Nguyễn Lương Hải Khôi - Việt Nam - để sẵn sàng cho những khủng hoảng trong tương lai Phần 2. Hết

13/10/2021

Quan tài bằng cạc tông sản xuất ở Sri Lanka để đáp ứng nhu cầu cao mùa dịch covid. Việt Nam cũng đã đặt hàng sản phẩm này. Hình minh họa.

Ở phần 1, chúng tôi trình bày vai trò của xã hội dân sự sơ khai ở Việt Nam trước cuộc khủng hoảng y tế - xã hội mùa hè năm 2021. Cuộc khủng hoảng này vẫn chưa đi qua. Ở phần 2, chúng tôi phân tích thất bại này của Sài Gòn nói riêng và Việt Nam nói chung từ góc độ “Thất bại học".

Ở Nhật Bản có một bộ môn khoa học gọi là “Thất bại học" (“Shippai-gaku"), nghiên cứu sự thất bại của con người ở tất cả các lĩnh vực, từ kinh tế, chính trị, xã hội, giáo dục đến kỹ thuật, giao thông, nghiên cứu khoa học… nhưng không dừng lại ở việc mô tả từng thất bại riêng lẻ mà thông qua dữ liệu về những sự kiện thất bại cụ thể của xã hội con người, để khám phá các nguyên nhân chiều sâu dẫn tới thất bại, mô hình hoá cơ chế dẫn đến thất bại của con người, để từ đó sáng tạo những cơ chế và phương pháp ngăn chặn thất bại tương tự trong tương lai.

Một trong những quy luật thất bại mà bộ môn “Thất bại học" ở Nhật Bản đã đúc kết được, là nếu để xảy ra trung bình khoảng 300 sự cố nhỏ thì tất yếu sẽ xuất hiện một tai nạn, nếu cứ để xảy ra trung bình khoảng 29 tai nạn mà không nhận diện để sửa chữa thì xuất hiện một đại khủng hoảng, tức một thất bại phải trả giá bằng những tổn thất không sửa chữa được.

Theo “Thất bại học”, một quốc gia hay một tổ chức, muốn ngăn chặn đại khủng hoảng, phải đủ khả năng nhận diện từng sự cố nhỏ, nhận ra cơ chế dẫn đến các sự cố nhỏ hầu như chưa ảnh hưởng gì đến xã hội và con người nói chung ấy, để kịp thời sửa chữa cơ chế đó, ngăn chặn sự xuất hiện của tai nạn lớn và sau đó là khủng hoảng lớn.

Có nhiều nguyên nhân khiến cho Sài Gòn nói riêng và Việt Nam nói chung thất bại trước đợt bùng phát dịch COVID-19 mùa hè năm 2021.

Bài viết này sẽ mở đầu bằng việc mô tả một hiện tượng thất bại trong quản trị quốc gia trong đại dịch COVID-19 ở Việt Nam, chỉ như một ví dụ điển hình, (hiện tượng băm nát hệ thống giao thông quốc gia thành từng mảnh vụn), rồi phân tích nguyên nhân dẫn đến sai lầm đó (chính sách phân quyền cho từng địa phương quản lý giao thông trên địa hạt của mình, trong khi giao thông là yếu tố liên địa phương, thậm chí liên quốc gia), cuối cùng, đi tìm cơ chế vận hành của hệ thống dẫn đến những sai lầm đó.

Để sửa chữa những sai lầm này, Việt Nam không thể chỉ bắt đầu bằng việc vá víu một vài chi tiết có tính lỗi kỹ thuật mà phải sửa ngay tận gốc là cơ chế vận hành của quy trình ra quyết sách ở tầm quốc gia, trong đó nổi bật là sự thiếu vắng vai trò của mạng lưới think tanks trong một xã hội dân sự trưởng thành.

Một số chi tiết trong bài viết này đã được gửi đến những người có trách nhiệm bằng nhiều kênh khác nhau. Ở đây, chúng tôi tổng hợp lại thành một bài viết ngắn.

Quản trị: phân quyền và hỗn loạn

Hiện tượng nổi bật ở Việt Nam trong đợt bùng dịch Covid mùa hè năm 2021 là hệ thống giao thông bị vô hiệu hoá một cách vô lý, dẫn đến chuỗi cung ứng cho đại đô thị bị chặt gãy.

Chính quyền mỗi tỉnh, huyện, quận, phường xã đều có quyền phong tỏa giao thông, khoá chặt tuyến đường đi qua khu vực mình kiểm soát.

Ví dụ “tiêu biểu" nhất cho chuyện này là Cần Thơ thực hiện các biện pháp chống dịch “trung chuyển hàng hoá" (xe chở hàng khi đến Cần Thơ thì phải chuyển sang xe khác để đi tiếp), thực chất là “làm khó" các chuyến xe tải vận hàng hoá, chủ yếu là nhu yếu phẩm, cung ứng cho Sài Gòn khi Sài Gòn phong toả.

Ngày 25 tháng 8, sau khi Bộ trưởng Giao thông phê phán gay gắt thì Cần Thơ thay đổi biện pháp “trung chuyển hàng hoá" bằng biện pháp “đổi tài xế". Thực tế là các hãng vận tại không thể đủ nguồn nhân lực để đổi tài xế mỗi khi xe đến Cần Thơ. Do đó, thực chất, Cần Thơ vẫn chặn tuyến đường cung ứng cho Sài Gòn, bất chấp trung ương (Bộ trưởng Nguyễn Văn Thể) phê phán.

Nguyên nhân của điều này nằm ở kỹ thuật phân quyền trong nghệ thuật quản trị quốc gia của chính quyền trung ương. Trong đại dịch, chính quyền trung ương vẫn chấp nhận phân quyền cho địa phương quản lý hệ thống giao thông.

Giao thông là một mạng lưới có tính liên vùng, liên địa phương, có tính quốc gia, thậm chí quốc tế. Một khi phân quyền cho địa phương đến tận cấp phường xã, đi kèm yêu cầu địa phương chịu trách nhiệm không để dịch bùng phát tại khu vực của mình, và đỉnh điểm là chỉ thị "thực hiện cách ly triệt để giữa người với người, gia đình với gia đình, xã phường với xã phường; nếu thiếu lực lượng bảo đảm cho công tác này thì công an, quân đội sẽ đáp ứng" (VNEXpress, 28/8/2021, Quân đội chủ trì lo lương thực cho TP HCM), tất yếu mỗi địa phương sẽ khóa chặt khu vực của mình, kết quả là mạng lưới giao thông bị băm nát.

Có những việc trung ương không thể với tới, chỉ có địa phương do nắm vững địa bàn mới làm được, ví dụ như tiêm vaccine, xét nghiệm, phân phối lương thực trong vùng bị phong toả.

Có những việc địa phương và trung ương phải phối hợp cùng nhau, như xây dựng mạng lưới bệnh viện điều trị bệnh nhân dương tính đến mức bị trở nặng, hay các trung tâm cách ly tập trung.

Ở Việt Nam, trung ương đã phân quyền cho địa phương quản lý những thành tố liên địa phương như mạng lưới giao thông, đồng thời, lại giành những việc phải quen thuộc địa bàn mới làm được, tiêu biểu là điều bộ đội từ nơi khác đến Sài Gòn để “đi chợ hộ" cho toàn dân trong 14 quận, sau khi đã chặt đứt chuỗi cung ứng.

Chặn mạng lưới giao thông: Không tuân theo chính luật pháp mình đặt ra

Nhà nghiên cứu Phan Thanh Hà đã chỉ ra một kiểu vận hành khiến Việt Nam thất bại.

“Phòng chống dịch thiếu nền tảng chuyên môn dịch tễ thì không đạt được mục tiêu dập dịch lẫn mục tiêu kinh tế. Nếu cách điều hành tiếp tục theo xu hướng cấp trên ra mệnh lệnh duy ý chí, cấp dưới chỉ tuân thủ mệnh lệnh của cấp trên, không cần luật pháp và phản biện, thì sẽ khó tránh khỏi khủng hoảng cả y tế lẫn kinh tế và xã hội.”

Luật Phòng, Chống bệnh truyền nhiễm có hiệu lực từ 2007 chia ra hai tình trạng của một dịch bệnh là (1) tình trạng “có dịch” và (2) tình trạng khẩn cấp, đồng thời, quy định các biện pháp tương ứng với hai tình trạng này. Điểm a, khoản 1, Điều 3 của Luật này quy định bệnh nhóm A “gồm các bệnh truyền nhiễm đặc biệt nguy hiểm có khả năng lây truyền rất nhanh, phát tán rộng và tỷ lệ tử vong cao hoặc chưa rõ tác nhân gây bệnh.” Có thể nói COVID-19 thuộc nhóm A.

Theo đó, khi ở tình trạng “có dịch” thì “hạn chế tập trung đông người” (điểm c khoản 1 Điều 52), còn trong “tình trạng khẩn cấp” thì “cấm tập trung đông người” (điểm d khoản 2 Điều 54).

Cho đến nay, đầu tháng 10/2021, sau khi đã có hơn 20 ngàn người chết vì COVID, Việt Nam vẫn chưa công bố “tình trạng khẩn cấp" (theo Điều 1, Pháp lệnh tình trạng khẩn cấp; Điều 42 đến 45, Luật Phòng, Chống bệnh truyền nhiễm 2007; Điều 70, 74, 88, 96, Hiến pháp 2013), nhưng các biện pháp phong tỏa giao thông thực chất là thuộc tình trạng khẩn cấp.

Luật Phòng, Chống bệnh truyền nhiễm 2007 cho phép lập các chốt kiểm soát giao thông ra vào vùng có dịch bệnh, theo hướng “hạn chế ra, vào vùng có dịch đối với người và phương tiện; trường hợp cần thiết phải kiểm tra, giám sát và xử lý y tế” (điểm a, khoản 1, Điều 53).

Không có điều luật nào trong Luật Phòng, Chống bệnh truyền nhiễm cho phép lập các chốt để chặn các tuyến đường giao thông, ngay cả khi đã công bố tình trạng khẩn cấp, để cấm người dân di chuyển.

Cũng không có điều luật nào quy định không được di chuyển vì “nhu cầu không thiết yếu" hay chở “hàng hoá không thiết yếu".

Nhưng trong thời gian “giãn cách xã hội", tất cả các địa phương, nghiêm trọng nhất là Tp. HCM, cấm tất cả các phương tiện giao thông, kể cả công cộng (xe bus) hay tư nhân (taxi, xe giao hàng), vô hiệu hoá toàn bộ mạng lưới giao thông đô thị.

Phân quyền cho địa phương băm nhỏ mạng lưới giao thông, xét từ góc độ dịch tễ học, là một cách làm vô lý, vì những yếu tố nằm trong chuỗi cung ứng này, bao gồm cả các tuyến cung cấp lương thực thực phẩm, các phương tiện vận chuyển như shippers giao hàng online, không thuộc về đường truyền lây nhiễm chủ yếu của COVID-19, và có thể dễ dàng bảo đảm an toàn bằng các biện pháp 5-K.

Khi phong toả giao thông chỉ bằng mệnh lệnh: Sinh con không phải là nhu cầu thiết yếu?

Ngày 4 tháng 10 mới đây, một phụ nữ quê Đồng Tháp làm công nhân ở Long An, mang thai cận ngày sinh và đã mất đứa con trong bụng vì bị chốt kiểm soát chặn đường không cho đến Trạm y tế. Đại diện huyện Tân Thạnh tỉnh Long An nói cho báo Dân trí:

"Sản phụ bị đau bụng dữ dội, ra nhiều máu ngay tại chốt kiểm dịch. Lực lượng y tế huyện (Tân Thạnh) đã hỗ trợ đưa sản phụ qua tỉnh Đồng Tháp để cấp cứu nhưng không được qua chốt nên đã đưa sản phụ trở lại Trung tâm y tế huyện. Do phải đợi quá lâu, nên khi về tới Trung tâm y tế, kiểm tra lại thì sản phụ đã bị lưu thai" (Dân trí, ngày 3/10/2021)

Phê phán những người lính giữ chốt vô cảm và máy móc là đúng, nhưng không phải chỉ có họ chịu trách nhiệm. Những người lính máy móc này đang vi phạm chính luật pháp Việt Nam (như giải thích bên dưới) và hành xử một cách vô cảm, nhưng họ lại đang thực hiện đúng chỉ thị được giao.

Trách nhiệm của người lãnh đạo đất nước là thiết kế cơ chế để không xảy ra những bi kịch như thế.

Xét ở góc độ quản trị quốc gia trong đại dịch, một trong những nguyên nhân khiến Việt Nam thất bại trước đại dịch COVID-19 mùa hè năm 2021 vì sai trong nguyên tắc phân cấp quyền lực: Giao cho địa phương quyết định những vấn đề trung ương phải nắm, và trung ương giành những việc chỉ địa phương mới làm được.

Ở phần cuối của bài viết, chúng tôi sẽ phân tích cơ chế nào khiến Việt Nam vấp phải sai lầm đó.

Phong tỏa giao thông ngay trong Kế hoạch gỡ phong tỏa: tư duy phiến diện trong thiết kế chính sách

Tp. HCM gỡ bỏ phong tỏa từ 1/10/2021, kế hoạch mở cửa (3168/UBND-TH) công bố ngày 25 tháng 9 (bản tóm tắt đăng trên trên báo VNExpress trước đó một ngày) và yêu cầu người dân Sài Gòn đóng góp ý kiến.

Có một chuyên gia ra chỉ ra bất cập của bản kế hoạch này: Quyền đi lại của người dân sẽ phụ thuộc vào 6 biến số sau đây: Bạn là ai, Bạn ở đâu, Bạn làm chỗ nào, Tuyến đường (từ nơi ở đến chỗ làm), Công việc (làm gì) và Phương tiện di chuyển. Xây dựng kế hoạch đi lại ở

một thành phố 10 triệu người (thực tế là khoảng 14 triệu, trước dịch) thì phải tính hết, ít nhất, 6 biến số trên.

Cả 6 yếu tố này đều xuất hiện trong Dự thảo kế hoạch nêu trên, đặt ở những đoạn khác nhau trong văn bản. Khi ráp nối cả 6 biến số này lại thành một bản đồ, chúng ta thấy Dự thảo đã mở yếu tố này thì khóa yếu tố kia. Bởi lẽ, nó yêu cầu tất cả 6 yếu tố này đều "xanh" thì mới di chuyển được.

Xác suất để một người thỏa mãn tất cả 6 biến số nói trên (tất cả đều xanh) là rất thấp.

Có bao nhiêu phần trăm dân số Sài Gòn thỏa mãn cả 6 biến số này? Ví dụ, bạn có thẻ xanh nhưng nhà ở trong vùng đỏ? Bạn có thẻ xanh, nhà cũng trong vùng xanh, nhưng chỗ làm nằm trong vùng đỏ? Dự thảo không nói đến phương tiện cá nhân. Nếu bạn ở trong vùng xanh, chỗ làm ở vùng xanh, nhưng tuyến đường thì đi qua vùng đỏ… thì sao?

Những người viết kế hoạch này rõ ràng chỉ quan tâm đến từng biến số như là những yếu tố rời rạc, mà không nhận thấy rằng, trong một đại đô thị như Sài Gòn, một đại đô thị vừa bị bão tràn qua, và bão vẫn chưa tan, các biến số nói trên có mối quan hệ chằng chịt như một mạng nhện nhiều tầng.

Đó là chưa kể đến các loại giấy phép được kể trong dự thảo. Giả sử một người "xanh" cả 6 yếu tố trên, bản thân việc xin cho đủ 6 thẻ xanh cũng khiến mọi thứ trở nên hỗn loạn.

Sau ngày 1/10, chúng ta thấy tình hình không như bản kế hoạch mong muốn. Ở chỗ này, người dân đi lại ồ ạt không tuân theo các quy chuẩn bảo đảm an toàn khi “sống chung với virus”, ở chỗ khác, họ lại bị kiểm soát chặt đến mức không cần thiết. Chỉ sau vài ngày, nhiều nơi Sài Gòn đã trở lại như chưa từng có dịch.

Như vậy, các chi tiết của kế hoạch này không được thực thi trên thực tế.

Nó là một trường hợp điển hình để chúng ta thấy năng lực của bộ máy xây dựng quyết sách trong bối cảnh khủng hoảng ở Việt Nam.

Ở các đại đô thị tương tự Hà Nội và Sài Gòn như Singapore hay Tokyo, đơn giản là tất cả những người đang âm tính, không tiếp xúc với nguồn bệnh, không vướng vào đường truyền lây bệnh, tuân thủ các biện pháp an toàn (Việt Nam gọi tắt là 5K) thì đều có thể di chuyển. Nếu mỗi người đều tuân thủ 5K thì dịch bệnh sẽ bị kiềm chế ở mức hệ thống y tế không quá tải.

Ban chỉ đạo quốc gia phòng chống COVID-19: cơ chế của quá trình ra quyết định

Ở trên chúng tôi cho rằng mạng lưới giao thông là cái thuộc về tầm quốc gia, thậm chí quốc tế, không thể chống đại dịch bằng cách băm nhỏ ra giao cho từng địa phương. Điều đó khiến mạng lưới giao thông và chuỗi cung ứng bị phá vỡ.

Tuy nhiên, để lãnh trách nhiệm ra quyết định liên quan đến giao thông một cách hiệu quả khi chống đại dịch, ở bất kỳ quốc gia nào cũng vậy, trung ương phải có những nhóm tư vấn chuyên nghiệp, căn cứ vào thông tin về dịch bệnh, tham vấn với địa phương để ra quyết định kịp thời.

Họ cần ít nhất 2 điều kiện:

1. Về mạng lưới y tế: có hệ thống xét nghiệm, truy vết người nhiễm bệnh một cách nhanh chóng, để cho kết quả tương đối chính xác. Nếu nắm số liệu người bệnh và tốc độ lây lan không đủ chính xác, không thể nắm đúng tình hình dịch bệnh và phán đoán xu hướng một cách đúng đắn.

2. Về bộ phận tư vấn: Có nhóm tư vấn ở cấp chính phủ, chủ yếu là các chuyên gia y tế, quan trọng nhất là chuyên gia về dịch tễ học, người lãnh đạo nhóm phải là chuyên gia đầu ngành về dịch tễ, có thêm một số lượng lớn chuyên gia giúp việc, thu thập và phân tích thông tin liên quan đến các diễn biến dịch bệnh, phân tích diễn biến một cách khoa học để có thể dự báo xu hướng.

Trong 2 yếu tố trên, về yếu tố mạng lưới y tế, TS. Nguyễn Tiến Huy, Phó giáo sư Trường Y tế Nhiệt đới và Sức khỏe Toàn cầu, Đại học Nagasaki, cho chúng tôi biết rằng, kỹ thuật và quy

định xét nghiệm của Việt Nam có thể dẫn đến kết quả không chính xác khá lớn với thực tế, tạo ra kết quả “dương tính giả" hoặc bỏ sót ca nhiễm, dẫn đến các con số lây nhiễm không theo quy luật nào cả, làm cho người nghiên cứu và người ra quyết định không thể đánh giá và phán đoán xu hướng một cách tương đối chính xác. Người nghiên cứu có thể dựa vào số ca tử vong, là con số tương đối chính xác, để phán đoán về con số lây nhiễm thực và xu hướng của nó, nhưng dẫu sao đó cũng chỉ là phán đoán gián tiếp.

Ở đây tôi không đánh giá về mạng lưới y tế của Việt Nam mà tập trung bàn về riêng về bộ máy ra quyết định. Dễ thấy là nó có vấn đề nghiêm trọng về “cơ cấu". Từng cá nhân có thể giỏi, nhưng một khi cơ cấu sai thì cá nhân giỏi trong bộ máy đó cũng sẽ dễ dàng trở nên vô hiệu hoá.

Ngày 21/7, Bộ Y tế đăng tin Việt Nam thành lập "Tổ công tác đặc biệt của Chính phủ thực hiện công tác phòng, chống dịch COVID-19".

Chúng ta có thể thấy gì khi nhìn “cơ cấu" Ban lãnh đạo và thành viên của “Tổ công tác đặc biệt" này?

Tổ trưởng là Thứ trưởng Bộ Quốc phòng, Tổ phó là Thứ trưởng Bộ Công an, Tổ phó thứ hai là Thứ trưởng Bộ Y tế. Các thành viên còn lại là thứ trưởng các Bộ khác. Tất cả những người này vốn đang phải điều hành những việc khác, kiêm nhiệm việc chống dịch, lại không có chuyên môn dịch tễ học.

Hai nhân vật quyền lực nhất của Tổ này là tướng quân đội và công an cho thấy chính quyền lo ngại các rủi ro chính trị hơn là nguy cơ về mặt y tế.

Khó có thể giải thích hai vị tướng lực lượng vũ trang nắm Tổ công tác đặc biệt này là vì ở Việt Nam công an và quân đội tham gia chống dịch. Bởi lẽ công an và quân đội chỉ làm được một việc duy nhất là gác các chốt kiểm dịch và chặn giao thông. Bộ đội được giao “đi chợ hộ" ở 14 quận trong Sài Gòn và buộc phải chấm dứt sau một tuần vì chỉ làm cho mọi thứ thêm hỗn loạn.

Khi quyết định về việc mở cửa Tp. HCM, một quyết định phải tính toán đúng đắn cả về mặt dịch tễ học lẫn kinh tế - xã hội - con người, những người được giao nghiên cứu xây dựng kế hoạch cũng là hai quan chức, Bộ trưởng Y tế và Thứ trưởng Quốc phòng trong Tổ công tác nêu trên. Không có nhóm chuyên gia nào được mời tham vấn, cũng không có nhóm chuyên gia độc lập nào được mời để phản biện kế hoạch trước khi công bố.

Điều này hoàn toàn khác với các nước như Mỹ, Nhật, tổng thống hay thủ tướng chịu trách nhiệm cuối cùng nhưng có các tổ chuyên gia về dịch tễ chịu trách nhiệm chuyên môn trước xã hội, người đứng đầu tổ chuyên gia này mỗi ngày đều họp báo với công chúng, công khai khuyến nghị lãnh đạo quốc gia đưa ra các quyết định, và chịu trách nhiệm trước xã hội về những khuyến nghị của mình.

Có thể đặt câu hỏi, tại sao Ban chỉ đạo quốc gia phòng, chống dịch COVID-19 thành lập ngày 30/1/2020 cũng chỉ toàn quan chức, nhưng năm 2020 Việt Nam chống dịch thành công?

Câu trả lời có thể nằm ở quy mô lớn của đợt bùng phát năm 2021 và biến chủng Delta. Quy mô lớn, biến chủng lây lan nhanh hơn tốc độ truy vết, khiến các công cụ và ý chí của nhà nước chuyên chế trở nên bất lực. Lúc này, Việt Nam cần đến cái mà nó chưa từng có:

1. Như đã nói ở phần trước, đó là một xã hội dân sự vững mạnh, người dân tự tổ chức để giải quyết các vấn đề của mình, khi mà xã hội rơi vào đại khủng hoảng đến mức những nhà nước hùng mạnh nhất cũng không với tới được.

2. Một nhà nước vận hành theo khoa học, lý trí, không dùng “ý chí chính trị" để “vét sạch F0” bằng cách phong toả hàng triệu người mà không cần tính xem họ sẽ kiếm nhu yếu phẩm ở đâu, mà ngược lại, dùng chuyên gia kỹ trị để giải quyết các vấn đề thực tiễn.

3. Tinh thần chịu trách nhiệm cá nhân: Nhà nước kỹ trị sử dụng chuyên gia thì luôn gắn với trách nhiệm cá nhân của lực lượng tư vấn và người ra quyết định.

Cả 3 yếu tố Việt Nam thiếu này đều khó có thể hình thành ngày một ngày hai.

Trách nhiệm tập thể đã trở thành bệnh mãn tính truyền lại từ hệ thống quan liêu xã hội chủ nghĩa. Về lý thuyết thì Việt Nam vẫn có thể sửa chữa được lỗi “hệ điều hành" này của hệ thống. Nhưng trên thực tế, từng cá nhân của hệ thống không có nhu cầu về mặt lợi ích phải sửa chữa, dù việc sửa chữa rõ ràng không chỉ đem lại lợi ích cho dân mà còn cho hệ thống chính trị của Đảng Cộng sản một cách dài hạn.

Việc sửa chữa này, do đó không có khả năng xuất hiện “từ dưới lên" mà phải do ý chí và tài năng của lãnh đạo “từ trên xuống".

Giả sử ở Việt Nam, trung ương muốn nắm quyền quản lý hệ thống giao thông trong bối cảnh đại dịch, thì Ban Chỉ đạo quốc gia hay Tổ Công tác đặc biệt phải có các think tanks hỗ trợ. Nhóm tư vấn phải có cố vấn trưởng, chịu trách nhiệm cá nhân, có các chuyên gia dịch tễ học làm nòng cốt, nhưng có cả các chuyên gia phân tích cụ thể các biến số khác như địa lý, mật độ dân cư, mạng lưới giao thông, chuỗi cung ứng, đường truyền lây nhiễm….

Họ phải có các đội nghiên cứu nắm bắt và phân tích thông tin kịp thời, chính xác. Họ phải tham vấn với các think tanks địa phương, nhận các phản hồi, phản biện nhanh chóng từ các think tanks khác để ra quyết định, đồng thời, nhanh chóng phân tích dữ liệu mới để thay đổi kịp thời các quyết định cũ, dù có thể vừa ban hành trước đó vài tiếng đồng hồ.

Tương tự với vấn đề quản lý mạng lưới giao thông trong đại dịch, các vấn đề khác cũng thế. Việt Nam không có nhiều nguồn lực để trả giá cho cảm xúc “ý chí chính trị". Mỗi lần trả giá là mất hàng vạn sinh mạng và những cơ hội có thể tính bằng thế hệ. Muốn ra quyết sách dựa trên trí tuệ, bản thân cấu trúc và tiến trình ra quyết định cũng phải được thiết kế một cách có trí tuệ.

Điều đó cũng có nghĩa là Việt Nam không phải chỉ cần một hai think tanks của chính phủ để giúp nhà nước ra quyết định (ngay cả điều này thì Việt Nam cũng chưa từng có, vì “Tổ Công tác đặc biệt" không hoạt động và có cấu trúc như một think tank), mà còn cần có hành lang pháp lý để xây dựng một mạng lưới các think tanks trong một xã hội dân sự, được phát triển

tự do, trở thành một giai tầng xã hội. (Xem: Xây dựng tầng lớp tư duy chiến lược chuyên nghiệp để sinh tồn, 2010).

Khi các tổ chức “dân sự" nhà nước hoá đã trở thành những cơ quan hành chính, con người trong những tổ chức đó làm việc đơn giản như những công chức hành chính của nhà nước, trong khi đó, xã hội dân sự đích thực thì có nhiều điểm sáng nhưng chưa trưởng thành. Quá trình ra quyết định thì được thiết kế sao cho từng nhà lãnh đạo tránh được trách nhiệm cá nhân để đẩy trách nhiệm cho một tập thể vô hình. Hệ thống quan liêu bên dưới thì tuân theo mệnh lệnh và quy định của cấp trên một cách máy móc chứ không theo luật pháp. Làm thế nào Việt Nam chống đỡ được những khủng hoảng tương tự trong tương lai?

Bài học của Manila ở Philippines, một đại đô thị tương tự như Sài Gòn: cho đến nay, đã lần lượt phong toả đến 8 tháng mà vẫn chưa thấy lối ra. Dhaka, thủ đô Bangladesh, có quy mô dân số lớn hơn Sài Gòn nhưng nguồn lực kinh tế ít hơn, đã chống dịch thành công và chưa bao giờ để cho hệ thống y tế quá tải.

VOA Tiếng Việt