

GỐC CỦA TƯ DUY CHỐNG DỊCH

TS VŨ THÀNH TỰ ANH

GIÁM ĐỐC TRƯỞNG CHÍNH SÁCH CÔNG VÀ
QUẢN LÝ, ĐẠI HỌC FULBRIGHT VIỆT NAM



TS Vũ Thành TỰ ANH, Giám đốc Trường Chính sách công và Quản lý, Đại học Fulbright Việt Nam có cuộc chia sẻ với VietNamNet xoay quanh câu chuyện tư duy trong chống dịch.

TIẾN SĨ VŨ THÀNH TỰ ANH



Tiến sĩ Vũ Thành Tự Anh nhận bằng Tiến sĩ Kinh tế tại Đại học Boston College (Hoa Kỳ).

Ông là Giám đốc Trường Chính sách công và Quản lý – Đại học Fulbright Việt Nam, đồng thời là nhà nghiên cứu cao cấp tại Trường Quản lý Nhà nước Harvard Kennedy. Ông đã làm nghiên cứu sau tiến sĩ tại Đại học Oxford và Đại học Princeton.

Ông còn là thành viên Tổ tư vấn Kinh tế của Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc nhiệm kỳ 2016–2021. Lĩnh vực nghiên cứu chính của ông là kinh tế phát triển, kinh tế học thể chế, tài chính công và chính sách công nghiệp.

01

**NỀN TẢNG TƯ DUY:
KHI DỊCH ĐÃ NGẤM SÂU, LAN RỘNG
THÌ “ZERO COVID” LÀ BẤT KHẢ THI**

N..... báo Phạm Huyền: *Chào ông! Dịch Covid-19 đã xuất hiện 20 tháng, dẫn tới những khủng hoảng y tế, kinh tế xã hội ở nhiều nước. Chúng ta cũng đã có những lúng túng khi triển khai chiến lược và các giải pháp phòng chống dịch. Vì vậy, tôi muốn mở đầu bằng việc quay trở lại các vấn đề nền tảng. Theo ông, cái gốc của tư duy chống dịch là gì?*

TS Vũ Thành Tự Anh: Đây là câu hỏi rất then chốt. Muốn tìm được gốc tư duy, chúng ta cần nhìn lại bối cảnh chống dịch vừa qua.

Khi Việt Nam bắt đầu tiếp nhận những ca nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên, mọi người cảm thấy lo lắng, sợ hãi, và kéo theo đó là rào riết cách ly, truy vết, phong toả. Bây giờ, khi mỗi ngày có tới 1.000 ca, rồi 4.000-5.000 ca F0 như ở TP.HCM và Bình Dương thì ai cũng thấy rằng, chúng ta không đủ sức và cũng không thể cách ly, truy vết như trước được nữa.

Tư duy chống dịch cần phải thay đổi theo thời gian.

Khi bối cảnh dịch bệnh đã thay đổi, chúng ta phải học cách thích nghi, không thể tiếp tục sử dụng các biện pháp cũ cho một tình huống mới. Hơn nữa, các công cụ chống dịch giờ đây đã thay đổi, đồng thời hiểu biết của chúng ta về dịch bệnh cũng đầy đủ hơn trước rất nhiều thì hiển nhiên, khung tư duy và khung chính sách chống dịch cũng không thể như cũ.

Sự thay đổi quan trọng nhất là quan điểm về “Zero Covid”.

Từ chỗ chúng ta kiên trì trong mười mấy tháng qua với tư duy “Zero Covid” thì bây giờ chúng ta đều đã hiểu với nhau rằng, “Zero Covid” là không khả thi, nhất là trong điều kiện dịch đã ngấm sâu và lan rộng như ở nhiều tỉnh phía Nam.

Trên thế giới, ngay cả những quốc gia có tỷ lệ tiêm chủng vắc xin phòng Covid-19 cao nhất, ngay cả một số quốc gia kiên định với “Zero Covid” thì giờ đây cũng phải thừa nhận điều ấy là bất khả thi. Singapore và Úc là hai ví dụ điển hình. Hai quốc gia này đều là đảo, hơn hẳn chúng ta về nguồn lực và công nghệ nhưng đến thời điểm này cũng phải thừa nhận rằng “Zero Covid” là không thể duy trì được.

Vì sao lại như vậy?

Thứ nhất và quan trọng nhất là do sự xuất hiện của biến chủng Delta. Với những chủng virus trước, tốc độ lây nhiễm chậm hơn nên khả năng truy vết còn theo kịp được. Bây giờ, với chủng Delta, nếu chúng ta cũng chạy đua truy vết, xét nghiệm thì đó là một cuộc đua không cân sức, và phần thất bại thường nghiêng về phía con người.

Thứ hai, khác hoàn toàn với một năm trước, giờ đây chúng ta đã có vắc xin. Tức là, chúng ta đã có một mức độ bảo vệ nhất định trước dịch bệnh.

Thứ ba, chúng ta đã hiểu biết nhiều hơn rất nhiều về dịch Covid-19. Thay cho sự sợ hãi, hoang mang ban đầu, chúng ta nay đã biết đâu là nhóm đối tượng chịu nhiều rủi ro nhất, tỷ lệ nhiễm bệnh, tỷ lệ tử vong ra sao và đâu là nơi can thiệp hiệu quả nhất.

Ví dụ, chúng ta biết rằng, đối tượng rủi ro nhất là những người nhiều tuổi, người có bệnh nền và phụ nữ đang mang thai. Chúng ta cũng biết rằng những nhóm này chiếm trên 80% số ca tử vong, vì vậy nếu bảo vệ được họ thì sẽ hạn chế được tử vong, đồng thời giảm tải đáng kể cho hệ thống y tế.



Những biện pháp kiểm soát dịch chặt chẽ theo tư duy "Zero Covid" với giấy đi đường, lập chốt, dựng rào chắn làm nảy sinh nhiều bức xúc

Nhờ hiểu biết hơn, chúng ta cũng đã biết tổ chức hệ thống y tế bài bản hơn, bắt đầu có phác đồ điều trị hiệu quả hơn, trong khi chỉ mới vài tháng trước, những công tác này vẫn còn rất lúng túng.

Người dân và doanh nghiệp, sau hơn một năm rưỡi chống chọi với đại dịch, cũng đã có sự chuẩn bị tâm thế, nhờ đó xoay sở và thích nghi tốt hơn trước dịch bệnh.

Và cuối cùng, chúng ta đã có nhận thức sâu sắc và toàn diện hơn về vấn đề giãn cách xã hội. Đó là câu chuyện gắn liền với an sinh xã hội, với tâm lý xã hội và sức khỏe tinh thần của người dân. Cái được và mất, những hệ lụy lớn khi giãn cách xã hội đã lộ rõ.

Từ góc độ thực tiễn, chúng ta không thể nào duy trì được tình trạng hiện nay: giãn cách rồi lại giãn cách và không biết giãn cách đến bao giờ.

Tôi nghĩ, tất cả những hiểu biết và thực tiễn này tạo ra tiền đề về nhận thức và làm thay đổi nền tảng tư duy phòng chống dịch và nó cần được giải quyết một cách triệt để.

02

PHÒNG CHỐNG DỊCH: NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ RỦI RO

Vậy, việc xây dựng chiến lược chống dịch trong bối cảnh hiện nay cần phải dựa trên những nguyên lý như thế nào?

- Có mấy nguyên lý cơ bản như sau: Đầu tiên, nhìn từ góc độ chính sách, phòng chống dịch là một bài toán quản lý rủi ro. Ứng xử với rủi ro như thế nào là rất quan trọng. Xác định rằng, rủi ro có tính hệ thống nhưng đồng thời, rủi ro cũng có tính cá biệt.

Đối với những rủi ro có tính hệ thống, chúng ta phải ứng xử với nó một cách hệ thống.

Ví dụ, khi dịch bệnh đã lan ra tất cả các tỉnh thành thì trên thực tế, cả nước đã ở vào tình trạng khẩn cấp và cần một khung chính sách chung để chống dịch một cách đồng bộ và nhất quán.

Bên cạnh đó, tình trạng dịch bệnh cũng không đồng đều giữa các địa phương, các nhóm đối tượng và trong các khoảng thời gian khác nhau. Như vậy, khi rủi ro khác nhau thì nên có cách thức ứng xử khác nhau mới phù hợp.

Nếu áp dụng một cơ chế, chính sách đồng loạt, bất kể không gian, thời gian và đối tượng thì chắc chắn sẽ không hiệu quả. Chẳng hạn như với những địa phương có số lượng ca nhiễm còn rất ít, chiến lược xét nghiệm, truy vết, khoanh vùng, dập dịch vẫn có thể còn phù hợp; song với các địa phương có tới mấy ngàn ca F0 mỗi ngày và đã kéo dài mấy tháng như TP.HCM hay Bình Dương, chiến lược này đòi hỏi rất nhiều nguồn lực nhưng cũng không thể “bóc tách” toàn bộ F0 ra khỏi cộng đồng.

Nguyên lý thứ hai, chống dịch phải có tính linh hoạt và điều chỉnh phù hợp với thực tiễn. Điều này là hệ quả trực tiếp của nguyên lý thứ nhất.

Từ đầu đợt dịch thứ 4, TP.HCM dựa vào số liệu của F0, những chỉ số về năng lực điều trị, khả năng chăm sóc về an sinh xã hội để hoạch định khung chính sách chống dịch. Nhưng đến thời điểm này, để tính toán lộ trình mở cửa trở lại, nếu TP.HCM vẫn chỉ căn cứ vào những chỉ số đó thì sẽ không còn phù hợp nữa.

Lý do chính, như đã đề cập ở trên, là do bối cảnh dịch bệnh giờ khác và bối cảnh vắc xin, điều trị và tổ chức hệ thống y tế của chúng ta cũng đã khác. Nếu chúng ta vẫn dựa chủ yếu vào số ca F0 để quyết định lộ trình mở cửa là không ổn.

Hãy hình dung, cùng là 4.000 ca Covid-19 mỗi ngày, nhưng ở thời điểm trước và sau khi có vắc xin là hoàn toàn khác nhau. Với từng ấy ca, khi chúng ta chưa có phòng bị gì thì khả năng chuyển nặng của khoảng 5-10% trong số đó sẽ làm hệ thống y tế quá tải, thậm chí sụp đổ.

Nhưng cũng 4.000 ca ở thời điểm này, khi tỷ lệ phủ vắc xin ở TP.HCM đã đạt trên 93% cho mũi 1 và 28% mũi 2 cho nhóm từ 18 tuổi trở lên, trong đó các nhóm rủi ro được ưu tiên hơn trước, thì tỷ lệ nhiễm bệnh, bệnh nặng và tử vong sẽ thấp hơn rất nhiều so với trước.

c ả áp dụng chính sách chống dịch như TP.HCM thì cũng sẽ vỡ trận.

Vì vậy, chống dịch phải linh hoạt, dựa vào điều kiện cụ thể của từng địa phương, bao gồm đặc thù không gian, thời gian và đối tượng để ban hành chính sách phù hợp.

Nguyên lý thứ ba, chống dịch là phải dựa vào dữ liệu khoa học.

Chống dịch nên dựa vào lý tính, dựa vào dữ liệu. Điều này cũng có nghĩa là không nên định ra các mốc thời gian bất di bất dịch cho các quyết định nói lỏng giãn cách xã hội theo cách lập kế hoạch thông thường.

Trái lại, cần tư duy về lộ trình và kịch bản nói lỏng, dựa trên tính quy luật và diễn biến của dịch bệnh, căn cứ vào dữ liệu để xây dựng một lộ trình cho con đường “thoát dịch”. Chỉ có dữ liệu mới có thể cho chúng ta biết khi nào có thể làm gì, và nên làm như thế nào. Trong điều kiện thực tế của Việt Nam, dữ liệu cho dù có thể không chính xác tuyệt đối nhưng nếu không ngừng được cải thiện và được sử dụng một cách cẩn trọng thì nó vẫn sẽ là cơ sở cần thiết để đưa ra những tham chiếu quan trọng, định hướng cho các quyết sách và chiến lược.

Nếu tư duy theo kiểu “ấn định”, đến ngày này, chúng ta sẽ phải là thế này thế kia mà không dựa trên cơ sở dữ liệu khả tín thì rủi ro rất lớn. Tư duy như thế là lỗi thời so với dịch bệnh.

Nguyên lý thứ tư là tiếp cận đa mục tiêu, tạm gọi là tư duy đa mục tiêu.

Trước đây, chúng ta chỉ nhìn vào mục tiêu kép là y tế và kinh tế. Nhưng thử hỏi, có bao nhiêu người bị bệnh tâm lý so với trước đây, có bao nhiêu trẻ em bị mất bố mẹ và bị rơi vào khủng hoảng, có bao nhiêu gia đình tan vỡ hạnh phúc do phong tỏa kéo dài, có bao nhiêu người đứt bữa, bao nhiêu doanh nhân vì đợt dịch này mà không gượng lại được?

Tất nhiên y tế và kinh tế là quan trọng, nhưng nếu chỉ nhìn vào hai nhân tố này để chống dịch thì các yếu tố quan trọng khác của xã hội trong chiến lược chống dịch sẽ bị lu mờ. Khi đó, sẽ nảy sinh những bức xúc, những dồn nén...

Vì vậy, tôi cho rằng, chúng ta sẽ phải cân đối các mục tiêu y tế - kinh tế, tạm gọi là “mục tiêu kép” với các khía cạnh quan trọng khác của đời sống kinh tế, xã hội như an sinh xã hội, tâm lý, sức khỏe thể chất và tinh thần của người dân và của toàn xã hội.

Đại dịch như một cơn đại hồng thủy, nó sẽ cuốn trôi rất nhiều sinh mạng. Chúng ta không thể sống chung với đại hồng thủy nhưng có thể sống chung với một tiểu hồng thủy - tức một trạng thái dịch bệnh nhất định mà hệ thống y tế có thể chống chịu được.

Trạng thái đó tạo ra không gian và cơ hội cho chúng ta có thể tái khởi động lại cuộc sống trong một bối cảnh mới.

Thay đổi tư duy, chuyển từ “Zero Covid” sang “sống chung với Covid-19” và tuân thủ các nguyên lý khoa học trong chống dịch, tôi nghĩ là chúng ta sẽ thích nghi được. Đây là cách duy nhất để chúng ta sống được trong thời đại dịch bệnh kéo dài như thế này.

03

CHIẾN LƯỢC VẮC XIN: KHÔNG PHÂN BỐ DÀN ĐỀU

Áp dụng những nguyên lý đó, để có thể sống chung với Covid-19, tôi muốn phân tích sâu các trụ cột: vắc xin, xét nghiệm, quản lý F0, điều trị, an sinh xã hội và mở cửa. Đầu tiên, xin ông nói về câu chuyện nóng bỏng nhất hiện nay là chiến lược vắc xin?

- Đối với chiến lược **vắc xin**, thẳng thắn nhìn nhận lại, chúng ta đã bị chậm, ngay cả khi so với các nước láng giềng. Bây giờ, tình hình nguồn vắc xin đã khá hơn, nhưng nhìn vào khu vực và nhóm đối tượng ưu tiên, cách phân bố vắc xin nhiều nơi vẫn chưa phù hợp với nguyên tắc phân bố theo mức độ rủi ro.

Đối tượng rủi ro, nghĩa là có nguy cơ mắc bệnh thì chuyển nặng và tử vong cao cần phải được ưu tiên tiêm trước. Đây là điều là cả thế giới đều làm. Đó là những người tuổi cao, từ 50 tuổi trở lên, người có bệnh nền và phụ nữ mang thai. Nhờ tiêm ưu tiên các đối tượng này nên dù mức độ lây nhiễm Covid-19 hiện nay vẫn cao nhưng giữ được tỷ lệ tử vong thấp, điển hình như ở Anh hay Israel. Trong khi đó ở ta, những người trên 65 tuổi, có bệnh nền nếu đi tiêm trước đây còn bị sàng lọc không được tiêm.

Kế nữa, áp dụng nguyên tắc quản lý rủi ro thì những địa phương đang có dịch bùng phát mạnh hoặc nguy cơ bùng dịch cao thì cần phải dồn vắc xin cho vùng đó, chứ không nên phân bố dàn đều giữa các địa phương.



Cuối cùng, chính sách vắc xin phải đi đôi với chính sách giãn cách và mở cửa. Chúng ta tiêm vắc xin để người dân được bảo vệ trước dịch bệnh, nhờ đó có thể từng bước khởi động lại cuộc sống bình thường.

Như tôi được biết thì Bộ Y tế đang điều chỉnh linh hoạt theo hướng này, cho phép một số địa phương có tỷ lệ tiêm mũi 1 và mũi 2 cao bắt đầu từng bước mở cửa lại để khôi phục hoạt động kinh tế và đời sống xã hội, và đây là một điều chỉnh đúng đắn.

04

XÉT NGHIỆM ĐẠI TRÀ: TÙY LÚC, TÙY NƠI

Trụ cột thứ hai là xét nghiệm. Hà Nội, TP.HCM đều đang triển khai xét nghiệm toàn dân. Đây là vấn đề đang gây tranh cãi lớn. Theo quan điểm của ông, xét nghiệm hiệu quả thì cần như thế nào?

n ững địa phương có số ca bệnh còn ít, thì việc xét nghiệm để truy vết, khu trú ca bệnh có thể vẫn phù hợp và khả thi.

Bên cạnh đó, ở những địa phương này, vì không thể “Zero Covid” nên xét nghiệm là để phục vụ cho công tác quản lý F0, điều trị Covid-19 đối với ca chuyển nặng một cách kịp thời, hiệu quả hơn. Do đó, ở những địa phương này, chúng ta nên ưu tiên xét nghiệm khi có triệu chứng.

Hãy hình dung rằng, trước đây chúng ta cứ phải đi tìm và diệt các mầm mống của đám cháy. Nhưng bây giờ, mầm mống đó đã tràn ngập cả thành phố rồi. Nếu chúng ta tiếp tục “tìm và diệt” như thế, sẽ hao tổn thời gian, sức lực, đòi hỏi nguồn nhân lực và tài chính vô cùng lớn. Vậy nên, nguyên tắc xét nghiệm nên là chỉ khi nào thấy có khói thì hãy đến khoanh vùng và dập lửa thôi.



Xét nghiệm đại trà thần tốc được thực hiện ở Hà Nội, TP.HCM khi dịch lan sâu, rộng gây tranh cãi

Cũng cần nói thêm là khi quá chú trọng đến xét nghiệm đại trà, đôi khi các tiêu chuẩn an toàn sẽ bị thỏa hiệp, và do vậy thậm chí còn tăng nguy cơ lây nhiễm từ chính các điểm xét nghiệm do tăng tiếp xúc gần.

Tôi đã tham khảo góc nhìn của nhiều nhà dịch tễ học thì thấy nhiều người chia sẻ quan điểm này. Thay vì dồn lực vào xét nghiệm đại trà ở những nơi như TP.HCM hay Bình Dương, chúng ta cần dồn lực vào những việc quan trọng cấp thiết khác, như nâng cao năng lực y tế cơ sở và điều trị.

Chúng ta cũng có thể triển khai phương thức xét nghiệm một cách đa dạng, ví dụ như cho phép doanh nghiệp, người dân tự xét nghiệm; đồng thời cho phép nhập khẩu các loại kit xét nghiệm đã được các nước G7/OECD công nhận sử dụng. Làm như thế sẽ vừa giúp giảm tải cho nhân sự y tế, đồng thời giảm chi phí cho cả ngân sách lẫn doanh nghiệp.

05

THỐNG KÊ F0

ĐỂ CHUẨN BỊ CHO Y TẾ CƠ SỞ

F0 trong cộng đồng ở một số địa phương quá nhiều rồi. Nhiều chuyên gia cho rằng, không cần đếm F0 nữa. Vậy, chúng ta cần quản lý F0 tại nhà như thế nào để giảm thiểu tử vong?

- Từ hồi tháng 7, TP.HCM đã nhìn thấy, với tình trạng F0 tăng nhanh như thế thì không thể quản lý cách ly F0 tập trung được nữa. Nhưng vì giữ quan điểm “Zero Covid”, quản lý F0 phải tuyệt đối chặt chẽ nên khi đó, không cơ quan nào ban hành văn bản quy định về việc chăm sóc và điều trị F0 ở nhà.

Gần cả tháng trời sau, khi F0 đã thực sự phải ở nhà (vì hệ thống y tế quá tải), TP.HCM mới có hướng dẫn chăm sóc và điều trị F0 tại nhà vì phải chờ hướng dẫn của Bộ Y tế.

Chúng ta đã chậm trễ cả tháng trời so với đòi hỏi của thực tiễn. Rất nhiều F0 ở nhà mà không có hướng dẫn chính thức, họ đành phải tự xoay sở.

Không những thế, do hệ thống y tế chưa được chuẩn bị chu đáo, cộng với tâm tâm lý hoảng sợ của người bệnh, nên việc theo dõi F0, cấp cứu và nhập viện đối với những ca chuyển nặng trong giai đoạn đầu cũng rất lúng túng. Chúng ta đều biết, không phải là chúng ta không có năng lực điều trị, nhưng một khi bệnh nhân đến viện muộn quá thì cũng khó bề cứu chữa.

Một lần nữa, khi điều kiện thay đổi, tình hình dịch thay đổi mà vẫn áp dụng biện pháp cũ thì sẽ thất bại. Đây là bài học xương máu cần rút kinh nghiệm trong công tác quản lý F0, tổ chức y tế cơ sở và các tầng điều trị.

Trở lại vấn đề đếm F0, tôi cho rằng vấn đề ở đây không phải là có đếm hay không đếm F0 bởi thực tế là chúng ta sẽ luôn cần thông số về ca F0, mà vấn đề là chúng ta sử dụng thông tin về F0 như thế nào. Tùy từng thời điểm mà mỗi chỉ số sẽ có ý nghĩa quan trọng khác nhau.

Trong giai đoạn đầu, khi hệ thống y tế chưa quá tải và “Zero Covid” vẫn còn khả thi, chúng ta vẫn phải sử dụng các chỉ số về số ca nhiễm làm căn cứ quản lý F0. Thống kê F0 khi đó là để truy vết, nắm bắt các ca bệnh và chữa trị cho họ một cách kịp thời, đồng thời là cảnh báo sớm giúp hệ thống y tế lập kế hoạch sẵn sàng cho các kịch bản xấu.

Nhưng với tình huống như TP.HCM bây giờ, số lượng F0 đã quá nhiều, việc nắm bắt số lượng F0 không phải dùng làm cơ sở để kiểm chế dịch theo cách cố gắng kéo con số F0 về “zero”. Vì chuyện đó là bất khả thi.

Số liệu F0 lúc này chủ yếu là để chuẩn bị cho y tế cơ sở. Với từng đống F0, chúng ta phải có từng đống túi thuốc, phải có từng đống bác sĩ ở cơ sở, phải có từng đống bình oxy, phải có từng đống xe cấp cứu... Sự chủ động này về năng lực chăm sóc và điều trị F0 chính là tiền đề giúp hạn chế chuyển nặng và tử vong.



Số ca F0 tại TP.HCM, Bình Dương trung bình ngày
vẫn từ 4.000- 5.000 ca (tính tới 20/9/2021)

Cuối cùng, với những địa phương dịch đã thấm sâu, lan rộng thì không nên xem số lượng và mức độ giảm F0 là tiêu chí tiên quyết để nói lỏng giãn cách mà phải kết hợp với hai chỉ số quan trọng khác: đó là chỉ số tình trạng dịch bệnh trong mối quan hệ với năng lực điều trị của hệ thống y tế và chỉ số độ tiêm phủ vắc xin.

Về tình trạng dịch bệnh, các chỉ số quan trọng là mức độ bệnh chuyển nặng, phải nhập viện ở tầng 2 và 3 và số ca tử vong là bao nhiêu và hệ thống y tế có thể đáp ứng được hay không, chẳng hạn như căn cứ vào tỷ lệ giường bệnh và ICU còn trống.

Nếu tỷ lệ ca bệnh chuyển nặng thấp, tử vong thấp, đỉnh dịch nằm dưới ngưỡng năng lực điều trị của hệ thống y tế cơ sở thì đó là một điều kiện cần để có thể nói lỏng giãn cách. Nói cách khác, khi mở cửa, hệ thống y tế vẫn phải đảm bảo chăm sóc, điều trị được các ca F0, cho dù có tăng lên. Đó là điều rất quan trọng.

Chỉ số thứ 2 là độ phủ vắc xin. Chúng ta đều biết rằng, dù đã tiêm 2 mũi, chúng ta vẫn có thể mắc Covid-19, nhưng xác suất bị chuyển nặng và tử vong sẽ giảm rất đáng kể. Vì vậy, khi độ tiêm phủ cao thì đồng nghĩa, tỷ lệ bệnh nặng, tử vong sẽ giảm và có thể duy trì dưới ngưỡng điều trị của hệ thống y tế.

Tóm lại, để quyết định mở cửa hay không mở cửa và mở tới mức nào, chúng ta phải nhìn vào ngưỡng đáp ứng của hệ thống điều trị và khả năng người dân được bảo vệ trước dịch bệnh.

Nghĩa là, chúng ta cần thay đổi góc nhìn về kiểm soát dịch, đó là giữ được tình trạng dịch bệnh ở mức độ không phá vỡ và không vượt quá năng lực điều trị của hệ thống y tế. Kiểm soát được dịch không đồng nghĩa với giảm số F0.

Gần đây số ca tử vong của TP.HCM giảm đáng kể, ông nhận định về vai trò của điều trị đối với kết quả này thế nào?

vẫn rồi, và đây là điều không chỉ TP.HCM mà cả nước đã mong chờ từ lâu. Bên cạnh điều trị thì việc đẩy mạnh tiêm vắc xin từ cuối tháng 6 như đã thảo luận ở trên là một nguyên nhân rất quan trọng.

Quay lại trụ cột điều trị, việc chuyển từ hệ thống 5 tầng về lại 3 tầng là quyết định đúng đắn, nó vừa giúp cho hệ thống vừa đỡ rối vừa tạo ra sự liên thông giữa các tầng. Khi nhìn vào số liệu tử vong, tỷ lệ tử vong ở tầng 3 là cao nhất, song số lượng tử vong lớn nhất lại ở tầng 2 do tầng này có số bệnh nhân cao gấp hơn 10 lần so với tầng 3.

Khi nhìn kỹ thêm vào số liệu thống kê thì chúng ta sẽ thấy một nguyên nhân quan trọng dẫn đến tử vong cao ở hai tầng này là do sự quá tải và do chuyển viện muộn. Điều này ngụ ý rằng y tế cơ sở của chúng ta có vấn đề, cụ thể là quá mỏng và không đủ cả năng lực và nguồn lực cần thiết để hỗ trợ cho số lượng F0 rất lớn và liên tục tăng nhanh trên địa bàn.

Củng cố y tế cơ sở - chẳng hạn như thông qua mạng lưới thầy thuốc đồng hành, các mô hình cấp cứu cộng đồng, và gần đây hơn là lực lượng quân y và trạm y tế lưu động - đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc giảm tử vong.

Thuốc là một nhân tố quan trọng trong điều trị. Mặc dù chúng ta chưa có thuốc đặc trị, song việc thử nghiệm một số “túi thuốc” như hiện nay ngay từ cấp cơ sở, đặc biệt đối với F0 tại nhà đã chứng tỏ hiệu quả rõ rệt. Tất nhiên, việc sử dụng các túi thuốc này phải đi đôi với lực lượng bác sỹ và nhân viên y tế cơ sở, vì nếu dùng thuốc không đúng lúc và đúng cách thì cũng có thể nguy hiểm cho bệnh nhân.

06

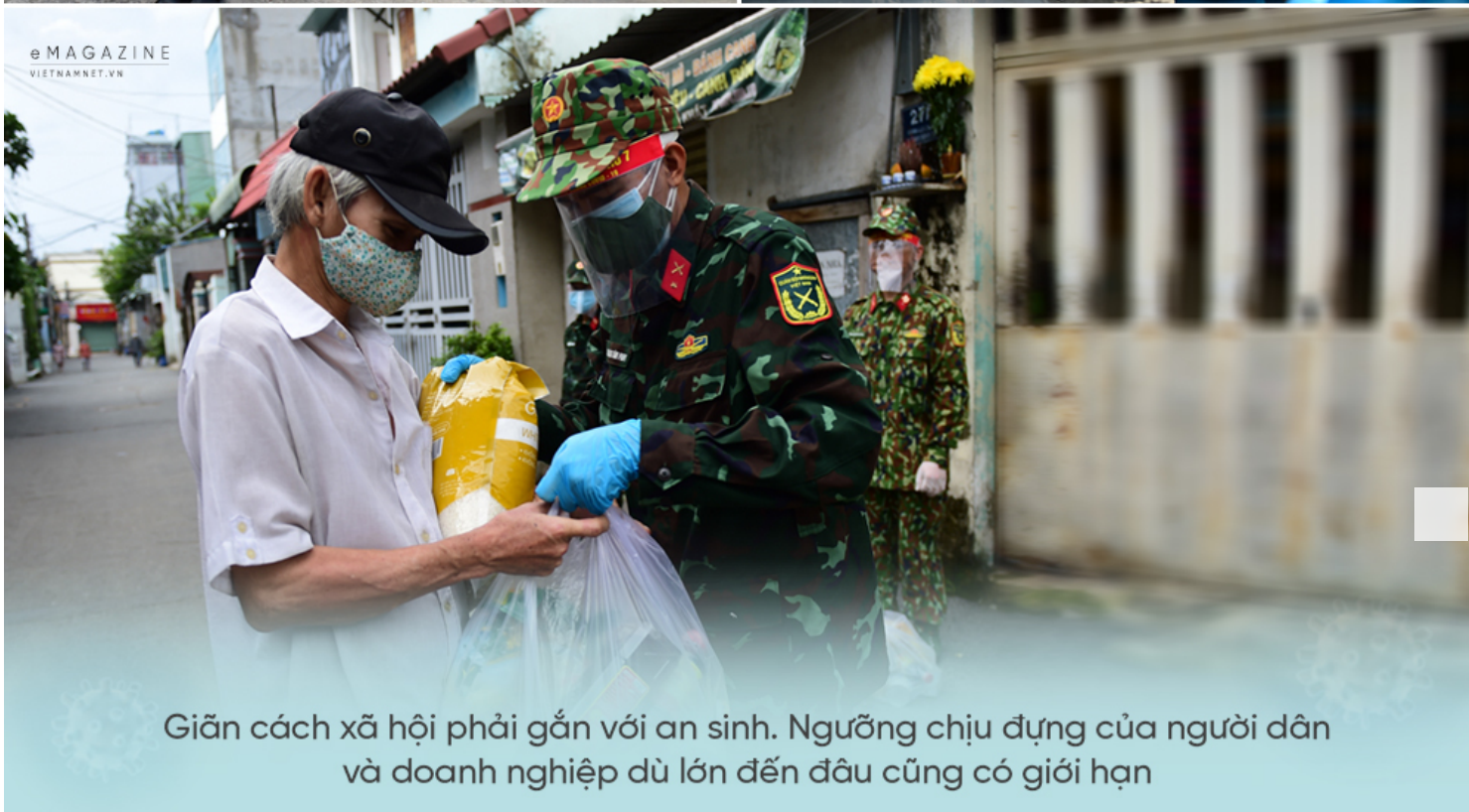
GIÃN CÁCH CÀNG CHẶT VÀ DÀI, AN SINH PHẢI CÀNG NHIỀU

Nhóm vấn đề cuối cùng là an sinh xã hội trong thời kỳ giãn cách xã hội. Theo ông, chúng ta cần giải bài toán này thế nào để giảm thiểu tối đa các tác động tiêu cực của dịch bệnh và giãn cách?

- An sinh xã hội là vấn đề liên quan mật thiết đến giãn cách và vắc xin. Một người bị giãn cách là một người có nhu cầu cần được đáp ứng về an sinh xã hội, nhất là khi họ ở các khu vực rủi ro, thuộc nhóm yếu thế hay mất việc làm. Điều rất đơn giản là, những người phải đi ra đường mới kiếm kế sinh nhai được thì họ phải được trợ cấp trọn vẹn trong thời gian giãn cách.

Như vậy, giãn cách đi liền với an sinh. Giãn cách càng chặt và dài, an sinh phải càng nhiều. Ở chiều ngược lại, mở cửa cũng đi liền với an sinh xã hội. Một người có việc làm là một người ra khỏi danh sách trợ cấp an sinh xã hội. Vì vậy, chính sách an sinh bền vững và tốt nhất là nhanh chóng kiểm soát dịch để nền kinh tế có thể mở cửa, lao động có thể đi làm trở lại.

Bài toán của chúng ta cần giải là bài toán đa mục tiêu. Nhất là khi những mục tiêu đó lại xung đột nghiêm trọng với nhau, chúng ta phải nhận thức rõ ràng để có hướng giải quyết. Nếu chỉ nhìn vào duy nhất một mục đích là giảm dịch bệnh thôi thì sẽ là phiến diện, nhất là khi giãn cách đã kéo dài vì ngưỡng chịu đựng của người dân và doanh nghiệp dù lớn đến đâu thì cũng vẫn có giới hạn.



Giãn cách xã hội phải gắn với an sinh. Ngưỡng chịu đựng của người dân và doanh nghiệp dù lớn đến đâu cũng có giới hạn

TP.HCM bắt đầu giãn cách xã hội với các mức độ khác nhau từ 31/5 đến bây giờ đã là hơn 100 ngày. Nhưng thành phố sẽ không thể kéo dài mãi giãn cách, người dân và doanh nghiệp đã rất mệt mỏi, ngân sách thành phố cũng đã cạn kiệt, Trung ương cũng không thể nào hỗ trợ thêm nhiều được nữa.

Trong bối cảnh TP.HCM đã được tiêm phủ vắc xin như hiện nay, nếu tiếp tục kéo dài giãn cách sẽ là quyết định sai lầm. Tôi đã ủng hộ tăng cường giãn cách vào thời điểm 9/7 và không ủng hộ việc nới lỏng giãn cách ở TP.HCM vào 15/8 vì khi ấy dịch bệnh đang bùng phát, tỷ lệ tiêm vắc xin còn thấp, đặc biệt là chưa bảo vệ được các nhóm rủi ro cao. Trong bối cảnh đó, chúng ta phải giãn cách để “câu giờ chờ vắc xin”. Bây giờ đã phủ vắc xin trên diện rộng rồi mà chúng ta vẫn đóng cửa thì lại là bất hợp lý.

07

LỘ TRÌNH MỞ CỬA: THÍ ĐIỂM Ở ĐỊA BÀN ÍT RỦI RO

Vậy, nhìn vào câu chuyện cụ thể của Hà Nội sau ngày 21/9, TP.HCM sau 30/9 nói lỏng giãn cách, ông có khuyến cáo nào về lộ trình mở cửa?

- Trước hết phải kiểm soát được dịch đã. Kiểm soát được dịch ở đây có nghĩa là mức độ dịch bệnh nằm dưới ngưỡng của năng lực điều trị của hệ thống y tế, trong điều kiện người dân đã có một mức độ bảo vệ nhất định của vắc xin.

Thứ hai, mức độ mở cửa phải tương thích với mức độ rủi ro của dịch bệnh. Nói cách khác, an toàn đến mức độ nào thì sẽ mở ra một cách tương ứng.

Do đó, ở một số địa bàn bắt đầu kiểm soát được điều này thì chúng ta có thể mở cửa, tất nhiên là một cách thận trọng. Ví dụ như quận 7, Củ Chi, Cần Giờ có thể thí điểm mở cửa từng nấc. Sau đó, chúng ta theo dõi chặt chẽ, rút ra những bài học để mở rộng ra các nơi khác.

Vấn đề thứ ba, một lần nữa cần nhấn mạnh là phải dựa vào dữ liệu. Các dữ liệu này phải được theo dõi cẩn thận, có hệ thống để từ đó chúng ta biết đang đi đúng hướng hay chệch hướng. Chúng ta đang đùa với lửa hay đang kiểm soát được lửa? Đó là nguyên lý cơ bản của kiểm soát dịch bệnh.

Chính vì vậy, tôi nghĩ, chính sách phù hợp cho TP.HCM lúc này là áp dụng 2 việc: Thí điểm có kiểm soát ở một số địa phương, một số khu vực, ví dụ khu công nghiệp; thí điểm có kiểm soát ở một số đối tượng an toàn hơn, là những người đã được tiêm vắc xin 2 mũi sau 2 tuần; những người đã được tiêm 1 mũi sau 2 tuần cũng như F0 đã hết cách ly sau khi khỏi bệnh và được xét nghiệm định kỳ tùy theo mức độ rủi ro của công việc.

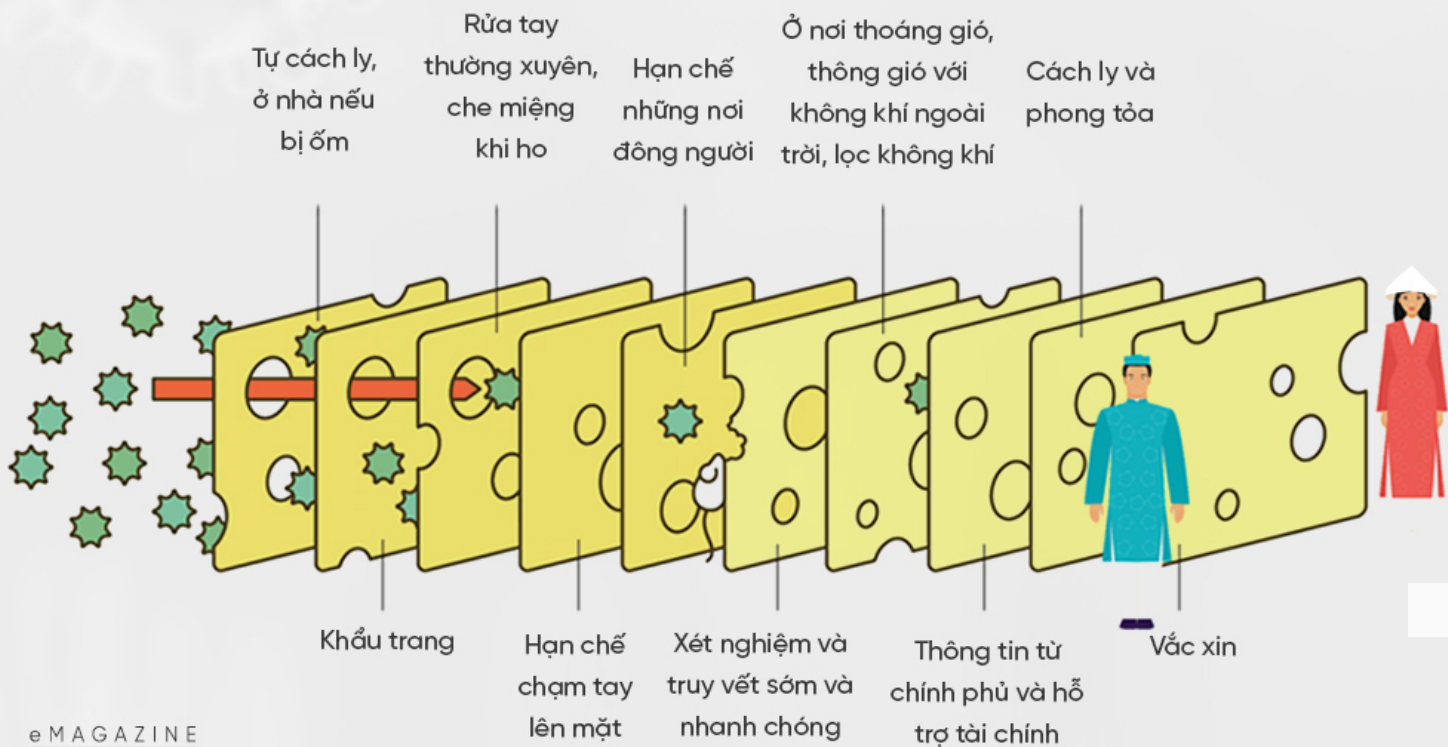
Tức là, khi thực hiện mở cửa thì cần mở đầu tiên cho những khu vực ít rủi ro nhất, đối tượng ít rủi ro nhất và theo dõi một cách nghiêm ngặt chứ không phải mở toang, mở trên diện rộng. Phải hiểu rất rõ là việc mở cửa này có chủ định, có kiểm soát, để có thông tin mới, qua đó đúc rút thành các bài học để mở rộng cho các vùng khác.

CHIẾN LƯỢC PHÒNG VỆ NHIỀU LỚP THEO MÔ HÌNH “PHÔ-MAI THỤY SĨ”

Mô hình “phô-mai Thụy Sĩ” trong phòng chống đại dịch cho thấy không có biện pháp can thiệp nào là hoàn hảo, mỗi lớp can thiệp đều có lỗ hổng, vì vậy cần nhiều lớp phòng vệ mới có thể thành công.

TRÁCH NHIỆM CÁ NHÂN

TRÁCH NHIỆM CỘNG ĐỒNG



e MAGAZINE
VIETNAMNET.VN

Nguồn: Việt hóa từ tài liệu của Ian M. Mackay (virologydownunder.com) và James T. Reason. Hình vẽ minh họa bởi Rose Wong và artbesouro (iStock)

Về phía người dân và doanh nghiệp, cần nhận thức rằng “sống chung với SARS-CoV-2” sẽ không thể chỉ cần 5K như những lần mở cửa trong 3 đợt dịch trước, mà phải có quy trình hoạt động mới, có hệ thống cảnh báo sớm và kế hoạch ứng phó... rất khác với những lần nói lỏng, mở cửa trước đây về cơ bản chỉ cần thực hiện 5K là đủ. Nói cách khác, chúng ta cần “nhiều lớp phòng thủ” theo mô hình “phô-mai Thụy Sĩ” thì mới có thể mở cửa thành công.

Một trong những đề xuất khác là đưa y tế tư nhân vào chống dịch. Việc huy động nguồn lực bên ngoài này đang rất khó khăn, vậy, chúng ta phải gỡ nút thắt ở đâu?

- Coi chống dịch như một cuộc “chiến tranh nhân dân” thì việc phải huy động được toàn bộ nguồn lực của khu vực tư nhân và xã hội là tất yếu. Thực tế là ngay từ đầu dịch cho đến tận bây giờ, hai khu vực này đóng góp hết sức to lớn cho công tác phòng chống dịch, từ an sinh xã hội cho đến đồ bảo hộ y tế, từ máy móc thiết bị cho đến cả bệnh viện dã chiến.

Trong lĩnh vực chuyên môn y tế, rất tiếc là cho đến nay, do vướng mắc về cơ chế nên khu vực y tế tư nhân mới chỉ tham gia được vào một số khâu như tiêm chủng, xét nghiệm, hay tư vấn từ xa, còn với điều trị thì gần như đứng ngoài cuộc.

g như gánh vác trách nhiệm.

Nếu mở cửa cho bệnh viên tư nhân tham gia điều trị F0 thì sẽ xảy ra tình huống, khi F0 đến xin điều trị, bệnh viện không được từ chối. Nhưng khi điều trị, bệnh nhân Covid-19 lại không phải trả viện phí. Vậy là, bệnh viên tư nhân vừa không được từ chối bệnh nhân mà lại phải điều trị miễn phí nên tạo ra xung đột về lợi ích ngay lập tức. Do đó, cần có cơ chế tài chính phù hợp để giải quyết xung đột này.

Một cách giải quyết là sử dụng bảo hiểm. Nếu như người bệnh có bảo hiểm thì viện phí của họ sẽ được chi trả bởi bảo hiểm. Tuy nhiên, bảo hiểm có giới hạn trong việc chi trả trong khi ở bệnh viện tư nhân mức chi trả phải cao hơn.

Xung đột này không dễ giải quyết. Không những thế, từ góc độ y tế tư nhân, không đơn thuần chỉ là mức chi phí cao hơn, mà còn có rủi ro pháp lý, nhất là khi có bệnh nhân tử vong. Vì vậy, nếu không có cơ chế phù hợp thì rất khó khuyến khích khu vực tư nhân tham gia vào công tác điều trị.

Tóm lại, khi chúng ta chưa có khung chính sách thì bệnh viện tư nhân không thể tham gia được. Nếu tham gia, họ sẽ phải chịu rủi ro pháp lý và rủi ro tài chính nữa. Cho nên, nút thắt không nằm ở chuyện bệnh viện tư có thể hay có muốn tham gia hay không mà nút thắt nằm ở khung pháp lý.

Bên cạnh đó, các bệnh viện hay phòng khám tư nhân không nhất thiết cứ phải tham gia điều trị bệnh nhân Covid mới trở nên có ích. Cần nhớ rằng bên cạnh Covid-19 thì hàng ngày còn có biết bao các bệnh nhân khác như đột quỵ hay tim mạch chẳng hạn, và họ cũng cần được điều trị kịp thời. Y tế tư nhân chắc chắn có thể đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc chăm sóc các bệnh nhân ngoài Covid-19.

09

NÚT THẮT TRONG HỆ THỐNG QUẢN TRỊ QUỐC GIA

Qua đây, chúng ta nên rút ra những bài học kinh nghiệm gì trong vấn đề quản trị ở từng cấp một trong giai đoạn sống chung với dịch rồi mở cửa an toàn được tốt hơn?

- Đại dịch như một cơn cuồng phong, “tháo tung các biển hàng” như trong truyện cổ Andersen, nhờ đó giúp chúng ta nhìn thấy một cách rõ ràng nhiều khiếm khuyết của hệ thống quản trị quốc gia.

Khiếm khuyết thứ nhất là tính phân mảnh, chia cắt về thể chế. Ở trung ương, các bộ thiếu sự phối hợp với nhau một cách nhuần nhuyễn; giữa các sở ngành ở địa phương cũng vậy.

Trong khi đó, phòng chống dịch bệnh đâu chỉ ảnh hưởng đến một lĩnh vực, đâu chỉ có một mục tiêu.

b ngành, địa phương không hợp tác được với nhau, trung ương và địa phương thiếu sự kết nối thì làm sao chống dịch có hệ thống và nhất quán.

Thứ hai, trong một thời gian dài, chúng ta thiếu một bộ chỉ huy chiến lược, bộ tư lệnh để hoạch định chiến lược và điều hành cuộc chiến chống dịch. Vừa rồi Thủ tướng đã phải trực tiếp thống lĩnh.

Thứ ba, hệ thống quản trị quốc gia là phân cấp quản lý trong một hệ thống khung khổ chính sách thống nhất. Vậy, cần phân cấp cho địa phương trong việc đưa ra các phương án chống dịch phù hợp, căn cứ vào tình hình chống dịch thực tiễn của mình, nguồn lực về con người, tài chính, y tế, hệ thống điều trị trên địa bàn, nhưng phải trên một khung khổ chính sách chung để tránh trên nói một đằng, dưới làm một nẻo. Đồng thời cũng phải tránh thái cực đối lập, trong đó cấp dưới chờ đợi một cách thụ động, dập khuôn cứng nhắc theo mệnh lệnh từ cấp trên.

Vấn đề thứ tư về mặt quản trị quốc gia là cách tiếp cận vùng. Nếu như TP.HCM chỉ lo cho mình, Bình Dương, Đồng Nai hay các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long mỗi người chỉ lo cho mình thì chuỗi cung ứng chúng ta bị chặt đứt. Bởi vì virus SARS-CoV-2 đâu có biết đến khái niệm địa giới hành chính, và TP.HCM đâu phải là nơi duy nhất bị dịch bệnh, Thành phố dù có kiểm soát được dịch mà Bình Dương, Đồng Nai chưa kiểm soát được thì dịch vẫn cứ quay ngược trở lại.

Thế nên vẫn phải có cách tiếp vùng, không thể là cách tiếp cận địa phương và mỗi địa phương không phải tiếp cận 1 quận hay huyện mà là cả cả tỉnh, cả thành phố.

Đó là 4 vấn đề quan trọng về quản trị quốc gia cần phải điều chỉnh, thay đổi. Tính chia cắt địa phương, phân mảnh thể chế, phân cấp yếu kém đều đã bộc lộ ra hết trong giai đoạn dịch bệnh. Chúng ta có các hội đồng vùng và các vùng kinh tế trọng điểm, nhưng về cơ bản vẫn là cảnh mạnh ai nấy làm.

10

MỤC TIÊU 2021: ƯU TIÊN KIỂM SOÁT DỊCH, TẠM GÁC NHỮNG CHỈ TIÊU TĂNG TRƯỞNG

Ông dự cảm như thế nào về mục tiêu kép của năm 2021 và tiền đề cho năm 2022?

- Chúng ta phải có một cách nhìn khác về mục tiêu kép so với 1 năm trước đây.

Về mặt y tế, phải kiểm soát được mức độ dịch bệnh nằm dưới ngưỡng điều trị của hệ thống y tế chứ không phải là loại bỏ hay là hoàn toàn tiêu diệt F0. Cần phải thay đổi tư duy này.

doanh nghiệp và hộ gia đình, từ đó nuôi dưỡng được sức sống của nền kinh tế. Đừng để cho nền kinh tế rơi vào tình trạng kiệt quệ đến mức độ không thể khôi phục được nữa.



Theo nghĩa đó thì chúng ta cần phải có một lộ trình mở cửa phù hợp, tương ứng với tình trạng dịch bệnh và độ phủ vắc xin, đồng thời có lộ trình khác nhau cho các vùng và địa phương khác nhau. Bên cạnh đó cũng phải có những biện pháp để hỗ trợ cho doanh nghiệp, hỗ trợ cho lao động và người dân một cách thực chất.

Một số cuộc khảo sát gần đây của các phòng thương mại và công nghiệp, cả trong và ngoài nước, đều cho thấy một thực tế là hầu như khu vực doanh nghiệp, đặc biệt là nhỏ và vừa, ở TP.HCM chưa nhận được một đồng hỗ trợ nào cả.

Chúng ta nói nhưng chưa làm được, nên cần có những biện pháp trực tiếp hơn, căn cơ hơn để đi thẳng vào việc hỗ trợ cho người dân và doanh nghiệp chứ không thể tạo ra một khoảng cách quá lớn về chính sách và thực thi như thế.

Xếp theo thứ tự ưu tiên, theo ông, tại thời điểm này chúng ta cần làm những gì?

Đầu tiên, phải thay đổi tư duy về chiến lược chống dịch, cho phép sự linh hoạt để phù hợp với bối cảnh cụ thể và khác biệt giữa các vùng, các tỉnh, thành phố.

Thứ hai, phải giải quyết ngay lập tức sự phân mảnh, chia cắt thể chế, cát cứ để có một bộ tổng tham mưu đưa ra một khung khổ chính sách nhất quán. Trên cơ sở đó, các địa phương dựa vào cơ chế phân cấp và tình hình thực tiễn của mình để có những chiến lược phù hợp ở từng thời điểm nhất định.

Thứ ba, bảo vệ - cả về y tế, thể chất và tinh thần - lực lượng bác sỹ và nhân viên y tế vốn đã quá căng thẳng và mệt mỏi sau hơn 100 ngày chiến đấu với đợt dịch thứ 4.

Thứ tư là dồn sức để tiêm vắc xin, trọng yếu là các đối tượng và khu vực nguy cơ nhất: nhóm người 50+, bệnh nền, phụ nữ có thai và các địa phương, địa bàn dịch bệnh căng thẳng.

Thứ năm, trong giai đoạn giãn cách thì phải lo an sinh. An sinh không lo được thì người dân không thể yên tâm đồng hành với nhà nước chống dịch.

Thứ sáu, làm thế nào đừng để vượt quá ngưỡng doanh nghiệp và người dân có thể chịu đựng được bởi vì khi ấy không chỉ là sự sụp đổ về kinh tế mà còn là mất niềm tin, khủng hoảng xã hội.