thuộc vào lực lượng nòng cốt các tổ chức và các nhà nghiên cứu. Mexico, Nam Phi và Thái Lan đều có nhiều tổ chức liên quan đến NC CS-HTYT và dường như đã tạo ra một môi trường lành mạnh cho hoạt động nghiên cứu. Trong đó, các nhà hoạch định chính sách không bị phụ thuộc vào ý kiến tư vấn của một tổ chức đơn độc, và có phạm vi rộng lớn hơn để các tổ chức cộng tác cũng như cạnh tranh. Các thành phần thiết yếu khác của hệ thống bao gồm mạng lưới và trao đổi hiệu quả giữa các tổ chức, và xây dựng một môi trường văn hoá và sự đặc thù của NC CS-HTYT.

Chúng ta cũng cần chú ý tới công tác điều hành trên phạm vi rộng trong lĩnh vực NC CS-HTYT, bao gồm các mảng như xét duyệt đạo đức và mối quan hệ giữa cộng đồng nghiên cứu và các quá trình lập chính sách.

Do đó, các quốc gia với năng lực NC CS-HTYT còn yếu kém cần có sự đánh giá toàn diện về thực trạng của lĩnh vực NC CS-HTYT

quốc gia, hoạt động đánh giá này nên được điều hành bởi cơ chế hợp tác giữa các tổ chức và chính phủ để xác định các nhu cầu năng lực của hệ thống.

Kết luận

Trong bốn chức năng tạo nên khung NC CS-HTYT, chức năng tạo ra và phổ biến các kiến thức là lĩnh vực được chú trọng nhất trong việc nâng cao năng lực. Tuy nhiên, rõ ràng là một số quốc gia và tổ chức vẫn có nhu cầu về nâng cao năng lực trong các lĩnh vực như điều hành và lãnh đạo, nguồn lực (nhân lực, vật lực và tài chính), trao đổi và chất lượng của nghiên cứu. Cần có các chiến lược để xác định và đáp ứng các nhu cầu này, không chỉ trên cấp độ của từng tổ chức mà còn trên phạm vi rộng lớn hơn. Trong chương sau, chúng ta sẽ xét xem điều gì xảy ra đối với kết quả nghiên cứu, cụ thể là chức năng chọn lọc và phổ biến các kết quả nghiên cứu.



Chương VI

NĂNG LỰC CHỌN LỌC VÀ PHỔ BIẾN BẰNG CHỨNG

Thông điệp chính

- Chọn lọc và phổ biến bằng chứng là một vấn đề thực tế ngày càng quan trọng trong quá trình chính sách.

- Các tổ chức tham gia vào việc chọn lọc và phổ biến bằng chứng với những động cơ, tính hợp pháp và cách thức khác nhau.

- Tuy nhiên, hiểu biết về vấn đề này vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt là về các yêu cầu năng lực cần thiết của các tổ chức tham gia.

- Tổ chức xã hội dân sự tham gia vào quá trình này và các nhà hoạch định chính sách đang lắng nghe các thông tin từ các tổ chức xã hội dân sự, đều cần phải có khả năng tạo sự phù hợp với bối cảnh chính trị.

- Có triển vọng để nâng cao vai trò của các tổ chức trung gian/môi giới kiến thức (knowledge broker organizations) ở những quốc gia thu nhập thấp và trung bình.

Giới thiệu

Ngày nay mọi người đều thừa nhận sẽ là ngây thơ khi cho rằng các kết quả nghiên cứu sẽ được chuyển tải một cách dễ dàng vào quá trình hoạch định chính sách. Tất cả chúng ta đều quen với những ví dụ về việc bằng chứng bị phớt lờ trong quá trình xây dựng chính sách. Rõ ràng, sự kết nối và động lực giữa các nghiên cứu và quá trình chính sách là vô cùng phức tạp và chúng ta mới chỉ hiểu biết phần nào về nó. Trước kia, chúng ta cho rằng ảnh hưởng của các nghiên cứu khách quan tới chương trình nghị sự chính sách là khá rõ ràng/không có gì phải bàn cãi, một tổng quan tài liệu phong phú phân tích một vài yếu tố khá phức tạp, như đã trình bày trong khung phân tích của báo cáo này. Chương này đề cập tới 2 chức năng là: ***chọn lọc*** và ***phổ biến***, qua đó giúp chúng ta hiểu được tại sao một số kết quả nghiên cứu lại được nhà hoạch định chính sách lựa chọn sử dụng và ngược lại cũng có nhiều nghiên cứu khác chưa bao giờ ảnh hưởng đến các quyết định trong chương trình nghị sự hoạch định chính sách. Ngày nay, khi ngày càng có nhiều thông tin và "bằng chứng", chức năng này ngày càng trở nên quan trọng nhằm giúp các nhà hoạch định chính sách lựa chọn được vấn đề cần tập trung ưu tiên.

"Chọn lọc" và "Phổ biến" là những thuật ngữ trước đây được dùng khi đề cập đến những biện pháp mà mạng lưới xã hội dân sự sử dụng nhằm cố gắng gây ảnh hưởng đến chính sách (Perkin và Court 2005). Trong chương này chúng tôi đưa ra những định nghĩa sau:

- **Chọn lọc** là một chức năng, qua đó các bên liên quan xác định nghiên cứu nào phù hợp nhất để làm cơ sở bằng chứng cho những tranh luận/bàn luận trong quá trình hoạch định chính sách.
- **Phổ biến** là một chức năng, nhờ đó các bên liên quan cố gắng làm cho căn cứ bằng chứng trong lập luận của mình được chấp nhận rộng rãi như một biện pháp làm tăng ảnh hưởng đến quá trình hoạch định chính sách.

Chọn lọc và phổ biến xảy ra trong bối cảnh chính trị mang tính tư tưởng và chiến lược của ngành y tế. Nghiên cứu và hoạch định chính sách ở tất cả các lĩnh vực đều bị ảnh hưởng bởi những đánh giá mang tính chính trị:

Sự kết nối giữa nghiên cứu và chính sách được định hình chủ yếu bởi bối cảnh chính trị. Quá trình chính sách và các hoạt động nghiên cứu, bản thân chúng cũng là quá trình chính trị từ lúc bắt đầu đến lúc kết thúc (ODI 2004, trang 2).

Trong khi thực tế cho thấy bằng chứng từ các nghiên cứu có thể là một trong nhiều tác nhân ảnh hưởng tới việc hoạch định chính sách, thì chất lượng của quá trình dân chủ sẽ được nâng cao nếu các bên liên quan trong tranh luận chính sách xây dựng được vị thế và lập luận của mình dựa trên các bằng chứng cũng như là những lợi ích chính trị, ý kiến cộng đồng và cân nhắc về ngân sách.

Chương này trước hết nhằm giúp độc giả hiểu bằng chứng nghiên cứu được lựa chọn và phổ biến bởi các bên tham gia, đặc biệt là được lựa chọn và phổ biến bởi các tổ chức xã hội dân sự như thế nào dựa trên lý thuyết và một số ví dụ thực tế của ngành y tế. Tiếp đó, nửa sau của chương này cũng chỉ ra những hạn chế về năng lực đã tác động đến việc bằng chứng được chọn lọc và phổ biến như thế nào và những gì có thể làm để nâng cao năng lực của các tổ chức xã hội dân sự, các nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách nhằm gia tăng ảnh hưởng của nghiên cứu lên quá trình hoạch định chính sách.

Chọn lọc và phổ biến: tổng quan ngắn

Chúng ta bắt đầu bằng việc tổng quan các chức năng của chọn lọc và phổ biến.

Chọn lọc – Lựa chọn và sắp xếp bằng chứng

Hoạt động chọn lọc của một mạng lưới nhằm làm cho khối lượng thông tin không được quản lý được tổ chức và sử dụng một cách hiệu quả. Người chọn lọc sẽ "quyết định" thông tin nào có giá trị cần quan tâm. Các biên tập viên

nội dung truyền thông đại chúng thường thực hiện hoạt động chọn lọc bằng cách "quyết định" những gì nên phổ biến cho cộng đồng. Các mạng lưới chọn lọc có thể cung cấp cho nhà hoạch định chính sách các dịch vụ tương tự (Mendizabal 2006, trang 5).

Các mạng lưới và tổ chức có thể chọn lọc bằng chứng dựa trên các tiêu chí khác nhau, ví dụ:

- Tiêu chí nghiên cứu khoa học truyền thống, bao gồm tính giá trị, độ tin cậy, tính khái quát, giảm thiểu sai lệch, phương pháp chính xác và thử nghiệm các giả thuyết nguyên nhân.
- Tiêu chí cấu trúc xã hội, bao gồm công nhận và cân nhắc việc tạo dựng các ảnh hưởng lên kiến thức do nghiên cứu mang lại bao gồm các vấn đề như công bằng trong những trường hợp cụ thể hoặc khả năng chuyển giao kiến thức giữa những bối cảnh khác.
- Tiêu chí liên tưởng và thẩm mỹ bao gồm mức độ của những quan điểm mới, khác lạ, chất lượng thẩm mỹ và sức sống nghệ thuật, sự sáng tạo, tính chân thực và khả năng để chuyển tải và gây xúc động cho các đọc giả.
- Tiêu chí thay đổi mang tính quyết định, bao gồm ý thức về sự bất bình đẳng và bất công đang tăng lên: nguồn gốc và bản chất của chúng, tính đại diện của các quan điểm ít sức mạnh hơn và xác định các chiến lược thay đổi (phỏng theo Patton 2001, trích dẫn trong Kuruvilla (2005)).

Các bên liên quan sẽ lựa chọn trên cơ sở của một hay nhiều tiêu chí này để chọn lọc bằng chứng, đến một mức độ nào đó, nó sẽ dựa trên đánh giá về tính giá trị và ý muốn chính trị. Trong khi tiêu chuẩn nghiên cứu khoa học truyền thống, nhìn ở một góc độ, thì nhiều mục tiêu hơn so với những tiêu chí khác, sự lựa chọn dựa trên những tiêu chí như vậy bản thân nó có thể được thúc đẩy bởi những yếu tố mang tính chính trị. Kuruvilla minh họa ví dụ về điểm này trong vận động vì sức khỏe con người (PHM). Trên cơ sở của tiêu chí cấu trúc xã hội và tiêu chí thay đổi mang tính quyết định, PHM không thừa nhận các dữ liệu được chọn lọc và phổ biến bởi Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Chương trình chung của Liên Hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), với dự kiến đề cập đến những câu hỏi trên phạm vi rộng hơn và mang tính chất chính trị rằng tại sao những mục tiêu sức khỏe toàn cầu lại không đạt được. Cũng như giải thích vì sao vấn đề y tế và phát triển không được ưu tiên một cách thỏa đáng trong chương trình nghị sự chính sách toàn cầu (Kuruvilla 2005).

Hộp 6.1 đưa ra một ví dụ về sử dụng chọn lọc bằng chứng trong thảo luận chính sách về HIV/AIDS ở Nam Phi.

Hộp 6.1. Ý nghĩa của bằng chứng được chọn lọc đối với chính sách HIV/AIDS ở Nam Phi

Chính sách điều trị HIV/AIDS ở Nam Phi đã gây tranh luận hết sức gay gắt dù thực tế là việc vận động ở tất cả các khía cạnh của cuộc tranh luận đều dựa vào bằng chứng. Diễn tiến của cuộc tranh luận đã minh chứng rõ ràng cho việc chọn lọc bằng chứng khác nhau có thể được sử dụng cho những mục đích khác nhau như thế nào.

Năm 2000, Tổng thống Nam Phi Thabo Mbeki quyết định ủng hộ cho việc khẳng định rằng không có mối liên quan giữa virus HIV và căn bệnh AIDS (theo đó đã phủ nhận sự tồn tại của căn bệnh được xác định bằng triệu chứng lâm sàng) bằng việc cùng lúc tập trung một loạt "các chuyên gia nghiên cứu", bao gồm những người đại diện của một nhóm gọi là "những người phản đối" AIDS. Nghiên cứu được thực hiện bởi một nhóm chuyên gia đưa ra những câu hỏi, sử dụng những thuật ngữ y sinh học phức tạp, quá trình HIV dẫn đến AIDS, kể cả tính hiệu lực của điều trị kháng virus (ARV). "Bằng chứng" này liên quan đến độc tính của điều trị kháng virus, mặc dầu bằng chứng này khác với quan điểm chung của cộng đồng khoa học (phương Tây), nhưng nó vẫn được phổ biến trên"ANC Today", một tờ báo điện tử của Quốc hội Nam Phi (ANC).

Năm 1998, Chiến dịch hành động điều trị (TAC) được phát động ở Nam Phi nhằm đáp lại sự từ chối của

chính phủ ANC trong việc cung cấp zidovudin (AZT) để phòng ngừa lây truyền virus HIV từ mẹ sang con (MTCT); từ đây tổ chức phát động chiến dịch này trở thành một tổ chức xã hội dân sự có vị thế hàng đầu trong cung cấp điều trị AIDS cho cộng đồng. Năm 2001, nhờ những nỗ lực của TAC cũng như sức ép chính trị, chính phủ đã triển khai thí điểm phòng khám điều trị lây truyền từ mẹ sang con và mở rộng ARVs trên phạm vi toàn quốc vào thời kỳ bắt đầu của chiến dịch cho cuộc tổng bầu cử năm 2004. Các nghiên cứu về điều trị lây truyền từ mẹ sang con bởi giới nghiên cứu Nam Phi đã cung cấp bằng chứng khoa học cho vấn đề điều trị và cũng góp phần vào việc hỗ trợ cho điều trị lây truyền từ mẹ sang con. Chiến dịch hành động điều trị tại Nam Phi được kiện toàn bởi mạng lưới lớn mạnh không ngừng của các nhà hoạt động phòng chống AIDS toàn cầu (Fourie 2006).

Hiểu được bối cảnh của chính quyền non trẻ sau nạn phân biệt chủng tộc, Schneider (2002 trang 153) đã giải thích sự phủ nhận mối liên quan giữa HIV và AIDS như là một nỗ lực của Tổng thống Mbeki nhằm thách thức tính chính thống và địa vị thống trị của phương Tây, đưa những nguyên tắc cơ bản của nghiên cứu sinh y học vào vũ đài chính trị trong "cuộc chiến giữa chính quyền và tổ chức xã hội dân sự nhằm xác định ai có quyền nói về căn bệnh AIDS, quyết định các ứng phó đối với căn bệnh AIDS và thậm chí xác định lại chính vấn đề AIDS". Schneider và Fassin (2002) cũng chỉ ra thực tế là căn bệnh AIDS ở Nam Phi vẫn được tiếp cận chủ yếu qua quan điểm hành vi và tự do mới, do vậy không giải quyết một cách hệ thống các yếu tố quyết định về mặt lịch sử, xã hội và kinh tế của đại dịch này.

Phổ biến – Truyền tải bằng chứng

Bằng chứng được lựa chọn qua hoạt động chọn lọc phải được phổ biến một cách hiệu quả nhằm tác động đến việc hoạch định chính sách. Chọn lọc và phổ biến là hai mặt của một vấn đề. Ví dụ: các biên tập viên tạp chí sẽ sàng lọc bài, rồi chuyển các bài đạt được các tiêu chí nhất định sang quá trình đánh giá của các đồng nghiệp để xác định liệu chúng có được công bố hay không; phần lớn tất cả các bài đều được làm theo quá trình như vậy, những không phải là chỉ có quy trình đó, dựa trên các tiêu chí nghiên cứu khoa học truyền thống.

Các phương tiện truyền thông đại chúng có chức năng tương tự đối với quảng đại công chúng, tuy nhiên tiêu chí lựa chọn thường ít rõ ràng hơn. Các biên tập viên báo chí có vai trò giống như biên tập viên của các tạp chí khoa học, đó là chọn lọc các đoạn thông tin nào đó trong nghiên cứu trong số rất nhiều các dạng thông tin khác nhau và phổ biến trên báo của họ. Một số báo đài có thể chỉ chuyên đưa tin về NC CS-HTYT riêng, ngược lại những báo đài khác tìm kiếm bất kể thông tin nào góp phần tạo nên một "câu chuyện hay" về các vấn đề y tế.

Hoạt động phổ biến không chỉ được truyền tải qua các phương tiện truyền thông đại chúng – mà còn được truyền tải bằng nhiều hình thức/kênh khác nhau. Các cuộc gặp gỡ trực tiếp có thể ảnh hưởng rất lớn đến việc xác định kết quả nghiên cứu nào được quan tâm. Các nhóm vận động có thể phổ biến thông điệp dựa trên nghiên cứu qua các chiến dịch vận động, các chiến dịch này có thể nhằm huy động ý kiến của công chúng xung quanh vấn đề có nhiều khác biệt như là: tăng hỗ trợ phát triển trong y tế, hay nâng cao nhận thức và hành động đối với những sai sót trong điều trị. Hộp 6.2 đề cập đến ví dụ về vai trò của truyền thông đại chúng trong phổ biến bằng chứng.

Hộp 6.2. Phổ biến bằng chứng về "bệnh bò điên" ở Vương Quốc Anh

"Bệnh bò điên" (một loại bệnh về não ở bò, BSE) ở Anh vào đầu thập kỷ 90 là một ví dụ hoàn hảo về làm thế nào các phương tiện truyền thông đại chúng có thể phổ biến các kết quả nghiên cứu và đưa bằng chứng vào vũ đài chính sách. Nghiên cứu của Viện Sức khỏe môi trường trước đó đã cho thấy, lao động không tuân thủ đúng quá trình tại các lò mổ có thể dẫn đến các nguy cơ về sức khoẻ cộng đồng. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đã kêu gọi hành động thông qua các kênh đã được thiết lập đã không dẫn đến hành động chính trị, vì vậy thay vào đó họ chuyển các kết quả nghiên cứu của mình cho một số phóng viên. Chỉ một mình các kết quả nghiên cứu đã không thúc đẩy được hành động chính trị, tuy nhiên chỉ trích của công luận trên các kênh truyền thông đại chúng lại tạo điều kiện chính trị để áp dụng những nguyên tắc nghiêm ngặt hơn. Nhưng những chính trị gia còn khôn ngoan hơn nữa trong việc sử dụng phương tiện thông tin đại chúng cho các mục đích riêng của họ. Kênh truyền thông đại chúng của chính phủ đưa tin về các nguy cơ sức khỏe cộng đồng từ BSE là dựa trên nghiên cứu ủy thác, nhưng các phân tích tiếp theo của các báo cáo nghiên cứu gốc cho thấy các bác sỹ bị ảnh hưởng bởi chính trị đã loại bỏ một số tiêu chuẩn khoa học và điều này đã tạo nên sự cảnh báo cộng đồng.

Nguồn: Miller (1999).

Tổ chức và mạng lưới tham gia vào chọn lọc và phổ biến trong y tế

Vai trò của các tổ chức xã hội dân sự và các mạng lưới

Nhiều tổ chức khác nhau có thể cùng tham gia vào hoạt động chọn lọc và phổ biến. Ví dụ về phổ biến các kết quả nghiên cứu, bản thân các nhà nghiên cứu cũng có thể xác định các thông điệp mà họ tin là phù hợp với chính sách và bảo đảm phổ biến rộng rãi hơn các thông điệp này. Các nhà cố vấn chính sách trong các bộ y tế cũng có thể xác định các kết quả nghiên cứu quan trọng và chuyển tải chúng tới nhà hoạch định chính sách. Tuy nhiên, chương này tập trung hơn vào các tổ chức xã hội dân sự và vai trò của họ trong việc chọn lọc và phổ biến bằng chứng.

Các tổ chức xã hội dân sự bao gồm tất cả các tổ chức, khác biệt với nhà nước, hộ gia đình hoặc thị trường, nó được hình thành để theo đuổi lợi ích và giá trị chung (Sanders và cộng sự, 2004). Trong lĩnh vực y tế có hàng loạt các tổ chức xã hội dân sự với hình thức và quyền lực khác nhau. Lavalle, Acharya và Houtzager (2005) đề cập đến các loại hình đơn giản của các tổ chức xã hội dân sự để phân loại chúng như sau:

- Các hội, hiệp hội – hình thành dựa trên cộng đồng địa lý hoặc cộng đồng chia sẻ vấn đề chung, họ bao gồm cả các hội nghề nghiệp (ví dụ như: Hiệp hội y học, Hiệp hội điều dưỡng).
- Điều phối viên – họ tập hợp và điều phối các đối tượng tập thể khác và đóng vài trò trung gian mối quan hệ với nhà nước (ví dụ như: Hiệp hội y tế Cơ đốc giáo đại diện cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoạt động ở nhiều quốc gia cận sa mạc Sahara của châu Phi).
- Các NGO tập trung vào việc vận động các vấn đề xã hội trở thành các vấn đề của công chúng và chiến dịch về vấn đề chính sách (ví dụ như: Hành động vì sức khỏe của con người, hoặc Chiến dịch hành động điều trị).
- Các tổ chức dịch vụ phi lợi nhuận – tập trung hàng đầu của họ là cung cấp dịch vụ cho người dân (ví dụ: tổ chức Tầm nhìn thế giới, Tổ chức Oxfam, Quỹ bảo vệ trẻ em).
- Nhóm/tổ chức cố vấn (Think tanks) – là những nhóm tập trung vào tổng hợp/tóm tắt và chuyển tải các ý tưởng đến những người có quyền ra quyết định thực sự (Bentley 2004, trang 40) và đó có thể là những "người phổ biến" có tác động rất

mạnh. Ví dụ như: Quỹ IBON[16], một tổ chức tư vấn ở Philippin thực hiện việc phân tích và phổ biến các số liệu về kinh tế - xã hội và sức khỏe ở quốc gia này, cũng như các tổ chức ở các quốc gia phát triển như Trung tâm phát triển toàn cầu ở Mỹ và Viện phát triển hải ngoại ở Anh.

§ Tổ chức chuyển giao/trung gian về kiến thức – đó là những tổ chức có mối quan tâm ngày càng tăng và cống hiến cho việc tạo mối liên kết giữa cơ sở kiến thức với những người cần sử dụng kiến thức cho hoạch định chính sách và ra quyết định (CHSRF 2003). Các tổ chức này có thể nằm trong Bộ Y tế; có thể là những tổ chức độc lập như: Sáng kiến chính sách y tế cộng đồng Khu vực Đông Phi (REACH).

Trong khi các nhóm vận động tham gia chủ yếu vào vận động chính sách thì nhiều các tổ chức xã hội dân sự khác lại tham gia phản biện chính sách, đặc biệt khi mà vấn đề họ quan tâm chuẩn bị được đưa vào chương trình nghị sự chính sách. Bằng việc nâng cao nhận thức và phản biện các vấn đề chính trị, tổ chức xã hội dân sự có thể mở rộng sự tham gia của mình vào việc phản biện chính sách. Mặc dù không có mối liên quan trực tiếp và rõ ràng giữa quy mô dân chủ và vai trò của tổ chức xã hội dân sự, nhưng dường như tính dân chủ càng cao thì các tổ chức xã hội dân sự tham gia vào chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu càng nhiều; Mối liên kết khá đơn giản giữa người nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách không chắc đã phản ánh đúng thực tế. Trong lĩnh vực sức khỏe quốc tế, một số tổ chức/bên liên quan toàn cầu đang cố gắng thúc đẩy các tổ chức xã hội dân sự tham gia vào việc ra quyết định và hoạch định chính sách. Ví dụ như: Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, lao và sốt rét đòi hỏi sự tham của khối tư nhân như một phần của chính *Cơ chế điều phối quốc gia* đồng thời cũng dành ghế cho các tổ chức xã hội dân sự trong ban điều hành của nó. Thực tế cho thấy, dường như trong một tương lai không xa, vai trò về hoạt động chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu của các tổ chức xã hội dân sự sẽ trở nên mạnh mẽ hơn.

Trong khi nhiều tổ chức xã hội dân sự tập trung nỗ lực của họ vào chính sách của quốc gia họ, thì ngày càng có nhiều tổ chức hoạt động trên phạm vi toàn cầu để cố gắng gây ảnh hưởng đến các nhà hoạch định chính sách ở cấp độ toàn cầu như Ngân hàng thế giới, Tổ chức Y tế thế giới, các công ty đa quốc gia hay chính phủ các quốc gia có thu nhập cao nhằm tác động đến quá trình hỗ trợ phát triển.

Trong thập kỷ vừa qua, một loạt các tổ chức xã hội dân sự ở các quốc gia đang phát triển vốn tập trung vào cung cấp dịch vụ, nay đã chuyển hướng sang vận động chính sách bởi nhận thức được thực tế là các hoạt động phát triển trước đây đây không hiệu quả và thiếu bền vững bởi không có thay đổi chính sách. (Hudson 2000; Chapman và Wameyo 2001). Các tổ chức này có thể sử dụng nghiên cứu vừa để xác định vị thế trong quá trình vận động chính sách và vừa cung cấp thêm luận cứ để hỗ trợ các hoạt động này.

Mặc dù mỗi một tổ chức xã hội dân sự thường đóng vai trò tích cực trong việc chọn lọc và phổ biến các bằng chứng nghiên cứu nhưng rất nhiều tài liệu cho thấy chức năng chọn lọc cho mạng lưới chính sách được xem như "các hình thức chính thức hoặc không chính thức để kết nối các bên (cá nhân hoặc tổ chức), những người cùng chia sẻ mối quan tâm với một vấn đề cụ thể hoặc chia sẻ các giá trị chung" (Perkin và Court 2005, trang 3). Những mạng lưới đó có thể đòi hỏi phải hợp tác và tương tác ở các mức độ khác nhau (Chapman và Wamey 2001). Ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, các mạng lưới chính sách thường là hoạt động không chính thức. Chúng có thể hình thành từ một vấn đề đơn lẻ (xem hộp 6.3 về kiểm soát thuốc lá ở Thái Lan); hoặc được tạo thành bởi một nhóm các đối tượng, mà thành phần của nhóm có thể thay đổi, đó là những người tham gia vào phản biện chính sách y tế và qua những

[16] Xem trang web: http://www.ibon.org (truy cập ngày 22 tháng 8 năm 2007)

tương tác liên tục, tạo lập mối quan hệ công việc từ đó hình thành mạng lưới chính sách. Liên quan đến mạng lưới dựa trên một vấn đề cụ thể, các bên liên quan có thể tìm kiếm để bổ sung thêm các thành viên khác vào mạng lưới nhằm kiện toàn và bổ sung các thành viên cho mạng lưới đang có. Những mạng lưới này có thể tạo điều kiện trao đổi thông tin, đẩy mạnh các chiến dịch vận động và, thông qua tương tác thường xuyên, sẽ nâng cao sự tin tưởng giữa các thành viên trong mạng lưới. Tất cả các hoạt động này có ý nghĩa quan trọng đối với việc bằng chứng nghiên cứu được chọn lọc và phổ biến như thế nào.

Cuối cùng, truyền thông đại chúng có tầm quan trọng sống còn đối với hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự. Các tạp chí hàn lâm và chuyên môn như *Lancet* hay *Y tế công cộng Mỹ* là mục tiêu của rất nhiều các hoạt động phổ biến của nhà nghiên cứu. Nhưng những kênh truyền thông khác như bản tin truyền hình và báo ra hàng ngày thường hiệu quả hơn khi tiếp cận số đông độc giả.

Hộp 6.3. Xây dựng mạng lưới chính sách để kiểm soát thuốc lá ở Thái Lan

Cuối những năm 1980, một loạt những sắc lệnh của Hoàng gia Thái Lan nhằm hạn chế việc quảng cáo thuốc lá và buộc phải ghi trên nhãn bao thuốc lá là sản phẩm có hại cho sức khỏe. Các sắc lệnh này nhận được sự ủng hộ từ các tổ chức phi chính phủ trong nước, như Tổ chức Hành động kiểm soát thuốc lá và sức khoẻ (ASH Thái Lan), một tổ chức phi chính phủ được thành lập năm 1986 dưới sự bảo trợ của Tổ chức bác sỹ nông thôn.

Đầu những năm 1990, Viện nghiên cứu hệ thống y tế Thái Lan (HSRI) đã đưa ra trọng tâm mới hướng tới vấn đề tiêu thụ thuốc lá. Đây là điểm đặc biệt quan trọng, vì dựa trên các thỏa thuận thương mại của Hiệp ước chung về thuế quan và mậu dịch (GATT) và nó đã gây sức ép đối với Thái Lan để mở cửa thị trường thuốc lá.

Nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng rõ ràng về mặt dịch tễ học và xu hướng tiêu thụ thuốc lá, chi phí các bệnh tật liên quan đến thuốc lá, thu nhập và sự co giãn của giá cả dựa vào Điều tra hộ gia đình tại Thái Lan. Những bằng chứng này đặt nền móng cho chiến lược nâng cao sức khỏe hiệu quả. Trong 2 năm 1994 – 1995, các công ty thuốc lá và HSRI đã tổ chức một diễn đàn trao đổi kinh nghiệm và tổ chức các cuộc gặp gỡ giữa Thái Lan và VicHeath, một tổ chức phi chính phủ về kiểm soát thuốc lá của Úc. Tại cuộc hội nghị đầu tiên của HSRI được tổ chức 2 năm 1 lần vào tháng 2/1995, giám đốc điều hành của VicHeath được mời trình bày và chia sẻ kinh nghiệm của Úc về vấn đề kiểm soát thuốc lá. Kết quả đáng chú ý của hợp tác không chính thức này là sự tin tưởng hơn của Thái Lan về tính khả thi của trào lưu sử dụng thuế thuốc lá cho các hoạt động nâng cao sức khỏe. Dựa vào những thuyết phục và cam kết của những người đi đầu trong phòng chống thuốc lá tại Thái Lan, nhiều bên liên quan đã được mời tư vấn với mục đích vận động cho phép sử dụng thuế thu được từ thuốc lá vào các hoạt động nâng cao sức khỏe. Một khuyến nghị chính sách được đưa ra để thiết lập cơ chế sử dụng đã được đệ trình lên chính phủ vào năm 1996.

Năm 1999, Bộ trưởng Bộ Tài chính thành lập Quỹ Nâng cao sức khỏe, kinh phí dành cho các hoạt động được lấy từ thuế thu được từ rượu và thuốc lá. Điều này cho thấy thay đổi quan trọng trong việc chia sẻ tổng thu hàng năm từ thuế của Thái Lan. Và mất thêm 2 năm nữa cho dự thảo luật để đệ trình Hạ Nghị viện và Thượng Nghị viện. Cuối cùng, đạo luật về Quỹ hỗ trợ nâng cao sức khỏe Thái Lan được ban hành năm 2001 và Tổ chức sức khỏe Thái Lan (ThaiHealth) bắt đầu hoạt động từ tháng 10 năm đó.

Các yếu tố quan trọng dẫn đến thành công trong việc sáng lập Tổ chức sức khỏe Thái Lan bao gồm việc vận động tích cực dựa trên bằng chứng của các tổ chức xã hội dân sự và sự ủng hộ chính trị của Bộ Tài chính. Bài học kinh nghiệm từ VicHeath (Úc) đã tạo tiền đề động lực cho các hoạt động tại Thái Lan. Tuy nhiên, quá trình này mang tính nội bộ được dẫn dắt bởi các nhà hoạt động đi đầu trong phòng chống tác hại thuốc lá quốc gia. Bằng chứng có được từ các cuộc điều tra hộ gia đình gần đây cho thấy mức tiêu thụ thuốc lá đang giảm dần và nó được xem như là kết quả của những biện pháp kể trên.

Hiểu biết về cơ sở tính hợp pháp của các tổ chức xã hội dân sự

Nếu như cơ cấu tổ chức và cơ sở pháp lý của khối cơ quan nhà nước là khá rõ ràng (những không phải luôn luôn vận hành một cách hoàn hảo) thì cấu trúc và cơ sở pháp lý của các tổ chức xã hội dân sự lại chưa rõ ràng và rất khác biệt về loại hình tổ chức. Do vậy, điều quan trọng là hiểu được cơ sở pháp lý của các tổ chức xã hội dân sự tham gia vào chọn lọc và phổ biến – cả từ góc độ của các nhà hoạch định chính sách, những người cần đánh giá tiếng nói của một tổ chức xã hội dân sự hợp pháp như thế nào trong môi trường chính sách và dưới góc độ của bản thân các tổ chức xã hội dân sự. Tổ chức xã hội dân sự cần tự hỏi tính pháp lý cần có để ảnh hưởng đến chương trình nghị sự chính sách và sau đó xây dựng cho mình chiến lược vận động xung quanh câu trả lời cho những câu hỏi đó. Tổng quan tài liệu cũng cho thấy một số cơ sở về tính pháp lý cho sự vận động của các tổ chức xã hội dân sự đối với chính sách y tế (Kuruvilla 2005).

- Đạo đức: các nhóm vận động chính sách có thể đòi hỏi tính pháp lý trên cơ sở các giá trị và yêu cầu về đạo đức điều này thúc đẩy động cơ vận động chính sách của họ. Ví dụ: vận động cho phê chuẩn quyền cơ bản của con người trong việc cung cấp các dịch vụ sức khoẻ liên quan đến nhóm dân tộc thiểu số có thể dựa trên tính hợp pháp về mặt đạo đức.
- Chuyên môn: các nhóm vận động chính sách có nhiều kinh nghiệm và chuyên môn đặc thù ở một lĩnh vực chính sách liên quan do vậy họ có thể tác động đến chính sách do các quan điểm chuyên môn của họ có thể là hết sức quan trọng đối với sự thành công của chính sách.
- Chính trị: các sáng kiến vận động chính sách có thể tạo nên tính pháp lý của họ từ việc huy động thành công các hỗ trợ của cộng đồng cho sự nghiệp của họ bằng các hình thức hoạt động khác nhau trong vận động chính trị.
- Đại diện: những nỗ lực vận động chính sách có thể đạt được tính pháp lý thông qua ủy quyền cho một cộng đồng đại diện cho họ để gây ảnh hưởng đến quá trình hoạch định chính sách.

Vận động chính sách dường như dễ tiếp cận và hiệu quả nếu như nó kết hợp được hai hoặc nhiều hơn các loại mang tính pháp lý kể trên. Hộp 6.4 trình bày về một điều tra của tổ chức phi chính phủ ở Anh về vận động chính sách và tính pháp lý của nó.

Hộp 6.4. Cơ sở về tính pháp lý của tổ chức xã hội dân sự trong vận động phát triển tại Vương Quốc Anh

Trong một nghiên cứu của 31 tổ chức phi chính phủ tại Anh về vận động chính sách, bao gồm cả các tổ chức phi chính phủ y tế đã cho thấy rằng:

- 15% đòi hỏi tính pháp lý dựa trên các lập luận về đạo đức, có nghĩa là họ đã ủng hộ các quyền đạo đức cơ bản;
- 50% đòi hỏi tính pháp lý dựa trên căn cứ của các liên kết giữa họ với các quốc gia phát triển cũng như kinh nghiệm và trình độ chuyên môn bắt nguồn từ những liên kết này; và
- 30% đòi hỏi tính pháp lý dựa trên cơ sở của tính đại diện, trong đó 10% gắn với cơ cấu tổ chức và quản lý của họ bao gồm hội viên dân chủ và 20% tuyên bố họ "nói tiếng nói" của các quốc gia đang phát triển.

Tính pháp lý về mặt chính trị đã không được đề cập. Một vài NGO đòi hỏi tính pháp lý dựa vào lịch sử của tổ chức. 50% các NGO đòi hỏi tính pháp lý dựa trên mối liên kết của mình với các quốc gia đang phát triển là các NGO cung cấp dịch vụ cho cộng đồng, các tổ chức này dựa vào công việc mang tính tác nghiệp ở cấp cơ sở để phục vụ cho mục đích vận động chính sách.

Xây dựng năng lực chọn lọc và phổ biến

Xây dựng năng lực chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu hết sức quan trọng đối với các tổ chức xã hội dân sự - những người tham gia tích cực vào các hoạt động này. Tuy nhiên, một điều cũng rất quan trọng đó là các bên liên quan khác cũng cần hiểu được các hoạt động này và vai trò mà các tổ chức xã hội dân sự có thể đảm nhận trong chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu. Trước tiên chúng ta tìm hiểu các tổ chức xã hội dân sự hiểu môi trường hoạt động của họ như thế nào và từ đó họ có thể xác định vị thế của mình, đồng thời sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong môi trường đó. Chương này cũng xem xét đến vấn đề từ góc độ khác, đó là các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách hiểu thế nào về vai trò của các tổ chức xã hội dân sự trong việc chọn lọc và phổ biến bằng chứng liên quan đến một vấn đề chính sách cụ thể và qua đó xác định cách tốt nhất để ứng xử với các tổ chức này. Sau đó, chúng ta xác định nhu cầu năng lực của các tổ chức xã hội dân sự liên quan đến chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu. Phần lớn chương này tập trung vào vai trò của các tổ chức xã hội dân sự trong việc truyền tải bằng chứng như một phần của một quá trình nhằm đạt được các mục tiêu (vận động chính sách) của mình. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều quan tâm tới việc thành lập các tổ chức chuyển giao/trung gian kiến thức trong lĩnh vực y tế. Các tổ chức chuyển giao kiến thức có nhiệm vụ trước tiên là xác định mục tiêu, đánh giá và tổng hợp các bằng chứng nghiên cứu và truyền tải những bằng chứng đến các nhà hoạch định chính sách. Sau cùng là cân nhắc vai trò của các tổ chức chuyển giao kiến thức và năng lực của họ có thể được củng cố như thế nào.

Hiểu biết về bối cảnh chính trị

Góc độ của tổ chức xã hội dân sự

Sự tham gia hiệu quả của các tổ chức xã hội dân sự vào bàn luận/trao đổi về chính sách đòi hỏi sự hiểu biết về bối cảnh chính trị. Bối cảnh chính trị khác biệt không chỉ giữa quốc gia này với quốc gia khác mà còn giữa vấn đề này với vấn đề khác. Ví dụ: một số vấn đề như bồi dưỡng cho cán bộ ngành y tế có thể thu hút sự quan tâm thảo luận rộng rãi của các giới/ngành và xã hội hơn so với các vấn đề mang tính chuyên môn như quá trình phân bổ ngân sách nhà nước cho ngành y tế có thể được tranh luận trong khuôn khổ chính sách đóng hơn. Các tổ chức xã hội dân sự cần phải bắt đầu bằng những hiểu biết sâu sắc về các quy tắc chính thức trong quá trình hoạch định chính sách; bên cạnh đó, các chiến lược vận động cũng đòi hỏi có những hiểu biết sự tương tác sôi động về chính trị trên thực tế trong một vũ đài chính sách cụ thể. Những chương trước đã thảo luận các căn cứ khác nhau cho những đòi hỏi của các tổ chức xã hội dân sự về tính pháp lý. Những căn cứ mà dựa vào đó một tổ chức xã hội dân sự hình thành tính pháp lý từ đó tác động đến hoạt động của nó trên vũ đài chính sách. Ví dụ: các tổ chức xã hội dân sự mang tính chuyên môn chắc chắn sẽ chịu sức ép mạnh hơn để đưa ra các lập luận dựa trên bằng chứng hơn là các tổ chức xã hội dân sự tìm kiếm tính pháp lý của mình dựa trên quan điểm mang tính chính trị hay đại diện. Các tổ chức xã hội dân sự cũng cần cân nhắc liệu tính pháp lý mà họ đòi hỏi được thừa nhận hoặc gây tranh luận bởi các nhà hoạch định chính sách hay không. Vấn đề về sự tin tưởng và danh tiếng của tổ chức được đặt ra, nó đóng vai trò quyết định trong việc xác định liệu các nhà hoạch định chính sách có lắng nghe những tiếng nói từ bên ngoài hay không (Innvaer và cộng sự, 2002). Một điều cũng rất quan trọng là hiểu được bản chất của các mạng lưới chính sách cũng như mức độ mở rộng hay chặt chẽ của mạng lưới, tính rõ ràng hay không rõ ràng trong hoạt động. Ví dụ: đối với các mạng lưới chính trị chặt chẽ, các tổ chức xã hội dân sự gần như không dễ gì có thể có được sự lắng nghe của các nhà hoạch định chính sách, trong trường hợp này họ có thể cần phải vận động để được lắng nghe.

Góc độ của nhà hoạch định chính sách

Các nhà hoạch định chính sách là đối tượng đương đầu với việc phải lắng nghe nhiều đòi hỏi cạnh tranh nhau. Các khía cạnh phân tích được mô tả ở trên, đặc biệt là cơ sở cho những đòi hỏi của các tổ chức xã hội dân sự về tính pháp lý và các khung lý thuyết dùng trong quá trình chính sách cũng sẽ tác động tới việc liệu các nhà hoạch định chính sách có dành thời gian và quan tâm đến một tổ chức xã hội dân sự cụ thể hay không. Nếu tính pháp lý của một tổ chức xã hội dân sự mang tính chuyên môn thì những tranh luận nên được dựa vào nghiên cứu đáng tin cậy hoặc bằng chứng theo kinh nghiệm.

Nâng cao năng lực hiểu biết về bối cảnh chính trị

Nhu cầu năng lực của các tổ chức xã hội dân sự trong việc tận dụng bằng chứng để tham gia hiệu quả vào quá trình chính sách mới được thừa nhận trong thời gian tương đối gần đây, và hiểu đúng bản chất của những nhu cầu này hiện nay còn hạn chế. Một sáng kiến gần đây bên ngoài ngành y tế đã nhận thấy nhu cầu đang tăng lên của các tổ chức xã hội dân sự tại các quốc gia đang phát triển đối với hỗ trợ nâng cao năng lực nhằm có được những hiểu biết tốt hơn về các quá trình chính sách và đề xuất xây dựng trung tâm ở khu vực nhằm hỗ trợ cho các tổ chức xã hội dân sự trong vấn đề này (*thông tin từ ODI*). Tất nhiên trong lĩnh vực y tế, có nhiều công cụ[17] đánh giá các bên liên quan giúp những người sử dụng công cụ này xác định và phân tích các bên liên quan khác nhau đối với một vấn đề chính sách cụ thể và xây dựng chiến lược tốt nhất để tiếp cận họ. Những công cụ đó có thể được sử dụng để giúp các tổ chức xã hội dân sự phân tích môi trường chính sách mà trong đó họ đang hoạt động.

Nâng cao các năng lực chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu

Để sử dụng hợp lý bằng chứng trong chính sách và ra quyết định, các tổ chức xã hội dân sự cũng như các nhà hoạch định chính sách cần có khả năng đánh giá chất lượng nghiên cứu, đánh giá khả năng khái quát hóa của nó trong các bối cảnh khác nhau và tổng hợp các kết quả nghiên cứu từ nhiều đề tài nghiên cứu. Chưa có bằng chứng mang tính hệ thống cho thấy các tổ chức xã hội dân sự thực sự có những năng lực này. Một vài tổ chức xã hội dân sự như: Quỹ Cứu trợ trẻ em Anh tiến hành các nghiên cứu hoặc đánh giá độc lập để giúp họ có năng lực nội bộ của tổ chức trong việc xác định, đánh giá và ứng dụng các kết quả nghiên cứu. Rất nhiều tổ chức phi chính phủ tại các quốc gia đang phát triển cũng được giao quyền kết hợp nghiên cứu với vận động chính sách, đôi khi cung cấp dịch vụ và do đó nâng cao năng lực nghiên cứu. BRAC ở Băng la đét là một ví dụ, tổ chức này triển khai các chương trình hoạt động xã hội quan trọng bao gồm cả các chương trình liên quan đến y tế, nhưng cũng có một phòng theo dõi và giám sát, một phòng vận động chính sách và quyền con người[18]. Trung tâm điều tra vấn đề sức khoẻ và các chủ đề tương tự (CEHAT) ở Ấn Độ đang được tham gia vào nhiều hoạt động như nghiên cứu, cung cấp dịch vụ và vận động chính sách về sức khỏe và đã thực hiện nhiều dự án nghiên cứu[19]. Hội đồng châu Phi vì sự phát triển sức khỏe bền vững (ACOSHED) - một sáng kiến của các nước Tây Phi, cũng kết hợp giữa hoạt động vận động chính sách và nghiên cứu tác nghiệp. Tuy nhiên, chắc chắn sẽ không phải là hợp lý khi tất cả các tổ chức xã hội dân sự quan tâm đến chính sách y tế và hệ thống y tế đều đầu tư vào nâng cao năng lực NC CS-HTYT. Trong một số trường hợp, các tổ chức xã hội dân sự có thể có lợi trong xây dựng quan hệ với các tổ chức hay nhà nghiên cứu khác –

[17] Tham khảo phần mềm "Nhà hoạch định chính sách" (PolicyMaker) – một chương trình phần mềm cho phép người sử dụng xác định vị trí của các bên liên quan trong các vấn đề chính sách cụ thể và quyền lực liên quan của họ. (Nash, Hudson và Luttrell, 2006)

[18] Xem trang web: http://www.brac.net (truy cập ngày 22 tháng 8 năm 2007)

[19] Xem trang web: http://www.cehat.org (truy cập ngày 22 tháng 8 năm 2007)

những người có thể góp phần vào năng lực này.

Nhận thức về nhu cầu và đào tạo cho các nhà hoạch định chính sách làm sao để họ xác định và đánh giá bằng chứng nghiên cứu đang tăng lên. Những trên thực tế đến nay các tổ chức quốc tế và tổ chức bên ngoài dành rất ít sự chú ý của mình cho việc nâng cao năng lực đánh giá và sử dụng bằng chứng nghiên cứu cho các tổ chức xã hội dân sự ở các quốc gia đang phát triển. Tuy nhiên, điều này cũng không có nghĩa là không có một hoạt động nào diễn ra trong lĩnh vực này. Ví dụ như: nhiệm vụ của Trung tâm hỗ trợ nghiên cứu và đào tạo (TARSC)[20] ở Zim-ba-bu-ê là triển khai đào tạo, nghiên cứu và hỗ trợ dịch vụ cho nhà nước và các tổ chức xã hội dân sự trong các hoạt động dựa vào cộng đồng.

TARSC hiện là văn phòng điều hành cho Equinet[21], một sáng kiến của Nam Phi nhằm lôi kéo sự tham gia của các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu và tổ chức xã hội dân sự, hỗ trợ trực tiếp cho NC CS-HTYT và hướng tới tạo ra một diễn đàn đối thoại, học hỏi, chia xẻ thông tin và kinh nghiệm cũng như những phân tích quan trọng nhằm gây ảnh hưởng đến vấn đề chính sách, chính trị và hành động hướng tới công bằng sức khỏe. Mạng lưới chính thức như Equinet tạo cơ hội nâng cao năng lực cho các tổ chức xã hội dân sự và cho cả việc tạo mạng lưới giữa các nhà nghiên cứu và các tổ chức xã hội dân sự. Tương tự như vậy, hành động vì sức khỏe con người có sáng kiến hoạt động nhằm giúp nâng cao các kỹ năng nghiên cứu cho các nhà hoạt động xã hội (hộp 6.5).

Hộp 6.5. Tăng cường năng lực vận động sử dụng bằng chứng

Trích từ cuộc phỏng vấn ông Ravi Narayan, nguyên điều phối viên của chương trình Hành động vì sức khỏe con người:

"Tôi nghĩ có một số hoạt động đáng lưu ý diễn ra trong thời gian tôi làm điều phối viên chương trình, tôi nghĩ sự quan tâm của tổ chức ngày càng tăng lên cho ý tưởng (liên kết giữa nghiên cứu và vận động chính sách). Đầu tiên là sáng lập Đại học Sức khỏe cộng đồng quốc tế. Nó được công bố thành lập tại Hội nghị vì sức khỏe con người lần thứ 2 (PHA2) bởi giới hàn lâm và các nhà nghiên cứu trên toàn thế giới. Nó sẽ sớm trở thành một phần của các chương trình Hành động vì sức khoẻ con người. Một tuần trước hoặc sau các hội nghị quốc tế hay khu vực, một khóa tập huấn trong chương trình "vệ tinh" đã diễn ra nhằm tập huấn cho các nhà hoạt động xã hội trẻ về bằng chứng và nghiên cứu. Tháng 7 vừa rồi, chúng tôi có 60 nhà hoạt động xã hội trẻ tham dự PHA2 ở Cuenca tại Ê-cu-a-đo tham gia khóa tập huấn, họ xem xét các bằng chứng về vấn đề toàn cầu hóa và sức khỏe .v.v., sau đó họ được chia thành ba nhóm thảo luận. Một nhóm tiếp tục xem xét các vấn đề về thương mại và y tế với bằng chứng. Nhóm khác xem xét những thành công và thất bại của các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu. Nhóm còn lại xem xét những yếu tố xã hội quyết định sức khỏe.

Đó là những mạng lưới nhỏ các thanh niên, những người sẽ trở thành các cán bộ y tế công cộng hay các nhà hoạt động xã hội hoặc nhà nghiên cứu hoặc bất kể ngành nghề gì. Họ không bận tâm lắm vị trí của họ ở đâu trong hệ thống, nhưng tất cả họ đã đến Hội nghị và được mời đến trước một tuần. Và chúng tôi vừa mới thống nhất sẽ đánh giá những gì đang diễn ra khi họ trở về nhà và làm việc và chúng tôi nên tiếp tục việc đào tạo này như thế nào"

Nguồn: Bản tin sức khỏe thực tế (2006)

[20] Xem trang web: http://www.tarsc.org

[21] Xem trang web: http://www.equinetafrica.org

Các chương trình tài trợ ngày càng dành nhiều sự chú ý tới vấn đề xây dựng năng lực cho các nhà báo về cách thức đưa tin về những vấn đề chính sách y tế tại các quốc gia đang phát triển. Một vài tổ chức như Viện Panos và Hội đồng Dân số đã tổ chức khóa đào tạo cho các nhà báo làm việc trong lĩnh vực y tế, khóa học cũng cung cấp kiến thức cơ bản về nghiên cứu y tế.

Liên quan đến năng lực phổ biến bằng chứng nghiên cứu, hầu hết các tổ chức vận động chính sách đều có chiến lược hoạt động để nâng cao ủng hộ về khía cạnh chính trị, từ liên lạc với một đại biểu quốc hội đến tổ chức chiến dịch truyền thông hay diễu hành ủng hộ của công chúng. Tuy nhiên vấn đề khó khăn đặt ra là cách nào tốt nhất để phổ biến bằng chứng nghiên cứu nhưng vẫn đảm bảo được tính toàn vẹn, chính xác của nó đồng thời với việc tiếp cận rộng rãi. Để nâng cao tác động của bằng chứng nghiên cứu, nó có thể phải được các tổ chức xã hội dân sự "điều chỉnh cho thu hút hơn" để sử dụng cho các phản biện chính sách theo cách có thể khiến cho các nhà nghiên cứu cảm thấy không thoải mái (xem hộp 6.6). Việc xây dựng mối quan hệ tay ba tin cậy giữa tổ chức xã hội dân sự, nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu có thể làm đơn giản quá trình, chẳng hạn tạo cơ hội cho những bàn luận không chính thức hay trao đổi xung quanh nghiên cứu mà không chịu sức ép phải truyền tải nghiên cứu bằng một hoặc hai câu gạch đầu dòng.

Hộp 6.6. Mục đích khác nhau trong phổ biến nghiên cứu

Các nhà nghiên cứu và tổ chức xã hội dân sự thường có thể không phải lúc nào cũng thống nhất với nhau về việc kết quả nghiên cứu phải được phổ biến như thế nào. Cụ thể là, các nhà nghiên cứu có xu hướng quan tâm nhiều hơn tới cơ sở khoa học của kết quả nghiên cứu và ngược lại tổ chức xã hội dân sự vận động chính sách lại nghiêng về việc sử dụng nghiên cứu để hỗ trợ cho những mục tiêu của họ. Một ví dụ cụ thể liên quan đến nghiên cứu ở giai đoạn đầu của Liên minh toàn cầu về Vắc xin và Tiêm chủng (GAVI) sẽ minh họa cho điểm này.

Quỹ Cứu trợ trẻ em (vương quốc Anh) hỗ trợ thiết kế và triển khai nghiên cứu về kinh nghiệm của các quốc gia nhận tài trợ của GAVI, nó được thực hiện bởi các nhà nghiên cứu tại Anh (Starling et al.2002). Ngay sau khi đăng tải báo cáo nghiên cứu, Quỹ Cứu trợ trẻ em đã ra một số thông cáo báo chí mà không thảo luận về nội dung trước với các nhà nghiên cứu - những người trực tiếp thực hiện nghiên cứu. Thông cáo báo chí đã đưa ra một số phiên giải vượt ra ngoài các bằng chứng đã được trình bày trong báo cáo, mà nó đúng hơn là phản ánh quan điểm và nhận định của Quỹ Cứu trợ trẻ em. Các nhà nghiên cứu đã phản đối thông cáo báo chí, và tổ chức này sau đó đã đưa ra lời xin lỗi. Câu chuyện minh họa cho các mục tiêu và giá trị khác nhau có thể gây ra những khó khăn như thế nào cho mối quan hệ giữa nhà nghiên cứu và tổ chức xã hội dân sự.

Nguồn: Walt & Brugha, trao đổi cá nhân (2007).

Phần này bị hạn chế bởi thiếu bằng chứng rõ ràng về năng lực tổ chức về quản lý bằng chứng nghiên cứu (hoặc là kỹ năng của nhân viên, hệ thống quản lý kiến thức hoặc lãnh đạo và quản lý). Trong khi số lượng các tổ chức xã hội dân sự hoạt động trong lĩnh vực này ngày một tăng lên thì tồn tại một vấn đề đó là hiểu biết một cách hệ thống về năng lực của họ rất hạn chế. Do vậy cực kỳ khó khăn trong việc đưa ra những kết luận cụ thể về làm thế nào là tốt nhất để giải quyết vấn đề này và rõ ràng là cần phải có những nghiên cứu sâu hơn nữa.

Xúc tiến "chuyển giao kiến thức" dựa trên cơ sở khoa học

Hầu hết, các tổ chức xã hội dân sự đề cập trong chương này được hình thành trên cơ sở của một nhóm cụ thể những mục tiêu và giá trị của tổ chức. Một vài tổ chức tập trung chủ yếu vào mục tiêu tổng hợp cơ sở bằng chứng. Tuy nhiên, việc sử dụng kiến thức chuyển giao (đã được định nghĩa chung là hỗ trợ việc ra quyết định dựa vào bằng chứng và hoạch định chính sách bằng cách khuyến khích sự kết nối tạo điều kiện dễ dàng cho việc chuyển giao kiến thức

(CHSRE) ngày càng được đề cập đến nhiều hơn ở các quốc gia phát triển. Các hoạt động chuyển giao kiến thức rất rộng nhưng có thể tổng kết dưới một số cách thức sau:

- Tạo thuận lợi cho việc trao đổi thông tin và quan điểm giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định quyết định.
- Thúc đẩy việc sử dụng nghiên cứu trong lập kế hoạch và chính sách y tế.
- Chuyển đổi các vấn đề chính sách thành các câu hỏi nghiên cứu và vì thế đẩy mạnh được các nghiên cứu phù hợp với chính sách; và
- Tổng hợp và tóm tắt các nghiên cứu cho các nhà hoạch định chính sách sử dụng.

Những hoạt động này được thực hiện chủ yếu ở những quốc gia công nghiệp phát triển như Canada và Anh nhưng mối quan tâm về ứng dụng nó vào bối cảnh của quốc gia đang phát triển ngày một tăng lên, như đã đề xuất trong sáng kiến chính sách của REACH (xem hộp 6.7); nó cũng được minh họa ở Văn phòng khu vực châu Âu về Mạng lưới bằng chứng y tế (HEN) (Văn phòng khu vực châu Âu, WHO 2007). Các cách tiếp cận chọn lọc và phổ biến kiến thức khoa học chưa được thử nghiệm một cách rộng rãi bên ngoài phạm vi các nước phát triển và vì các hoạt động chuyển giao kiến thức đã được thực hiện ở một số nơi nên điều quan trọng là nó phải được đánh giá và rút ra bài học kinh nghiệm.

Hộp 6.7. Chuyển giao kiến thức dựa trên cơ sở khoa học: ví dụ của REACH

Kể từ năm 2002, các bên liên quan khác nhau ở Kenya, Uganda và Liên minh cộng hòa Tanzania bao gồm các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu từ các trường đại học và các tổ chức xã hội dân sự đã bắt đầu quan tâm đến khái niệm về xây dựng tổ chức chuyển giao kiến thức trong lĩnh vực y tế. Ba quốc gia này có chung một gánh nặng: tỷ lệ bệnh tật có thể phòng ngừa cao nhất trên thế giới. Gánh nặng bệnh tật này có thể giảm đáng kể bằng việc ứng dụng những kiến thức hiện có.

Để đạt được mục tiêu này, ba quốc gia đã thành lập tổ chức Sáng kiến chính sách sức khỏe cộng đồng khu vực Đông Phi (REACH), nó hoạt động như một tổ chức chuyển giao kiến thức, thu hẹp khoảng cách giữa nghiên cứu y tế với hoạch định chính sách và ra quyết định. REACH được nằm trong Ủy ban nghiên cứu sức khỏe cộng đồng Đông Phi ở Arusha và hỗ trợ các quốc gia thành viên.

REACH hướng tới cung cấp các bằng chứng sao cho dễ tiếp cận, đúng thời điểm, đáng tin cậy và được tin tưởng, đồng thời được thể hiện dưới hình thức thân thiện, phù hợp với bối cảnh từng quốc gia. Làm được như vậy sẽ xây dựng được năng lực liên kết hiệu quả hơn giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách. Năm 2007, trong năm đầu tiên hoạt động, REACH đã xây dựng được các bản thông tin khuyến nghị chính sách nhằm giúp các nhà hoạch định chính sách hiểu và xem xét ý nghĩa về mặt chính sách của nghiên cứu gần đây về vai trò của việc cắt bao quy đầu ở nam giới trong ngăn ngừa lây truyền HIV/AIDS; và cũng làm việc với các nhà hoạch định chính sách để xác định các ưu tiên chính sách ngắn hạn và trung hạn và các bằng chứng cần thiết để xây dựng những chính sách này. Liên minh hiện đang hỗ trợ những hoạt động tiếp theo của REACH.

Một thực tế cho thấy ở những quốc gia đang phát triển có rất ít các tổ chức chuyển giao kiến thức, đây là một lĩnh vực quan trọng nhưng cần đầu tư thận trọng. Vai trò chuyển giao kiến thức có thể được giao cho Bộ Y tế, các trường đại học, hoặc hoạt động như một tổ chức độc lập. Cần phân tích cẩn thận để giúp xác định hoạt động chuyển giao kiến thức tốt nhất nên đặt ở đâu (xem chương 7). Nhưng dù đặt ở đâu, tăng cường năng lực chắc chắn là cần thiết để xây dựng quy trình hoạt động phù hợp của tổ chức, cơ chế quản lý, nhân viên và tiếp cận bằng chứng nghiên cứu cần thiết cũng như sáng lập các mạng lưới cần thiết với tổ chức chuyển giao kiến thức làm trung gian giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách. Như đã đề cập ở trên cần phải đánh giá một cách cẩn thận tổ chức chuyển giao kiến thức và hoạt động của nó nhằm kết hợp hài hòa giữa khái niệm và thực tiễn ở các quốc gia phát triển sang bối cảnh khác biệt của các quốc gia đang phát triển.

Kết luận và khuyến nghị

Trong khi cụm từ "chọn lọc và phổ biến" là một cụm từ ít được biết đến, nó mô tả một loạt các hoạt động, mà ở trong bối cảnh tình hình xã hội phức tạp, là chìa khóa để các nhà hoạch định chính sách lắng nghe và phản ứng với bằng chứng nghiên cứu. Vai trò của tổ chức xã hội dân sự và các nhóm truyền thông đại chúng trong việc chọn lọc nghiên cứu và phổ biến các kết quả cụ thể đang bị sao nhãng nghiêm trọng. Dưới sức ép gia tăng về đẩy mạnh tiến trình dân chủ hóa cũng như khả năng tiếp cận dễ dàng các loại thông tin và bằng chứng trên internet, thì vai trò của chọn lọc và phổ biến bằng chứng thậm chí ngày càng quan trọng hơn. Một mặt, đây là quá trình đang diễn ra và không phải các nhà nghiên cứu hệ thống y tế hoặc các nhà hoạch định chính sách có thể làm gì nhiều để ảnh hưởng đến quá trình này. Mặt khác, quá trình cũng tạo ra tiềm năng đáng kể trong việc mở rộng việc tiếp cận của quá trình ra quyết định với bằng chứng. "Một số lợi ích từ sáng kiến cố gắng giới thiệu nhiều hơn sự hợp lý mang tính phương pháp đối với quá trình hoạch định chính sách nhưng thậm chí có một cáchcòn thu được nhiều hơn đó là công khai các quá trình hoạch định chính sách: cho phép sự tham gia của các bên liên quan và người dân trên diện rộng" Nutley (2003).

Do sự không chú ý mang tính lịch sử của chức năng này hoặc có lẽ thực tế đó là một chức năng mới hiện đang phát triển tương đối nhanh, nên năng lực của các tổ chức xã hội dân sự để đưa ra bằng chứng nghiên cứu và làm thế nào để phát triển tốt nhất năng lực để đánh giá và ứng dụng bằng chứng rất ít được biết đến. Hiểu biết những vấn đề này thậm chí còn phức tạp hơn bởi sự khác biệt lớn giữa các tổ chức xã hội dân sự – về mặt nhiệm vụ, quy mô cũng như năng lực. Do vậy, cần phân tích để tìm hiểu sâu hơn về vai trò của các tổ chức xã hội dân sự đối với chọn lọc và phổ biến bằng chứng trong mảng chính sách y tế và năng lực của họ có thể được tăng cường như thế nào, đặc biệt đối với chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu. Nghiên cứu hệ thống và chính sách y tế có thể góp phần tạo môi trường/điều kiện để các tổ chức xã hội dân sự sử dụng nghiên cứu và tham gia vào quá trình chính sách.

Để các tổ chức xã hội dân sự tham gia một cách hiệu quả vào môi trường chính trị phức tạp thì một điều quan trọng là họ phải hiểu và phân tích được tình hình chính trị. Hầu hết, các sáng kiến vận động NC CS-HTYT diễn ra trong bối cảnh mà tính pháp lý của các tổ chức xã hội dân sự chưa rõ ràng hoặc còn gây tranh cãi cũng như bản chất và chất lượng của nghiên cứu còn nhiều tranh cãi. Sự phức tạp đó cho thấy điều quan trọng là cần hiểu biết sâu sắc về tình hình chính trị để vận động NC CS-HTYT thành công. Một điều cũng khá quan trọng với các nhà hoạch định chính sách y tế và các nhà nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, đó là cần hiểu được vai trò của các tổ chức xã hội dân sự trong việc vận dụng và phổ biến bằng chứng (bao gồm cả nghiên cứu) và cơ sở để họ thực hiện hoạt động này. Sự hiểu biết đó có thể giúp các nhà hoạch định chính sách xác định cách phổ biến khác nhau và thông điệp nào trong vô số thông điệp là quan trọng nhất để họ lắng nghe và giúp cho các nhà nghiên cứu xác định các tổ chức xã hội dân sự nào tốt nhất để họ có thể hợp tác.

Cuối cùng, mặc dù có một mối quan tâm lớn trong việc phát triển hơn nữa vai trò của các kiểu chuyển giao kiến thức nghiên cứu trên cơ sở khoa học. Nhưng đến nay thực thi những sáng kiến như vậy còn nhiều hạn chế ở những quốc gia đang phát triển. Trong khi chúng ta đang tìm kiếm thì một vài những sáng kiến như vậy xuất hiện, như REACH ở Đông Phi và Mạng lưới chính sách dựa trên bằng chứng (EVIPNet) ở một vài khu vực, việc thực thi những sáng kiến đó cần phải được tăng cường và kết hợp với việc đánh giá để có được những bài học kinh nghiệm từ các quốc gia khác nhau.

Chương 7 tiếp theo sẽ thảo luận chức năng cuối cùng và quan trọng nhất trong quá trình này, đó là tăng cường năng lực sử dụng bằng chứng NC CS-HTYT trong hoạch định chính sách.



Chương VII

NÂNG CAO NĂNG LỰC SỬ DỤNG BẰNG CHỨNG NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ TRONG QUÁ TRÌNH HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH

Thông điệp chủ đạo

§ Điều ngạc nhiên là có rất ít các dữ liệu liên quan đến những hạn chế thực sự về năng lực sử dụng bằng chứng trong chính sách. Năng lực hiểu và sử dụng nghiên cứu của nhà hoạch định chính sách chưa được nghiên cứu và cũng chưa được đầu tư để thúc đẩy xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng.

§ Bằng chứng nghiên cứu đóng vai trò khác nhau ở những giai đoạn khác nhau trong chu trình xây dựng chính sách. Bằng chứng có thể đến từ nhiều nguồn khác nhau với các hình thức và chất lượng khác nhau, do đó phải có năng lực cần thiết để có thể tìm ra bằng chứng thích hợp cho hoạch định chính sách.

§ Có nhiều nhân tố bối cảnh, ngoài sự kiểm soát trực tiếp của nhà hoạch định chính sách, tác động đến việc bằng chứng được sử dụng như thế nào trong chính sách. Bên cạnh đó, bản thân chính phủ cũng đóng một vai trò trong việc ảnh hưởng đến bối cảnh chung và khuyến khích sử dụng bằng chứng.

§ Nhà hoạch định chính sách và cố vấn của họ cần có các kỹ năng để có thể sử dụng nghiên cứu trong quá trình ra quyết định. Cụ thể, họ cần có khả năng:

- Xác định những tình huống mà ở đó nghiên cứu có thể là sẽ hữu ích;
- Gắn câu hỏi nghiên cứu với chủ đề của nghiên cứu liên quan đến chính sách;
- Tiếp cận và đánh giá các kết quả nghiên cứu, kết hợp chặt chẽ chúng trong quá trình ra quyết định.

• Hiệu quả của các can thiệp riêng lẻ, rời rạc có thể phần nào bị hạn chế nếu không có sự cải cách toàn diện về cơ cấu nhằm thay đổi văn hóa dịch vụ dân sự (civil service culture), và những cải cách này được các tổ chức xã hội dân sự ủng hộ do họ đòi hỏi tăng cường tính minh bạch và trách nhiệm trong quá trình chính sách.

Giới thiệu

Chương này sẽ đề cập đến chức năng cuối cùng nhưng quan trọng nhất trong quá trình hoạch định chính sách. Ba chức năng trước dù được thực hiện tốt đến đâu cũng chỉ đi đến mục đích cuối cùng - cải tiến mức độ xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, trong các chương trước ít đề cập đến việc chính sách được xây dựng như thế nào trong thực tế và các yếu tố tác động lên nó. Có rất nhiều ví dụ về các chính sách thất bại trong việc sử dụng các bằng chứng sẵn có mà nguyên nhân thất bại đều quen thuộc. Vì sao lại xảy ra điều đó? Liệu có phải do thiếu hiểu biết trong việc quyết định chính sách, hay không hiểu rõ về năng lực cần thiết của nhà hoạch định chính sách và cơ quan của họ? Các chương trước đã đề cập các chức năng và sự tác động qua lại giữa chúng: xác định ưu tiên; tạo ra tri thức; chọn lọc và phổ biến bằng chứng nghiên cứu. Nhưng tất cả những bước này rốt cuộc cũng để đi đến hoạch định chính sách. Trên cơ sở của chương 2, trước hết chúng tôi phác họa quá trình và các giai đoạn điển hình trong hoạch định chính sách, các nhân tố ảnh hưởng đến việc sử dụng bằng chứng nghiên cứu của nhà hoạch định chính sách quốc gia. Sau đó, chúng tôi xem xét các tổ chức chính tham gia vào quá trình hoạch định chính sách quốc gia, nhu cầu năng lực của họ và các chiến lược để nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng dựa trên nghiên cứu của những nhân vật đóng vai trò chủ đạo. Cuối cùng, vì chính phủ luôn có vai trò trong việc giám sát tất cả các bước của quá trình hoạch định chính sách nên chúng tôi kết thúc bằng việc tóm tắt, suy ngẫm về những chương trước và ý nghĩa của nó đối với nhà hoạch định chính sách.

Quá trình chính sách và việc sử dụng bằng chứng của các nhà hoạch định chính sách quốc gia

Quá trình chính sách

Chương 2 đã mô tả hoạch định chính sách là một quá trình phức tạp và khá lộn xộn, chứ không phải là một đường thẳng. Có nhiều nhân tố ảnh hưởng đến quá trình hoạch định chính sách, bao gồm bối cảnh (ví dụ: chu kỳ bầu cử, tình trạng tài chính của chính phủ, cấu trúc quản lý và hệ thống y tế, sự quảng cáo của phương tiện thông tin đại chúng, các cuộc khủng hoảng chính trị…), hệ tư tưởng và năng lực của bản thân các nhà hoạch định chính sách (Trossle và cộng sự -1999; Black 2001; Bowen & Zwi 2005).

Mặc dù mô hình "ứng dụng khoa học" (kết hợp chặt chẽ tri thức trong quá trình chính sách) đã cho thấy sự tiến bộ rõ ràng, từ việc nhận biết vấn đề, xác định mục tiêu, đến việc cân nhắc lựa chọn chính sách để đạt được mục đích lớn nhất, nhưng trong thực tế phương pháp này hiếm khi được áp dụng. Các bước trong quá trình chính sách tuỳ thuộc vào mỗi quốc gia, vào cơ chế và hệ thống chính sách cụ thể. Tuy nhiên, như đã nói ở chương 2, quá trình chính sách thường có các giai đoạn điển hình sau:

- Thiết lập chương trình nghị sự – thu hút sự chú ý vào sự việc và vấn đề cụ thể.
- Hình thành chính sách – tham gia phát triển các chiến lược và xây dựng chính sách.
- Thực thi – tạo thuận lợi cho việc thi hành các chính sách đã được thống nhất.
- Đánh giá – cung cấp phản hồi về việc thực thi chính sách cũng như các ảnh hưởng của chính sách.

Bằng chứng có thể được sử dụng ở bất cứ giai đoạn nào của quá trình. Từ đó dẫn đến chính sách được thể hiện dưới nhiều hình thức khác nhau, từ các mục tiêu/mục đích của nội bộ các Bộ-ban-ngành đến các quy định chính thức hoặc những chỉ thị. Hộp 7.1 chỉ ra những hình thức thể hiện khác nhau của chính sách y tế từ Ghana.

Hộp 7.1. Các hình thức thể hiện của chính sách y tế: ví dụ từ Ghana

Chính sách y tế được thể hiện dưới nhiều hình thức. Ở Ghana bao gồm:

- Tầm nhìn – Đến năm 2000, mỗi người dân đều có kiến thức về sức khỏe để có thể có một cuộc sống hữu ích về xã hội và kinh tế (Alma Ata Tuyên bố của WHO/UNICEF, 1978).
- Mục đích và mục tiêu – Mục tiêu và mục đích cơ bản của chính sách y tế ở Ghana là sẽ đạt đến mức cao nhất một cuộc sống hoàn toàn khoẻ mạnh cho người dân Ghana. Đến năm 1990, 80% dân số nhận được chăm sóc sức khoẻ ban đầu, giảm được 80% trường hợp tử vong và bệnh tật bất hợp lý ở người Ghana (Bộ Y tế, Ghana 1978).
- Chiến lược tổ chức – Mục đích của hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu là có các dịch vụ y tế được cung cấp ở 3 cấp độ (Bộ Y tế, Ghana 1978).
- Chiến lược chương trình – Các dịch vụ y tế cho bà mẹ - trẻ em sẽ được kết hợp và áp dụng cho tất cả phụ nữ và trẻ em ở Ghana trong các chương trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- Chỉ tiêu phấn đấu – 80% trẻ em Ghana được tiêm chủng đầy đủ vào 4/7/1990 (Tuyên bố của người đứng đầu nhà nước với ông James Grant - giám đốc điều hành của UNICEF).
- Kế hoạch thực hiện – Chính sách của Bộ là thực thi chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu theo các giai đoạn, đầu tiên sẽ được triển khai tại 5 – 10 quận/huyện (Bộ Y tế, Ghana 1978)
- Quyết định nhỏ – Các nhà quản lý y tế cấp quận/huyện phải áp dụng đăng ký danh tínhtại cộng đồng địa phương (Hội thảo giữa các giám đốc khu vực và trưởng bộ phận, Accra, 1989).
- Quy định hoặc hướng dẫn – Các cơ sở y tế nhà nước sẽ tính đầy đủ giá thuốc cho bệnh nhân. Người nghèo sẽ được miễn phí bệnh viện (Quy định 1313 về phí bệnh viện, 1985).
- Chỉ thị – Không viên chức nào của Bộ Y tế có thể sử dụng xe công mà không có giấy phép (Thông cáo từ Giám đốc các dịch vụ y tế của Bộ Y tế, 11/1991).

Nguồn: Asamoa-Baah (1992).

Nhà hoạch định chính sách sử dụng bằng chứng nghiên cứu như thế nào?

Có rất nhiều loại bằng chứng, tuy nhiên, mỗi nhà hoạch định chính sách lại sáng tạo, lựa chọn, sử dụng và hiểu bằng chứng theo những cách khác nhau ở các giai đoạn khác nhau của quá trình chính sách, phụ thuộc vào bối cảnh, năng lực và niềm tin của mỗi người. Bằng chứng nghiên cứu chỉ là một loại bằng chứng; nhà hoạch định chính sách cũng chú ý đến những loại bằng chứng khác ít giá trị hơn, như ý kiến và quan điểm của "các chuyên gia", "các ý kiến" trên Internet (Bowen và Zwi 2005). Bản thân nghiên cứu bao gồm các kết quả đầu ra từ các thiết kế nghiên cứu, các thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng (cung cấp những số liệu tin cậy, hiệu quả), các tổng quan mang tính hệ thống, các nghiên cứu quá trình hay nghiên cứu định tính. Tính chặt chẽ và chất lượng của mỗi nghiên cứu là khác nhau. Những nhà hoạch định chính sách không được đào tạo về nghiên cứu sẽ gặp nhiều khó khăn trong việc xác định nghiên cứu nào đáng tin cậy. Thêm vào đó, các kết quả nghiên cứu, đặc biệt trong lĩnh vực NC CS-HTYT, thường rất phức tạp, đa sắc thái và hiếm có chính sách hoặc chiến lược nào có hiệu quả trong mọi hoàn cảnh. Các nhà hoạch định chính sách ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình thường phải lấy kết quả nghiên cứu từ các nơi khác, do đó họ phải đối mặt với vấn đề phức tạp là liệu có thể đem kết luận từ khung cảnh này sang áp dụng vào khung cảnh khác được không. Với những lý do trên, bằng chứng thật sự là những thách thức. Vì vậy cần phải có năng lực cần thiết để có thể sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong quá trình hoạch định chính sách.

Các kết quả thu từ những nghiên cứu tìm hiểu nhân tố tạo thuận lợi hoặc gây khó khăn cho việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách là trái ngược nhau. Điều đó

đã gây khó khăn cho việc rút ra bài học kinh nghiệm hoặc kết luận chung (van den Heuvel, Wieringh và van den Heuvel 1997; Trostle và cộng sự 1999; Gerhardus và cộng sự 2000). Một tài liệu đã tổng quan một cách hệ thống về nhận thức của các nhà hoạch định chính sách đối với việc sử dụng bằng chứng (Innvaer và cộng sự 2002). Các tác giả đã khảo sát 24 nghiên cứu xem xét những thuận lợi, khó khăn cho việc sử dụng nghiên cứu và bản chất của việc sử dụng này. Họ đã đúc kết được một số điểm. Những thuận lợi phổ biến bao gồm có sự tiếp xúc cá nhân, nghiên cứu phù hợp và đúng lúc. Đồng thời các nghiên cứu cũng đề cập đến sự cần thiết phải có những giới thiệu tóm tắt rõ ràng, có các nghiên cứu có chất lượng khẳng định hiệu quả của chính sách. Rất ít nghiên cứu đề cập đến áp lực cộng đồng và nhu cầu khách hàng. Ngược lại, các trở ngại bao gồm thiếu tiếp xúc cá nhân; nghiên cứu không thích hợp, không đúng thời gian; có sự hồ nghi lẫn nhau giữa các nhà nghiên cứu và các nhà hoạch định; những trận chiến về quyền lực và ngân sách; tình hình chính trị không ổn định và tốc độ thuyên chuyển nhân viên cao.

Vai trò của bằng chứng có thể khác nhau ở những thời điểm khác nhau trong chu trình xây dựng chính sách. Ví dụ, chính sách bảo hiểm toàn dân ở Thái Lan (xem phần phụ lục) dựa vào bằng chứng ở nhiều giai đoạn. Bằng chứng có thể được sử dụng trực tiếp (ví dụ làm căn cứ ban đầu để hình thành chính sách) nhưng rất hiếm, trừ khi nghiên cứu được tiến hành bởi chính nhà hoạch định chính sách (Innvaer và cộng sự 2002). Nghiên cứu thường chỉ đóng vai trò trong việc đưa vấn đề cụ thể vào chương trình nghị sự hoạch định chính sách; hoặc trong việc xây dựng tính hợp pháp cho chính sách liên quan. Giai đoạn cuối cùng của chính sách là đánh giá - thường bị sao nhãng hoặc được thực hiện nhưng không được công bố và không đến được với người dân. Hiểu về bằng chứng (bao gồm xác định sự liên quan, lợi ích và chất lượng) thường bị ảnh hưởng bởi nhiều nhân tố bao gồm mối quan hệ cá nhân, niềm tin, hệ tư tưởng chính trị và cấu trúc tổ chức (Court và Cotterel 2006). Một ví dụ nổi bật gần đây là việc Chủ tịch Thabo Mbeki sử dụng bằng chứng để ủng hộ quan điểm của ông về nguyên nhân của bệnh AIDS (xem hộp 6.1). Thậm chí bằng chứng có thể mâu thuẫn với tư tưởng chính trị và các chương trình nghị sự. Tại Anh, hai báo cáo với thông điệp giống nhau, nhưng được tạo ra với 20 năm khoảng cách về bối cảnh chính trị, tất yếu có nhiều sự khác nhau. Báo cáo Black (DHSS 1980) cung cấp bằng chứng về sự bất bình đẳng y tế ở Anh đã bị chính phủ đương nhiệm của Đảng Bảo thủ bãi bỏ. Trong khi kế tiếp nó, Báo cáo Acheson (Bộ Y tế, 1998) do Đảng Lao động tiến hành, cũng đưa những kết luận tương tự nhưng đã dẫn đến các thay đổi chính sách (Bowen và Zwi 2005).

Ở các cơ quan chính sách có quá trình lựa chọn - báo cáo, việc lựa chọn bằng chứng là một nhiệm vụ gần như bắt buộc các nhà hoạch định chính sách quốc gia, quốc tế phải thực hiện trong thời gian ngắn. Ví dụ: áp lực buộc phải lựa chọn các kết quả tích cực nhất, và loại bỏ các kết quả tiêu cực hoặc ít tích cực hơn. Parkhurst (2002) đã chỉ ra việc chính phủ Uganda phải cố gắng như thế nào để chứng minh việc giảm lây lan HIV- nhằm duy trì nguồn tài trợ. Chính phủ đã chỉ sử dụng kết quả của một huyện để chứng tỏ việc giảm lây lan HIV trong toàn quốc trong thời gian 1989-1998. Ngoài ra, nhà hoạch định chính sách thường phải đương đầu với nhiều lĩnh vực nên buộc họ phải sắp đặt lại thứ tự vấn đề. Họ thường coi bằng chứng của vấn đề an toàn và nền kinh tế vĩ mô nặng cân hơn vấn đề liên quan đến sức khoẻ cộng đồng và hệ thống y tế. Cuối cùng, bản chất, phạm vi của dân chủ và tự do chính trị (bao gồm sự độc lập của các cơ quan hàm lâm, phương tiện thông tin đại chúng, sức mạnh của tổ chức xã hội dân sự…) đều ảnh hưởng đến tính độc lập của nghiên cứu cũng như cách nghiên cứu được sử dụng. Có nhiều ví dụ về phương tiện thông tin đại chúng và nhóm ủng hộ ảnh hưởng đến tiến trình của chính sách; vấn đề này đã được đề cập ở chương 6.

Nhân tố bối cảnh ảnh hưởng như thế nào đến việc sử dụng bằng chứng trong chính sách

Như đã đề cập ở trên, có nhiều nhân tố bối cảnh, ngoài sự kiểm soát trực tiếp của nhà hoạch định chính sách, ảnh hưởng đến việc sử dụng bằng chứng nghiên cứu. Bên cạnh đó, chính phủ cũng đóng một vai trò trong việc ảnh hưởng đến bối cảnh chung và khuyến khích sử dụng bằng chứng. Ở mức độ rộng nhất, ảnh hưởng này phản ảnh bản chất của phát triển dân chủ, sự công khai, rõ ràng của việc ra quyết định. Một tổng hợp nghiên cứu gần đây cho thấy việc "từ bỏ ý định can thiệp" của chính phủ vào sử dụng nghiên cứu xuất hiện mạnh nhất ở những nơi mà "lỗ hổng trách nhiệm" lớn nhất. Nhiều phương pháp nhằm cải thiện sử dụng bằng chứng trong chính sách đã không thành công, trừ khi chúng là "một phần và một bộ phận của công cuộc cải cách toàn diện về hệ thống dịch vụ dân sự và chính sách cộng đồng, tập trung vào chuyên môn hoá, sáng tạo dựa trên nghiên cứu và hoạch định quyết định" (Livny, Mehendale và Vanags 2006).

Quy định của chính phủ hoặc/và truyền thống cũng ảnh hưởng đến bản chất của quá trình thảo luận và phân tích. Ví dụ: một số quốc gia coi các cuộc thảo luận chính thức là một phần của quá trình lập kế hoạch phân quyền, cho phép nhiều bên liên quan có thể tham gia vào xây dựng chính sách. Những quá trình như vậy làm nâng cao sự rõ ràng và dẫn đến nhu cầu mạnh mẽ về chính sách dựa trên bằng chứng. Cần có các cơ chế cụ thể yêu cầu bằng chứng nghiên cứu phải được xem xét như một phần của xây dựng chính sách. Chẳng hạn như trong các hướng dẫn chỉ đạo ở nước Anh yêu cầu các Bộ phải công bố các tóm tắt về cơ sở bằng chứng sử dụng trong các cơ quan xây dựng chính sách (Chính phủ Hoàng gia Anh, 2005).

Một nhân tố về mặt bối cảnh liên quan đến bản chất của hệ thống nghiên cứu y tế cũng ảnh hưởng đến việc sử dụng nghiên cứu. Khoảng thời gian dài từ lúc nhận ra chủ đề nghiên cứu đến khi thực hiện và phổ biến kết quả nghiên cứu; thời gian bảo đảm cho tài trợ; thiếu cơ chế để xác định ưu tiên nghiên cứu của hệ thống y tế trong bối cảnh phát triển y tế quốc gia; tất cả đều hạn chế việc sử dụng hợp lý bằng chứng nghiên cứu trong hoạch định chính sách.

Trong quá trình hoạch định chính sách, sự tin tưởng lẫn nhau giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách cũng là một nhân tố quan trọng tác động vào phạm vi chính sách dựa vào bằng chứng nghiên cứu. Các nghiên cứu trường hợp đã chứng minh tầm quan trọng của mối quan hệ giữa nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu (xem hộp 7.2). Chính sách của chính phủ có thể ủng hộ cho sự phát triển mối quan hệ chặt chẽ giữa hai nhóm này.

Các tổ chức tham gia hoạch định chính sách quốc gia và nhu cầu về năng lực của họ

Các tổ chức tham gia hoạch định chính sách

Các tổ chức tham gia hoạch định chính sách ở mỗi quốc gia là khác nhau, nhưng thường bao gồm:

- Bộ Y tế: thường có những đơn vị hoặc phòng/ban đặc biệt, ví dụ: đơn vị Chính sách y tế hoặc Vụ Kế hoạch, có nhiệm vụ tổng hợp và sử dụng bằng chứng để hỗ trợ phát triển chính sách. Ở một số quốc gia (như ở Ghana), đơn vị nghiên cứu y tế được thành lập trong Bộ Y tế có vai trò như một phương tiện điều phối các chương trình nghị sự nghiên cứu và cải thiện năng lực nghiên cứu trong Bộ.
- Các bộ/ngành khác của chính phủ: nhiều Bộ/ngành khác của chính phủ cũng có vai trò nhất định trong phát triển chính sách y tế, cụ thể như Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Bộ Lao động và phúc lợi xã hội, chính quyền địa phương. Các cơ quan này đều có kiến thức chuyên môn riêng để thực hiện nhiệm vụ của mình, họ chỉ có ít kiến thức để đảm nhận hoặc giải thích về NC CS-HTYT. So với các Bộ/ngành y tế, các cơ quan này thường có mối liên quan ít hơn đến NC CS-HTYT.

- Các tổ chức nghị viện và hành pháp: đóng vai trò quan trọng trong một số hệ thống chính trị. Hội đồng nghị viện có vai trò kiểm tra, cân đối các chính sách do bộ/ngành y tế triển khai và xúc tiến; giám sát, phê duyệt ngân sách. Ở khu vực Nam Phi, hội đồng phê chuẩn đã phân tích và đưa vấn đề công bằng vào ngân sách y tế (Cộng hòa thống nhất Tanzania, Nam Phi và Zambia), thúc đẩy cuộc thảo luận về vấn đề luân chuyển nhân viên y tế và chất lượng dịch y tế ở Malawi (Equinet 2004). Ở những quốc gia giàu có hơn, các nghị sỹ làm việc trong những hội đồng này có nhân viên nghiên cứu riêng chuyên theo dõi các kết quả nghiên cứu có liên quan và giữ liên lạc với xã hội dân sự.
- Các cấp được phân quyền thuộc chính phủ: Trong một số hệ thống, đặc biệt ở các quốc gia rộng lớn như Braxin, Trung Quốc và Ấn Độ, có sự phân chia quyền lực rất rõ. Các cơ quan chính quyền địa phương, dưới nhiều hình thức khác nhau, có thể đảm nhận trách nhiệm đối với chính sách y tế.

Như đã thảo luận ở chương 5, có những thuận lợi và bất lợi khi gắn đơn vị nghiên cứu với cơ quan hoạch định chính sách. Lý do căn bản của việc gắn kết này là tạo sự gần gũi để các nhà nghiên cứu khuyến khích nhà hoạch định chính sách tiếp cận và tận dụng bằng chứng nghiên cứu trong việc ra quyết định. Tương tự, các đơn vị nghiên cứu được đặt trong cơ quan hoạch định chính sách để đảm nhận các nghiên cứu liên quan đến chính sách. Tuy nhiên, có rất ít bằng chứng ủng hộ cho giả thuyết này. Hơn nữa, luôn tồn tại những mối nguy hiểm tiềm ẩn, ví dụ, nếu đơn vị nghiên cứu được thành lập trong cơ quan hoạch chính sách, phụ thuộc về sự quản lý và tài chính của tổ chức đó thì tính độc lập trong nghiên cứu sẽ bị giảm. Việc duy trì năng lực nghiên cứu độc lập với chính phủ là rất quan trọng, như trường hợp mở rộng tự do của chính sách nạo phá thai ở Nepal là một minh họa (hộp 7.3).

Tuy nhiên, như đã lưu ý ở chương 5, một số cơ quan nghiên cứu, có những thành công lớn trong việc cung cấp bằng chứng liên quan đến chính sách (ví dụ: Viện nghiên cứu hệ thống y tế ở Thái Lan, Viện quốc gia vì sức khoẻ cộng đồng ở Mexico), mặc dù được đặt trong Bộ/ngành Y tế nhưng vẫn duy trì sự độc lập của mình.

Hộp 7.2. Tầm quan trọng của mối quan hệ cá nhân giữa nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu

Việc sử dụng thành công bằng chứng trong quá trình phát triển và thực thi chính sách chăm sóc sức khỏe toàn dân ở Thái Lan là do được hỗ trợ bởi một mạng lưới dày đặc các mối quan hệ giữa nhà nghiên cứu, nhà hoạch định chính sách và các chính trị gia. Tiến sỹ y học Suraphong Seubwonglee - thành viên của Đảng "Người Thái yêu người Thái" liên kết với TS. Sanguan Nittayarumphong - người đề xuất cải cách, đã dựa vào Bộ Y tế và những người đứng đầu Đảng "Người Thái yêu người Thái" vào năm 1999. Trên cơ sở các kiến thức nghiên cứu được tích lũy, Sanguan đã xuất bản một cuốn sách nhỏ nhằm xúc tiến việc tiếp cận toàn dân với chăm sóc y tế. Sau khi kế hoạch được thông qua, Sanguan đã liên lạc với Viroj Tangcharoensathien, một nhà kinh tế và nghiên cứu y tế, người đã từng làm việc với ông ở Cục Chính sách và kế hoạch, duyệt lại những phân tích khả thi được thực hiện trước đây để dự kiến đề xuất mới cho hệ thống. Điều này làm cho chính sách khả thi hơn. Một nghiên cứu khác do một bộ phận của mạng lưới các nhà nghiên cứu chuyên nghiệp thực hiện, gồm TS. Supasit Pannurunothai và Hội đồng nghiên cứu của Viện nghiên cứu hệ thống y tế, đã giúp cung cấp bằng chứng so sánh từ các quốc gia khác. Sự chia sẻ chuyên môn và kinh nghiệm trong trường hợp này giúp đảm bảo lòng tin giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách.

Hộp 7.3. Tầm quan trọng của nghiên cứu độc lập

Năm 2002, sau gần 3 thập kỷ nỗ lực cải cách, Quốc hội Nepal đã thông qua Luật tự do nạo phá thai. Sự phối hợp giữa nghiên cứu và ủng hộ quyền con người đã buộc phải thay đổi chính sách. Các tổ chức phi chính phủ địa phương (được ủng hộ bởi các cơ quan nghiên cứu quốc tế) cùng với lực lượng nhân viên y tế và các nhóm vì quyền con người đã dẫn chứng những tác động của nạo phá thai không an toàn tới:

- Những trường hợp các bà mẹ tử vong mà lẽ ra không xảy ra.
- Chi phí trong lĩnh vực y tế.
- Sự bất bình đẳng giới của luật nạo phá thai.

Trong khi đó, không một chương trình nghiên cứu được tài trợ bởi chính phủ nào chỉ ra được vấn đề trên mặc dù thực tế ước tính 50% trường hợp tử vong ở các bà mẹ là do nạo phá thai không an toàn.

Nguồn: Thapa (2004).

Yêu cầu năng lực của các cơ quan hoạch định chính sách

Dựa trên 3 thước đo để đánh giá năng lực tổ chức, chúng tôi xem xét các yêu cầu năng lực của cơ quan chính sách y tế đối với việc sử dụng bằng chứng trong quá trình hoạch định chính sách.

Sự lãnh đạo và quản lý

Để sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách, các bộ và cơ quan chính sách cần có cơ chế và hệ thống để ủy nhiệm nghiên cứu, tổng hợp nghiên cứu từ các tổ chức bên ngoài và để đảm bảo các nghiên cứu ủy nhiệm có chất lượng cao. Điều đó phụ thuộc vào một năng lực đầy đủ - nhân viên có trình độ và thiết lập các quá trình riêng cho việc ủy nhiệm các nghiên cứu.

Nhưng có lẽ quan trọng hơn, và cũng đã được đề cập đến ở đầu chương, hệ thống quản lý và trách nhiệm giải trình quyết định có ảnh hưởng lớn đến việc khuyến khích sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách. Nếu có khuyến khích sử dụng bằng chứng trong chính sách cho toàn bộ cơ quan thì sau đó sự khích lệ này cần đươc chuyển đến từng đơn vị cũng như cán bộ nhân viên. Ví dụ, đánh giá công việc của một nhân viên phải bao gồm đánh giá kỹ năng và cách thức sử dụng bằng chứng.

Việc khuyến khích sử dụng bằng chứng cũng liên quan đến văn hóa của các tổ chức. Các nghiên cứu trường hợp được tiến hành tại một số quốc gia thành công trong việc tạo ra văn hóa hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng (Thái Lan- xem phần phụ lục, và Mexico) đã chỉ ra rằng: sự lãnh đạo là nhân tố quan trọng bên cạnh thành công đó. Sự lãnh đạo rất quan trọng trong việc xây dựng văn hóa đánh giá bằng chứng và đảm bảo sự khích lệ thoả đáng cho các nhân viên sử dụng chúng. Sự lãnh đạo trong các cơ quan hoạch định chính sách cũng có tác động rộng lớn. Như các chương trước đã minh họa, để sử dụng hiệu quả bằng chứng trong chính sách đòi hỏi phải có sự phối hợp của rất nhiều nhân vật; xây dựng chính sách diễn ra thông qua sự tương tác qua lại giữa các nhà hoạch định chính sách, các tổ chức xã hội dân sự và nhà nghiên cứu. Lãnh đạo những mạng lưới chính sách này có thể đến từ nhiều nguồn khác nhau, nhưng chủ yếu là Bộ Y tế. Năng lực lãnh đạo của Bộ Y tế rất lớn, có thể đảm bảo rằng các chương trình nghị sự nghiên cứu sẽ liên quan đến chính sách; các nhà nghiên cứu cảm thấy có động lực để truyền tải kết quả một cách hiệu quả đến nhà hoạch định chính sách; và tổ chức xã hội dân sự đầu tư vào phát triển cơ sở bằng chứng để hỗ trợ cho những nỗ lực vận động của họ.

Ở cấp độ rộng hơn, chính phủ cũng có trách nhiệm đảm bảo cho bốn chức năng trong khung cơ sở vận hành một cách hiệu quả với sự quản lý và trách nhiệm hợp lý. Ví

dụ, cần phải có các cơ chế đảm bảo: nghiên cứu được thực hiện theo đúng quá trình về đạo đức; các chính sách giáo dục cho phép đưa NC CS-HTYT vào chương trình đào tạo; khu vực nhà nước quan tâm đến nhu cầu của cộng đồng nghiên cứu; quá trình trợ giúp ở các quốc gia thu nhập thấp có xem xét đến các nhu cầu nghiên cứu, bao gồm cả xây dựng năng lực; và việc xác định ưu tiên quốc gia cần có những quan tâm thích hợp.

Nguồn lực

Con người và tài chính là hai nguồn lực chính để đảm bảo năng lực trong quá trình chính sách. Nhà hoạch định chính sách và cố vấn của họ cần có các kỹ năng để có thể sử dụng nghiên cứu trong chính sách và quá trình ra quyết định. Cụ thể, họ cần có khả năng:

- Xác định những tình huống mà ở đó nghiên cứu có thể là sẽ hữu ích;
- Gắn câu hỏi nghiên cứu với chủ đề của nghiên cứu liên quan đến chính sách;
- Tiếp cận và đánh giá các kết quả nghiên cứu, kết hợp chặt chẽ chúng trong quá trình ra quyết định.

Mặc dù để thực hiện những điều trên có thể không đòi hỏi bằng cấp về trình độ nghiên cứu, nhưng sẽ rất có lợi nếu xuất phát từ một nền móng nghiên cứu vững vàng, ví dụ: các phương pháp và cách thức nghiên cứu khác nhau, những vấn đề liên quan đến việc ứng dụng kết quả nghiên cứu từ bối cảnh này sang bối cảnh khác...

Điều ngạc nhiên là có rất ít bằng chứng xác đáng về năng lực cần thiết của nhà hoạch định chính sách để có thể sử dụng nghiên cứu một cách tốt hơn. Một công cụ tự đánh giá được Quỹ nghiên cứu dịch vụ y tế Ca-na-đa đưa ra đã giúp nhà hoạch định chính sách hiểu và chỉ ra được những cản trở có tính tổ chức, từ đó có thể sử dụng các bằng chứng nghiên cứu một cách hiệu quả hơn (hộp 7.4).

Công việc gần đây của chúng tôi ở Việt Nam là cố gắng điều chỉnh công cụ tự đánh giá này phù hợp với bối cảnh để nhà hoạch định chính sách có thể sử dụng. Các kết quả thu được từ Việt Nam đã chỉ ra rằng nhà hoạch định chính sách cảm thấy họ có đủ các kỹ năng áp dụng nghiên cứu vào quá trình ra quyết định, nhưng thiếu sự khích lệ để thực hiện. Cần có nhiều bằng chứng hơn từ những bối cảnh khác nhau để có thể kết luận liệu các trở ngại chính trong việc sử dụng bằng chứng có phải là những rào cản do sự quan liêu và thiếu sự khích lệ; hay trở ngại có phải do nhân viên thiếu kỹ năng.

Tại một số quốc gia, mức lương của cán bộ, công chức thường thấp hơn so với những nghề nghiệp khác, điều này dẫn tới việc khó thu hút và giữ chân được các nhân viên có kỹ năng tốt. Các cán bộ có trình độ của Bộ Y tế có thể dễ dàng tìm được công việc tại các nhóm tư vấn, các tổ chức tài trợ hoặc tại các tổ chức quốc tế, trường đại học nước ngoài. Việc giữ chân và khích lệ cán bộ, công chức có trình độ là một thách thức cơ bản ở các quốc gia có thu nhập thấp (và cả một số quốc gia thu nhập trung bình và cao). Điều đó đòi hỏi phải quan tâm đến điều kiện làm việc, đặc trưng của khu vực nhà nước, cơ hội phát triển nghề nghiệp và mức thù lao. Những vấn đề này tương tự như những điều đã được thảo luận ở chương 5, đòi hỏi phải phối hợp nhiều giải pháp.

Sử dụng hiệu quả bằng chứng nghiên cứu trong hoạch định chính sách và ra quyết định đòi hỏi nhiều nguồn tài chính. Ví dụ: nguồn tài chính dùng để thực hiện nghiên cứu; tổ chức thảo luận với tổ chức xã hội dân sự, nhà nghiên cứu; trả lương cho những công chức có trình độ cao của Bộ Y tế để giữ họ lại; và đầu tư vào việc phát triển nguồn nhân lực. Phát triển cơ sở hạ tầng cũng rất cần thiết ở nhiều lĩnh vực, ví dụ tiếp cận internet. Ở các hệ thống y tế kém phát triển, thiếu nguồn tài chính được xem là rào cản lớn trong việc quản lý các quá trình thảo luận. Hơn nữa, ở những nơi mà các nhà tài trợ cung cấp kinh phí chủ yếu cho các quá trình này thì vai trò của chính phủ có thể phần nào bị hạn chế (Livny, Mehendale và Vanags 2006).

Ở quốc gia có thu nhập thấp, các nhà tài trợ thường chỉ hỗ trợ cho sự phát triển năng

lực nghiên cứu, tăng cường hệ thống thông tin; họ ít hỗ trợ cho sự phát triển năng lực thu thập, đánh giá và sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách ở Bộ Y tế. Một ví dụ tương đối hiếm về sự đầu tư của các nhà tài trợ là Ủy ban của Anh vì sự phát triển quốc tế (DFID) đã hỗ trợ các đơn vị ủng hộ chính sách (xem chương 5).

Truyền thông và các mạng lưới

Như đã được đề cập trong các chương trước, khả năng và năng lực giao tiếp với các nhà nghiên cứu và tổ chức xã hội dân sự để khuyến khích họ tham gia vào quá trình chọn lọc và phổ biến chính sách đang ngày càng trở thành năng lực nòng cốt mà các Bộ/ngành Y tế và các cơ quan hoạch định chính sách cần quan tâm phát triển. Hầu hết, các chính phủ đều có các cơ chế chính thức để tạo thuận lợi cho truyền thông/giao tiếp. Ví dụ: các bộ/ngành của chính phủ thành lập các nhóm làm việc hoặc Ủy ban lâm thời điều đó cho phép có được sự tham gia của các thành viên với những lĩnh vực chuyên môn khác nhau để phát triển chính sách. Chính phủ cũng làm việc với các tổ chức trung gian/môi giới kiến thức, ví dụ Tổ chức Y tế công cộng khu vực Đông Phi (REACH), các sáng kiến chính sách (Policy Initiative) (*xem chương 6*). Với sự phát triển của các tổ chức xã hội dân sự và vai trò ngày càng lớn của họ trong việc hỗ trợ/ủng hộ, các viên chức chính phủ đòi hỏi phải đủ năng lực để xác định nên nghe theo tổ chức nào. Như đã thảo luận ở chương 6, tính hợp pháp của tổ chức xã hội dân sự bắt nguồn từ những cơ sở khác nhau, nhà hoạch định chính sách cần hiểu nguồn gốc hợp pháp của từng tổ chức đó. Mặt khác, nhà hoạch định chính sách cũng cần có khả năng giao tiếp tốt với các đối tác trong các cơ quan chính phủ, các Bộ/ngành khác để có thể chia sẻ bằng chứng nghiên cứu và các kiến thức liên quan.

Hộp 7.4. Công cụ tự đánh giá hiệu quả sử dụng bằng chứng nghiên cứu

Công cụ tập trung vào 4 khía cạnh khác nhau của năng lực tổ chức, mỗi khía cạnh đều hàm chữa ý nghĩa về kỹ năng của nhân viên

1. Thu thập được các nghiên cứu

   Tổ chức có khả năng tìm và thu thập các kết quả nghiên cứu cần thiết không?

2. Đánh giá nghiên cứu

   Tổ chức có khả năng đánh giá kết quả nghiên cứu để đảm bảo các kết quả đó tin cậy, xác đáng và áp dụng được cho tổ chức mình không?

3. Trình bày nghiên cứu

   Tổ chức có khả năng trình bày/giới thiệu nghiên cứu một cách thuyết phục đến các nhà ra quyết định không?

4. Ứng dụng vào quyết định

   Tổ chức có các kỹ năng, cơ cấu, qui trình và văn hóa thích hợp để có thể xúc tiến, sử dụng các kết quả nghiên cứu trong việc ra quyết định không?

Nguồn: CHSRF (2005).

Chiến lược nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách

Sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách yêu cầu phải kết hợp nhiều quá trình khác nhau, do đó, chiến lược thúc đẩy sử dụng bằng chứng trong chính sách có thể hoạt động ở nhiều mức độ khác nhau. Hộp 7.5 phân loại, tóm tắt các chiến lược và các đơnvị/tổ chức liên quan chịu trách nhiệm chính về các chiến lược này.

Trước khi bắt đầu bắt tay vào lựa chọn và triển khai các chiến lược phát triển năng lực, một đánh giá toàn quốc về những hạn chế và năng lực tồn tại có thể cho phép nhận ra các vấn đề chính, các mục tiêu chính xác về nguồn lực. Đánh giá này được giới thiệu trong khuôn khổ chương 3.

Tăng cường cung cấp các sản phẩm của nghiên cứu liên quan đến chính sách

Như đã mô tả ở trên, có một số nhân tố liên quan tới hệ thống nghiên cứu y tế đã cản trở việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách. Vấn đề này có thể được cải thiện bằng cách củng cố quá trình xác định ưu tiên, đặc biệt là đối với NC CS-HTYT, đồng thời đảm bảo nguồn tài trợ được dành cho những ưu tiên này. Các nhà hoạch định chính sách, nhà nghiên cứu và nhà tài trợ phải cam kết sẽ cùng tham dự vào quá trình xác định ưu tiên và cùng tôn trọng kết quả. Những thách thức cụ thể xung quanh xác định ưu tiên đã được thảo luận ở chương 4.

Trong nhiều trường hợp, các nhà hoạch định chính sách không quyết định dựa trên một nghiên cứu đơn lẻ mà cần nhiều nguồn bằng chứng nghiên cứu khác nhau. Vì vậy, khuynh hướng hiện nay là yêu cầu các nhà nghiên cứu của một đề tài nghiên cứu cụ thể viết các bản khuyến nghị chính sách (policy brief) để thu hút và cung cấp thông tin cho các nhà hoạch định chính sánh. Đôi khi nội dung chính sách có thể bị ảnh hưởng bởi một đề tài nghiên cứu đơn lẻ, vì vậy cần đầu tư sâu hơn để có một bản tổng hợp nghiên cứu tóm tắt và rõ ràng cho nhà hoạch định chính sách. Trong khi trao lưu y học dựa trên bằng chứng (y học thực chứng) đã mang đến những thay đổi quan trọng trong cách ra quyết định lâm sàng (Rosenberg và Donald 1995), thì hoạch định chính sách lại không bắt kịp với xu thế này. Và như đã lưu ý ở chương 5, lĩnh vực này đòi hỏi sự phát triển xa hơn về phương pháp luận.

Ngoài ra, điều lý tưởng là cần phải làm cho các tổng quan hệ thống và các bản khuyến nghị chính sách có thể tiếp cận được một cách dễ dàng - ít nhất đối với những người tiếp cận được với intenet. Hiện nay, các trang web cung cấp bằng chứng liên quan đến hệ thống y tế đang phát triển mạnh (ví dụ: xem Văn kiện hệ thống nghiên cứu y tế Eldis, Trung tâm nguồn trực tuyến của Ngân hàng thế giới). Trong khi các trang web này cung cấp một dịch vụ hữu ích thì tiêu chí để lựa chọn bài báo nghiên cứu, và phương pháp được sử dụng để viết các bản khuyến nghị chính sách và các tài liệu lại không rõ ràng. Điều đó đã gây khó khăn cho các nhà hoạch định chính sách trong việc đánh giá độ tin cậy, khả năng khái quát của các kết quả tìm được. Một nghiên cứu do các cơ quan quản lý trang web của chính phủ, có kết nối với trang web về y tế, thực hiện đã kết luận rằng, thông tin có được qua các cổng này không dựa vào các tổng quan hệ thống và thường không rõ ràng, không đầy đủ và gây nhầm lẫn (Glenton, Paulsen và Oxman 2005).

Hộp 7.5. Tóm tắt các chiến lược nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách

Phạm vi can thiệp	Kiểu can thiệp	Nhân vật đóng vai trò chủ đạo		
		Chính phủ	Nhà tài trợ	Nhà nghiên cứu
Tăng cường cung cấp nghiên cứu liên quan đến chính sách				
Đảm bảo tính xác đáng của nghiên cứu NC CS-HTYT	Thúc đẩy chương trình xác định ưu tiên chung	x	x	x
Tăng số lượng và khả năng tiếp cận các tóm tắt dựa trên bằng chứng	Hỗ trợ phát triển các bản khuyến nghị chính sách	x	x	x
	Hỗ trợ phát triển các tổng quan hệ thống	x	x	x
	Lưu trữ các bản khuyến nghị, các tổng hợp bằng chứng và	x	x	x

	các tổng quan hệ thống dưới hình thức dễ tiếp cận (ví dụ, cơ sở dữ liệu trực tuyến)			
Nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng của tổ chức hoạch định chính sách				
Nâng cao kỹ năng của nhân viên và hành vi tổ chức	Đào tạo hoặc hỗ trợ sử dụng bằng chứng nghiên cứu, ủy nhiệm thực hiện các đề tài nghiên cứu và bản khuyến nghị chính sách	x	x	
	Tạo động lực thúc đẩy mạnh hơn việc sử dụng bằng chứng (ví dụ: thông qua đánh giá hoạt động, đánh giá nhân viên và chương trình đào tạo lãnh đạo)	x		
Tăng nguồn tài chính cho các công việc/chức năng liên quan đến sử dụng bằng chứng	Đảm bảo nguồn tài trợ hoặc tăng nguồn tài chính của chính phủ để hỗ trợ phát triển các đơn vị phân tích chính sách hoặc các đơn vị nghiên cứu trong cơ quan chính phủ	x	x	
Đẩy mạnh tiếp cận bằng chứng	Tăng cường tiếp cận nguồn nghiên cứu, thông qua hệ thống internet, phát triển cơ sở dữ liệu bằng chứng nghiên cứu với giá thấp (như HINARI)		x	
Xây dựng cơ chế tổ chức mới để hỗ trợ cho việc sử dụng bằng chứng trong chính sách				
Phát triển và hỗ trợ năng lực trung gian/môi giới kiến thức	Thành lập tổ chức trung gian/môi giới kiến thức bên trong hoặc bên ngoài chính phủ, như NICE (Anh), REACH (Đông Phi), các đơn vị đánh giá công nghệ y tế, như CHSRF (Canada)	x	x	
	Thành lập các mạng lưới (như EVIPNet) ủng hộ chức năng chuyển giao kiến thức qua đào tạo và trao đổi kinh nghiệm	x	x	
Xây dựng năng lực nghiên cứu y tế trong/hoặc gần với các tổ chức chính sách	Thành lập các đơn vị nghiên cứu hệ thống y tế trong các Bộ/ngành Y tế hoặc trong các tổ chức có liên kết với bộ	x	x	
Tăng cường mạng lưới				
Thiết lập các cơ chế tổ chức để thúc đẩy việc trao đổi giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách	Cơ chế "cửa quay": nhà hoạch định chính sách có thể làm việc cho tổ chức nghiên cứu hoặc các nhóm cố vấn	x		
	Cơ chế "cái bóng" (quan sát nhà nghiên cứu hoặc một nhà hoạch định chính sách làm việc) và trao đổi công việc	x		
	Phát triển cơ sở dữ liệu về hoạt động nghiên cứu trong nước,			

	bao gồm nhiều kỹ năng và các lĩnh vực quan tâm			x
	Khuyến khích mạng lưới khu vực (như Equinet)	x	x	
Khuyến khích cơ chế đưa ý kiến của giới chuyên môn vào chính phủ	Khuyến khích thành lập các ủy ban đặc biệt hoặc các nhóm cố vấn kỹ thuật	x		
Tổ chức các sự kiện, cuộc họp để các bên liên quan quan trọng tiếp xúc với nhau	Tổ chức các sự kiện định hướng chính sách khác để các nhà hoạch định chính sách, nhà nghiên cứu và tổ chức xã hội dân sự đến cùng thảo luận các vấn đề về bằng chứng và chính sách		x	
Yêu cầu nhà hoạch định chính sách tham gia nghiên cứu	Yêu cầu người nhận tài trợ nghiên cứu đảm bảo rằng có sự tham gia thường xuyên của các nhà hoạch định chính sách vào nghiên cứu	x		
Xây dựng các tiêu chuẩn và quy định	Ủng hộ các quy định về công bố cơ sở bằng chứng cho chính sách mới	x		
	Qui định bắt buộc phải đánh giá các chương trình y tế và xã hội	x		
	Kết hợp nghiên cứu tác nghiệp và đánh giá với quá trình và chương trình hiện hành.	x	x	

Các từ viết tắt:

- CHSRF: Quỹ nghiên cứu dịch vụ sức khoẻ Ca-na-đa
- EVIPNet: Mạng lưới chính sách dựa trên bằng chứng
- HINARI: Tổ chức mạng lưới y tế tiếp cận với nghiên cứu
- NICE: Viện quốc gia Anh về sức khoẻ và điều trị.
- REACH: Tổ chức chính sách y tế công cộng khu vực Đông Phi

Ghi chú: (x): các nhân vật chịu trách nhiệm ban đầu về tìm kiếm can thiệp nhưng để can thiệp thành công đòi hỏi phải có sự hợp tác giữa chính phủ, nhà tài trợ và nhà nghiên cứu.

Nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng của tổ chức hoạch định chính sách

Qua các chương trình đào tạo và phát triển, kỹ năng sử dụng bằng chứng của nhà hoạch định chính sách và những nhà quản lý chính sách khác có thể được cải thiện. Ví dụ: ở Ghana, trong những năm 1990, đã có sự thừa nhận rằng, mặc dù có truyền thống nghiên cứu y tế lâu dài nhưng các nhà hoạch định chính sách nhìn chung vẫn chưa nhận thức được lợi ích của nghiên cứu. Sau đó, Giám đốc dịch vụ y tế đã thiết lập một chương trình thúc đẩy và giúp các nhà hoạch định chính sách và nhà quản lý thấy được tầm quan trọng của nghiên cứu. Rất nhiều "cuộc hội thảo tư vấn" được tổ chức nhằm chứng minh sự phù hợp, cần thiết bằng cách đưa ra các ví dụ về nghiên cứu mang tính thực thi do các trường đại học, các viện nghiên cứu và Bộ Y tế thực hiện có thể giúp giải quyết vấn đề và đưa ra chính sách. Ví dụ: một nghiên cứu (Dovlo và cộng sự 1990) đã chỉ ra các vấn đề liên quan đến việc không hài lòng của khách hàng đối với các dịch vụ y tế của chính phủ. Nghiên cứu này cùng các thảo luận tiếp theo đã đưa ý kiến của khách hàng về chất lượng chăm sóc thành một trong những vấn đề chính của cải

cách y tế ở Ghana. Điều ngạc nhiên là, một tổng quan về các tổ chức phát triển năng lực đề cập ở chương 3 cho thấy không nhiều tổ chức chú trọng vào phát triển kỹ năng sử dụng bằng chứng. Các khóa đào tạo về các vấn đề của hệ thống y tế, như khóa đào tạo các nhà quản lý của Ngân hàng thế giới, tập trung chủ yếu vào nâng cao kiến thức hơn là đào tạo kỹ năng sử dụng kiến thức.

Một điều cũng rất quan trọng là nhà hoạch định chính sách cảm thấy họ cần các tóm tắt nghiên cứu ngắn gọn, dễ sử dụng hơn là các báo cáo dài, chi tiết mà gần như họ sẽ không đọc đến. Ở nước Cộng hòa thống nhất Tanzania, chính sách về bệnh sốt rét chỉ thay đổi sau khi bằng chứng được đưa ra theo cách dễ dàng tiếp cận cho nhà hoạch định chính sách. Mặc dù tình trạng gia tăng tỷ lệ kháng thuốc sốt rét đã được các nhà nghiên cứu chứng minh trong suốt 10 năm, nhưng các báo cáo dài dòng, định kỳ được trình lên Bộ Y tế thường bị bỏ qua. Cuối cùng, các nhà nghiên cứu đã xây dựng/viết một bản khuyến nghị chính sách ngắn gọn, và kết quả được thay đổi ngay (De Savigny, thông tin cá nhân, 2007). Trong trường hợp này, nhà nghiên cứu là người hành động, nhưng nhà hoạch định chính sách cũng có thể tiên phong đòi hỏi những bản khuyến nghị/tóm tắt như vậy.

Dựa trên những thảo luận ở chương 6, nhà hoạch định chính sách cần có các kỹ năng quản lý các nhóm xã hội dân sự và vận động để xác định nên nghe theo nhóm nào.

Năng lực sử dụng bằng chứng cần được bổ sung thông qua việc luôn sẵn có các bằng chứng liên quan; điều này có thể không thực hiện được ở tất cả các quốc gia, đặc biệt ở những quốc gia việc tiếp cận Internet còn khó khăn. Ví dụ: ở Việt Nam, các nhà hoạch định chính sách đã đánh giá rằng mặc dù họ có thể tiếp cận với các nghiên cứu và bằng chứng thông qua Internet, nhưng chất lượng tiếp cận vẫn còn rất kém.

Cuối cùng, như đã nói ở trên, nâng cao kỹ năng, năng lực của tổ chức để có thể thu thập và sử dụng bằng chứng trong chính sách sẽ vẫn hạn chế về giá trị nếu như không có sự khuyến khích. Trong khi các khích lệ thường chỉ chú ý vào môi trường vĩ mô (không ở cấp độ tổ chức), các tổ chức có thể làm những công việc cụ thể để khuyến khích sử dụng bằng chứng. Những việc đó bao gồm: sử dụng bằng chứng như thước đo để đánh giá thành tích của nhân viên, cung cấp nguồn lực cho các đơn vị chính sách để họ sử dụng bằng chứng.

Thiết lập các cơ chế tổ chức mới để hỗ trợ việc sử dụng bằng chứng cho chính sách

Các ví dụ điển hình về tổ chức hỗ trợ việc sử dụng bằng chứng trong chính sách chủ yếu nằm ở các quốc gia có thu nhập cao. Ở Anh, chính phủ đã thành lập Viện quốc gia Anh về sức khỏe và điều trị (NICE) – tổ chức được xem như một "hiện thân của y học dựa trên bằng chứng" (Shedon và cộng sự 2004, p.1). Hộp 7.6 mô tả về quá trình và sự ủy nhiệm của NICE. Sự phát triển các hệ thống như vậy đang là mối quan tâm ngày càng tăng ở nhiều quốc gia. Ví dụ: tổ chức REACH ở Đông Phi (xem chương 6) hướng tới thành lập một tổ chức mới nhận uỷ nhiệm việc so sánh/đối chiếu, tóm tắt và sắp xếp bằng chứng nghiên cứu liên quan đến chính sách và giới thiệu nó theo cách phù hợp đến nhà hoạch định chính sách (Van Kammen, De Savigny và Sewankambo 2006). Người/tổ chức trung gian/môi giới kiến thức ban đầu dự định hoạt động như cầu nối giữa nhà nghiên cứu với nhà hoạch định chính sách và người ra quyết định, điều này đã được thảo luận đầy đủ ở chương 6. Người trung gian kiến thức có thể nằm trong các cơ quan chính phủ hoặc có thể độc lập. Ví dụ: một cuộc khảo sát hơn 400 người trung gian kiến thức gần đây ở Canada cho thấy, 30% số người làm việc ở các trường đại học, 10% ở quỹ tài trợ hoặc cơ quan tài trợ nghiên cứu, còn lại 60% ở các cấp khác nhau của hệ thống y tế (Lomas 2007).

Hộp 7.6. Viện quốc gia Anh về Sức khoẻ và Điều trị

Viện quốc gia Anh về sức khỏe và điều trị (NICE) được Bộ Y tế thành lập năm 1999 với mục đích cải thiện tiêu chuẩn chăm sóc và giảm bất bình đẳng trong việc tiếp cận phương pháp điều trị mới. Tổ chức được thành lập một phần do áp lực phải sử dụng tốt hơn bằng chứng nghiên cứu do chương trình phát triển và nghiên cứu của hệ thống y tế quốc gia và quốc tế tạo ra. Đặc biệt, mục tiêu của NICE là xác định các thực hành tốt nhất và đưa ra lời khuyên cho các nhân viên y tế về những thực hành nào là tốt nhất và chi phí hiệu quả nhất. NICE đã công bố 30 - 50 hướng dẫn mỗi năm cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế. Các bước của phát triển hướng dẫn đối với các can thiệp hoặc chương trình y tế cộng đồng liên quan tới nhiều nhân vật và một tổng quan hệ thống về các bằng chứng. Các bước đó bao gồm:

1. Lựa chọn chủ đề

   Bộ/ngành Y tế chuyển chủ đề của can thiệp/chương trình đến NICE.

2. Các bên liên quan đăng ký mối quan tâm

   Các bên liên quan được yêu cầu đăng ký một mối quan tâm. Các bên liên quan bao gồm các tổ chức đại diện nghề nghiệp trong nước, cơ quan nghiên cứu hàn lâm, nhóm kinh doanh và các nhóm có mối quan tâm đặc biệt từ cộng đồng. Các bên liên quan được hỏi ý kiến trong suốt quá trình phát triển hướng dẫn.

3. Chuẩn bị phạm vi

   Chỉ ra phạm vi hướng dẫn sẽ hoặc sẽ không bao phủ, phác thảo quá trình. Sau giai đoạn xin ý kiến tư vấn, phạm vi sẽ được thống nhất.

4. Xem xét bằng chứng

   Chuẩn bị một bản tóm tắt với một tổng quan bằng chứng và bản đánh giá về kinh tế của can thiệp/chương trình. Tổng quan bằng chứng có thể do NICE hoặc cơ quan nghiên cứu theo hợp đồng thực hiện. Các bên liên quan nhận xét bản tóm tắt.

5. Chuẩn bị bản dự thảo hướng dẫn can thiệp

   Hội đồng tư vấn can thiệp y tế công cộng (PHIAC) xem xét bản tóm tắt và đưa ra bản dự thảo hướng dẫn can thiệp/chương trình.

6. Thảo luận về bản dự thảo hướng dẫn

   Thời gian thảo luận dự thảo hướng dẫn là một tháng.

7. Tiến hành thử nghiệm dự thảo

   Thử nghiệm dự thảo hướng dẫn. Hàng loạt các cuộc họp tại nơi thử nghiệm được tổ chức, thành viên tham dự là những người đang hành nghề chưa từng tham gia vào phát triển hướng dẫn. Các báo cáo của cuộc họp được tổng kết thành báo cáo chuyên môn và được trình lên PHIAC.

8. Đưa ra hướng dẫn cuối cùng

   PHIAC xem xét Báo cáo chuyên môn, nhận xét và đưa ra hướng dẫn cuối cùng.

9. Ban hành hướng dẫn

Sau khi xem xét kỹ lưỡng, NICE phê chuẩn chính thức Hướng dẫn cuối cùng và phát hành đến hệ thống y tế quốc gia.

Mặc dù sự thi hành thực tế những hướng dẫn của NICE là khác nhau (phụ thuộc vào môi trường thi hành hướng dẫn, sự hỗ trợ cho các nhà cung cấp, chi phí), NICE vẫn được đánh giá là có vai trò rất quan trọng trong việc tổng hợp bằng chứng nghiên cứu y tế để hướng dẫn trực tiếp về chính sách và thực hành.

Nguồn: Sheldon và cộng sự (2004); trang web NICE: http://www.nice.org.uk (truy cập ngày 22/8/2007).

Hộp 7.7. Tương tác giữa Hội đồng Chính phủ và các nhà nghiên cứu: ví dụ từ Anh

Ở Anh, các nhà học thuật thường xuyên được yêu cầu cung cấp bằng chứng cho Hội đồng Chính phủ, thông qua các cuộc họp đặc biệt với các bộ trưởng/nhà tư vấn chính sách hoặc chính thức hơn là thông qua các bài trình bày trước hội đồng đặc biệt hoặc trước Nghị viện Anh. Điều này thường diễn ra ở giai đoạn hình thành chính sách khi chính phủ cần tham khảo và hỏi "ý kiến chuyên gia", hoặc cũng có thể xảy ra khi xem xét một chính sách đang tồn tại. Các yêu cầu chính thức được trình bày ở hội đồng đặc biệt thường do chính phủ đề xuất, nhưng cũng có thể do các nhân vật khác đề xuất dưới các hình thức thảo luận công cộng.

Một ví dụ khác là Liên minh NGOs và các nhà học thuật muốn tăng sự cam kết của chính phủ Anh về việc trả chí phí cho các sản phẩm kế hoạch hóa gia đình, ủng hộ Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDGs). Liên minh đã đề xuất và yêu cầu Nghị viện quan tâm đến "Ảnh hưởng của tăng dân số đến MDGs", kết quả là Ban Vì sự phát triển quốc tế đã sửa đổi các văn bản chính sách và đề cập đến tầm quan trọng của việc ủng hộ chính sách dân số, đặc biệt ở châu Phi, trong các cuộc tranh luận và diễn thuyết ở Nghị viện.

Nguồn: Mayhew, Trao đổi cá nhân, 2007

Thúc đẩy mạng lưới

Ở nhiều quốc gia, ranh giới giữa lĩnh vực nghiên cứu và chính sách rất mong manh. Ở Nam Phi, các cơ quan nghiên cứu y tế hàn lâm hàng đầu, như Trung tâm vì chính sách y tế ở Trường Đại học Witswatersrand ở Johannesburg, đào tạo các sinh viên và sau khi tốt nghiệp sẽ đảm đương nhiệm vụ trong các bộ ngành liên quan đến y tế. Tương tự như vậy, các cơ quan chuyên môn như Trường Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới London ở Anh có những cựu học sinh đang làm việc cho DFID và các cơ quan y tế khác của chính phủ. Điều này giúp nâng cao năng lực nghiên cứu cho cơ quan chính phủ và tạo thuận lợi cho các giáo sư tiếp cận với quá trình chính sách. Một nghiên cứu ở nước Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Lào lưu ý rằng, ở cấp quốc gia, "ranh giới mờ nhạt giữa nhà nghiên cứu và nhà quản lý" có thể là lợi thế của những cố gắng thúc đẩy sử dụng bằng chứng trong chính sách (Jonsson và cộng sự 2006).

Thực tế cũng có một số chương trình quốc tế thúc đẩy mạng lưới giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách. Ví dụ, chương trình chính sách y tế quốc tế (xem chương 3) yêu cầu mỗi nhóm nghiên cứu phải có một cố vấn chính sách khu vực để tư vấn cho dự án; trong khi một phần mục tiêu là đảm bảo tính xác đáng của chính sách, chiến lược này đã giúp củng cố mạng lưới nhà hoạch định chính sách/nhà nghiên cứu. Một số phát kiến đơn giản mà chính phủ các quốc gia thu nhập thấp có thể lựa chọn để khuyến khích sự phát triển mạng lưới bao gồm chính sách ủng hộ chế độ biệt phái, trao đổi công việc giữa hai cộng đồng (nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách).

Sự tương tác giữa nhà nghiên cứu và nhàhoạch định chính sách thường phụ thuộc vào mối quan hệ cá nhân. Thành lập quá trình chính thức về trao đổi, truyền đạt giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách có thể giúp nâng cao vai trò của bằng chứng nghiên cứu trong quá trình chính sách, giúp cải thiện tính bền vững của các tác động qua lại. Trong khi ở các quốc gia phát triển có nhiều hội đồng chuyên gia ở các cấp như Nghị viện, Bộ hoặc Ban/ngành để kêu gọi hoặc ủy nhiệm nghiên cứu (xem hộp 7.7) thì ở những quốc gia kém phát triển hơn (hoặc kém dân chủ hơn) cơ cấu như vậy rất ít tồn tại.

Những quốc gia kém phát triển hơn cũng có thể thành lập hội đồng thường trực hoặc các nhóm tư vấn; ví dụ: quỹ tài trợ Bill và Melinda Gates hỗ trợ nâng cao năng lực cấp quốc gia nhằm cung cấp các tư vấn độc lập, khoa học cho chương trình vaccin và tiêm chủng thông qua việc phát triển các cơ quan tư vấn chuyên môn.

Trong khi các nhà hoạch định chính sách áp dụng rất nhiều mô hình tư vấn khác nhau, nhưng

họ lại không biết mô hình nào hiệu quả hơn hoặc mô hình nào phù hợp với quyết định nào.

Xây dựng tiêu chuẩn và quy định liên quan đến sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách

Một vài cơ quan và quốc gia thu nhập thấp và trung bình đang cố gắng kết hợp chặt chẽ nghiên cứu vào quá trình chính sách. Ví dụ, ở Ghana "cuộc gặp gỡ các đối tác" (các cơ quan chính phủ, nhà tài trợ và các NGO) được sử dụng như một phương tiện để phát triển cổng vào chính thức cho bằng chứng nghiên cứu từ các nguồn thường xuyên của bộ hoặc các nguồn độc lập, trở thành một phần của quá trình chính sách y tế. Hộp 7.8 mô tả cấu trúc của quá trình, đồng thời tóm tắt những kinh nghiệm của Mexico trong việc yêu cầu bằng chứng đánh giá ảnh hưởng của các chương trình xã hội.

Trong khi chính phủ các quốc gia có thể phải làm rất nhiều để thiết lập tiêu chuẩn, quy tắc nhằm hỗ trợ sự phát triển và sử dụng bằng chứng nghiên cứu, thì đây cũng là một lĩnh vực đòi hỏi các nhân vật quốc tế phải năng động hơn. Những hạn chế của hệ thống y tế đã gây cản trở cho sự tiến triển trong việc phân bổ dịch vụ trên quy mô lớn, điều này đang ngày càng được thừa nhận. Nhiều tổ chức (như GAVI, Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, lao và sốt rét) đã bắt đầu tập trung vào lĩnh vực này. Sự đầu tư vào các chương trình củng cố hệ thống y tế hiếm khi đi kèm với các nghiên cứu và đánh giá để chứng minh hiệu quả của các chiến lược hay rút ra các bài học. Hỗ trợ các nghiên cứu đánh giá và nghiên cứu tác nghiệp nên trở thành một phần trong các tiêu chuẩn của các nhà tài trợ cho hệ thống y tế.

Hộp 7.8. Thiết lập tiêu chuẩn và quy định liên quan đến sử dụng bằng chứng ở Ghana và Mexico

Kết hợp chặt chẽ nghiên cứu vào quá trình đánh giá lĩnh vực y tế ở Ghana

Ở Ghana, Bộ Y tế và Hội nghị thượng đỉnh các đối tác là đầu mối chính để xác định chính sách, đồng thời là nơi các quyết định ảnh hưởng đến lĩnh vực y tế được Bộ Y tế và các cơ quan trực thuộc (như dịch vụ y tế Ghana và các cơ quan liên quan khác) đưa ra. Mỗi năm có hai cuộc họp thượng đỉnh được tổ chức. Cuộc thứ nhất thảo luận về báo cáo của một nhóm độc lập xem xét các hoạt động y tế năm trước đó. Và ở cuộc thứ hai, các bên liên quan thảo luận về hoạt động trong sáu tháng đầu năm và các hỗ trợ tài chính đảm bảo cho kế hoạch và ngân sách. Nội dung thảo luận và các khuyến nghị được tóm tắt dưới dạng "bản ghi nhớ". Các báo cáo và bản ghi nhớ luôn đăng tải trên internet.

Cuộc họp thượng đỉnh đã đưa ra nhu cầu về thông tin cho quá trình ra quyết định. Quá trình kết nối thông tin với nhau là cần thiết để đánh giá việc thực thi các chính sách, kế hoạch chiến lược của Bộ Y tế cũng như xác định các vấn đề đòi hỏi phải đưa ra chính sách và hướng dẫn mới.

Ủy nhiệm việc đánh giá ở Mexico

Chương trình chuyển tiền có điều kiện trên phạm vi rộng Progresa ở Mexico vào năm 1997 trong thời chính quyền Zedillo được xem như một phần của chương trình nghị sự giảm đói nghèo. Tính bền vững của chương trình từng là một mối quan tâm. Trước đó, thường là mỗi chính quyền mới đều thành lập các chương trình xã hội riêng. Do đó, sự thay đổi chính quyền vào năm 2000 đồng nghĩa với việc chương trình Proresa sẽ bị cắt. Để đảm bảo chương trình sẽ tồn tại sau những thay đổi chính trị, đòi hỏi phải chứng minh được những ảnh hưởng tích cực của nó. Sau đó, một đánh giá ngẫu nhiên có kiểm soát chặt chẽ về hiệu quả của chương trình phúc lợi xã hội đã khởi đầu cho những thay đổi quan trọng trong việc xây dựng chính sách xã hội. Bằng chứng về ảnh hưởng tích cực của chương trình rất mạnh, đã khiến chính quyền mới quyết định tiếp tục triển khai chứ không cắt bỏ chương trình.

Thêm vào đó, sau sự kiện công bố những đánh giá bên ngoài tới công chúng, Quốc hội Mexico đã ban hành một đạo luật năm 1999 yêu cầu các chương trình xã hội phải tiến hành đánh giá ảnh hưởng hàng năm, tốt nhất là thông qua những người đánh giá bên ngoài. Điều này đã dẫn đến một loạt những thay đổi quan trọng trong việc thiết kế chính sách xã hội ở Mexico (đầu tiên là bị phụ thuộc bởi các lợi ích cá nhân và lợi ích chính trị sau đó đã chuyển sang dựa trên bằng chứng). Hơn nữa, một nguồn tài chính đáng kể đã được dùng cho việc triển khai các qui định này, các kết quả đánh giá được dùng để phân bổ nguồn lực. Điều đó đã tạo sự khích lệ cho các nhà quản lý chương trình để họ thiết kế các chương trình đổi mới phù hợp với bối cảnh, các chương trình này sẽ được đánh giá để xác định liệu có phù hợp để triển khai hay không. Luật pháp và việc đầu tư tài chính đã đưa đánh giá vào trong quản lý, lập kế hoạch và quá trình phân bổ các nguồn lực cho các chương trình phúc lợi xã hội quy mô lớn một cách hiệu quả, đồng thời tạo ra sự khích lệ cho sự đổi mới và hiệu quả. Đánh giá trở thành cơ hội học tập và rất hữu ích, hơn là sự đe dọa hoặc trừng phạt.

Nguồn: Bộ Y tế, Ghana (1999); Barber (2007).

http://www.danida-health-ghana.org (truy cập ngày 22/8/2007).

Kết luận

Trong khi nhiều chiến lược nâng cao năng lực sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách được đưa ra ở chương này, thì những can thiệp riêng lẻ, rời rạc có thể phần nào có tác động hạn chế nếu không được thực hiện cùng với sự cải cách sâu rộng về văn hóa dịch vụ công, và được hỗ trợ bởi nhu cầu mạnh mẽ từ các tổ chức xã hội dân sự trong việc nâng cao sự minh bạch và trách nhiệm trong quá trình chính sách. Các chiến lược thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng, ở bất kỳ quốc gia nào, đều phải bắt nguồn từ việc hiểu bối cảnh chính trị rộng hơn. Ví dụ: có thể có những đáp ứng hạn chế trong việc đầu tư xây dựng kỹ năng cho nhà hoạch định chính sách, hoặc cải thiện sự tiếp cận của nhà hoạch định chính sách với các nguồn lực, nếu như bằng chứng không được coi trọng và nhà chính trị không cố gắng nâng cao năng lực. Trong bối cảnh đó, chiến lược kép có thể cần thiết được thực hiện, bao gồm nâng cao sự tiếp cận thông tin của các tổ chức xã hội dân sự, đồng thời thuyết phục các nhà hoạch định chính sách về lợi ích của việc sử dụng bằng chứng để xây dựng chính sách.

Trong các điều kiện như nhau, nhà hoạch định chính sách dường như tin cậy nhiều hơn vào bằng chứng nghiên cứu của các Viện nghiên cứu quốc gia; các kết quả nghiên cứu ở một quốc gia cụ thể dường như thích ứng tốt hơn với nhu cầu của quốc gia đó và có tính đến bối cảnh quốc gia. Những điều này nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của việc đầu tư vào năng lực sáng tạo tri thức về hệ thống và chính sách y tế ở cấp quốc gia. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện ở địa phương không thể trả lời tất cả các câu hỏi về chính sách (đặc biệt đối với NC CS-HTYT, nơi mà cơ sở về bằng chứng hiện có bị hạn chế); và trong hầu hết các trường hợp, nhà hoạch định chính sách có xu hướng tin tưởng hơn vào nguồn bằng chứng của chính đất nước họ, nhưng được ủng hộ bởi bằng chứng của những nơi khác. Điều này cho thấy cùng với sự phát triển năng lực NC CS-HTYT ở địa phương, chúng ta cần đầu tư tổng hợp các tài liệu nghiên cứu toàn cầu. Để tăng khả năng tiếp cận và sử dụng nghiên cứu từ quốc gia khác, nhà hoạch định chính sách cần phải hiểu biết rõ hơn về khả năng khái quát hóa của nghiên cứu đó và các nghiên cứu đa quốc gia cần phải chỉ ra bối cảnh ảnh hưởng như thế nào đến hiệu quả của những lựa chọn chính sách khác nhau.

Năng lực để hiểu và sử dụng nghiên cứu của nhà hoạch định chính sách đang không được chú ý, ở cả chủ đề nghiên cứu và lĩnh vực đầu tư thúc đẩy chính sách dựa trên bằng chứng. Ví dụ, trong nghiên cứu, cần có nhiều bằng chứng hơn về sự cách biệt mang tính tổ

chức đối với chính phủ có ảnh hưởng thế nào đến tính xác đáng của nghiên cứu, tính độc lập của nghiên cứu đó và sự tin tưởng giữa nhà hoạch định chính sách và nhà nghiên cứu. Tương tự, hiện có nhiều cơ chế tư vấn chuyên môn để chính phủ lựa chọn trong việc đưa bằng chứng vào hoạch định chính sách theo con đường chính thức hóa, tuy nhiên những thông tin về ưu điểm của chúng lại rất hạn chế. Điều cuối cùng, nhưng có lẽ quan trọng nhất, đó là việc thiếu dữ liệu về hạn chế năng lực trong việc sử dụng bằng chứng trong chính sách: việc thiếu các hình thức khích lệ (chứ không phải là do kỹ năng kém hoặc thiếu năng lực tổ chức) đang ở mức độ nào khiến nó trở thành rào cản quan trọng nhất? Để phát triển các chương trình có hiệu quả trong lĩnh vực này, cần đảm bảo sự đầu tư để tăng cường việc xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng và cuối cùng là sự lựa chọn chính sách hợp lý, điều quan trọng là cần phải có các dữ liệu đầy đủ và có chất lượng.



Chương VIII

LỰA CHỌN HỢP LÝ: GIẢI QUYẾT KHÓ KHĂN VỀ NĂNG LỰC

Giới thiệu

Những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình thường gặp phải những khó khăn lớn về y tế. Ở một số quốc gia, các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDGs) khó có thể đạt được; nhưng ngay cả ở những quốc gia các mục tiêu này sẽ đạt được, gánh nặng về những dịch bệnh lớn có thể ngăn ngừa vẫn tồn tại. Cách biệt về kinh nghiệm y tế giữa các vùng miền, quốc gia và nhóm dân cư là một thực trạng không thể chấp nhận vì nó hoàn toàn có thể tránh được. Một ví dụ điển hình là số liệu về tỷ lệ tử vong khi sinh: mỗi năm có khoảng 210 triệu phụ nữ mang thai; trong đó, có tới 20 triệu người phải chịu những căn bệnh liên quan tới sinh nở và 500 000 người chết do biến chứng khi mang thai hoặc khi sinh.

Với những kiến thức về nguyên nhân tử vong mẹ và các can thiệp kịp thời đã cải thiện sức khỏe bà mẹ, riêng những con số nêu trên thực sự là đáng lo ngại. Tuy nhiên, chúng trở nên không thể chấp nhận khi được nhìn nhận theo các vùng khác nhau. Hãy xem xét nguy cơ tử vong khi sinh trong suốt cuộc đời một người phụ nữ: tỷ lệ này ở châu Phi là 1:12 trong khi đó ở châu Âu là 1:4000. Tại sao lại có sự khác biệt lớn đến như vậy? Một nguyên nhân cốt lõi là sự khác biệt giữa các quốc gia về thu nhập, trình độ học vấn và vai trò của người phụ nữ trong xã hội; mức độ đầu tư khác nhau vào hệ thống y tế quốc gia cũng đóng vai trò rất quan trọng. Nhưng chúng ta cũng biết rằng, một số hệ thống y tế, mặc dù nguồn lực thấp, vẫn có thể đưa ra bằng chứng về những can thiệp phù hợp tại lĩnh vực đó để giảm tỉ lệ tử vong mẹ (ví dụ: nhu cầu về kỹ năng đỡ đẻ của nhân viên y tế và cấp cứu sản khoa) và trong bối cảnh đó hệ thống y tế của họ tìm ra những giải pháp hiệu quả. Điểm mấu chốt ở đây là, một hệ thống hoạch định chính sách có thể quyết định một cách hiệu quả việc sử dụng các nguồn lực ít ỏi, dựa trên những bằng chứng thuyết phục về cái gì sẽ hoạt động tốt trong một bối cảnh cụ thể. Sự cách biệt về sức khỏe và hệ thống y tế cho thấy rất nhiều nước không có những hệ thống hoạch định chính sách cần thiết. Chương này có chủ đề chính là những nguyên nhân sâu xa của thất bại trong hoạch định chính sách. Chúng tôi tập trung chủ yếu vào những hạn chế về năng lực ở tất cả các giai đoạn của quá trình dẫn tới việc thực hiện chính sách kém: hạn chế về xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu – xác định bằng chứng nào là cần thiết; hạn chế về sáng tạo và phổ biến tri thức – chức năng của nghiên cứu; hạn chế về trao đổi kiến thức giữa các nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách theo cách thức hữu ích và hữu dụng; và cuối cùng là hạn chế về năng lực sử dụng bằng chứng của bản thân các quá trình chính sách.

Để hỗ trợ quá trình này, chúng tôi đã phát triển một khung lý thuyết giúp cho việc hiểu bốn chức năng này và mối quan hệ qua lại giữa chúng; bốn chương trước đã lần lượt phân tích bốn chức năng đó. Trong chương cuối này, chúng tôi sẽ tổng hợp những thông điệp chủ đạo trong bốn chương trên và đưa ra một số chiến lược vĩ mô cho các nhân vật quan tâm tới việc nâng cao năng lực cho hệ thống y tế.

Nhu cầu năng lực

Hoạch định chính sách đang ngày càng được thừa nhận là một quá trình phức tạp; trong đó các chính sách, với rất nhiều tác động, được hình thành ít nhiều là những sản phẩm rõ ràng. Người ta cũng nhận thấy rằng sẽ thật ấu trĩ (và thực ra là không phù hợp) khi cho rằng hoạch định chính sách sẽ chỉ là "hoàn toàn hợp lý và không giá trị". Tuy nhiên, tầm quan trọng của việc tìm ra cách để tăng cường ảnh hưởng của bằng chứng đến những gì hoạt động hiệu quả và không hiệu quả, trong bất cứ hoàn cảnh nào, cũng đang ngày càng được thừa nhận. Điều này đặc biệt đúng với những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, nơi mỗi đô-la lãng phí cho dịch vụ không hiệu quả sẽ dẫn tới cái giá cao của sự mất mát về con người và sự đau đớn. Vốn từ vựng trong tập tài liệu này ngày càng tăng đã miêu tả việc ra quyết định mà không quan tâm tới tình trạng kiến thức hiện tại, sự thất bại

trong việc tìm ra các bằng chứng ở những nơi không chắc chắn tồn tại: "khoảng cách giữa hiểu biết và làm thực tế" này; sự thất bại trong việc đưa nghiên cứu vào chính sách và thực tiễn; nhu cầu về chính sách dựa trên bằng chứng và chính sách bị ảnh hưởng bởi bằng chứng... Phần tổng kết này tập trung vào một rào cản lớn trên con đường tiến tới việc hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng – đó là vấn đề hạn chế về năng lực.

Có được sự đồng thuận của Liên minh, chúng tôi đã tiếp cận nhiệm vụ này dựa trên lăng kính của NC CS-HTYT và đặc biệt quan tâm tới việc tìm cách khai thác đầy đủ tiềm năng của NC CS-HTYT để xây dựng những chính sách tốt hơn. NC CS-HTYT gặp phải những khó khăn nhất định khi đưa kết quả của nó vào lĩnh vực chính sách. Những khó khăn này bao gồm: sự mới mẻ của lĩnh vực, những hạn chế về mặt phương pháp luận được tạo ra bởi chính sự mới mẻ đó và nguồn lực dành cho NC CS-HTYT là quá ít ỏi. Những khó khăn này đã được thảo luận ở các chương khác nhau.

Khung lý thuyết được giới thiệu trong chương 3 chia quá trình chính sách thành bốn chức năng chính; những chương tiếp theo lần lượt phân tích vị trí của mỗi chức năng và nhu cầu năng lực của các tổ chức có liên quan chặt chẽ nhất với chức năng đó. Phần Phụ lục cũng sử dụng khung lý thuyết này để phân tích một nghiên cứu trường hợp tại Thái Lan. Chúng tôi tin rằng, như một kết quả của quá trình soạn thảo tài liệu này, khung lý thuyết có thể là một công cụ hữu ích giúp người đọc hiểu được tình trạng hiện tại của mối quan hệ nghiên cứu - chính sách và những hạn chế về năng lực của nó trong một hệ thống y tế. Khung lý thuyết có thể được sử dụng bởi rất nhiều nhân vật quan trọng, và hơn hết là được sử dụng bởi các nhà hoạch định chính sách quốc gia, người lãnh đạo nghiên cứu và các cơ quan tài trợ quốc tế. Khung lý thuyết giúp họ có thể phân tích thực trang và có cái nhìn tổng quát về những lĩnh vực trọng tâm trong phát triển năng lực ở bất kì một quốc gia nào. Gắn liền với chủ đề xuyên suốt tài liệu này là nhu cầu đánh giá về năng lực của mỗi quốc gia cụ thể – mỗi quốc gia phải đối mặt với những rào cản khác nhau trong lĩnh vực NC CS-HTYT. Trong khi mức thu nhập ở một quốc gia rõ ràng là một yếu tố khác biệt chính, những yếu tố khác như hệ thống chính trị cũng có thể tạo ra sức ép và nhu cầu năng lực khác nhau.

Ta có thể thấy một sự thật rõ ràng, hiển nhiên đang tồn tại, đó là năng lực lựa chọn các bằng chứng phù hợp, có chất lượng cao của các nhà hoạch định chính sách thường bị hạn chế bởi tính sẵn có của nó; đây cũng chính là nguyên nhân của những hạn chế chung ban đầu trong lĩnh vực NC CS-HTYT. Muốn có nhiều bằng chứng đòi hỏi phải có sự đầu tư cho nghiên cứu. Sự đầu tư lại được quyết định bởi quá trình xác định vấn đề ưu tiên – mà quá trình này hầu hết lại được định hướng trên phạm vi toàn cầu và thường ít chịu ảnh hưởng của các chương trình nghiên cứu cấp quốc gia, cũng như nhu cầu về hệ thống hay chính sách y tế của họ. Điều này cho thấy chúng ta cần hành động ở hai cấp độ: trước hết, cần tìm cách làm cho các quá trình quốc tế đến gần hơn với bối cảnh địa phương hơn; và thứ hai cần xây dựng năng lực cho quá trình xác định vấn đề ưu tiên quốc gia thông qua sự lãnh đạo của chính phủ cũng như phát triển và củng cố các quỹ đầu tư nghiên cứu cấp quốc gia.

Tất nhiên, tạo nên được những bằng chứng phù hợp và đáng tin cậy còn tùy thuộc vào tính sẵn có của các cơ quan nghiên cứu. Năng lực của những cơ quan nghiên cứu ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình hiện đang khá khác nhau – một số quốc gia có các viện nghiên cứu với năng lực rất tốt, trong khi cũng có các học viện khác với năng lực rất hạn chế; và thậm chí vẫn có những quốc gia không có tổ chức nào đáng tin cậy nhưng họ đang tiến hành các nghiên cứu về hệ thống và chính sách y tế. Khía cạnh chức năng nghiên cứu của khung lý thuyết được các nhà tài trợ chú ý nhất. Sự chú ý này thường tập trung chủ yếu vào việc đào tạo các nhà nghiên cứu đơn lẻ. Chúng tôi cho rằng các chiến lược nâng cao năng lực cần phải tập trung nhiều hơn vào nhu cầu chung của các viện nghiên cứu, bao

gồm các kỹ năng và phát triển sự nghiệp, đồng thời cũng phải có sự quan tâm tới các khía cạnh quan trọng khác (có thể ít nổi bật hơn) của năng lực, như phát triển hệ thống lãnh đạo, điều hành và quản lý, và tăng cường mạng lưới giữa cộng đồng nghiên cứu cấp quốc gia và quốc tế.

Chúng tôi cũng quan tâm tới nhu cầu cần có nhiều nghiên cứu phát triển vấn đề về phương pháp luận hơn. NC CS-HTYT là một lĩnh vực khá mới và lĩnh vực này đòi hỏi các nhu cầu đặc biệt do bản chất đa ngành và tính chuyên biệt theo hoàn cảnh của nó. Cụ thể, NC CS-HTYT có thể được thúc đẩy từ việc đầu tư vào những hệ phương pháp sau: tiến hành những rà soát mang tính hệ thống đối với NC CS-HTYT; hiểu rõ khả năng tổng quát hóa của những kết quả nghiên cứu trong trường hợp cụ thể; và phát triển về mặt lý thuyết để tìm ra những vấn đề như vai trò của lòng tin và trách nhiệm trong hệ thống y tế.

Xét về mặt nhận thức chung, chức năng thứ ba được đề cập trong tài liệu này (chọn lọc và phổ biến bằng chứng) ít được chú ý nhất. Trong khi chỉ một số ít người nhận ra rằng, mối liên hệ giữa kết quả nghiên cứu và các bằng chứng trong quá trình hình thành chính sách là một mối liên hệ trực tiếp và đơn giản, thì cũng ít người coi trọng những quá trình phức tạp đóng vai trò trung gian giữa những chức năng khác nhau. Chúng tôi gọi đó là chức năng chọn lọc và phổ biến bằng chứng; chức năng "chọn lọc" nói tới quá trình chọn lựa một số bằng chứng nhất định để chuyển tới các nhà hoạch định chính sách và chức năng "phổ biến" nói tới cách mà thông tin được làm rõ hơn. Chọn lọc và phổ biến bao gồm một loạt các hoạt động từ chuyển giao kiến thức – nghĩa là chọn lựa và tổng hợp bằng chứng (thành dạng dễ xử lý) dựa trên những tiêu chí khoa học rõ ràng, tới ủng hộ - với mục tiêu rõ ràng là tác động vào một lập trường chính sách theo cách nào đó. Vai trò của truyền thông là trung gian giữa các chức năng trên. Các tổ chức tham gia vào các hoạt động này thường có những yêu cầu năng lực khác nhau. Hiện nay, các tổ chức tăng cường năng lực chưa giải quyết được một cách hệ thống bất cứ một yêu cầu nào trong số này.

Chức năng của bản thân quá trình hoạch định chính sách, về cơ bản, chính là điểm mấu chốt. Đối với các nhà hoạch định chính sách, bằng chứng hình thành từ các kết quả nghiên cứu chỉ là một trong số rất nhiều điều cần cân nhắc. Tuy nhiên, một trong các mục tiêu của các tổ chức như Liên minh NC CS-HTYT là thúc đẩy các nhà hoạch định chính sách dựa nhiều hơn vào bằng chứng khi xem xét vấn đề và giúp họ vượt qua bất cứ hạn chế về năng lực nào. Nhu cầu phát triển năng lực có thể bao gồm phát triển các kỹ năng lựa chọn và giải thích bằng chứng, phát triển các cơ chế tăng cường mối quan hệ chặt chẽ giữa các nhà nghiên cứu và các công cụ nhằm đánh giá tính hợp pháp của các tổ chức chọn lọc và phổ biến nghiên cứu.

Các nhà hoạch định chính sách cũng có trách nhiệm như những nhà quản lý đối với toàn bộ hệ thống y tế. Với vai trò này, họ cần phải đánh giá được năng lực của mỗi nhân tố hoặc chức năng, cần phải điều khiển hay hỗ trợ các tổ chức liên quan tới từng nhân tố (hay điểm chung giữa các nhân tố này). Một cái nhìn toàn diện, sâu rộng như vậy về tất cả các thành phần của quá trình hoạch định chính sách y tế dựa trên bằng chứng là chưa đủ nhưng rất quan trọng. Điều này khiến chúng ta nghĩ tới khả năng khung lý thuyết có thể trở thành một công cụ hỗ trợ tham gia vào quá trình đánh giá.

Cuối cùng, chúng tôi tập trung chú ý tới sự thiếu hụt bằng chứng về các chức năng khác nhau và mối quan hệ giữa chúng. Ví dụ, thật ngạc nhiên khi biết rằng không có sự đánh giá rõ ràng nào về những chiến lược tăng cường năng lực nghiên cứu đã được sử dụng trước đây.

Hình 8.1. Tóm tắt những điểm nói trên, kết nối những thông điệp chính với khung lý thuyết của Liên minh.

Chiến lược nâng cao năng lực

Phần sau đây tập hợp một số thông điệp chính đã được thảo luận ở phần trước. Và các thông điệp này có dẫn tới hành động của những người

có liên quan hay không là rất quan trọng, và trong phần cuối cùng này chúng tôi sẽ gợi ý một số chiến lược tiềm năng.

Tăng cường bằng chứng về phát triển năng lực trong lĩnh vực NC CS-HTYT

Rõ ràng chúng ta cần có nhiều bằng chứng hơn về năng lực hiện tại trong lĩnh vực NC CS-HTYT, những hạn chế của các bằng chứng và các chiến lược để tăng cường những bằng chứng này. Thông qua tài liệu này chúng tôi đã chỉ ra những khoảng trống quan trọng, nhưng chúng tôi cũng nhận ra rằng lĩnh vực này có ít bằng chứng thuyết phục.

Trước tiên, chúng ta cần phải hiểu rõ hơn tác đông của các chiến lược tăng cường năng lực khác nhau đã và đang được thực hiện. Một phương pháp đánh giá có tính tới ảnh hưởng của sự khác biệt về bối cảnh của từng quốc gia có thể cho phép tiến hành phân tích so sánh, đưa ra các chiến lược rõ ràng hơn trong tương lai, do vậy phương pháp đó có thể giúp các nhà đầu tư quốc tế có được sự đầu tư thích hợp..

Thứ hai, cần có sự đầu tư, hỗ trợ cho quá trình đưa ra những nhu cầu năng lực liên quan tới ranh giới giữa nghiên cứu và chính sách. Khung lý thuyết được giới thiệu ở đây tạo dựng điểm khởi đầu cho công việc như vậy và bổ sung các phương pháp khác, như phương pháp đánh giá hệ thống nghiên cứu quốc gia (được phát triển bởi Hội đồng nghiên cứu sức khỏe vì phát triển - COHRED). Những sự đầu tư như vậy bao gồm: phát triển những công cụ chuyên biệt hơn, hỗ trợ tiến hành đánh giá, và xây dựng các chiến lược tiếp theo. Việc đối chiếu các phương pháp và các chiến lược cần phải toàn diện - nghĩa là cần tính đến cả bốn chức năng được phân tích ở trên, những tổ chức có liên quan, cùng với mạng lưới và các mối quan hệ hợp tác rộng lớn và sự điều hành của khu vực.

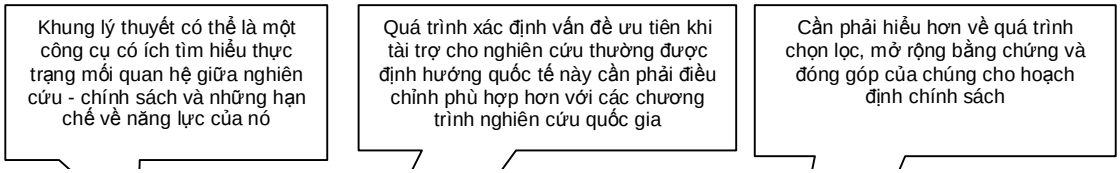
Tăng cường cơ cấu tài trợ nghiên cứu hệ thống y tế ở mức quốc gia và quốc tế

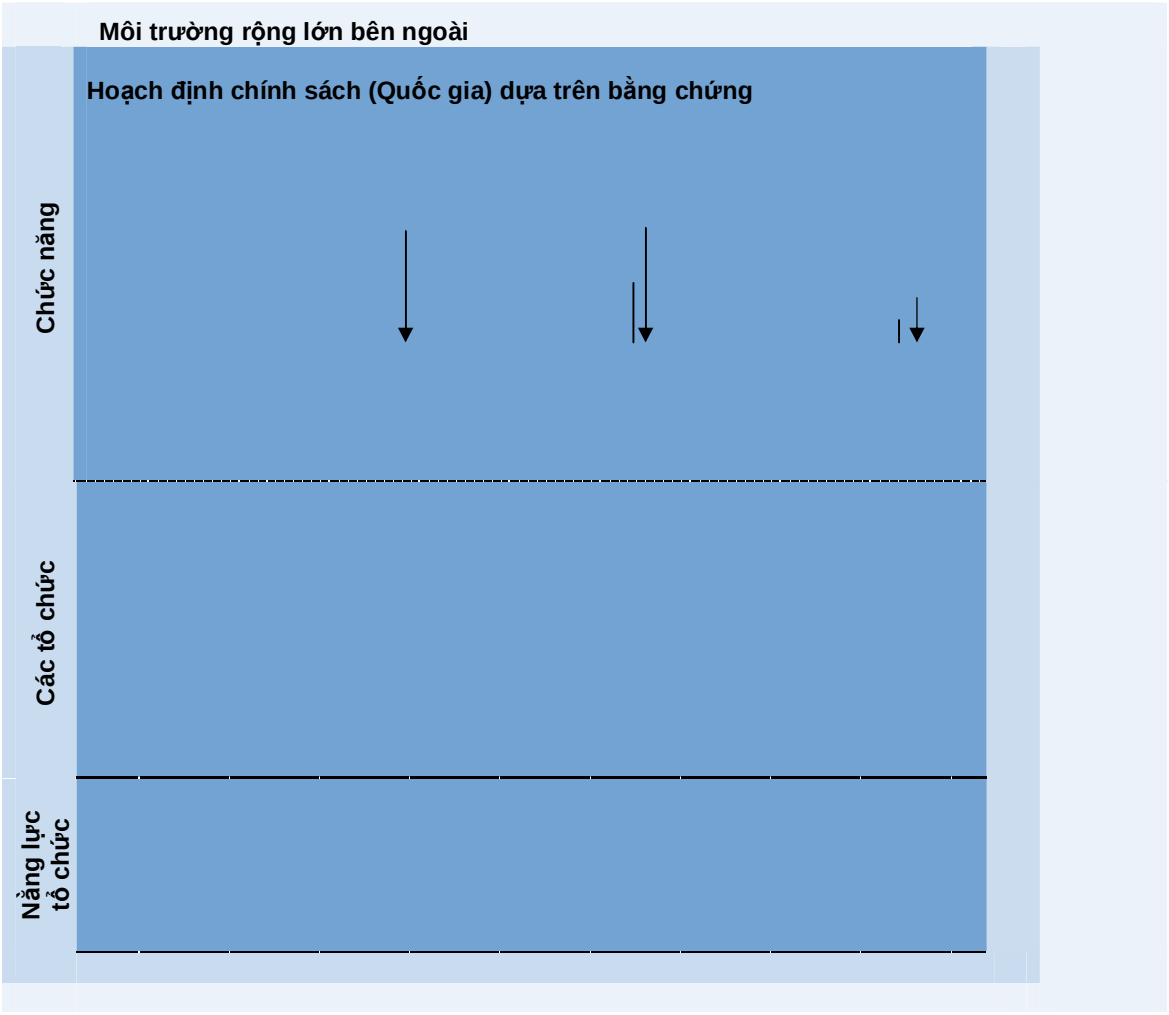
Vai trò thống trị của các quỹ và các quyết định mang tính trọng tâm của các cơ quan tài trợ hiện nay trên thế giới, như chúng ta đã lập luận, có tác động tiêu cực đến hệ thống y tế quốc gia và đặt ra sự cần thiết phải có các chiến lược trong lĩnh vực này, đối với các đối tác quốc tế cũng như các cơ quan trong nước.

Trước tiên, cần phải phát triển các cơ chế tài trợ đối với NC CS-HTYT để giảm sự thất bại của các phương pháp tiếp cận hiện nay và cho phép các quốc gia có quyền lực lớn hơn đối với các việc xác định vấn đề ưu tiên. Các cơ quan quốc tế cần phải trao một số quyền, ví dụ quyền ra quyết định, từ mức quốc tế như hiện nay về mức quốc gia. Chúng tôi thừa nhận rằng, việc này sẽ đặt ra một số thách thức đối với trách nhiệm và nhiệm vụ của các cơ quan, nhưng những thách thức này cần phải được giải quyết nếu chúng ta muốn tăng cường năng lực quốc gia và xác định vấn đề ưu tiên một cách phù hợp. Cùng lúc đó, các cơ quan hữu quan trong nước, dưới sự chỉ đạo của bộ trưởng bộ y tế, cần đảm bảo có các nhóm xác định vấn đề ưu tiên quốc gia và các cơ chế tư vấn và xác định vấn đề ưu tiên rõ ràng.

Tất nhiên, chúng tôi cũng thừa nhận rằng, các nguồn tài trợ quốc tế lớn vẫn sẽ tiếp tục nắm vai trò kiểm soát ở tầm quốc tế; trên thực tế, ở những nơi NC CS-HTYT có các vấn đề xuyên quốc gia cần giải quyết, các nguồn tài trợ như vậy là rất phù hợp. Tuy nhiên, thậm chí ở những nơi này, các nhà tài trợ quốc tế cũng cần phải xem xét các quá trình để đảm bảo rằng các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình vẫn có đủ đại diện trong các cơ quan tiến hành xác định vấn đề ưu tiên, cơ quan tiến hành giải ngân; và các quyết định sẽ chỉ hỗ trợ chứ không làm hạn chế khả năng phát triển của các viện NC CS-HTYT..

Hình 8.1. Các thông điệp chính liên quan tới khung lý thuyết của Liên minh





Đáp ứng nhu cầu của NC CS-HTYT

Do NC CS-HTYT là một lĩnh vực mới mẻ và có tính chất đa ngành, việc đầu tư là cần thiết để nuôi dưỡng và tăng cường năng lực của nó. Chúng ta cần có các chiến lược trong nhiều lĩnh vực. Trước hết, cần có sự đầu tư trong viêc nâng cao về mặt phương pháp luận.

Hai trong số các đặc điểm chính của hầu hết NC CS-HTYT là liên kết các ngành lại với nhau và tính tới sự khác biệt về hoàn cảnh, điều đó đặt ra những thách thức thực sự cho việc đầu tư vào hệ phương pháp - các cơ quan tài trợ cần nhận thấy và đáp ứng với các đầu tư đó. Một ví dụ cụ thể mà chúng ta đã nói tới đó là cần thiết phải phát triển các phương pháp cho những tổng quan hệ thống trong lĩnh vực NC CS-HTYT.

Thứ hai, ở mức độ quốc gia, các tổ chức tham gia vào NC CS-HTYT cần được đầu tư về mặt năng lực mà chúng ta đã nói tới ở trên. Rõ ràng, những nhu cầu này sẽ khác nhau giữa các quốc gia và giữa các viện nghiên cứu. Nói cách khác, sự hỗ trợ là cần thiết để giúp các tổ chức NC CS-HTYT đánh giá nhu cầu của họ và xây dựng các chiến lược để đáp ứng các nhu cầu đó. Ví dụ, phát triển chương trình lãnh đạo và hỗ trợ xây dựng mối quan hệ hợp tác giữa các viện nghiên cứu và rộng hơn là phát triển mạng lưới. Trong các hệ thống y tế nhỏ và thiếu nguồn lực, nơi hoàn toàn không có khả năng thực hiện NC CS-HTYT, một chiến lược hỗ trợ là cần thiết để xây dựng và tìm kiếm sự sắp đặt tạm thời, có thể là tại các quốc gia láng giềng.

Tăng cường đầu tư vào tổng hợp bằng chứng, phổ biến và sử dụng kiến thức

Một trong những rào cản hạn chế việc sử dụng bằng chứng là nằm ở quá trình chuyển bằng chứng thành dạng dễ sử dụng cho các nhà hoạch định chính sách. Việc đầu tư giúp hiểu rõ hơn về nhu cầu cụ thể của các nhà hoạch định chính sách để từ đó đưa ra những đáp ứng phù hợp là rất cần thiết. Việc bắt đầu sự đầu tư này như thế nào là khác nhau giữa các quốc gia (do các quốc gia có các tổ chức xã hội dân sự, nhà môi giới kiến thức, viện nghiên cứu và các cơ quan chính phủ khác nhau). Mỗi quốc gia sẽ có nhu cầu năng lực khác nhau, vì vậy việc đánh giá theo từng quốc gia là phù hợp.

Trên phạm vi quốc tế, việc đầu tư nhằm xây dựng các phương pháp tổng hợp bằng chứng và cung cấp thông tin dễ tiếp cận, dễ tiếp thu đối với các nhà hoạch định chính sách cũng rất cần thiết.

Vai trò của các cơ quan hữu quan quan trọng

Cuối cùng, chúng tôi muốn nói tới vai trò của các cơ quan hữu quan quan trọng trong việc phổ biến các chiến lược này. Sau những phân tích của chúng tôi, phần trình bày dưới đây sẽ chỉ ra vai trò và trách nhiệm chính của các cơ quan này, và những trách nhiệm đó được tóm tắt trong bảng 8.1.

Những nhà lãnh đạo y tế quốc gia

Những nhà lãnh đạo y tế quốc gia là nhân tố quan trọng do một số lý do. Trước tiên, là nhà quản lý của hệ thống y tế, họ là người chịu trách nhiệm cuối cùng về mọi hoạt động trong khu vực. Thứ hai, chúng ta ngày càng phải thừa nhận rằng các hoàn cảnh quốc gia khác nhau sẽ cần có những giải pháp và động thái khác nhau; nói cách khác, sự lãnh đạo đương nhiên cần phải xuất phát từ mức độ này. Cuối cùng, trong vai trò của những nhà hoạch định chính sách quốc gia, họ cũng là nhóm quan trọng nhất để thực hiện chính sách một cách hiệu quả (càng tăng cường vai trò của họ như những nhà hoạch định chính sách càng làm cho việc sử dụng các bằng chứng được tốt hơn). Vai trò chủ yếu của nhóm này là lãnh đạo quá trình phát triển năng lực. Điều này bao gồm việc tư vấn và lôi cuốn các nhân vật chủ chốt khác vào nhiều chức năng khác nhau. Ví dụ, sẽ rất có ích khi tiến hành một đánh giá quốc gia về tình trạng của quá trình chính sách và chức năng liên quan. Một đánh giá như vậy sẽ chỉ ra những chức năng mà viện nghiên cứu đang cần được hỗ trợ năng lực nhất và cho phép phát triển các chiến lược hỗ trợ cụ thể hơn, theo đó, các nguồn lực có thể được phát hiện. Các nhà lãnh đạo quốc gia cũng có trách nhiệm đặt ra những tiêu chuẩn rõ ràng trong một số lĩnh vực, bao gồm việc sử dụng bằng chứng phù hợp trong chính sách và việc quản lý theo đúng quy định.

Các lãnh đạo viện nghiên cứu

Các lãnh đạo viện nghiên cứu có trách nhiệm ở hai cấp độ. Trước hết, ở cấp độ tổ chức, họ có trách nhiệm liên tục đánh giá tình trạng của tổ chức mình và tìm ra các chiến lược để vượt qua bất cứ một hạn chế nào ảnh hưởng tới tổ chức của họ, điều này đã được chỉ ra ở chương 5. Tất nhiên việc này, trong hầu hết các trường hợp, đều đòi hỏi nguồn lực tài chính, và vai trò quan trọng của những nhà lãnh đạo chính là tìm kiếm nguồn tài trợ. Ngoài ra, họ cũng có trách nhiệm lớn hơn là cùng với các nhà lãnh đạo viện nghiên cứu khác đóng góp vào việc đảm bảo tính hiệu quả của chức năng phổ biến kiến thức và giúp chức năng này đóng góp tối đa vào quá trình hoạch định chính sách. Việc này sẽ bao gồm: phát triển các mạng lưới và phương pháp phân tích mới trong lĩnh vực NC CS-HTYT, tổng hợp bằng chứng cho các tập thông tin chính sách.

Chúng ta cũng thấy rằng nghiên cứu cấp quốc gia có thể bị ảnh hưởng cả tích cực lẫn tiêu cực bởi hoạt động của các viện nghiên cứu của các quốc gia khác - thường là các quốc gia phát triển. Ít ra, các nhà lãnh đạo của những viện nghiên cứu hoạt động ở những quốc gia thu nhập thấp phải có trách nhiệm đảm bảo rằng những hoạt động của họ không làm hạn chế sự phát triển của các tổ chức nghiên cứu quốc gia. Tuy nhiên, là những tổ chức tập trung vào sự phát triển, họ cũng cần xem xét nghiêm túc vấn đề phát triển năng lực và cân nhắc tới vấn đề này trong mọi hoạt động của họ, ví dụ, đảm bảo sự hợp tác giữa các quốc gia đang phát triển và các quốc gia phát triển là công bằng và bao gồm các hoạt động tăng cường năng lực rõ ràng.

Bảng 8.1. Các hoạt động cần có đối với các bên liên quan chủ chốt

Lãnh đạo y tế quốc gia

- Các nhà hoạch định chính sách quốc gia có trách nhiệm đánh giá năng lực hệ thống nghiên cứu y tế của họ ở các chức năng khác nhau, và lãnh đạo hoặc hỗ trợ các tổ chức để tăng cường năng lực này.
- Nhà lãnh đạo cấp quốc gia nên tìm kiếm sự hợp tác với các đối tác quan trọng khác nhau ở tất cả các chức năng để có thể tiến hành đánh giá ở cấp quốc gia về tình trạng quá trình chính sách và các chức năng liên quan. Một đánh giá như vậy sẽ chỉ ra những chức năng và viện nghiên cứu đang cần hỗ trợ năng lực nhất và cho phép phát triển các chiến lực hỗ trợ cụ thể hơn, theo đó các nguồn lực có thể được tìm thấy.
- Các chính phủ phải xây dựng và phát triển các cơ quan tài trợ nghiên cứu quốc gia và làm việc với các đối tác nước ngoài của họ để đảm bảo rằng, nguồn tài chính cho nghiên cứu bắt nguồn từ những quá trình xác định vấn đề ưu tiên trong nghiên cứu quốc gia cần phải được rõ ràng, và những quá trình này cũng bắt nguồn từ nhu cầu thực tế chính sách và hệ thống y tế quốc gia.
- Môi trường văn hóa (và các quy tắc, luật lệ) hỗ trợ nghiên cứu và quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng phải được thúc đẩy bắt nguồn từ trong chính phủ.

Lãnh đạo các viện nghiên cứu

- Lãnh đạo các viện nghiên cứu quốc gia có trách nhiệm đánh giá tình trạng tổ chức của họ và tìm ra chiến lược để vượt qua các hạn chế tác động tới tổ chức của mình. Để theo đuổi những chiến lược này, lãnh đạo các viện nghiên cứu sẽ cần xác định và đảm bảo nguồn tài chính.
- Ở cấp độ rộng hơn, lãnh đạo các viện nghiên cứu quốc gia có trách nhiệm làm việc, cùng với các nhà lãnh đạo khác, để tăng tính hiệu quả của chức năng phổ biến kiến thức và giúp chức năng này đóng góp tối đa vào quá trình hoạch định chính sách. Việc này bao gồm: phát triển mạng lưới, đảm

bảo các hướng dẫn thực hiện nội qui luôn sẵn có và được tuân thủ, xác định, và phát triển các phương pháp mới trong lĩnh vực NC CS-HTYT.

- Lãnh đạo viện nghiên cứu cũng nên tìm cách tăng cường năng lực bằng cách hợp tác với các nhà lãnh đạo nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước (đặc biệt là những người làm việc trong bối cảnh các quốc gia đang phát triển).
- Lãnh đạo các viện nghiên cứu ở các quốc gia phát triển có viện nghiên cứu hoạt động ở các quốc gia đang phát triển, ít nhất, có trách nhiệm đảm bảo rằng hoạt động của họ không hạn chế sự phát triển của các tổ chức nghiên cứu quốc gia ở các quốc gia đang phát triển này. Như những tổ chức tập trung vào phát triển, họ cũng nên xem xét nghiêm túc vấn đề phát triển năng lực và quan tâm tới nó trong mọi hoạt động của họ (ví dụ, đảm bảo rằng sự hợp tác giữa các quốc gia phát triển và các quốc gia đang phát triển là công bằng và bao gồm các hoạt động tăng cường năng lực rõ ràng).

Các cơ quan tài trợ và phát triển quốc tế

- Với việc thừa nhận tầm quan trọng của NC CS-HTYT và đóng góp của nó vào quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng, các cơ quan tài trợ nên đầu tư vào việc tăng cường các phương pháp NC CS-HTYT và phát triển năng lực của tất cả các chức năng trong quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng.
- Tất cả các cơ quan tài trợ và phát triển đều hay ít nhất là có trách nhiệm cân nhắc ảnh hưởng của hoạt động của họ tới năng lực quốc gia – ví dụ: xem xét ảnh hưởng của mức lương chi trả của họ lên các viện nghiên cứu quốc gia và khả năng giữ nhân viên. Bên cạnh đó, họ cũng nên xem xét quá trình xác định vấn đề ưu tiên của họ liên quan thế nào tới các ưu tiên và quá trình xác định vấn đề ưu tiên quốc gia.
- Các cơ quan tài trợ và phát triển nên hỗ trợ và khuyến khích địa phương tăng cường kiểm soát hơn đối với việc xác định vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu.
- Họ cũng nên hỗ trợ phát triển một hệ thống các viện nghiên cứu quan trọng, thông qua những chương trình dài hạn hơn là những dự án và sự tư vấn ngắn hạn, đặc biệt là với những viện có năng lực yếu hoặc đang phát triển.
- Các cơ quan tài trợ có vai trò trong việc tài trợ nghiên cứu về lĩnh vực phát triển năng lực nói chung và quá trình hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng nói riêng. Vai trò này hiện nay thường bị xao nhãng.

Chúng tôi cũng đã gợi ý rằng, các nhà hoạch định chính sách có thể quan tâm đến những bản thông tin tóm tắt tổng hợp bằng chứng từ một số nguồn. Lãnh đạo của các tổ chức NC CS-HTYT quốc gia (và nhà tài trợ của họ) cần phải quan tâm nhiều hơn tới việc phát triển các phương pháp tạo nên các tập thông tin này và việc tiến hành tổng hợp thông tin.

Các cơ quan tài trợ và phát triển quốc tế

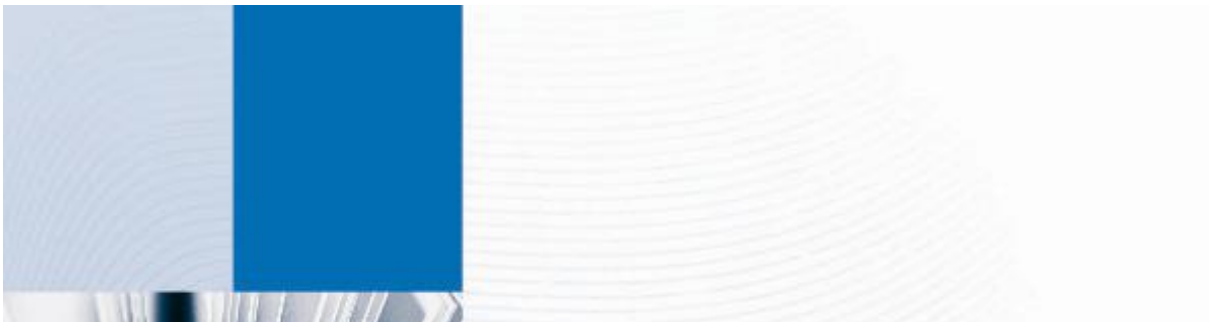
Trong khi chúng tôi cho rằng các tổ chức quốc gia nên có những chỉ đạo để xác định các chiến lược về năng lực, chúng tôi cũng hoàn toàn thấu hiểu vai trò quan trọng của các cơ quan quốc tế trong việc hỗ trợ tài chính và kỹ thuật. Với một số cơ quan, ví dụ, Liên minh, tăng cường năng lực là nhiệm vụ mấu chốt. Và chúng tôi hy vọng rằng, với những tổ chức này cộng với việc chú trọng vào phương pháp tiếp cận toàn diện tới năng lực có thể giúp giải quyết vấn đề. Với những tổ chức khác mà chức năng tăng cường năng lực rất mờ nhạt hoặc không tồn tại, chúng tôi đề xuất một sự cân nhắc kỹ càng về ảnh hưởng của hoạt động của họ lên năng lực quốc gia. Ví dụ: chúng tôi đã nhận thấy những khó khăn trong việc giữ nhân viên mà các viện nghiên cứu quốc gia phải đối mặt khi các cơ quan phát triển đưa ra mức lương cao hơn. Các cơ quan tài trợ nghiên cứu quốc tế cần phải hướng nhiều hơn tới quá trình xác định ưu tiên quốc gia. Thực ra, một thông điệp chung từ Bản tổng kết này chính là nhu cầu, đặc biệt trong lĩnh vực NC CS-HTYT, cần có sự kiểm

soát của địa phương nhiều hơn đối với việc xác định vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu.

Dạng tài trợ cũng có thể ảnh hưởng rất quan trọng đối với các viện nghiên cứu có năng lực yếu hoặc đang phát triển. Để giúp các viện nghiên cứu này phát triển được một nền tảng vững chắc, các chương trình dài hạn hơn là cần thiết hơn so với các dự án và sự tư vấn ngắn hạn.

NC CS-HTYT nói chung và sự phát triển năng lực của tất cả các chức năng trong các quá trình chính sách dựa trên bằng chứng nói riêng đã bị xao nhãng bởi các cơ quan tài trợ, và chúng tôi đề nghị các tổ chức này đánh giá lại đóng góp của chính họ vào lĩnh vực quan trọng này. Cụ thể là, cần tập trung hơn vào việc xây dựng năng lực sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách.

Cuối cùng, ở nhiều phần trong tài liệu tổng quan này, chúng tôi đã chỉ ra sự thiếu hụt các bằng chứng thuyết phục về chủ đề NC CS-HTYT. Thông điệp cuối cùng của chúng tôi gửi tới những nhà tài trợ là một lời yêu cầu khẩn thiết về nguồn tài trợ dành cho các nghiên cứu trong những lĩnh vực vẫn thường hay bị bỏ qua như việc phát triển năng lực nói chung và hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng nói riêng.



Phụ lục

XÂY DỰNG NĂNG LỰC CHO NGHIÊN CỨU HỆ THỐNG VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ: KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC TỪ THÁI LAN

Thông điệp chủ đạo

Việc tạo ra hiểu biết phù hợp thông qua nghiên cứu mang tính quyết định, tuy nhiên chỉ nghiên cứu thôi thì không đầy đủ mà nghiên cứu phải tương tác với hoạt động xã hội cũng như sự tiếp thu

kiến thức xã hội. Nếu không có những kiến thức liên quan, thì các hoạt động xã hội sẽ không đủ mạnh và có thể đi lệch hướng… Các chính trị gia có quyền quyết định đối với việc sử dụng nguồn lực quốc gia và ban hành các văn bản luật định - yếu tố cần thiết cho quá trình phát triển. Vì vậy, nếu không có sự tham gia của chính trị thì cấu trúc của một bộ máy vẫn chưa hoàn thiện. Chính trị mà không có hiểu biết, kiến thức và hoạt động xã hội thì sẽ không thể giải quyết được các vấn đề, cũng như những khó khăn (Wasi 2000).

Giới thiệu

Thái Lan đã lâm vào tình trạng hỗn loạn chính trị vào cuối năm 2006. Bất chấp những biến động về chính trị, Quốc hội Thái Lan đã thông qua Luật Y tế quốc gia vào tháng 1 năm 2007. Đạo luật này là kết quả từ những nỗ lực mạnh mẽ dựa trên một phần của mạng lưới chính sách y tế Thái Lan kể từ năm 1999. Đạo luật thiết lập "tổ chức y tế" của xã hội Thái Lan, quy định về phương hướng, triết lý và nguyên tắc của hệ thống y tế (Uỷ ban cải cách Hệ thống y tế Quốc gia 2002). Đạo luật được phát triển dựa trên cách tiếp cận "Bộ ba dời núi". Prawase Wasi giải thích rằng "ngọn núi nghĩa là vấn đề lớn và rất khó khăn, thường là không thể dịch chuyển được. Bộ ba bao gồm: (1) Tạo ra kiến thức liên quan thông qua

nghiên cứu, (2) Hoạt động xã hội và sự tiếp thu kiến thức xã hội và (3) Sự tham gia của chính trị" (Wasi 2000).

Từ khi chuyển từ chế độ quân chủ chuyên chế sang chế độ quân chủ lập hiến vào năm 1932, cấu trúc quyền lực chính trị tại Thái Lan dao động giữa chế độ độc tài quân sự và chính phủ dân sự. Mặc dù những chuyển đổi đầu tiên sang chế độ quyền lực dân chủ đã diễn ra vào năm 1973, sau đó vẫn có nhiều cuộc đảo chính quân sự. Môi trường chính trị đã có ảnh hưởng đáng kể đến lĩnh vực y tế; đặc biệt các sự kiện của những năm 1970 đã khơi dậy trong các sinh viên y khoa thời đó một tập hợp những giá trị và mong đợi, khát khao cải cách y tế nhằm đảm bảo một hệ thống y tế công bằng hơn. Khi những sinh viên y khoa này tốt nghiệp và đảm nhận những vị trí công tác trong lĩnh vực y tế, họ mang theo những trải nghiệm, suy nghĩ của mình. Giờ đây, khi nắm giữ những vị trí quan trọng trong hệ thống y tế Thái Lan, họ không chỉ điều hành cải cách y tế ở Thái Lan mà còn thúc đẩy, ủng hộ liên kết tích cực với các tổ chức xã hội dân sự trong nước và quốc tế.

Luật Y tế Thái Lan là một ví dụ rõ ràng về sự thay đổi chính sách y tế có sự tham gia rộng rãi và phản ánh năng lực ngày càng cao trong việc đưa ra bằng chứng thông qua nghiên cứu, cũng như việc truyền đạt, phổ biến bằng chứng đó tới các bên liên quan. Những cải cách chính sách khác cũng thể hiện rõ vai trò và năng lực của các tổ chức Thái Lan đối với cả bốn chức năng được xác định trong quyển sách này: xác định ưu tiên, tạo lập kiến thức, chọn lọc và phổ biến kiến thức đã được tạo lập, và áp dụng những kiến thức này vào hoạch định chính sách.

Nghiên cứu trường hợp này vận dụng khuôn khổ được phát triển bởi Liên minh để dẫn chứng về các tổ chức chính tham gia vào NC CS-HTYT tại Thái Lan cùng với những chức năng mà các tổ chức này thực hiện, và xem xét xem vai trò của những tổ chức này đóng góp như thế nào đến cải cách hệ thống y tế. Những phần cuối đánh giá các tác động của những sáng kiến tại Thái Lan nhằm tăng cường năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, và đưa ra những kết luận về các yếu tố ảnh hưởng đến thành công của những sáng kiến này.

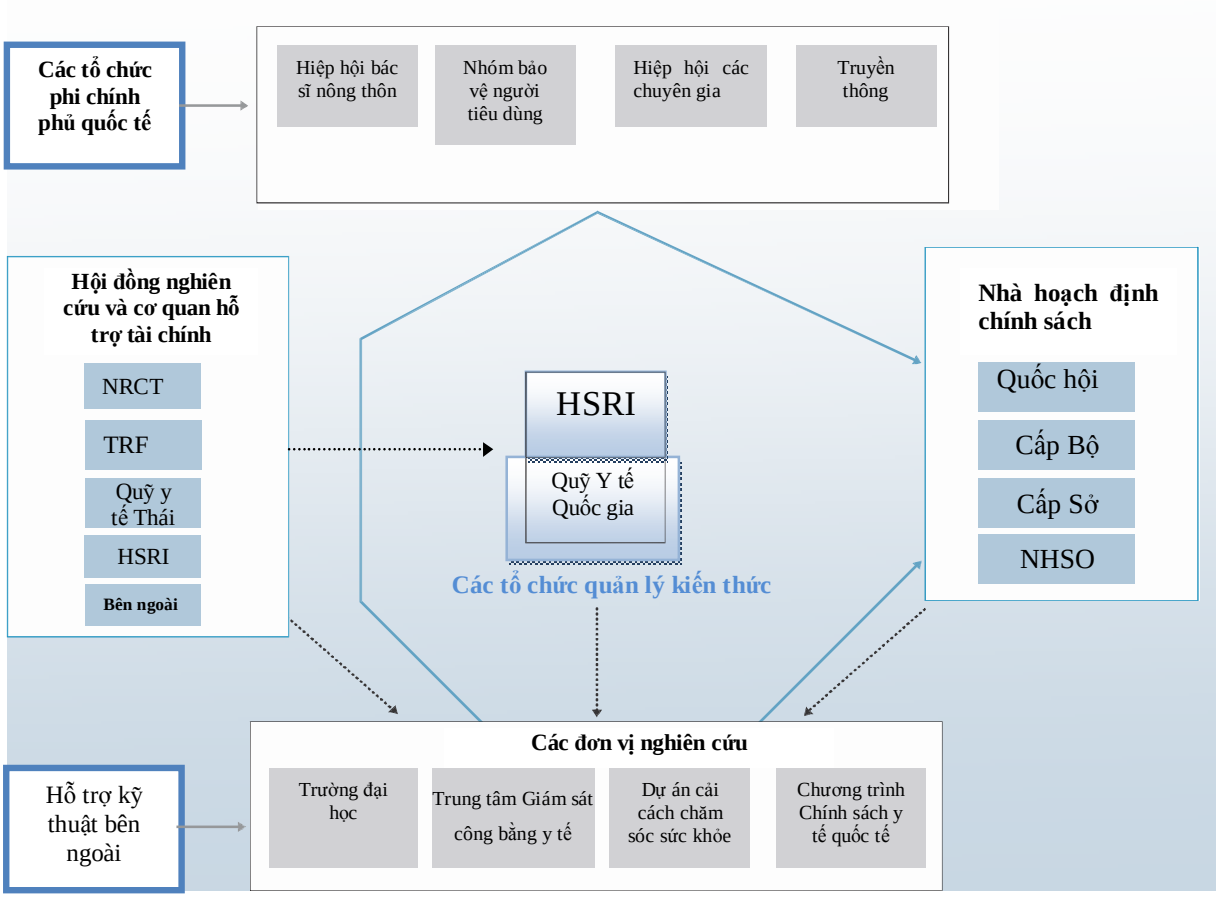
Tổ chức chủ yếu tham gia nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế tại Thái Lan

Có vô số tổ chức hoạt động trong lĩnh vực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế tại Thái Lan – tổ chức chính phủ, phi chính phủ và dân sự. Nhiều tổ chức có nguồn hỗ trợ tài chính thông qua nguồn thu thuế, trong khi các tổ chức khác nhận được nguồn tài trợ nước ngoài. Những tổ chức hiện đang giữ vai trò vượt trội trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là:

- Các Tổ chức chính phủ, bao gồm Bộ Y tế Công cộng, Ủy ban Y tế của Thượng viện và Hạ viện và Cơ quan An ninh y tế quốc gia (NHSO);
- Cơ quan tài trợ, bao gồm Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI – một cơ quan chính phủ hoạt động độc lập được tài trợ từ nguồn thu thuế), Hội đồng Nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT - một cơ quan chính phủ được tài trợ từ nguồn thu thuế) và Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF - một tổ chức công cộng hoạt động độc lập được tài trợ bởi nguồn thu thuế quốc gia) và Quỹ Y tế Thái (một tổ chức độc lập được tài trợ bởi 2% nguồn thu thuế riêng từ thuốc lá và rượu);
- Các viện nghiên cứu chẳng hạn như Chương trình Chính sách y tế quốc tế (IHPP), Trung tâm Giám sát công bằng y tế (CHEM), Dự án cải cách chăm sóc sức khỏe (HCRP), các trường đại học và nhóm chuyên gia cố vấn (tất cả các viện nghiên cứu được tài trợ bởi chính phủ hoặc các tổ chức quốc tế);
  Các tổ chức quản lý kiến thức có vai trò sắp xếp và tổng hợp các bằng chứng, ví dụ, Quỹ y tế quốc gia (NHF - một tổ chức phi chính phủ được cung cấp tài chính thông qua tài trợ dự án và chương trình);

- Các tổ chức vận động, ủng hộ và xã hội dân sự ví dụ như Tổ chức bác sĩ nông thôn và quỹ bảo vệ người tiêu dùng.

Hình A.1. Tổ chức tham gia vào Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở Thái Lan



Hình A.1 thể hiện mối liên quan giữa một số tổ chức.

Gần đây, ở Thái Lan ngày càng gia tăng mức độ tập trung đối với tầm quan trọng của việc quản lý kiến thức liên quan đến 4 chức năng của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế; ví dụ, Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) và Quỹ y tế quốc gia (NHF) đóng vai trò ngày càng quan trọng trong điều phối việc xác định ưu tiên, quản lý và công bố nghiên cứu cũng như hỗ trợ sử dụng bằng chứng trong những tranh luận liên quan đến chính sách. Hộp A.1 mô tả chi tiết hơn mục tiêu và chiến lược của các tổ chức này tại Thái Lan.

Phần dưới đây bàn luận vai trò của một số tổ chức khác nhau tại Thái Lan, chú ý đến bốn chức năng được xác định trong quyển sách này.

Hộp A.1. Mục tiêu và chiến lược của tổ chức NC CS - HTYT chủ yếu đang hoạt động tại Thái Lan

Viện nghiên cứu hệ thống y tế Thái Lan - được thành lập năm 1992 như một cơ quan chính phủ độc lập.

Nhiệm vụ (2007): tạo ra các cơ chế về quản lý kiến thức cho phát triển xã hội và các kênh kết nối tới các chính trị gia nhằm tăng cường cải cách hệ thống y tế và các hệ thống y tế cân bằng.

Chức năng chính: nâng cao và hỗ trợ các hoạt động nghiên cứu và các hoạt động học thuật nhằm đạt

được những kiến thức và thông tin cơ bản cho hoạch định chính sách và cơ cấu, tổ chức lại hệ thống y tế.

Chiến lược để đạt được mục tiêu:

1. Quản lý nghiên cứu: cải tiến quá trình quản lý nghiên cứu sao cho hiệu quả, phù hợp và thống nhất với cải cách hệ thống y tế.

2. Phát triển đối tác: Phát triển hệ thống các viện nghiên cứu và các đối tác y tế nhằm đẩy mạnh quá trình của chính sách y tế.

3. Phát triển năng lực theo khu vực: hỗ trợ nghiên cứu hoạt động có sự tham gia tại những khu vực cụ thể - gồm cả khu vực theo địa lý và những cấu phần cụ thể của hệ thống y tế.

4. Áp dụng kiến thức vào thực hành: phát triển sự ủng hộ chính sách và vận động xã hội nhằm tác động đến cải cách hệ thống y tế.

Quỹ y tế quốc gia (NHF) - được thành lập năm 1991, là một tổ chức Phi chính phủ

Mục tiêu: Thời kỳ đầu quỹ này nhằm mục đích tạo ra không gian chung cho việc trao đổi kiến thức và tìm kiếm sự đồng thuận cho chính sách y tế quốc gia. Sau năm 2002, mục tiêu đã thay đổi nhằm tạo ra một xã hội có kiến thức về sức khoẻ.

Chức năng chính: quản lý nghiên cứu, quản lý kiến thức và truyền thông sức khoẻ.

Chiến lược nhằm đạt được mục tiêu:

1. Tổ chức các diễn đàn công cộng cho hoạt động truyền thông trực tiếp và trao đổi kiến thức giữa các bên liên quan về những vấn đề chính sách cụ thể.

2. Phát triển mạng lưới về những vấn đề chính sách cụ thể.

Xác định ưu tiên

Hội đồng Nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT) chịu trách nhiệm đối với việc xây dựng chính sách nghiên cứu quốc gia từ năm 1964. Sự tham gia vào quá trình xác định ưu tiên nghiên cứu tăng dần theo thời gian, tuy nhiên, từ một nhóm nhỏ các chuyên gia trong mỗi lĩnh vực cho đến tất cả các bên liên quan trong quá trình nghiên cứu (bao gồm cả người sử dụng và nhà nghiên cứu). Ví dụ: kế hoạch chiến lược quốc gia về nghiên cứu giai đoạn 2008 – 2010 được xây dựng theo quá trình lập kế hoạch từ dưới lên dựa trên 4 kế hoạch nghiên cứu khu vực.

Trong khi NRCT đặt những ưu tiên ở mức độ cao, những ưu tiên này thực tế lại chiếm ít hơn một nửa tổng số ngân sách nghiên cứu (cả cho y tế và không phải y tế), với những tổ chức công cộng và các cơ quan nhà nước thì có được phạm vi ngân sách rộng rãi để xác định ưu tiên nghiên cứu của họ. Ví dụ: ngân sách nghiên cứu cả nước năm 2003 (theo Văn phòng Chính sách và Kế hoạch 2007) là 10,2 triệu baht, 11.5% trong số đó dành cho các kế hoạch, đề án được Hội đồng nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT) xem xét; 3,5% dành cho các chương trình được NRCT tài trợ, 9,8% dành cho các chương trình được Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF) tài trợ, 8,1% dành cho các chương trình được Cơ quan phát triển khoa học và và công nghệ quốc gia (NSTDA) tài trợ và 1.1% dành cho các chương trình được Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) tài trợ. Phần còn lại, 66% (tương đương 6.8 triệu baht) được phân phối rộng rãi thông qua khoản ngân sách thường xuyên của các tổ chức công cộng và cơ quan nhà nước. Hội đồng Nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT) nhận ra rằng mỗi khoa, bộ môn và tổ chức nghiên cứu có những ưu tiên nghiên cứu riêng (theo Hội đồng nghiên cứu quốc gia Thái Lan

1997); quá trình xem xét nhằm giảm sự trùng lặp trong nghiên cứu được chính phủ tài trợ.

Hộp A.1. Mục tiêu và chiến lược của các tổ chức nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế chủ yếu đang hoạt động tại Thái Lan (tiếp)

Dự án cải cách chăm sóc sức khoẻ - được thành lập năm 1997 với tư cách một tổ chức hợp tác giữa chính phủ Thái và Ủy ban châu Âu.

***Mục tiêu*:** Giai đoạn đầu tiên (1997-2001) tập trung vào nghiên cứu và phát triển mô hình thực địa nhằm chứng tỏ và đề xuất những mô hình dịch vụ chăm sóc sức khoẻ phù hợp. Giai đoạn thứ hai tập trung vào việc xây dựng năng lực phục vụ cho các chức năng và cơ cấu chính của hệ thống chăm sóc sức khoẻ.

Chức năng chính của giai đoạn đầu:

1. Nghiên cứu và phát triển chính sách (đặc biệt trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu và bảo hiểm y tế).

2. Phát triển mô hình thực địa (đặc biệt trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu và tài chính y tế).

3. Phát triển năng lực/đào tạo.

4. Vận động sự ủng hộ thông qua khuyến khích sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự.

Trung tâm theo dõi công bằng y tế (CHEM) - được thành lập năm 1998 như là một đơn vị trực thuộc Đại học Naresuan.

Mục tiêu: Thực hiện nghiên cứu nhằm xây dựng chỉ số công bằng y tế; nhằm tăng cường việc sử dụng chỉ số thông qua các đối tác; và theo dõi, giám sát các khía cạnh công bằng của hệ thống y tế Thái lan.

Chiến lược và chức năng chính:

1. Thực hiện nghiên cứu (liên quan đến công bằng trong hệ thống y tế).

2. Hợp tác với các đối tác để phát triển chỉ số công bằng và chia sẻ kiến thức.

3. Phát triển chỉ số và cơ sở dữ liệu, ví dụ như: nhóm chỉ số liên quan đến chuẩn đoán (Thái DRG) để định hướng quyết định hỗ trợ của chính phủ.

4. Đào tạo sau đại học về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế.

Chương trình chính sách y tế quốc tế Thái Lan (IHPP) - được thành lập năm 1998 như một chương trình của Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI), chuyển thành tổ chức độc lập cùng được hỗ trợ bởi Bộ Y tế công cộng và HSRI trong năm 2001.

Nhiệm vụ: Phát triển và củng cố năng lực nhân sự trong 2 lĩnh vực chính, cụ thể là nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (HPSR) và y tế quốc tế.

Mục tiêu: Nghiên cứu, phát triển năng lực và củng cố năng lực quốc gia trong nghiên cứu và truyền thông trong lĩnh vực y tế quốc tế.

Chiến lược để đạt được mục tiêu:

1. Thực hiện nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế liên quan đến chính sách

2. Khuyến khích sự tương tác chính sách mỗi khi có thể nhằm đưa nghiên cứu vào chính sách và thực hành.
3. Tăng cường sự hợp tác và mạng lưới dài hạn với các bên liên quan chính.
4. Tăng cường sự tín nhiệm trong khu vực bằng việc khuyến khích các nhà nghiên cứu tiếp xúc với các diễn đàn và đối tác quốc tế.
5. Công bố các báo cáo nghiên cứu trên các tạp chí chuyên ngành, cả trong nước và quốc tế.
6. Nâng cao năng lực nghiên cứu thông qua học tập và hỗ trợ tài chính để đạt được bằng cấp sau đại học.

Nguồn: Phoolcharoen (2004); http://www.thainhf.org/ThaiNHF/a.asp; Wongkhongkhathep, Jongudomsuk & Srivanichakom (2000); http://www.hcrp.or.th/; http://www.med.nu.ac.th/chem/ (Truy cập: 28/8/ 2007); Pitayarangsarit (2005); http://www.ihpp.thaigov.net/ (truy cập 23 /8/ 2007).

Tuy vậy, các ưu tiên do Hội đồng nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT) xác định không phải lúc nào cũng phù hợp với sự phân phối, sắp xếp của các tổ chức công cộng. Lấy ví dụ: những khác biệt giữa các kế hoạch nghiên cứu được chấp thuận cho ngân sách thường xuyên và các đề tài nghiên cứu thực tế sẽ nảy sinh khi các tổ chức có thẩm quyền điều chỉnh kế hoạch hoạt động của họ theo các vấn đề và nhu cầu nổi cộm.

Những kế hoạch quốc gia trước đây bị chỉ trích bởi vì chúng đưa ra những vấn đề nghiên cứu cần được thực hiện nhưng lại không xác định ưu tiên giữa các chủ đề. Trong năm 2005, Ủy ban khoa học Y – Sinh học của Hội đồng nghiên cứu quốc gia Thái Lan (NRCT) đã bắt đầu triển khai dự án xác định ưu tiên cho nghiên cứu y tế dựa trên một danh sách các bệnh với gánh nặng lớn cho sức khoẻ và đã chỉ định một nhóm thực hiện dự án. Nhóm làm việc bao gồm những chuyên gia y tế và phương pháp nghiên cứu đến từ năm trường đại học của Thái Lan, và văn phòng của dự án này được quỹ Y tế quốc gia thành lập. Nhóm làm việc đã sử dụng cuộc điều tra thông thường trên 365 đối tượng, tiếp đó là một cuộc hội thảo tư vấn với những nhà nghiên cứu tiêu biểu. Các đối tượng được hỏi để xếp hạng 10 trong 20 căn bệnh (trong số 20 căn bệnh tại Thái Lan gây nên gánh nặng bệnh tật lớn nhất cho sức khoẻ) để được đề xuất đầu tư nghiên cứu và xếp hạng mỗi loại dựa trên 3 yếu tố rào cản trong việc giải quyết vấn đề: thiếu kiến thức; thiếu công nghệ; và thiếu khả năng hệ thống. Báo cáo được đưa ra vào tháng 9 năm 2006 nhưng kết quả này đã không nằm trong dự thảo kế hoạch giai đoạn 2008 – 2010.

Nghiên cứu này có những hạn chế. Gánh nặng bệnh tật là thông tin đầu vào duy nhất cho đối tượng tham gia vào cuộc điều tra, và nghiên cứu chỉ có thể phân loại theo "những bệnh được ưu tiên" chứ không phải đối với chương trình nghị sự nghiên cứu của một căn bệnh hoặc cho các ưu tiên nghiên cứu của hệ thống y tế mà không liên quan gì đến một căn bệnh cụ thể.

Tạo ra và quản lý kiến thức

Hai tổ chức công cộng quan trọng đã được thành lập vào năm 1992. Mỗi tổ chức đều có quyền tự quản ở mức cao và không bị chi phối bởi những nguyên tắc và quy định quan liêu.

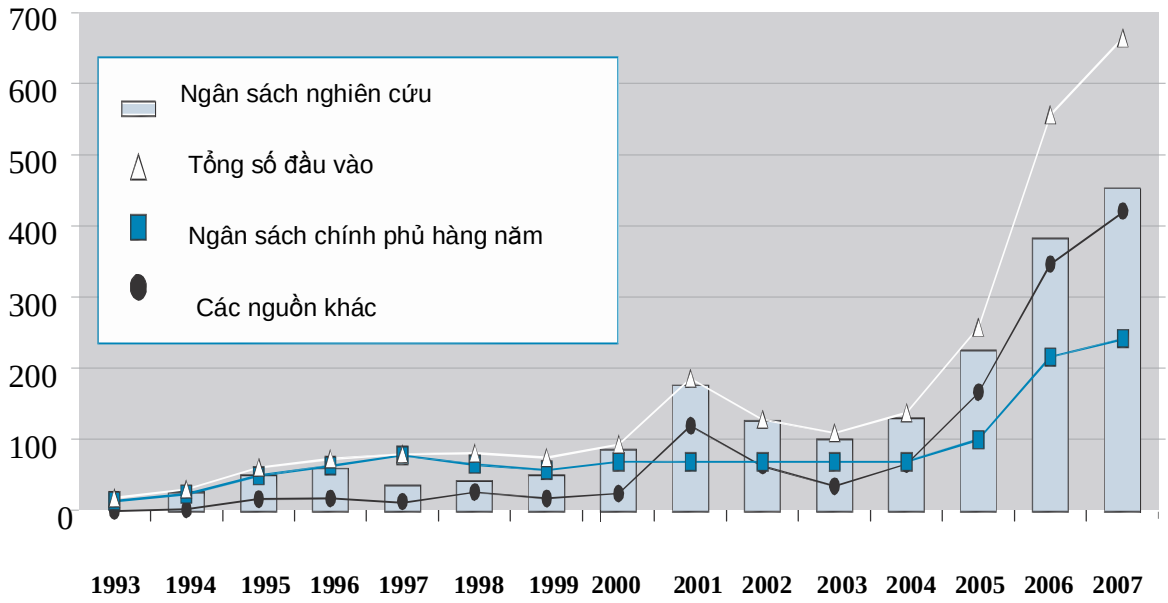
Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF) là mô hình quản lý nghiên cứu tiêu biểu ở Thái Lan. Quỹ nhằm mục đích củng cố cơ sở hạ tầng nghiên cứu của tất cả các ngành, bao gồm chính sách nghiên cứu, tài chính, tổ chức nghiên cứu và các nhà nghiên cứu. TRF mang

đến một loạt học bổng, bao gồm tài trợ cho nghiên cứu cơ bản, phát triển sự nghiệp nghiên cứu, nghiên cứu sau tiến sĩ, nghiên cứu viên trẻ, nghiên cứu viên cao cấp và học bổng sau đại học. Ngành Y tế Thái Lan được hưởng lợi rất nhiều từ họ. Ví dụ: Khoa Y Trường Đại học Naresuan đã sử dụng học bổng sau đại học trong hệ thống và chính sách y tế; Trường Y tế công cộng thuộc Đại học Chulalongkorn đã sử dụng học bổng sau đại học trong phát triển hệ thống y tế; và Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) được hưởng lợi từ khoản hỗ trợ dành cho chương trình nghiên cứu viên cao cấp, điều này đã giúp xây dựng một khung đội ngũ các nghiên cứu viên trẻ cũng như thúc đẩy sự phát triển tổ chức. Các công việc được thực hiện bằng những khoản tài trợ này đã mang tới sự phát triển của Chương trình chính sách y tế quốc tế Thái Lan hiện hành (Hộp A.1). Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF) xác định bốn cấp độ của chương trình nghị sự nghiên cứu: quốc gia; ngành; khu vực; và cơ sở. Ở cấp độ cơ sở, TRF hỗ trợ học tập và trao đổi thông tin giữa những chuyên gia kỹ thuật với các nhà nghiên cứu, và những người sử dụng bằng chứng trong phát triển chính sách. TRF cũng ủng hộ cho việc thành lập 2 chuyên ngành/sự nghiệp nghiên cứu riêng biệt là chuyên gia nghiên cứu và quản lý nghiên cứu.

Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) có ban điều hành riêng do Bộ trưởng Bộ Y tế đứng đầu; tổ chức này hỗ trợ nghiên cứu y tế và cũng tiến hành tổng hợp nghiên cứu sử dụng cho mục đích chính sách (xem Hộp A.1). Mặc dù HSRI bắt đầu bằng việc thực hiện nhiều nghiên cứu được tiến hành bởi chính thành viên tổ chức, trong suốt giai đoạn hai (1997 - 2004) tổ chức mở rộng phạm vi theo mô hình quản lý nghiên cứu, hợp đồng hay thuê ngoài thực hiện hầu hết các nghiên cứu. HSRI hợp tác với khoảng 30 đơn vị nghiên cứu thành viên và hỗ trợ việc thành lập các cơ quan nghiên cứu và mạng lưới nghiên cứu, bao gồm Văn phòng Cải cách Hệ thống Y tế, Văn phòng Phát triển Hệ thống Thông tin Y tế, Viện nghiên cứu Y tế và Xã hội, Chương trình chính sách y tế quốc tế, Trung tâm theo dõi và công bằng y tế, và Mạng lưới hợp tác nghiên cứu lâm sàng. HSRI tạo ra khối liên minh các tổ chức cho mỗi chương trình nghiên cứu và để cho các nhóm này xác định chương trình nghị sự nghiên cứu và lập kế hoạch nghiên cứu. Các bên liên quan, bao gồm người được lãnh đạo chính quyền bổ nhiệm, lãnh đạo cấp cao của ngành y tế, người cung cấp dịch vụ, lãnh đạo cộng đồng và đại diện khách hàng, đều được xác định và mời tham gia ngay từ giai đoạn đầu. Kết quả là có thể đảm bảo nguồn lực cho các chương trình từ một vài nguồn, chẳng hạn như Bộ Y tế Công cộng, Quỹ nâng cao sức khoẻ Thái Lan và Văn phòng An ninh Y tế quốc gia (NHSO).

Trong năm 2007, 63% quỹ của HSRI từ các nguồn bên ngoài không phải của chính phủ. HSRI sử dụng khoảng 659 triệu baht, 5% trong số đó dành cho hỗ trợ hành chính, 3% dành cho quản lý nghiên cứu, 6% dành cho phát triển mạng lưới và 69% cho ngân sách nghiên cứu (xem Hình A.2). 17% còn lại là ngân sách của Văn phòng Công nhận chất lượng bệnh viện và Văn phòng Cải cách hệ thống y tế quốc gia.

Hình A.2. Ngân sách chính phủ hàng năm và ngân sách nghiên cứu được cung cấp bởi Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI), 1993-2006



Việc tăng ngân sách cho nghiên cứu y tế đến từ Quỹ nâng cao sức khoẻ Thái Lan (ThaiHealth). Từ năm 2002, ThaiHealth đã hỗ trợ rất nhiều dự án đáp ứng mục tiêu của nâng cao sức khoẻ và liên quan đến 13 chương trình được ThaiHealth phê duyệt, bao gồm hỗ trợ cho chu trình từ tạo ra kiến thức cho đến thay đổi và triển khai chính sách. Từng chương trình trong số 13 chương trình đó đều nhằm mục đích phát triển một mạng lưới vấn đề, điều này có thể tạo ra kiến thức, phát triển chính sách khác nhau cho từng vấn đề và kể cả những nỗ lực vận động để hỗ trợ chính sách đó. Một số các chương trình con sẽ được thuê khoán hay uỷ nhiệm cho các tổ chức có kinh nghiệm khác thực hiện. Ví dụ: Quỹ Y tế quốc gia (NHF) quản lý dự án Mạng lưới dân sự xã hội cho Tăng cường sức khoẻ do ThaiHealth tài trợ.

Số hội viên kiêm nhiệm trong các cơ quan quản lý của những tổ chức này có tác dụng tăng cường sự hợp tác và trao đổi kiến thức lẫn nhau; ví dụ, tiến sĩ Suwit Wibulpolprasert là thành viên trong ban lãnh đạo của Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI), ThaiHealth, Quỹ Y tế quốc gia (NHF) và là thành viên của Uỷ ban theo dõi và đánh giá nghiên cứu của Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF).

Hầu hết các tổ chức được mô tả ở trên được thể chế hoá sau năm 1992. Họ đã nhận thấy sự tăng lên của hỗ trợ tài chính quốc gia chỉ trong vòng 5 năm vừa qua. Trước đó, các vị lãnh đạo đầu tiên của các tổ chức đã phải vất vả xoay xở để có thể đảm bảo hoạt động của tổ chức, tìm kiếm tài trợ từ nhiều nguồn bên ngoài, các nguồn mà trong những năm cuối thập niên tám mươi và đầu thập niên chín mươi đóng vai trò rất lớn trong hỗ trợ hoạt động tạo ra kiến thức. Ví dụ: nhóm nòng cốt của dự án cải cách hệ thống y tế (xem Hộp A.1) đã tham gia vào dự án chương trình sức khoẻ (1988-2002) được hỗ trợ bởi Tổ chức Hợp tác kỹ thuật của Đức (GTZ), dự án Ayuthaya về phát triển mô hình chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở thành thị do Viện Y học nhiệt đới, Antwerp, Bỉ (1990–1995) hỗ trợ; dự án sức khỏe cộng đồng tại tỉnh Khon Kaen (1991-1996) do Cơ quan hợp tác quốc tế Nhật Bản và Dự án cải cách chăm sóc sức khoẻ do Liên minh châu Âu (EU, 1997-2001 và 2004-2009) hỗ trợ. Những nguồn lực quốc tế khác (bao gồm cả Tổ chức Y tế thế giới (WHO);

Quỹ nhi đồng liên hợp quốc (UNICEF), Quỹ dân số liên hợp quốc (UNFPA) và Cơ quan phát triển quốc tế của Hoa Kỳ (USAID) cũng đã cung cấp tài trợ cho nhiều đối tượng khác ở Thái Lan.

Chọn lọc kiến thức và làm giàu kiến thức

Trong bối cảnh của Thái Lan, nhiều bác sĩ tài năng có thể hiện diện như quan chức chính phủ, những viện sĩ hoặc các nhà hoạt động phi chính phủ tùy theo hoàn cảnh của từng người. Tính linh hoạt của phương pháp tiếp cận, thực trạng về tính kiêm nhiệm và sự tương đối mở của xã hội Thái Lan thường là điều quan trọng cho kế hoạch xây dựng liên kết vì những bác sĩ hàng đầu được kính trọng và nhận được sự ủng hộ từ nhiều tổ chức và các nhóm xã hội. (Chantornvong & McCargo 2001, trang 52).

Sự thật là một vài viên chức y tế có kinh nghiệm của Thái Lan xuất thân từ các nhà hoạt động, và thỉnh thoảng mới đảm nhận vai trò này tuỳ vào tình huống họ nhận thấy họ có khả năng hay liên quan. Rất nhiều lãnh đạo ngành y tế hiện nay đã từng là những nhà hoạt động từ thời sinh viên, những người đã tham gia một cách bắt buộc để phục vụ người dân khi tốt nghiệp và ban đầu phải làm việc tại các vùng nông thôn. Những người khác cũng là thành viên sáng lập của các tổ chức ủng hộ: Tiến sĩ Suwit Wibulpolprasert (Cố vấn cao cấp về Kinh tế y tế của Bộ Y tế công cộng) là một thành viên sáng lập của Hội Bác sĩ nông thôn (1978), Quỹ Bác sĩ nông thôn (1982), Nhóm Sampran (1986) và Chương trình Chính sách y tế quốc tế (IHPP) (2002); Tiến sĩ Sanguan Nittayarumpong (Tổng thư kí của Cơ quan An ninh y tế quốc gia) là thành viên sáng lập của Nhóm Sampran (1986), Quỹ y tế quốc gia (1990), Quỹ Người tiêu dùng (1994) và Viện trưởng Viện Phát triển địa phương (LDI, trong năm 1998); Tiến sĩ Somsak Chunharas (chuyên gia tư vấn giàu kinh nghiệm về y tế công cộng) là tổng thư ký của Quỹ Y tế quốc gia (NHF), Tiến sĩ Chuchai Supawong là chuyên gia tư vấn của Ủy ban quốc gia Thái Lan về quyền con người, là thành viên trong Ủy ban NHF và là tổng thư ký đầu tiên của Ủy ban quốc gia Thái Lan về quyền con người (1999). Hộp 6.3 trong bản báo cáo chính minh hoạ bằng ví dụ cho việc làm thế nào mà những mạng lưới cá nhân chặt chẽ, sự sẵn sàng tiến hành nghiên cứu theo những lĩnh vực chính, sự ủng hộ của xã hội dân sự và chính sách đã góp phần vào sự thay đổi chính sách trong lĩnh vực kiểm soát thuốc lá.

Mạng lưới bác sĩ nông thôn nói riêng đóng một vai trò nổi bật trong việc ủng hộ y tế công cộng. Những cuộc họp đầu tiên đã có từ ngày thành lập Liên đoàn bác sĩ nông thôn năm 1976, và từ đó mạng lưới đã mở rộng thành 3 tổ chức: Hội Bác sĩ nông thôn, Quỹ Bác sĩ nông thôn và nhóm Sampran - một nhóm cán bộ chịu trách nhiệm điều phối sự hỗ trợ của chính sách dịch vụ y tế và do Cơ quan Chiến lược và Chính sách y tế thành lập. Rất nhiều thay đổi chính sách lớn đã được khởi xướng bởi nhóm Sampram, gồm có, chẳng hạn như sự phản đối những sửa đổi đối với luật bản quyền về các sản phẩm dược vào năm 1992, xúc tiến cách gọi tên gốc (tên theo hoạt chất chính) cho việc dán nhãn và quảng cáo dược phẩm, thiết lập ThaiHealth và tập trung vào việc cải cách hệ thống y tế thông qua quá trình phác thảo Luật y tế quốc gia.

Sự vận động người tiêu dùng trước đây được điều phối thông qua Ủy ban Điều phối chăm sóc sức khoẻ ban đầu của các tổ chức phi chính phủ Thái Lan (CCPN), một tổ chức phi chính phủ được thành lập năm 1983. Gần đây, Quỹ Người tiêu dùng (FFC) – cũng là một tổ chức phi chính phủ - được thành lập. Tổ chức này làm việc trực tiếp với những người tiêu dùng để vận động ủng hộ chính sách bảo vệ người tiêu dùng. FFC có rất nhiều công cụ để kêu gọi ủng hộ, ví dụ như: tạp chí "Người mua sắm thông minh - *Smart Buyer"* và chương trình truyền hình "Hội người tiêu dùng". FFC cũng củng cố mạng lưới người tiêu dùng bằng việc hỗ trợ rất nhiều các nhóm nhỏ. Những sáng kiến chính sách thành công từ sự vận động người tiêu dùng bao gồm chiến dịch chống tham nhũng đối với một vụ xì căng đan thuốc trị giá 1.400 triệu baht (thông tin đầu tiên cho chiến dịch này được đưa ra từ Hiệp hội Dược sĩ nông thôn và Hội

Bác sĩ nông thôn), chiến dịch nhằm đạt độ bao phủ về chăm sóc sức khoẻ toàn quốc và hỗ trợ cho việc sử dụng giấy phép bắt buộc nhằm tăng cường sự tiếp cận với những dược phẩm giá cả phù hợp. Chiến dịch bảo hiểm y tế toàn dân trên phạm vi toàn quốc đã tranh thủ được lợi ích từ nhiều khối liên minh (xem hộp A.2).

Thêm nữa, sự liên kết mạnh mẽ giữa rất nhiều tổ chức phi chính phủ được xem như là yếu tố quan trọng trong thành công của họ. Cụ thể, Viện Phát triển địa phương (LDI) đóng vai trò điều phối quan trọng. LDI bản thân là một tổ chức phi chính phủ, có chức năng như một người điều phối đối với nhận thức cộng đồng và sự ủng hộ chính sách. LDI nhấn mạnh yếu tố trao quyền cho cộng đồng và sự tự lực thông qua việc ủng hộ những sáng kiến của địa phương và gây ảnh hưởng đến quá trình hoạch định chính sách vĩ mô. LDI có những liên kết với cả những tổ chức Phi chính phủ và những tổ chức công cộng. Tổ chức này cũng có nhiệm vụ tăng cường cho các tổ chức xã hội, kể cả ở cấp huyện, đây là một mục tiêu mà nó cùng chia sẻ với công cuộc cải cách hệ thống y tế.

Truyền thông đóng một vai trò quan trọng trong việc phổ biến khuyếch đại vấn đề, nhất là với những vấn đề "nóng". Nhiều tờ báo có sự kết nối trực tiếp với các nhà nghiên cứu và các tổ chức phi chính phủ chẳng hạn như tổ chức Bác sĩ Nông thôn và Hiệp hội Dược sĩ Nông thôn. Nhiều tổ chức tài trợ cho nghiên cứu như Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI), Quỹ nghiên cứu Thái Lan (TRF) và Quỹ Y tế quốc gia (NHF) cũng đưa ra các thông cáo báo chí. Việc tự do phổ biến thông tin gia tăng nhưng cũng thay đổi thất thường qua thời gian, phụ thuộc vào chính phủ đang nắm quyền.

Hộp A.2. Chương trình bảo hiểm y tế toàn dân của Thái Lan

Bối cảnh chính sách: Sự dân chủ hóa của Thái Lan đã làm hình thành những nhân vật mới trong quá trình hoạch định chính sách, quá trình hoạch định chính sách này trong một thời gian dài đã chịu quản lý của các quan chức chính phủ và các chuyên gia. Khi dự thảo cho chương trình bảo hiểm sức khỏe toàn dân của Bộ Y tế công cộng không đạt được thành công, những người đấu tranh chính cho chính sách này đã cố gắng tạo dựng liên kết rộng hơn để ủng hộ chính sách. Năm 2001, Đảng người Thái yêu người Thái đã chấp thuận chính sách này như một phần trong chiến dịch vận động tranh cử của mình. Chiến dịch cũng được ủng hộ bởi các quan chức cấp cao của Bộ Y tế công cộng, 11 mạng lưới phi chính phủ đã hình thành một chiến dịch vận động cho "Chương trình bảo hiểm y tế toàn dân" cùng với hơn 50.000 người dân. Tuy nhiên, cũng có sự chống đối đáng kể đối với cải cách, chủ yếu (và đầu tiên) là từ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ trong hệ thống của Bộ Y tế công cộng, từ Cơ quan An sinh xã hội cũng như công đoàn và Hội đồng công chức nhà nước.

Đưa bằng chứng vào chính sách: Nhiều nghiên cứu liên quan đến chính sách đã được thực hiện, bao gồm:

- Cơ quan Cải cách chăm sóc sức khỏe (với sự tài trợ của Liên minh Châu Âu) tiến hành các nghiên cứu và phát triển những mô hình đảm bảo tài chính cho chăm sóc sức khỏe và thực hiện một hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) đã chỉ định một nhóm cán bộ phát triển đề cương nghiên cứu thiết kế chương trình bảo hiểm y tế toàn dân, đề cương này sẽ giúp ích trong quá trình hình thành chính sách.
- Trung tâm giám sát công bằng y tế đã xây dựng chỉ số công bằng y tế cho Thái Lan và tiến hành theo dõi những chuyển biến về công bằng y tế. Nghiên cứu của họ về nguồn ngân sách cần thiết cho việc thực hiện mô hình bảo hiểm y tế toàn dân được sử dụng để truyền thông tới các chính trị gia – như là bằng chứng cho tính khả thi của chính sách

- Chương trình Chính sách y tế quốc tế (IHPP) đã đóng góp vào nghiên cứu về chi phí và khoản ngân sách cần thiết trong giai đoạn thực hiện mô hình bảo hiểm y tế toàn dân và đã phát hành một ấn phẩm phân tích tình hình tài chính và việc thực hiện tại các bệnh viện.

Tiến sĩ Nitayarumpong, một thành viên của cộng đồng nghiên cứu y tế, đóng vai trò nòng cốt như một nhà trung gian cho chính sách, giúp truyền đạt các bằng chứng đến các chính trị gia và các NGO để sử dụng trong các thảo luận về chính sách.

Tác động: Năm 2001, chính phủ mới được bầu đã xây dựng một kế hoạch đảm bảo tài chính cho chăm sóc sức khoẻ thông qua hệ thống thuế, điều này đã tạo cho tất cả người dân quyền tiếp cận với chăm sóc sức khỏe. Năm 2002, Quốc hội đã thông qua Luật An ninh y tế quốc gia, nhờ đó đã lập ra Cơ quan An ninh y tế quốc gia (NHSO). Cơ quan này được giao nhiệm vụ hoạt động như một người mua các dịch vụ chăm sóc sức khỏe độc lập với Bộ Y tế Công cộng. Bảo hiểm y tế toàn dân đã tăng từ 69% vào năm 2000 lên 91,9% vào năm 2002.

Nguồn: Pitayarangsarit (2004).

Áp dụng tri thức vào hoạch định chính sách

Bộ Y tế Công cộng là cơ quan chủ yếu chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ, quản lý, điều hành và đưa ra các quy định của hệ thống y tế nói chung. Về mặt lịch sử, hoạch định chính sách hầu như là đặc quyền của các quan chức chính phủ, nhưng sau này các đảng chính trị và các nhà chính trị được bầu đang ngày càng gia tăng mức độ tham gia vào việc hoạch định chính sách. Hơn nữa, trong chừng mực nào đó, quyền ra quyết định được chuyển giao cho những nhân vật bên ngoài Bộ Y tế Công cộng. Những diễn biến này phản ánh hệ thống chính trị đa nguyên đang phát triển. Những tổ chức quan trọng hiện nay đang cần bằng chứng phục vụ cho hoạch định chính sách bao gồm cả bộ phận kế hoạch và chính sách của tất cả các cơ quan thuộc Bộ Y tế Công cộng, Cơ quan An ninh y tế quốc gia - tổ chức thực hiện vai trò người mua dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, của các chính trị gia và cả Ủy ban Y tế của Quốc hội.

Hộp A.3. Đầu tư vào liệu pháp bức xạ Proton: Thiết kế chính sách dựa trên bằng chứng

Bối cảnh chính sách: Năm 2000, Viện Ung thư Quốc gia (NCI) của Thái Lan đã đề xuất một khoản đầu tư trị giá 4500 triệu Baht (tương đương 120 triệu Đô la Mỹ) cho một trung tâm trị liệu bằng bức xạ proton thông qua một khoản vay. Bộ Y tế Công cộng đã bổ nhiệm một ủy ban để xét duyệt tính thích đáng, phù hợp của việc đầu tư vào dịch vụ đắt đỏ này.

Đưa bằng chứng vào chính sách: Ba nghiên cứu bổ sung đã được thực hiện bởi Chương trình Chính sách y tế quốc tế (mà không có tài trợ): tổng quan tài liệu về hiệu quả điều trị; nhu cầu y tế và các tác động của dịch vụ; và quan điểm của các bác sĩ liệu pháp điều trị bằng tia X về tác dụng tiềm năng của liệu pháp này cho điều trị ung thư ở Thái Lan. Các phát hiện đã được trình bày trước ủy ban không chính thức cho thấy đề xuất này nên bác bỏ.

Tác động: Dựa trên các phân tích của ủy ban, Bộ Y tế công cộng đã bác bỏ đề xuất đầu tư vào liệu pháp proton. Cũng đã có khuyến nghị thành lập hợp pháp một Ủy ban Đánh giá công nghệ nhằm giải quyết các trường hợp tương tự trong tương lai.

Nguồn: Source: Prakongsai, Tantivess & Tangcharoensathien (2001); Prakongsai, Tangcharoensathien & Chunharas (2006).

Những tiếp xúc cá nhân giữa các nhà nghiên cứu và những nhà hoạch định chính sách có thể giúp đưa bằng chứng vào chính sách. Điều này đặc biệt đúng trong ví dụ cho Chính sách bảo hiểm y tế toàn dân (xem Hộp 7.2 trong bản báo cáo chính).

Vai trò của NC CS-HTYT trong việc xây dựng và thực hiện chính sách

Phần này cung cấp một loạt các ví dụ về việc các bằng chứng của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế đã được sử dụng như thế nào trong phát triển chính sách ở Thái Lan. Rõ ràng, bằng chứng nghiên cứu đóng vai trò khác nhau trong những hoàn cảnh khác nhau. Trong điều kiện vấn đề chính sách không phải là trọng trách mang tính chính trị, các bằng chứng nghiên cứu có thể được sử dụng trực tiếp. Chẳng hạn, liên quan đến đề xuất đầu tư mạo hiểm vào liệu pháp trị liệu bằng bức xạ proton, nghiên cứu có vai trò trực tiếp ảnh hưởng đến quyết định không thực hiện đề xuất (hộp A.3). Một quá trình mang tính thảo luận hơn được phản ánh trong chính sách về liệu pháp thay thận ở Thái Lan (Bảng A.4). Các nhà nghiên cứu đã dành vài năm để thực hiện nghiên cứu về các khía cạnh khác nhau của vấn đề và thường xuyên trình bày kết quả nghiên cứu cùng các khuyến nghị cho Bộ trưởng Y tế, Ban Cơ quan An ninh y tế quốc gia (NHSO) và Uỷ ban Y tế của Quốc hội. Trong khi Cơ quan An ninh y tế quốc gia (NHSO) tỏ ra lưỡng lự trong việc chấp nhận hoàn toàn kết quả của nghiên cứu, một dự án thí điểm nhỏ dựa trên nghiên cứu vẫn được khởi xướng, dự án này lập ra một nhóm chuyên biệt của Bộ Y tế công cộng phụ trách phát triển một dự án chiến lược quốc gia cho điều trị các bệnh nhân suy thận mãn tính.

Hộp A.4. Liệu pháp thay thận ở Thái Lan

Bối cảnh chính sách: Gói lợi ích của mô hình bảo hiểm y tế toàn dân không bao gồm liệu pháp thay thận cho những bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Điều này bất chấp thực tế là vào tháng 3 năm 2005, cựu bộ trưởng bộ Y tế, người đã từng điều hành uỷ ban Cơ quan An ninh y tế quốc gia đã đưa ra một quyết định chính sách về việc bao gồm cả liệu pháp thay thận. Các thành viên của uỷ ban đã không tán thành cho quyết định chính sách này bởi chi phí tài chính khá lớn trong thời gian dài của liệu pháp đó. Trong khi khả năng tiếp cận toàn diện đối với ART đã được vận động ủng hộ thành công bởi một phong trào xã hội dân sự tích cực, việc mở rộng gói lợi ích bao gồm cả chi phí thay thận đã không nhận được nhiều tiếng nói ủng hộ.

Đưa bằng chứng vào chính sách: Chương trình Chính sách y tế quốc tế (IHPP) cùng với các đối tác đã thực hiện một loạt nghiên cứu trong năm 2005, bao gồm điều tra về tỉ lệ hiện mắc, dự báo về cầu trong vòng 20 năm, ước lượng về nhu cầu tài chính dựa trên giả định về chi phí khác nhau, đánh giá về phía nhà cung cấp, xác định "nút thắt - điểm mấu chốt" cho khả năng tăng quy mô, phân tích chi phí - hiệu quả và xem xét, cân nhắc tiêu chí cho việc phân phối. Việc đánh giá tính kinh tế của liệu pháp thay thận cho thấy một cách rõ ràng rằng việc phân phối nguồn lực cho liệu pháp này không thích hợp trong giai đoạn đầu của chương trình chăm sóc sức khoẻ toàn quốc. Tuy nhiên, do tác động của những bệnh nan y với chi phí lớn cho các hộ gia đình (và những bất công bằng trong hai phương thức bảo hiểm công cộng khác), các nhà nghiên cứu và đối tác đã đề nghị Cơ quan An ninh y tế quốc gia (NHSO) mở rộng gói lợi ích cho những người hưởng lợi một cách có chọn lọc, trên cơ sở từng trường hợp. Một chương trình chính sách toàn diện đã được đề xuất vào tháng 9 năm 2005. Việc xúc tiến nghiên cứu và những đề xuất đã đều đặn được trình cho Bộ trưởng Y tế Công cộng và Cơ quan An ninh y tế quốc gia cũng như Uỷ ban Y tế của Quốc hội.

Tác động: Việc tiếp thu hạn chế của nghiên cứu dường như đã xảy ra, mặc dù các nhà nghiên cứu đã được chấp nhận như thành viên của nhóm chuyên biệt thuộc Bộ Y tế công cộng để phát triển dự án chiến lược quốc gia cho điều trị bệnh nhân suy thận mãn tính. Cơ quan An ninh y tế quốc gia sau đó đã chấp thuận một dự án nhỏ để hỗ trợ 200 trường hợp ghép thận.

Nguồn: Pitayarangsarit, Tangcharoensathien & Daengpayont (2006).

Trường hợp này tương phản với chính sách về cung cấp liệu pháp kháng vi rút (antiretroviral therapy - ART) (Hộp A.5), chính sách này vốn bị áp đặt mang tính chính trị nhiều hơn. Liên minh các nhà hoạt động liên quan đến AIDS đã tích cực vận động ủng hộ cho một chính sách mới để cung cấp ART. Liên minh đó đã sử dụng triệt để các bài học liên quan đến lợi ích điều trị, vận động cho điều trị của các nhà hoạt động toàn cầu, thay đổi liệu pháp điều trị và giảm giá thuốc một cách đáng kể để có thể vận động ủng hộ cho việc cung cấp ART cho mọi người có HIV/AIDS. Mặc dù phân tích chi phí - hiệu quả của ART vẫn chưa được hoàn thành, việc đưa ART đến cho tất cả mọi người đã được chính sách hoá vào năm 2001. Điều này cho thấy rằng khi vấn đề chính sách rất nhạy cảm về mặt chính trị, các nhân tố khác ngoài bằng chứng nghiên cứu có thể ảnh hưởng đáng kể đến việc ra quyết định.

Quá trình kiểm soát thuốc lá ở Thái Lan là một vấn đề mang tính chính trị, liên quan đến nhiều bên, bao gồm Bộ Y tế Công cộng, nghành công nghiệp thuốc lá quốc tế và xã hội dân sự (như mô tả trong Hộp 6.3 trong bản báo cáo chính). Nghiên cứu đóng vai trò quan trọng chỉ rõ xu hướng tiêu dùng thuốc lá, phí tổn của các bệnh liên quan đến thuốc lá và cung cấp bằng chứng về độ nhạy của mô hình tiêu dùng với thay đổi về giá cả và thu nhập. Các bằng chứng đóng vai trò nền tảng cho chiến lược cải thiện sức khoẻ có hiệu quả và được sử dụng bởi các tổ chức xã hội dân sự để ủng hộ cho sắc thuế đánh vào thuốc lá kết hợp với các hoạt động cải thiện sức khoẻ. Sau cải cách năm 1999, các nhân tố mang tới thành công giúp đưa ra luật thuế thuốc lá gồm vai trò tích cực của tổ chức xã hội dân sự, trên cơ sở các bằng chứng nghiên cứu, sự ủng hộ chính trị từ Bộ Tài chính và sự cam kết của các nhân vật quốc tế.

Hộp A.5. Cung cấp liệu pháp kháng virus (ARV) Thái Lan

Bối cảnh chính sách: Từ năm 1996 cho đến năm 2001, liệu pháp ART đã có ở mức hạn chế thông qua hệ thống chăm sóc sức khoẻ cộng đồng, phần lớn thông qua mạng lưới nghiên cứu thực hiện đánh giá lâm sàng về thuốc ARV (antiretrovial) tại các bệnh viện công. Chính sách nhằm mở rộng liệu pháp điều trị cho tất cả mọi người có HIV/AIDS đã bị phản đối bởi nhiều nhà nghiên cứu kinh tế y tế và các chuyên gia bởi vì họ lo lắng tới khoản ngân sách dài hạn cần thiết và tính bền vững của chương trình. Qua thời gian, bối cảnh đã thay đổi; giá thuốc đã giảm và sự quan tâm đến quyền con người và vấn đề đạo đức có liên quan đến tính tiếp cận điều trị gia tăng. Nhiều loại thuốc mới có gốc ARV được sản xuất tại địa phương cũng đóng vai trò quan trọng, bởi vì điều này đã làm giảm chi phí thuốc điều trị. Chính sách nhằm mở rộng liệu pháp điều trị này được vận động ủng hộ bởi phong trào xã hội dân sự rất tích cực gồm liên minh ủng hộ ART; Mạng lưới AIDS quốc gia; Nhóm nghiên cứu thuốc; Tổ chức AIDS xã hội Thái; Hiệp hội Luật gia Thái; các nhà khoa học đến từ Tổ chức Dược của Chính phủ, các chuyên gia về luật sở hữu trí tuệ và các thầy thuốc điều trị bệnh nhân HIV đến từ những Viện y khoa.

Đưa bằng chứng vào chính sách: Quyết định đầu tiên giới hạn liệu pháp ART tới mạng lưới nghiên cứu rõ ràng đã chịu ảnh hưởng bởi số liệu về chi phí - hiệu quả và tác động của ngân sách; một nghiên cứu trong nước đã chỉ rõ gánh nặng tài chính không thể được đáp ứng và sử dụng không hiệu quả các nguồn lực trong việc cung cấp ART đến cộng đồng. Nhưng vào năm 2001, số liệu trước đây về chi phí - hiệu quả đã bị bãi bỏ và quyết định đã được hình thành để đưa ART vào gói lợi ích của chương trình bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn quốc. Sự giảm xuống đáng kể của giá thuốc là nhờ việc sản xuất thuốc có cùng gốc tại địa phương. Mạng lưới các tổ chức phi chính phủ và những người có HIV/AIDS đã tận dụng thông tin như trên để khuyến khích Bộ Y tế công cộng mở rộng điều trị cho tất cả những người có nhu cầu.

Tác động: Chính sách về ART đã thay đổi vào năm 2001 khi chính phủ mới cam kết mở rộng liệu pháp điều trị cho nhiều người hơn, như là một phần trong cam kết của họ đối với chương trình bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn quốc. Kết quả là những người nhận được ART đã tăng đáng kể từ 6.500 vào năm 2002 lên 23.000 và 50.000 vào năm 2003 và 2004.

Nguồn: Tantivess & Walt (2006).

Khi vấn đề chính sách dễ gây ra tranh cãi về mặt chính trị, công chức nhà nước làm trong Bộ Y tế công cộng đôi khi sẽ phổ biến kết quả nghiên cứu đến các tổ chức xã hội dân sự nhằm kêu gọi sức ép từ bên ngoài cho việc thay đổi chính sách. Trường hợp chính sách cho chương trình bảo hiểm y tế toàn dân minh họa cho điều này (Hộp A.2). Một vài cố gắng đã được thực hiện để đề xuất cho chương trình chăm sóc sức khoẻ toàn dân thông qua kênh của các viên chức chính phủ, nhưng thành công chỉ đạt được bởi liên kết giữa các đảng chính trị với các tổ chức phi chính phủ gồm tổ chức "Mạng lưới người sống chung với HIV/AIDS" và bởi sự tuyên truyền rộng rãi hơn các ý tưởng bằng các tập sách mỏng theo chủ đề (Nittayaramphong, giao tiếp cá nhân, 2002).

Phát triển năng lực trong NC CS-HTYT

Sáng kiến trước đây

Một vài sáng kiến trước đây đã cố gắng để tăng cường năng lực nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở Thái Lan. Năm 1986, tổ chức Pew Charitable Trusts đã hỗ trợ cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế ở các quốc gia Châu Á và Châu Phi thông qua Chương trình Chính sách y tế Quốc tế (tránh nhầm lẫn với IHPP – Thái Lan hiện hành). IHPP đã xác định một cách có lựa chọn một nhóm các nhà kinh tế học của Đại học Thammasat. Đáng tiếc, nhóm này lại có hiểu biết hạn chế về các nhu cầu chính sách của Bộ Y tế công cộng. Mặc dù người đứng đầu đơn vị lập kế hoạch của Bộ đóng vai trò cầu nối giữa nhà nghiên cứu và Bộ, nhóm này đã không thực hiện tốt chức năng đề ra. Hoạt động của nhóm về phân tích chi phí và tài chính y tế đã không để lại được các kết quả mang tính lâu dài liên quan đến năng lực tổ chức của NC CS - HTYT cả trong Bộ y tế công cộng hay tại Đại học Thammasat. Khi sự ủng hộ của IHHP chấm dứt thì chương trình này cũng vậy.

Năm 1988, Cơ quan phát triển quốc tế của Hoa Kỳ (USAID) đã hỗ trợ một Chương trình Kinh tế Y tế và được đặt tại ở Đơn vị Kế hoạch y tế của Bộ Y tế Công cộng. Sau cuộc đảo chính quân sự năm 1992, USAID đã giải thể toàn bộ, và một vài kế hoạch nhằm nâng cao năng lực và hỗ trợ nghiên cứu kinh tế và tài chính y tế đã không thành hiện thực hoàn toàn.

Năm 1994, Khoa Kinh tế Chulalongkorn đã thành lập Trung tâm Kinh tế y tế (cũng là Trung tâm hợp tác với Tổ chức y tế thế giới), Trung tâm đã cung cấp các khóa học ở trình độ thạc sĩ về kinh tế y tế và các lĩnh vực liên quan. Mục đích của việc này là tăng cường năng lực nghiên cứu và áp dụng kinh tế y tế vào xây dựng chính sách và kế hoạch ở Thái Lan và Đông Nam Á. Do tính chất của chương trình giảng dạy và nghiên cứu bị giới hạn (được đánh giá thông qua ghi chép nghiên cứu và xuất bản (Khoa Kinh tế, Đại học Chulalongkorn, 2007)) cũng như khoảng cách từ môi trường chính sách, Trung tâm Kinh tế y tế đã đóng góp không nhiều vào việc xây dựng chính sách, giám sát hay đánh giá về cuộc cải cách chăm sóc sức khoẻ mạnh mẽ trong thập kỷ qua.

Chương trình đào tạo Dịch tễ học thực địa (FETP) bắt đầu được triển khai vào năm 1979, hiện vẫn còn hoạt động, chương trình này thể hiện một mô hình tốt của chương trình phát triển năng lực thành công (dù cho dịch tễ học thực địa đòi hỏi những kĩ năng khác so với các kỹ năng của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế). FETP đã được khởi xướng bởi các nhà lãnh đạo có tầm nhìn xa trong Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh của Bộ Y tế Công cộng. Chương trình đào tạo ban đầu được hỗ trợ tài chính bởi Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống bệnh tật Hoa Kì nhưng được quản lý hoàn toàn bởi Cục Dịch tễ của Bộ Y tế công cộng. FEPT là chương trình đào tạo thực địa tại chỗ chính thức (liên kết với bộ phận dịch tễ), với 2 năm cho việc thực hiện các cuộc điều tra vụ dịch bùng phát và dịch tễ học thực địa, và năm thứ ba tại Thái Lan hoặc nước ngoài với học bổng toàn phần. Các ứng viên là bác sĩ phần lớn đến từ các vùng nông thôn. Cơ hội để học chương trình thạc sĩ mang lại một sự khích lệ mạnh mẽ và phi tài

chính. Cựu học viên chương trình FETP đã có những đóng góp đáng kể cho hoạt động liên quan đến dịch tễ và sự phát triển của những hệ thống giám sát dịch tễ hàng tuần. Hiện nay họ đã được bổ nhiệm vào vài vị trí cao trong Bộ Y tế công cộng. Năng lực dịch tễ ở Thái Lan đã phát triển và nước này đã đạt được đủ tất cả các năng lực cốt lõi theo đòi hỏi của Các quy định Y tế quốc tế của Tổ chức y tế thế giới.

Nỗ lực của quốc gia để nâng cao năng lực

Hai thập niên qua, Bộ Y tế Công cộng còn tập trung vào mở rộng chăm sóc sức khoẻ nông thôn và đào tạo cán bộ y tế (Wibulpholprasert 2006), nhưng đã thất bại trong việc đưa ra định hướng chính sách rõ ràng hoặc tầm nhìn về phát triển năng lực cho HPRS. Về mặt lịch sử, các nhà hoạch định chính sách trong Bộ được tuyển dụng từ những quan chức lãnh đạo y tế địa phương giàu kinh nghiệm. Các quyết định chính sách không tinh tế và được đưa ra chủ yếu dựa trên kinh nghiệm và trực giác hơn là dựa trên bằng chứng.

Bảng A.1. Học bổng hợp tác giữa Chương trình chính sách y tế quốc tế Thái Lan (IHPP) và Tổ chức y tế thế giới, 1998 – 2007

Thời gian hai năm	Chứng chỉ/ bằng thạc sĩ	Tiến sĩ	Tổng số
1998 – 99	07 văn bằng (về y tế công cộng; nguồn nhân lực y tế; kinh tế y tế; quản lý dịch vụ y tế; y tế quốc tế; chính sách y tế; kế hoạch và tài chính)		7
2000-01	01 văn bằng (y tế công cộng - dịch tễ học)	07 văn bằng (về lĩnh vực kinh tế y tế, phân tích chính sách, quản lý dịch vụ và y tế công cộng)	8
2002-03	01 văn bằng (nâng cao sức khoẻ)	05 văn bằng (nhân học y tế; kinh tế y tế, chính sách và y tế công cộng)	6
2004-05	04 văn bằng (về lĩnh vực dịch tễ học và y tế công cộng)	02 văn bằng (nghiên cứu dịch vụ y tế và dinh dưỡng cộng đồng)	6
2006-07	05 chứng chỉ và 04 văn bằng (về lĩnh vực dịch tễ học di truyền và y tế công cộng)	-	9
Suốt thập kỷ qua	05 chứng chỉ và 17 văn bằng	14 văn bằng	36

Nguồn: Văn phòng WHO Thái Lan (2007).

Khi dự luật Viện nghiên cứu Hệ thống y tế (HSRI) được ban hành năm 1992, Viện này đã giao phó cho HSRI trách nhiệm cung cấp tài chính để hỗ trợ nghiên cứu hệ thống y tế, coi đây như một yếu tố sống còn đối với phát triển hệ thống y tế. Một số cán bộ chủ chốt đã được điều chuyển từ Bộ Y tế Công cộng đến làm việc cho HSRI. Kinh nghiệm của HSRI trong thời kỳ từ năm 1992 đến 1995 chỉ ra rằng kêu gọi đề cương nghiên cứu thường dẫn

đến đề cương với chất lượng thấp. Trong khi HSRI ra sức khai thác một số ít nhà nghiên cứu giỏi, chỉ có một số lượng hạn chế những nhà nghiên cứu chuyên nghiệp, có cam kết trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Trong bối cảnh có nhiều nguồn lực cho nghiên cứu hệ thống y tế, việc thiếu cán bộ nghiên cứu trở thành hạn chế chính. Sự phát triển của IHPP Thái Lan đã đáp ứng đòi hỏi này bằng việc sử dụng các kinh nghiệm từ FETP và Chương trình Học bổng nghiên cứu cao cấp (được hỗ trợ bởi Quỹ nghiên cứu Thái Lan).

Một cuộc thảo luận không chính thức tại Hội đồng Y tế Thế giới vào tháng 5 năm 2000 giữa các đại biểu Thái Lan đã cho thấy nhu cầu bức thiết nhằm tăng cường năng lực của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế. Với sự lãnh đạo của Thứ trưởng Thường trực Bộ y tế công cộng phụ trách mảng Y tế quốc tế, IHPP đã được thành lập dựa trên một bản ghi nhớ giữa Bộ Y tế công cộng và HSRI. Nhiệm vụ đầu tiên là tuyển các nghiên cứu sinh cho một khoá đào tạo nghiên cứu trong vài năm trước khi đào tạo tiến sĩ ở nội dung cần thiết (IHPP – Thái Lan 2002). Văn phòng WHO Thái Lan và IHPP Thái Lan cùng quản lý chương trình học bổng từ năm 2000. IHPP Thái Lan cũng tập trung vào nội dung nghiên cứu sau tiến sỹ để bảo đảm rằng những nghiên cứu sinh sau khi tốt nghiệp trở về được áp dụng kỹ năng mới của họ. Bảng A.1 cho thấy số sinh viên tham gia vào chương trình suốt thập kỷ qua.

Hầu như tất cả 36 nghiên cứu sinh đã nhận chứng chỉ hoặc văn bằng thông qua chương trình hiện nay đang làm việc tích cực trong HPSR (phần lớn là tại Bộ Y tế công cộng và một số trường đại học), và không một ai sau khi hoàn thành chương trình học lại làm việc cho các tổ chức ở nước ngoài. Tỉ lệ trở về làm việc sau khi học tập cao đã đóng góp vào sự phát triển năng lực bền vững.

Bảng A.2. Số lượng các nhà nghiên cứu của IHPP, học bổng và nguồn, 2004-2006

Số lượng các nhà nghiên cứu				Ngân sách nghiên cứu (baht Thái)				
Năm	Tổng số nhà nghiên cứu	Cấp độ	Tiến sĩ tốt nghiệp	Nguồn lực trong nước	%	Nguồn lực quốc tế	%	Tổng số ngân sách
1999	7	2	1	2.390.820	88	338.400	12	2.729.220
2000	9	3	1	3.477.003	100	-	-	3.477.003
2001	15	5	1	9.977.614	51	9.775.997	49	19.753.611
2002	16	9	1	569.490	29	1.400.560	71	1.970.050
2003	16	9	2	4.860.754	30	11.179.682	70	16.040.436
2004	16	7	3	1.274.750	32	2.676.553	68	3.951.303
2005	16	7	4	12.481.804	38	20.686.754	62	33.168.558
2006	17	4	8	14.736.746	53	13.072.739	47	27.809.468

Hầu hết các nghiên cứu sinh của IHPP được lựa chọn từ các nhân viên y khoa và y tế công cộng trẻ tài năng, những người đã có vài năm kinh nghiệm về y tế công cộng và các lĩnh vực liên quan. Những người này, tính trung bình khoảng 35 tuổi khi họ kết thúc khoá học, điều này nghĩa là về mặt lý thuyết họ có khả năng làm việc trong khoảng 25 năm nữa trước khi nghỉ hưu. Ngoài những học bổng dài hạn của WHO, IHHP cũng tìm kiếm sự hỗ trợ từ nhiều nguồn khác. Cho đến năm 2007, 10 Tiến sĩ của IHPP đã mang lại năng lực đáng kể trong việc giám sát và thực hiện nhiều nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế với tính chất đa dạng hóa hơn.

Với sự gia tăng số lượng các nhà nghiên cứu sinh tiến sĩ và có danh tiếng tốt, IHPP càng dễ dàng để có được tài trợ. Ban đầu, các khoản tài trợ quốc tế chiếm hơn một nửa tổng nguồn thu và thu nhập có sự biến động đáng kể nhưng điều này đã thay đổi từ năm 2006. Năm 2005, IHPP đã thành lập Quỹ tài trợ của Chương trình chính sách y tế quốc tế, quỹ này hoạt động như một đơn vị độc lập đảm trách quản lý tài chính và nguồn nhân lực. Từ thời gian đó, các khoản tài trợ nghiên cứu đã chi ở mức cao và có tính cạnh tranh để giữ chân các nhà nghiên cứu tài giỏi. Bảng A.2 cho thấy năng lực nghiên cứu ở Thái Lan suốt thời kỳ 2004 – 2006.

Thái Lan đang trải qua thời kỳ tăng trưởng với cấp số nhân về năng lực trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế vào năm 2007. Được khơi nguồn từ mô hình của Anh (Bristish) đã được giới thiệu bởi Viện quốc gia lâm sàng (NICE), một chương trình đặc biệt trong 3 năm (Can thiệp y tế và Đánh giá công nghệ) bắt đầu được thực hiện với khoản hỗ trợ về tài chính được đảm bảo từ nhiều nguồn địa phương có giá trị lên tới 55 triệu Baht (khoảng 1,7 triệu Đô la Mỹ). Chương trình Can thiệp y tế và Đánh giá công nghệ đã thu hút thêm 15 chuyên gia (gồm 7 đến 8 chuyên gia có bằng sau tiến sĩ) và chắc sẽ đóng góp đáng kể nhằm đưa ra bằng chứng đối với việc chấp thuận các công nghệ y tế. Việc mở rộng phạm vi của IHPP cũng được phản ánh thông qua số lượng các ấn phẩm (IHPP-Thái Lan 2006), xem bảng A.3.

Bảng A.3. Các ấn phẩm phát hành, IHPP – Thái Lan 2001-2006

	Tạp chí quốc tế	Tạp chí Thái	Báo cáo nghiên cứu	Sách tiếng Anh	Sách tiếng Thái	Kỷ yếu hội nghị (Quốc tế/ Thái Lan)
2001	2	11	4	0	2	1
2002	4	15	2	3	7	2
2003	5	11	6	1	1	2
2004	7	14	12	12	4	1
2005	12	9	17	3	0	5
2006	13	16	13	2	2	10
Tổng số	43	76	54	21	16	21

Hợp tác quốc tế

Hợp tác quốc tế có thể giúp nâng cao năng lực nghiên cứu, duy trì tài chính và cung cấp hỗ trợ về học thuật. Rất nhiều sinh viên Thái Lan được đi du học nước ngoài, nhưng chỉ có một số ít trường hợp có quan hệ hợp tác dài hạn trong các viện. Trong số những hợp tác hiệu quả có hợp tác với Viện Y học nhiệt đới Antwerp (Bỉ) và Trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới London. Sự hợp tác với Viện Y học nhiệt đới được củng cố bởi Tiến sĩ Nitayarumphong sau khi ông được chính phủ Bỉ trao học bổng thạc sĩ tại Viện vào năm 1984. Theo sự giới thiệu của ông, đã có thêm 31 học viên tốt nghiệp từ Viện này trong giai đoạn từ năm 1986 đến năm 2002.

Bộ phận lập kế hoạch y tế của Bộ y tế công cộng đã hợp tác nghiên cứu lâu dài với Chương trình Kinh tế và tài chính y tế của Trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới London; và sau khi Tiến sĩ Tangcharoensathien tốt nghiệp thì mối liên hệ giữa hai tổ chức càng trở lên sâu sắc hơn, và tiếp đó là IHPP- Thái Lan. Sự liên kết này được thể hiện thông qua nghiên cứu hợp tác và nâng cao năng lực nghiên cứu thông qua đào tạo Tiến sĩ.

Hầu hết các hoạt động nâng cao năng lực đều nhắm đến các cá nhân riêng lẻ hơn là việc củng cố năng lực của IHPP Thái Lan. Cho đến nay, mối liên kết và ủng hộ vẫn duy trì thông qua Chương trình đào tạo tiến sĩ về Kinh tế và tài chính y tế trong nhiều lĩnh vực.

Ngoài những tổ chức hợp tác nói trên, các đối tác khác ví dụ như Tổ chức y tế thế giới (WHO), UNAIDS, Ngân hàng thế giới, Trường Y tế công cộng Harvard, Tổ chức Lao động quốc tế và Quĩ Rockefeller cũng đem đến hỗ trợ kỹ thuật, giúp cho các nghiên cứu viên địa phương theo kịp những tiến bộ về mặt nghiên cứu gần đây, và đôi khi cũng hỗ trợ tài chính cho một vài dự án cụ thể. Các tổ chức của Thái Lan cũng có mối liên hệ với mạng lưới trong khu vực, bao gồm Mạng lưới tài khoản Y tế quốc gia Châu Á – Thái Bình Dương và Mạng lưới công bằng trong hệ thống y tế khu vực Châu Á – Thái Bình Dương (Equitap) được tài trợ bởi Liên minh Châu Âu. Các mạng lưới này cung cấp cơ hội để trao đổi kiến thức và chia sẻ bài học kinh nghiệm giữa các quốc gia đang phát triển và các quốc gia trong giai đoạn chuyển tiếp.

Giải thích cho những thành công

Chia sẻ giá trị và mạng lưới không chính thức

Kinh nghiệm chung về quá trình chuyển đổi chính trị khó khăn trong những năm 1970 đã giúp làm rõ giá trị của nhiều chuyên gia y tế công cộng hiện tại; kinh nghiệm này ảnh hưởng đến việc nhìn nhận về những cải cách hệ thống y tế và phát triển xã hội. Những mạng lưới chính sách y tế chính thống và không chính thống, ví dụ như Nhóm Sampran, được thành lập từ sự kiện của những năm 1970, đã đóng góp đáng kể vào sự gia tăng các bằng chứng của NC CS - HTYT cũng như các thay đổi chính trị. Số hội viên của mạng lưới không nhiều, và các thành viên có mối liên hệ chặt chẽ với nhau từ năm 1986. Vào thời điểm đó, họ làm việc độc lập tuy nhiên vẫn thường xuyên gặp gỡ và trao đổi ý tưởng. Các cá nhân đó mang kinh nghiệm tích luỹ và sự quan tâm đến cho các viện nghiên cứu, khoản tài trợ và vận động ủng hộ cho tổ chức mà họ đang làm việc hay đang cùng hợp tác. Trong suốt những năm gần đây, cùng với việc giành được những vị trí cấp cao, khả năng tạo ảnh hưởng đến chính sách quốc gia của họ tăng lên một cách đáng kể.

Vai trò tích cực của xã hội dân sự

Thay đổi về chính trị vào năm 1997 đã tạo cơ hội phát triển cho các tổ chức xã hội dân sự từ đó đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng chính sách y tế, thường là đưa ra bằng chứng nghiên cứu. Một vài tổ chức đã tham gia vào việc củng cố mạng lưới xã hội dân sự. Có được thành quả này một phần là do mối quan hệ giữa các quan chức ngành y tế (một vài người trong số họ cũng là nhà nghiên cứu) và các đối tác giữa các Tổ chức phi chính phủ và các tổ chức xã hội dân sự. Khi hệ thống chính trị của Thái Lan trở thành đa nguyên, vai trò của xã hội dân sự trong việc

tạo ảnh hưởng đến các cuộc tranh luận chính trị ngày càng trở nên quan trọng.

Thành lập các viện chuyên môn về nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế

Việc thể chế hoá HSRI là một đóng góp quan trọng vào việc phát triển và thành công của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế tại Thái Lan. Nếu không có những hạn chế trong những luật lệ quan liêu vốn đã tồn tại, HSRI có khả năng làm việc một cách độc lập và hiệu quả, trả lương xứng đáng cho nhân viên của họ. HSRI cũng hỗ trợ nhiều cán bộ của Bộ y tế công cộng và các nghiên cứu viên có triển vọng được đào tạo tại nước ngoài, và phát triển các đơn vị nghiên cứu thông qua hỗ trợ về mặt tài chính và hậu cần. Cách tiếp cận của TRF nhằm củng cố cả nhóm nghiên cứu và từng cá nhân cũng có hiệu quả. Qui trình tuyển chọn và hình thức khuyến khích (học bổng học tập trong nước hoặc ngoài nước) đóng vai trò quan trọng trong việc tìm ra những nghiên cứu viên tiềm năng. Nhấn mạnh song song vào quản lý nghiên cứu và cải thiện môi trường làm việc không chỉ giúp ích cho việc giữ được nhân viên mà còn cho phép họ tiếp tục phát triển. Trong khi các nhà nghiên cứu của Bộ y tế công cộng có thuận lợi về các mối liên hệ tới hoạch định chính sách, Bộ Y tế Công cộng Thái Lan lại không đảm bảo được vị trí nghề nghiệp cho nhà nghiên cứu, và thiếu hệ thống cần thiết hỗ trợ việc quản lý nguồn nhân lực và tài chính một cách phù hợp.

Chuyển từ nguồn hỗ trợ tài chính quốc tế sang nguồn tài chính trong nước

Trong khi những nguồn tài chính quốc tế rất có ý nghĩa cho việc bắt đầu triển khai nhiều dự án và nâng cao năng lực cho các tổ chức nghiên cứu tại Thái Lan, việc tăng nguồn tài chính cho nghiên cứu trong nước thông qua HSRI và thuế dành riêng của ThaiHealth đã mang đến những cải thiện về năng lực của nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế bằng việc hỗ trợ các chương trình nghiên cứu chính sách và tăng cường liên kết giữa nghiên cứu với chính sách thông qua quá trình quản lý kiến thức.

Chính thức hóa quá trình nhằm thúc đẩy chính sách dựa trên bằng chứng

Trong bối cảnh của Thái Lan, mối quan hệ gần gũi giữa nhà nghiên cứu và người sử dụng nghiên cứu là yếu tố quan trọng trong cả việc xây dựng, phát triển văn hoá của chính sách dựa trên bằng chứng và việc thực sự sử dụng bằng chứng khi xây dựng chính sách. Đến khi đó, dù sao, phần nhiều văn hoá này phụ thuộc vào mối liên hệ giữa từng cá nhân riêng lẻ và động lực của họ trong việc tạo nên mối liên hệ đó. Điều cần phải chú ý hơn hiện nay là thiết kế một hệ thống nhằm nâng cao hoặc thậm chí là áp đặt việc sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buasai S (1993). Demand analysis of aggregate cigarette consumption in Thailand, 1976– consumption in Thailand, 1976– consumption in Thailand, 1976 1981. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.
2. Faculty of Economics, Chulalongkorn University. Quoted from: http://www.econ.chula.ac.th (last accessed 20 March 2007).
3. Health Systems Research Institute (1994). A cigarette tax increase: an essential measure preventing children and youth from becoming addicted to cigarettes. Health Systems Research Journal, 2(1). Health Systems Research Journal, 2(1). Health Systems Research Journal, 2(1).
4. IHPP-Thailand (2002). Brochure to introduce the program and fellowship applications. Nonthaburi, Ministryof Public Health.
5. IHPP-Thailand (2006). The 2006 annual report. Nonthaburi, Ministry The 2006 annual report. Nonthaburi, Ministry The 2006 annual report. Nonthaburi, Ministryof Public Health, Thailand.
6. Limwattananon S (2006). Innovative fi nancing of health promotion. Paper presented at the regional strategy for health promotion for South East Asia, Chiangmai, Thailand, 26 June 2006. Available online at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Promotion_&_Education_FinHP.pdf (last accessed 29 August 2007)
7. National Health System Reform Committee (2002). The draft law on National Health as a Thai's Health Constitution (Revised edition: September 24, 2002). Cited in: Phoolcharoen W, ed. (2004) Quantum leap: the reform of Thailand's health system. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.
8. National Research Council of Thailand (1997). National policy and
9. research strategies. Draft version. Bangkok, National Research research strategies. Draft version. Bangkok, National Research research strategies. Draft version. Bangkok, National Research Council of Thailand.
10. Nittayaramphong S. (2002) Personal communication to Siriwan Pitayarangsarit.
11. Office of Policy and Planning, Budget Bureau of Thailand (2007). Quoted from: http://www.nrct.net/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=listarticles&secid=20 (last accessed 15 August 2007).
12. Phoolcharoen W (2004). Quantum leap: the reform of Thailand's health system. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.
13. Pitayarangsarit S (2004). The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses [thesis]. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
14. Pitayarangsarit S (2005). Evaluation of the relationship between HEFP and its core partners. Research report. Bangkok, International Health Policy Program.
15. Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V, Daengpayont P (2006).
16. Decision-making on the allocation of healthcare resources in Thailand: the case of renal replacement therapy. Research report Thailand: the case of renal replacement therapy. Research report of the project: Decision-making on the allocation of healthcare resources in Thailand. Bangkok, IHPP.

17. Prakongsai P, Tangcharoensathien V, Chunharas S (2006). Current situations and factors infl uencing access to radiation therapy under universal coverage in Thailand. [In Thai] Journal of Health Science, 15:866–882. Science, 15:866–882.

18. Prakongsai P, Tantivess S, Tangcharoensathien V (2001). Proton radiation therapy: Is it necessary for Thailand? [In Thai] Health Policy and Planning Journal, 4(3):18–31. Policy and Planning Journal, 4(3):18–31.

19. Sarntisart I (1995). The impact of a change in the cigarette excise tax. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

20. Supawongse C, Buasai S (1997). The evolution of tobacco consumption control in Thailand. Health Systems Research Journal, 5(3):25–26.

21. Tantivess S & Walt G (2006). Using cost-effectiveness analysis to inform policy: the case of antiretroviral therapy in Thailand. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 4:21.

22. Tungthangthum S (1997). The political economy. Health Systems Research Journal, 5(3).

23. Wasi P (2000). Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand. Nonthaburi, Health System Research Institute.

24. WHO Thailand Office (2007). WHO Thailand Fellowships Program, RB1996–97 as of 20 March 2007.

25. Wibulpolprasert S, ed. (2006). Thailand health profi le. Nonthaburi, Ministry of Public Health. Thailand.

26. Wongkhongkhathep S, Jongudomsuk P, Srivanichakorn S, eds. (2000). HCR: project report, first phase 1997– HCR 2000. [In Thai] Nonthaburi, Health Care Reform Project.

Thành viên của Uỷ ban Liên minh

Fred Binka

Trường Y tế Công cộng, Đại học Ghana, Legon, Ghana

Barbro Carlsson

Bộ phận hợp tác nghiên cứu tại Cơ quan hợp tác phát triển Thụy Điển, Stockholm, Sweden

Stephen Matlin

Diễn đàn toàn cầu về Nghiên cứu Y tế, Geneva, Switzerland

Anne Mills, Chủ tịch

Trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới London, London, United Kingdom

Pascoal Mocumbi

Hiệp hội thử nghiệm lâm sàng các nước đang phát triển Châu Âu, The Hague, Netherlands

John-Arne Rottingen

Trung tâm về dịch vụ y tế Norwegian, Oslo, Na -uy

Sameen Siddiqi

Tổ chức Y tế thế giới, Văn phòng khu vực Tây Địa Trung Hải, Cairo, Ai – cập

Thành viên Hội đồng tư vấn kỹ thuật và khoa học Liên minh

Irene Akua Agepong

Dịch vụ y tế Ghana, Accra, Ghana

Shanlian Hu

Trường Y tế Công cộng thuộc Đại học Fudan, Thượng Hải, Cộng hoà nhân dân Trung Hoa

John Lavis

Đại học McMaster, Hamilton, Canada

Lindiwe Makubalo

Ban Y tế, Pretoria, Nam Phi

Ravindra Rannan-Eliya

Viện Chính sách y tế, Colombo, Sri Lanka

Delia Sanchez

Grupo de Estudios en Economia, Organization y. Politicas Sociales, Montevideo, Uruguay

Goran Tomson

Viện Karolinska, Stockholm, Thụy Điển

Liên minh vô cùng biết ơn sự tài trợ của Ban Phát triển quốc tế (DFID, Anh), Trung tâm nghiên cứu và phát triển quốc tế (IDRC, Canada), Chính phủ Na Uy và tổ chức Sida-SAREC (Thụy Điển).

lựa chọn hợp lý

Nâng cao năng lực trình chính sách y tế dựa trên bằng chứng

Trong khi những hạn chế của các hệ thống y tế ngày càng được thừa nhận như những rào cản cơ bản đối với các dịch vụ và thành tựu chăm sóc sức khỏe nhằm đạt được các mục tiêu y tế, kiến thức về việc làm thế nào để cải thiện các hệ thống y tế, thường là hệ thống y tế yếu kém, thì không được vận dụng tốt trong hoạch định chính sách. Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế là riêng đặc trưng với từng bối cảnh và việc vận dụng các bằng chứng nghiên cứu vào chính sách, cấp độ năng lực quốc gia là cần thiết.

Công trình nghiên cứu này chú trọng vào việc vận dụng thế nào mà các hạn chế về năng lực, cụ thể là ở cấp độ địa phương gây trở ngại cho sự tiến triển của việc tạo ra kiến thức cho hệ thống y tế tương thích với chính sách; và sử dụng bằng chứng này vào quá trình chính sách. Những rào cản năng lực liên quan tới 4 chức năng chính (xác định ưu tiên nghiên cứu, tạo ra và phổ biến kiến thức, chuyển các kiến thức từ các nhà nghiên cứu tới nhà hoạch định chính sách và cuối cùng là áp dụng các bằng chứng vào quá trình chính sách) đã được nêu ra và minh họa bằng việc sử dụng các ví dụ cụ thể của các địa phương.

Công trình này cũng bao gồm nhiều bài học thực tiễn cho những tổ chức khác nhau và nhiều bên liên quan như: lãnh đạo ngành y tế quốc gia, lãnh đạo của các đơn vị nghiên cứu, các cơ quan phát triển và tài trợ quốc tế:

- Cần thiết có nhiều bằng chứng hơn để hiểu hơn những rào cản năng lực ở các địa phương cản trở như thế nào đối với chính sách y tế dựa trên bằng chứng và những chiến lược nào là hiệu quả trong việc giải quyết những rào cản này.
- Sự thống trị của tài trợ quốc tế cho nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế, đặc biệt ở những nơi nghèo, đôi khi làm sai lệch những ưu tiên vùng và phá vỡ những năng lực mới nảy sinh. Cách tiếp cận phối hợp tốt hơn và có sự giúp đỡ của chính quốc gia là cần thiết.
- Nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế đối mặt với những thách thức đặc biệt vì chính sự non trẻ của nó, những nguyên tắc bản chất của nó và những đòi hỏi của nó có tính đến những sự thay đổi của hoàn cảnh. Vì những lý do này (i) cần có sự đầu tư lớn hơn để phát triển các phương pháp nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế cũng như hỗ trợ việc sử dụng chúng và (ii) các tổ chức quốc gia với những nhiệm vụ cụ thể trong nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế cần được thúc đẩy phát triển.
- Cuối cùng, việc áp dụng bằng chứng vào chính sách y tế đã từng bị sao nhãng cả trong lĩnh vực nghiên cứu và trong khía cạnh đầu tư. Cần phải có sự đầu tư lớn hơn ở cấp độ địa phương vào các chiến lược để tăng cường tổng hợp bằng chứng, phiên giải và sử dụng các kiến thức, và nên được đánh giá cẩn thận.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Điện thoại: 04. 37625 922 - 37625 934 * Fax: 04. 37625 923
Website: www.xuatbanyhoc.vn * Email: xuatbanyhoc@fpt.vn
Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 08. 39235 648 * Fax: 08. 39230 562