

## HỖ TRỢ KỸ THUẬT NGÀNH Y TẾ TUYẾN TỈNH: THỰC TRẠNG, KHÓ KHĂN, THUẬN LỢI VÀ MỘT SỐ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH

TRẦN THỊ MINH THI - Viện Xã hội học, Viện Hàn lâm KHXH Việt Nam  
TRẦN THỊ GIÁNG HƯƠNG - Vụ Hợp tác Quốc tế, Bộ Y tế

### TÓM TẮT

Sử dụng số liệu và thông tin thu được tại 50/63 Sở y tế tỉnh/thành phố năm 2011 về hoạt động hỗ trợ kỹ thuật (HTKT) theo năm lĩnh vực y tế cơ bản: i) y tế dự phòng; ii) khám chữa bệnh; iii) dân số, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản; iv) chính sách y tế, lập kế hoạch và quản lý; v) vận động, điều phối và sử dụng viện trợ, bài viết này nhằm mục đích mô tả thực trạng hoạt động HTKT ngành y tế tuyến tỉnh hiện nay. Bài viết sẽ mô tả các hoạt động HTKT y tế tuyến tỉnh về mô hình, số lượng, sự phân bố, địa bàn thực hiện... Đồng thời, phân tích những khó khăn, thuận lợi từ địa phương trong tiếp cận, thu hút, sử dụng, điều phối và quản lý HTKT, cũng như trong toàn bộ các khâu của một hoạt động HTKT; đề xuất tăng cường kết nối giữa chính sách, chủ trương tuyến trung ương với địa phương.

### SUMMARY

Using data and information gathered at 50/63 provincial health departments in 2011 about technical support activities according to five basic medical fields: i) preventive medicine; ii) medical services; iii) population, family planning and reproductive health; iv) health policy, planning and management; v) mobilise, coordinate and utilise funding, this article aims to describe the reality of technical support activities for health sector at provincial level. The article will provide a description of technical support activities at provincial level focusing on model, quantity, distribution, implementing areas... Also, the article will analyse difficulties, advantages of localities in accessing, attracting, utilising, coordinating and monitoring technical supports, as well as in the entire process of a

technical support activity; accordingly have discussion and suggestion to improve the linkage between policies and guidelines of central level and these of local level.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hỗ trợ kĩ thuật được định nghĩa là hợp tác kỹ thuật dưới hình thức một dự án với mục tiêu xây dựng năng lực, tăng cường thể chế hoặc cung cấp đầu vào kỹ thuật để chuẩn bị và thực hiện chương trình hoặc dự án bằng cách cung cấp các chuyên gia và tư vấn, đào tạo, trang thiết bị, tài liệu, tham quan học tập, hội nghị, hội thảo. Trong những năm qua các nguồn vốn hỗ trợ phát triển của các nhà tài trợ, điển hình như các tổ chức Liên hợp quốc (UN), World Bank, ADB và một số nhà tài trợ song phương đóng một vai trò quan trọng trong tiến trình phát triển của Việt Nam (HPG, 2011). Hoạt động vận động, thu hút, quản lý và sử dụng hiệu quả viện trợ, đầu tư nước ngoài; có sự liên kết và hài hòa trong điều phối viện trợ cho lĩnh vực y tế trong bối cảnh mới của phát triển kinh tế xã hội và hợp tác quốc tế là nhiệm vụ quan trọng của ngành. Năm 2012, Nhóm Đối tác Y tế kết hợp với Viện Xã hội học thực hiện đánh giá thực trạng tiếp cận và tiếp nhận các hoạt động HTKT từ các đối tác trong và ngoài nước ở tuyến tỉnh và các đơn vị liên quan để tìm hiểu thực trạng, cơ chế vận động, điều phối và quản lý các HTKT y tế tuyến tỉnh; từ đó, xây dựng các giải pháp và khuyến nghị để cải thiện các vấn đề tồn tại, cũng như khuyến nghị để cải thiện hiệu quả HTKT tuyến tỉnh, nhằm góp phần đạt được các mục tiêu chung của ngành y tế.

### Mục đích nghiên cứu

Sử dụng số liệu và thông tin thu được tại 50/63 Sở y tế tỉnh/thành phố năm 2011 về hoạt động HTKT theo năm lĩnh vực y tế cơ bản: i) y tế dự phòng; ii) khám

### 2. Các hoạt động HTKT y tế tại các tỉnh.

Trong năm 2011, số các hoạt động/dự án liên quan đến HTKT cho ngành y tế tuyến tỉnh giảm từ 293 xuống còn 239 so với năm 2010. Hà Nội đứng đầu nhóm 10 tỉnh có nhiều hoạt động HTKT nhất (19 dự án). 50% số tỉnh trong nhóm có nhiều dự án nhất thuộc khu vực Miền núi phía Bắc (Hình 2). 6/10 tỉnh không có hoặc có rất ít các hoạt động HTKT trong y tế thuộc khu vực phía Nam. Kết quả này phần nào cho thấy luồng đầu tư/hỗ trợ cho các hoạt động HTKT về y tế đang dồn vào khu vực phía Bắc, hoặc đây là thời điểm chuyển giao giữa các giai đoạn của hoạt động, nhiều dự án/hoạt động đã kết thúc ở một số tỉnh/khu vực, trong khi đó ở các tỉnh, khu vực khác thì đang là giai đoạn khởi động dự án. Vì vậy, tỉ lệ các tỉnh có nhiều dự án/hoạt động hỗ trợ y tế thất tập trung ở một số địa phương hiện đang còn dự án/hoạt động.

Thực tế, có nhiều lí do khách quan và chủ quan để một địa phương được tiếp nhận ít hay nhiều dự án nước ngoài, trong đó có HTKT cho y tế. Ví dụ tại Đà Nẵng, thành phố đứng đầu trong các tỉnh thành thu hút nhiều dự án HTKT y tế, cho thấy, thành phố có chiến lược để vận động tài trợ, với một số nguyên tắc cơ bản: tôn trọng đối tác, trân trọng những tài trợ của đối tác, bất kể lớn hay nhỏ; có cơ chế báo cáo lãnh đạo địa phương để có hướng chỉ đạo; chuẩn bị sẵn kế hoạch đề xuất tài trợ; chọn những mũi đột phá để tiếp cận HTQT; có những chủ động nhất định trong vận động và tiếp nhận viện trợ...

Ngược lại, cũng có những tỉnh ít có cơ hội tiếp cận đến các dự án, chương trình hay hoạt động hỗ trợ về y tế, dẫn đến những hạn chế nhất định trong phát triển hệ thống y tế địa phương. DakLak không có dự án HTKT cho y tế trong năm 2011 và thực tế, tỉnh gặp tương đối nhiều khó khăn như trang thiết bị, cơ sở hạ tầng nghèo nàn, mô hình bệnh tật khá phức tạp. Về nhân lực, tỉnh thiếu cán bộ y tế dự phòng mọi tuyến trong khi trình độ của nhóm này yếu hơn so với các tỉnh đồng bằng. Trình độ ngoại ngữ của nhân viên y tế tuyến tỉnh cũng hạn chế. Hầu hết các dự án của tỉnh đều do Bộ Y tế hoặc ủy ban nhân dân tỉnh giao. Sở Y tế tỉnh cũng như các đơn vị khác ít khi chủ động trong đàm phán với các nhà tài trợ về nội dung của dự án, mục tiêu dự án. Trong thời gian tới, Daklak sẽ có cửa khẩu nên nguy cơ bệnh tật như HIV/AIDS và các bệnh truyền nhiễm sẽ tăng lên (PVS cán bộ Sở y tế Daklak).

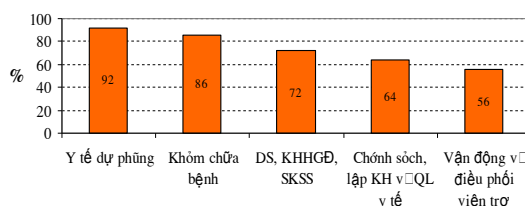
chữa bệnh; iii) dân số, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản; iv) chính sách y tế, lập kế hoạch và quản lý; v) vận động, điều phối và sử dụng viện trợ. Bài viết này nhằm mục đích mô tả thực trạng hoạt động HTKT ngành y tế tuyến tỉnh; phân tích những khó khăn, thuận lợi trong tiếp cận, thu hút và quản lý HTKT; và đề xuất tăng cường kết nối giữa chính sách, chủ trương tuyến trung ương và quá trình thực hiện tại địa phương nhằm thu hút, vận động, quản lý và sử dụng các HTKT hiệu quả và bền vững.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Các hoạt động HTKT chung

Tình hình chung hiện tại về hoạt động HTKT cho ngành y tế tuyến tỉnh đã chỉ ra rằng, phần lớn các hoạt động này tập trung vào lĩnh vực y tế dự phòng, lĩnh vực khám chữa bệnh và lĩnh vực dân số, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản (Hình 1). Mặc dù hơn 50% các tỉnh được khảo sát có các hoạt động HTKT cho vận động, điều phối viện trợ tại tuyến tỉnh, con số này vẫn chiếm tỷ lệ thấp nhất trong tất cả năm lĩnh vực (56%).

Tỷ lệ có hoạt động HTKT tuyến tỉnh

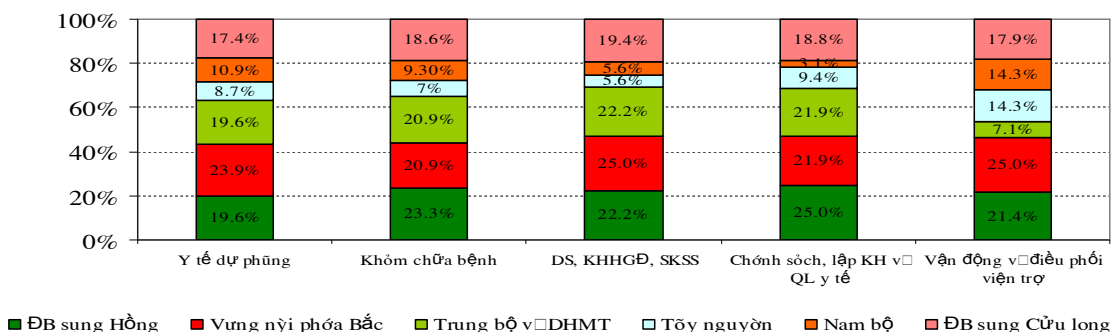


Hình 1. Tỷ lệ có các hoạt động hỗ trợ y tế ở các tỉnh thành khảo sát (2011)

### 3. Các hoạt động HTKT y tế theo khu vực địa lý.

Số liệu phân bố hoạt động HTKT trong cả 5 lĩnh vực y tế cơ bản cho thấy sự ưu tiên đối với khu vực đồng bằng sông Hồng và vùng núi phía Bắc. Ghi nhận tương tự đối với khu vực Trung bộ, ngoại trừ ở lĩnh vực vận động và điều phối viện trợ. Khu vực Tây Nguyên và Nam Bộ có tỷ lệ nhận các HTKT y tế tương đối thấp so với các vùng miền khác trên cả nước, điển hình trong lĩnh vực dân số kế hoạch hóa gia đình và chính sách y tế, cả hai khu vực chỉ nhận được khoảng 10% các hoạt động HTKT y tế (Hình 3).

### Phân bố hoạt động HTKT theo vùng



Hình 2. Phân bố tỷ lệ các hoạt động HTKT y tế theo khu vực địa lý

### 4. Về địa bàn thực hiện các hoạt động hỗ trợ y tế.

Đại đa số các chương trình, dự án và hoạt động HTKT tập trung ở tuyến tỉnh (chiếm trên 50% cả hai năm 2010 và 2011, trong đó 2011 có giảm nhẹ). Đứng thứ hai là tuyến quận/huyện, chiếm từ 36.5% đến 38.5% tương ứng trong hai năm 2010 và 2011. Nhóm xã phường chiếm tỷ lệ thấp nhất. Mặc dù tuyến cơ sở xã, huyện có tăng lên, nhưng nhìn chung đều thấp hơn so với tuyến tỉnh. Năm 2010, sự phân bố về phạm vi dự án/hoạt động hỗ trợ tập trung chủ yếu ở cấp tỉnh, thể hiện mô hình tương tự tại các vùng miền, và đặc biệt rõ ở khu vực Nam Bộ, Đồng bằng sông Cửu Long và Trung Bộ. Duy nhất khu vực Tây nguyên phạm vi thực hiện dự án tập trung nhiều hơn ở cấp quận/huyện. Trong năm 2011, tỷ lệ các dự án hỗ trợ tại Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long có xu hướng dần dần về tuyến quận/huyện. Ở Tây Nguyên tỷ lệ các hoạt động HTKT tuyến quận/huyện giảm đáng kể.

Bảng 1. Các hoạt động hỗ trợ theo địa bàn thực hiện dự án trong 2010-2011

STT	Địa bàn thực hiện	2010		2011	
		Số dự án	Tỷ lệ (%)	Số dự án	Tỷ lệ (%)
1	Xã/Phường	14	5.5	20	7.7
2	Quận/Huyện	93	36.5	101	38.8
3	Tỉnh	148	58.0	135	51.9
4	Khác	0	0.0	4	1.5
	Tổng	255	100%	260	100%

### 5. Tác động của HTKT y tế tuyến tỉnh.

Các tác động tích cực của việc HTKT trong lĩnh vực y tế được thể hiện cụ thể thông qua việc:

- Góp phần tăng cường trang thiết bị y tế cho một số bệnh viện tuyến tỉnh và khu vực nhằm giảm tải cho tuyến Trung ương. Ngoài ra, các dự án/hoạt động

HTKT cũng đã góp phần xây dựng, cải tạo và nâng cấp nhiều cơ sở y tế, bệnh viện và tăng cường trang thiết bị y tế phổ cập và chuyên sâu, xoá bỏ khoảng cách về y tế giữa các vùng miền. Tăng cường và củng cố mạng lưới y tế cơ sở tại hầu hết các tỉnh trong cả nước đặc biệt các tỉnh nghèo và vùng sâu vùng xa, tạo điều kiện cho người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế chất lượng cao.

- Hỗ trợ thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ (MDGs) trong lĩnh vực y tế như giảm tỷ lệ tử vong và suy dinh dưỡng trẻ em, phòng chống HIV/AIDS; Lao, Sốt rét...

- Hỗ trợ xây dựng chính sách và nâng cao năng lực quản lý ngành, tăng cường công tác đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế và cán bộ quản lý dự án tại địa phương. Công tác đào tạo thường được tiến hành ở nhiều cấp khác nhau, với nội dung phù hợp với từng đối tượng và thường gắn với tình hình thực tế của địa phương và việc thực hành kỹ năng. Sau khi được đào tạo áp dụng các kỹ thuật mới, cán bộ y tế đã có thể giải quyết nhiều trường hợp bệnh khó tại chỗ, qua đó thu hẹp khoảng cách về chất lượng khám chữa bệnh giữa các tuyến.

- Góp phần nâng cao được vị thế của ngành y tế Việt Nam thông qua các hoạt động chuyên gia và giảng dạy về YHCT, kinh nghiệm chống phong, lao, sốt rét,...Nhiều kỹ thuật y khoa hiện đại đã được chuyển giao, góp phần nâng cao hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý phức tạp.

- Góp phần quan trọng đa dạng hoá các chuyên ngành thông qua hợp tác quốc tế, giúp việc trao đổi thông tin, nâng cao trình độ của nhân viên y tế. Việc áp dụng công nghệ thông tin trong hệ thống quản lý khám chữa bệnh đẩy nhanh quá trình thủ tục hành chính cũng như quản lý hành chính được cải thiện

nhiều hơn và chính xác hơn, giảm thời gian chờ đợi và gia tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Bên cạnh rất nhiều những tác động tích cực nêu trên, hoạt động HTKT y tế cũng không thể tránh khỏi một số hạn chế:

- Sự đầu tư nhiều nguồn hỗ trợ quá tập trung vào một số lĩnh vực y tế của một tỉnh/địa phương có thể dẫn đến tình trạng mất cân đối “thừa-thiếu” hay chông chéo giữa các dự án. Chẳng hạn, trong lĩnh vực phòng chống HIV/AIDS, có những địa phương trong một năm nhận được rất nhiều dự án hỗ trợ từ các tổ chức khác nhau, trong khi đó có địa phương lại không nhận được đầu tư trong lĩnh vực này. Nhiều dự án có chung lĩnh vực, thậm chí cùng mục tiêu, nhưng triển khai tương đối độc lập nhau. Điều này cho thấy cần có cơ chế tăng cường điều phối để sử dụng tối đa các nguồn lực và lồng ghép công tác quản lý nhà nước theo chức năng.

- Việc quá lệ thuộc vào nguồn hỗ trợ nước ngoài cũng sẽ đặt Việt Nam vào thế khó khăn khi nước ta trở thành nước có thu nhập trung bình. Theo đó, nguồn viện trợ và vốn vay ODA với ưu đãi dành cho Việt Nam sẽ giảm dần, thay vào đó vốn ODA với các điều kiện kém ưu đãi hơn. Hỗ trợ quốc tế cho y tế sẽ thay đổi về cơ cấu, hình thức và nội dung, với các phương thức tiếp cận mới nhằm tăng cường hiệu quả viện trợ. Việc đột ngột thiếu nguồn hỗ trợ này có thể sẽ tăng gánh nặng tài chính, nhất là ngân sách các địa phương (đặc biệt là các vùng khó khăn) và một số chương trình lớn, ví dụ như Chương trình phòng chống HIV/AIDS. Tương tự, kinh phí đầu tư cơ sở vật chất cho hệ thống y tế dự phòng phụ thuộc nhiều vào nguồn vốn viện trợ. Hơn nữa, các hỗ trợ này có vai trò quan trọng trong chuyển giao kỹ thuật tiên tiến.

- Tính bền vững của chương trình sau khi dự án kết thúc cũng là một thách thức. Theo nhận định của các đơn vị triển khai và thụ hưởng, các dự án mặc dù mang lại lợi ích lớn cho các tỉnh nhưng tính bền vững không cao, các dự án chưa thể tự duy trì, hết nguồn viện trợ thì chấm dứt thực hiện. Kinh phí để hỗ trợ tình nguyện viên và duy trì hoạt động sau khi dự án rút đi không có, hoặc không có sự bàn giao hay đưa ra các mô hình “duy trì sau dự án”.

- Tham vấn với lãnh đạo y tế tuyến tỉnh cũng cho thấy có nhiều ý kiến phản ánh quá trình xây dựng và thực hiện dự án chưa sát với thực tế tại địa phương. Các dự án đào tạo nhân lực cùng một đơn vị nhưng có chuyên ngành được hỗ trợ, có chuyên ngành không được hỗ trợ. Một số chuyên gia tư vấn không có kinh nghiệm về y tế nên khi thực hiện, khó đáp ứng được nhu cầu. Ngoài ra cơ cấu bố trí vốn từ địa phương hạn chế cũng làm ảnh hưởng đến hoạt động (PVS, cán bộ Sở Y tế Hà Giang). Nhiều lĩnh vực y tế tỉnh có nhu cầu cao nhưng lại không được đào tạo như lĩnh vực điều dưỡng, Dược, Phục hồi chức năng, v.v...

## **6. Thuận lợi và khó khăn.**

### ***Thuận lợi***

Trong quá trình thu hút, vận động HTKT y tế, hai thuận lợi lớn mà các tỉnh nhận được là sự chỉ đạo quan tâm của lãnh đạo các cấp (96.0%), và sự trao

đổi, phản hồi thông tin tốt giữa địa phương và trung ương (78%), tiếp theo là sự hài hòa trong điều phối (48%) và điều kiện tự nhiên, kinh tế và xã hội thuận lợi (44%). Một số các yếu tố khác ít được đề cập hơn là nguồn lực cán bộ về hợp tác quốc tế (30%) và thu hút tốt các nhà tài trợ bằng chính sách và chế độ ưu đãi (22%). Kết quả này gợi ý rằng thực tế chỉ có một số địa phương có nguồn nhân lực cũng như chính sách thuận lợi cho việc thu hút và vận động HTKT về y tế.

Trong toàn bộ quá trình thực hiện một dự án HTKT, các tỉnh gặp thuận lợi nhất trong các khâu: Bàn giao kết quả, theo dõi, đánh giá và báo cáo (60%). Ngược lại, các khâu như thiết kế chi tiết và đảm bảo tính bền vững sau khi dự án kết thúc thì tỷ lệ thấp nhất (<25%). Nói cách khác, đây có lẽ là hai khâu mà các Tỉnh thường gặp khó khăn trong quá trình thực hiện dự án. Khoảng 50% số địa phương tham gia khảo sát cho biết họ có những thuận lợi trong quá trình thực hiện và lập kế hoạch mua sắm, khâu ý tưởng và hình thành dự án, thẩm định và phê duyệt. Ví dụ, việc xây dựng cơ chế đảm bảo hoạt động bền vững sau khi dự án kết thúc nên đưa vào trong quá trình xây dựng dự án.

### ***Khó khăn***

Theo đánh giá của các tỉnh, một trong những khó khăn lớn nhất trong quá trình thu hút, vận động HTKT y tế là sức hút của địa phương yếu (70%). Sức hút của địa phương đối với nhà tài trợ chủ yếu liên quan đến cơ sở vật chất kỹ thuật và vị trí địa lý xã hội của địa phương đó. Đối với điều kiện cơ sở vật chất, một số tỉnh hạ tầng giao thông kém, trang thiết bị cũ, bảo hành bảo trì kém đã dẫn đến nhiều bất lợi cho việc tiếp cận các tổ chức quốc tế và các đối tác. Bên cạnh đó, điều kiện địa lý cũng là một trong những rào cản khiến cho sức hút từ phía địa phương đối với các chương trình/ dự án gặp nhiều khó khăn.

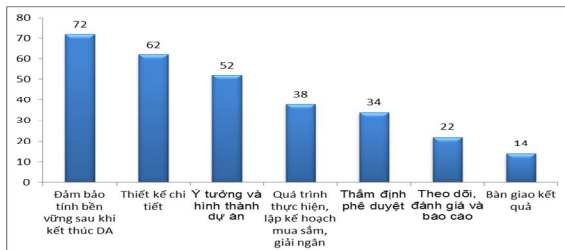
Khó khăn về nhân lực ngành y tế yếu (68%) được thể hiện ở trình độ của cán bộ y tế, cán bộ dự án yếu (đặc biệt trong kinh nghiệm và kỹ năng thu hút, vận động dự án hỗ trợ, xây dựng thiết kế chi tiết, đánh giá, báo cáo, năng lực chuyên môn và ngoại ngữ...). Hầu hết các tỉnh đều thiếu đầu mối chuyên trách bền vững về HTQT, chủ yếu là cán bộ kiêm nhiệm vị trí này. Trình độ ngoại ngữ của đội ngũ làm công tác HTQT còn nhiều hạn chế nên việc tiếp xúc, trao đổi hoặc cử cán bộ đi các nước bạn học tập kinh nghiệm gặp khó khăn.

Ngoài ra có thể thấy rằng sự phối hợp giữa các Sở, Ban, ngành trong địa phương còn hạn chế (56%). Chẳng hạn, các dự án của Sở Y tế thì Sở Y tế nắm nhưng nếu các Sở khác làm liên quan đến y tế thì chưa có cơ chế chia sẻ thông tin đầy đủ. Bên cạnh đó, sự kết hợp giữa Sở Y tế và Sở Kế hoạch Đầu tư cũng tùy thuộc vào từng dự án. Mặt khác, cơ chế điều phối hợp tác quốc tế tại tuyến tỉnh còn chưa được quan tâm thích đáng dẫn đến việc các hoạt động HTQT chủ yếu dựa trên quan hệ đơn lẻ.

Khả năng và tính chủ động trong HTQT khác nhau giữa các đơn vị cũng được đánh giá là một hạn chế tương đối lớn (60%). Có nhiều đơn vị chờ các HTQT và viện trợ theo cơ chế phân phối hoặc đối tác tự tìm

đến. Sở Y tế và các đơn vị trực thuộc còn thiếu tính chủ động và năng động nhất định trong vận động và thu hút viện trợ và hợp tác kỹ thuật. Công tác HTQT làm theo kinh nghiệm chứ chưa được đào tạo bài bản về tìm nguồn, sử dụng nguồn và phát triển nguồn hợp tác. Các Sở Y tế chưa có phòng HTQT, chỉ có cán bộ chuyên trách công tác hợp tác quốc tế thuộc phòng tổ chức cán bộ hoặc phòng kế hoạch tổng hợp, do vậy việc thực hiện các hoạt động hợp tác quốc tế chưa được mang tính đồng bộ, chuyên nghiệp hóa. Có thể nói, tính chủ động là quan trọng trong việc khởi động một hoạt động HTQT nhưng sự cam kết dài hơi, tính minh bạch, hài hòa, nhiệt tình sẽ góp phần duy trì bền vững các quan hệ hợp tác.

Khó khăn về thông tin hướng dẫn được 68% các địa phương nhận định. Một số cá nhân, tổ chức PCP nước ngoài khi vào Việt Nam chưa nắm rõ được các quy định của Nhà nước Việt Nam về xuất nhập cảnh, viện trợ nên đôi lúc gặp trở ngại các thủ tục, gây khó khăn trong mối quan hệ với các đối tác, đặc biệt trong các lĩnh vực nghiên cứu khám chữa bệnh thực hành trên bệnh nhân, xin mẫu nghiên cứu... Các thủ tục đấu thầu và xét thầu của Dự án viện trợ còn chậm. Với đấu thầu quốc tế có khó khăn. Những thông tin về nhà tài trợ còn hạn chế và chưa tiếp cận được, kênh thông tin phản hồi hai chiều chưa có, các tỉnh còn chưa nắm được danh mục dự kiến đầu tư của nhà tài trợ do vậy cũng chưa thể đáp ứng tốt các tiêu chí đặt ra và nhu cầu nhà tài trợ (HPG, 2011). Hơn thế nữa, khoảng cách về địa lý cũng là một khó khăn trong việc triển khai thông tin hướng dẫn. Chẳng hạn, Bệnh viện Đa khoa TW Cần Thơ ở cách xa Bộ Y tế do vậy nhiều khi công văn giấy tờ chỉ đạo của Bộ gửi về đến nơi bằng đường bưu điện thì đã quá ngày triển khai thực hiện.



**Hình 5. Đánh giá về khó khăn trong các khâu của hoạt động HTKT y tế (%)**

Những khó khăn trong các khâu của dự án được miêu tả chi tiết trong hình 5, trong đó khó khăn trong đảm bảo tính bền vững sau khi kết thúc dự án và trong thiết kế chi tiết của dự án chiếm tỷ lệ cao nhất (tương ứng với 72% và 62%). Các thông tin trong phần định tính cũng khẳng định kết luận này, đặc biệt là về tính bền vững sau khi dự án kết thúc. Mặt khác, các địa phương lại ít gặp khó khăn trong các khâu bàn giao kết quả, theo dõi, đánh giá và báo cáo, hay trong quá trình thực hiện, lập kế hoạch mua sắm, giải ngân.

#### KẾT LUẬN

Hoạt động HTKT thời gian qua phân bổ khá rộng trên các lĩnh vực y tế, dự phòng, khám chữa bệnh,

DS-KHHGD và SKSS, chính sách, lập kế hoạch và quản lý y tế. Trong đó, HTKT cho lĩnh vực điều phối viện trợ nhận ít đầu tư nhất từ các đối tác phát triển. Đa số tỉnh nhận được nhiều HTKT y tế năm 2011 là thuộc các tỉnh miền núi phía Bắc và đồng bằng sông Hồng. Kết quả này phần nào gợi ý rằng luồng đầu tư/hỗ trợ cho các hoạt động HTKT về y tế đang dồn vào khu vực này. Hoạt động hỗ trợ cho tăng cường năng lực, hội nghị hội thảo, tập huấn chuyển giao công nghệ và hỗ trợ chuẩn bị dự án là cao nhất. Hoạt động nhận ít HTKT nhất là tăng cường thể chế, trao đổi chuyên gia. Tỷ lệ các hoạt động HTKT y tế theo các nội dung cụ thể phân phối khác nhau giữa các vùng với một số nội dung tập trung chủ yếu ở một số vùng nhất định. Đa số các chương trình, dự án và hoạt động HTKT tập trung ở tuyến tỉnh, sau đó là tuyến quận/huyện, và tuyến xã, phường chiếm tỷ lệ thấp nhất. Nhìn chung, HTKT trong lĩnh vực y tế đã góp phần hỗ trợ phát triển mạng lưới y tế, hỗ trợ xây dựng chính sách và nâng cao năng lực quản lý ngành, nâng cao năng lực, chuyển giao kỹ thuật y khoa hiện đại, đa dạng hoá các chuyên ngành hợp tác quốc tế, áp dụng công nghệ thông tin trong hệ thống quản lý khám chữa bệnh đầy nhanh quá trình thủ tục hành chính, đào tạo cán bộ cơ sở tuyến dưới. Tuy vậy việc điều phối, quản lý nguồn viện trợ còn chông chéo giữa các dự án, nguy cơ phụ thuộc vào nguồn hỗ trợ nước ngoài, tính bền vững sau khi hoạt động kết thúc còn gặp nhiều khó khăn, thách thức...

Trong bối cảnh mới, khi Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình thấp, viện trợ ODA sẽ giảm dần, trong đó có ODA cho y tế, Bộ Y tế cần tiếp tục tăng cường công tác vận động thu hút viện trợ, đầu tư nước ngoài trong lĩnh vực y tế nhằm tranh thủ tối đa các nguồn đầu tư, viện trợ về vật chất và khoa học kỹ thuật; chủ động xây dựng danh mục các chương trình, dự án ưu tiên vận động ODA và các vận động HTKT của Bộ, ngành, địa phương để có sự kết hợp chặt chẽ giữa việc xây dựng kế hoạch và vận động viện trợ. Phương thức hợp tác quốc tế, theo đó, cần chuyển dần từ phương thức nhận viện trợ, sang hình thức trao đổi, hợp tác trên cơ sở nhu cầu và thế mạnh của từng đối tác. Tuỳ theo tình hình thực tế, tại mỗi khu vực, mỗi địa phương sẽ có những cách đánh giá khác nhau về tình hình HTKT trên địa bàn mình. Trên cơ sở những phân tích ở trên, các địa phương cần nhận biết rõ những thế mạnh cũng như điểm yếu của địa bàn mình để làm cơ sở thu hút cũng như khắc phục dần những yếu điểm để thu hút nhiều hơn nữa các viện trợ nước ngoài trong lĩnh vực y tế.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị định 131/2006/ND-CP
2. Nghị định 38/2013/ND-CP
3. Nhóm Đối tác y tế (HPG). Báo cáo đánh giá thực trạng và nhu cầu HTKT y tế tuyến tỉnh, 2012
4. HPG. Báo cáo thực địa các tỉnh. 2011.
5. HPG. Báo cáo thực địa các tỉnh. 2012.