

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**ĐẶNG QUANG TẤN**

**THỰC TRẠNG NĂNG LỰC  
TRUNG TÂM KIỂM DỊCH Y TẾ QUỐC TẾ VIỆT NAM  
ĐÁP ỨNG YÊU CẦU ĐIỀU LỆ Y TẾ QUỐC TẾ**

**CHUYÊN NGÀNH: DỊCH TỄ HỌC**

**MÃ SỐ: 62 72 01 17**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC**

**Hà Nội -2019**

**Công trình được hoàn thành tại**  
**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*

**Người hướng dẫn khoa học:**

**1. PGS. TS. Nguyễn Thúy Hoa**

**2. PGS. TS. Trần Thanh Dương**

Phản biện 1: .....

.....

Phản biện 2: .....

.....

Phản biện 3: .....

.....

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện,  
họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, vào hồi..... giờ.....

Ngày      tháng      năm 2019

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Kiểm dịch y tế biên giới đóng vai trò quan trọng trong việc kịp thời phát hiện, ngăn chặn các bệnh dịch nguy hiểm xâm nhập góp phần đảm bảo an ninh y tế quốc gia. Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam đã góp phần tích cực vào phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm lan truyền qua cửa khẩu. Điều lệ Y tế quốc tế (IHR) quy định các quốc gia có đủ năng lực cơ bản trong đáp ứng và phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng. Việc đánh giá năng lực các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế của Việt Nam trong bối cảnh toàn cầu hoá và hội nhập quốc tế đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế qua đó đề xuất định hướng phát triển đáp ứng được tình hình và yêu cầu trong giai đoạn hiện nay giúp nâng cao năng lực quốc gia ngăn chặn các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm lan truyền qua biên giới. Đề tài nghiên cứu “*Thực trạng năng lực Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế Việt Nam đáp ứng yêu cầu Điều lệ Y tế quốc tế*” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng năng lực Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế của Việt Nam đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016.
2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola có nguy cơ xâm nhập tại cửa khẩu.

### **NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

1. Nghiên cứu đầu tiên thực hiện tại tất cả 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế Việt Nam đánh giá thực trạng về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị thiết yếu và năng lực ứng phó dịch bệnh lan truyền qua cửa khẩu theo hướng tiếp cận của Điều lệ Y tế quốc tế trong bối cảnh hội nhập quốc tế.
2. Nghiên cứu áp dụng biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola khẳng định các biện pháp can thiệp thông qua tập huấn sâu cho cán bộ kiểm dịch y tế là có hiệu quả trong phòng chống dịch bệnh xâm nhập.
3. Nghiên cứu đã cho thấy một số bất cập, hạn chế của hệ thống kiểm dịch y tế biên giới của Việt Nam, làm cơ sở đề xuất các khuyến nghị nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống kiểm dịch y tế biên giới.

## **BỘ CỤC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án gồm 146 trang, 4 chương, 37 bảng, 02 biểu đồ và 08 hình vẽ; Phần phụ lục gồm 119 tài liệu tham khảo (59 tiếng Việt, 60 tiếng Anh) và các công cụ điều tra. Trong đó: Đặt vấn đề (2 trang); Mục tiêu nghiên cứu (1 trang); Chương 1 - Tổng quan (30 trang); Chương 2 - Phương pháp nghiên cứu (18 trang); Chương 3 - Kết quả nghiên cứu (32 trang); Chương 4 - Bàn luận (22 trang); Kết luận (2 trang); Khuyến nghị (1 trang) và danh mục công trình nghiên cứu (01 trang).

### **CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN**

#### **1.1. Đại cương về kiểm dịch y tế và Điều lệ Y tế quốc tế**

##### ***1.1.1. Lịch sử và khái niệm về kiểm dịch y tế***

Hoạt động kiểm dịch y tế trên thế giới đã có từ đầu Thế kỷ XIV để bảo vệ các thành phố ven biển tránh khỏi sự lây lan của dịch hạch. Các hoạt động kiểm dịch y tế nhằm mục đích chung là bảo vệ cộng đồng không bị lây nhiễm bởi các bệnh dịch truyền nhiễm lan truyền từ nơi khác đến, do một cơ quan, tổ chức thực hiện dựa trên các quy định, luật pháp của quốc gia đó. “Kiểm dịch y tế là việc kiểm tra y tế để phát hiện các bệnh phải kiểm dịch và để giám sát các bệnh truyền nhiễm đối với người, các phương tiện vận tải khi nhập cảnh, xuất cảnh, những hành lý, hàng hóa, bưu phẩm, bưu kiện khi nhập khẩu, xuất khẩu phù hợp với các quy định của Điều lệ Y tế quốc tế về kiểm dịch y tế biên giới”.

##### ***1.1.2. Dịch bệnh truyền nhiễm trong bối cảnh toàn cầu hoá***

Trên thế giới các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới nổi, tái nổi có diễn biến phức tạp và luôn tiềm ẩn nguy cơ bùng phát và trở thành đại dịch. Những năm gần đây, một số dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm như: cúm A(H7N9), cúm A(H5N1), MERS-CoV, Ebola, sốt vàng... đã ghi nhận ở nhiều nơi. Trong xu hướng toàn cầu hóa hiện nay, việc đi lại, giao thương giữa các quốc gia trên thế giới đã tạo điều kiện thuận lợi để các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch lây lan dễ dàng giữa các quốc gia và giữa các châu lục.

##### ***1.1.3. Vai trò của kiểm dịch y tế biên giới trong phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm***

Trong bối cảnh toàn cầu hoá, vai trò của kiểm dịch y tế biên giới ngày càng quan trọng và là một phần không thể thiếu của hệ thống giám sát và phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm. Kiểm

dịch y tế biên giới có vai trò vô cùng quan trọng và cần thiết để đảm bảo an ninh y tế quốc gia và góp phần đảm bảo an ninh y tế toàn cầu. Các cơ quan kiểm dịch y tế được coi như đơn vị tiền đồn, là lực lượng tuyến đầu trong việc phát hiện, ngăn chặn và phòng ngừa dịch bệnh truyền nhiễm xâm nhập qua biên giới.

#### **1.1.4. Điều lệ Y tế quốc tế**

Điều lệ Y tế quốc tế (IHR) là tài liệu pháp lý quốc tế áp dụng đối với tất cả các quốc gia cam kết thực hiện nhằm phòng ngừa, bảo vệ, kiểm soát và đáp ứng các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, các sự kiện y tế công cộng có khả năng lây lan quốc tế. IHR quy định quốc gia cần cùng có 13 năng lực cơ bản trong đó có năng lực về cửa khẩu. Theo yêu cầu của IHR, năng lực cửa khẩu cơ bản gồm:

- Các năng lực thường xuyên sẵn có tại cửa khẩu: Sẵn sàng về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực có đủ khả năng kiểm tra, giám sát các đối tượng phải kiểm dịch y tế; Sẵn sàng các dịch vụ y tế để giám sát, phát hiện và xử lý y tế đối với các đối tượng kiểm dịch tại cửa khẩu; Sẵn sàng trang thiết bị cần thiết để vận chuyển hành khách bị bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm.

- Các năng lực ứng phó với các sự kiện khẩn cấp về y tế công cộng gây quan ngại cho cộng đồng quốc tế: Thực hiện các hoạt động giám sát tại cửa khẩu đối với hành khách xuất, nhập cảnh; Bố trí khu vực tại cửa khẩu; Áp dụng các biện pháp xử lý y tế tại khu vực cửa khẩu.

### **1.2. Kiểm dịch y tế biên giới trên thế giới**

Trên thế giới, các quốc gia đều thực hiện IHR theo yêu cầu của Tổ chức Y tế thế giới, trong đó kiểm dịch y tế quốc tế là nội dung bắt buộc thực hiện. Các quốc gia có mô hình tổ chức và hoạt động kiểm dịch y tế khác nhau, song về cơ bản đều có mục đích chung là giám sát và kiểm soát chặt chẽ các đối tượng kiểm dịch y tế khi qua biên giới (bao gồm: người, phương tiện, hàng hóa) để phát hiện và ngăn chặn lây lan các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

### **1.3. Kiểm dịch y tế biên giới tại Việt Nam**

#### **1.3.1. Cơ sở pháp lý thực hiện kiểm dịch y tế biên giới**

Công tác kiểm dịch y tế biên giới tại Việt Nam thực hiện theo Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Nghị định của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng chống bệnh truyền

nhiệm về kiểm dịch y tế biên giới; các văn bản của Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan hướng dẫn về hoạt động kiểm dịch y tế biên giới.

### **1.3.2. Hệ thống tổ chức kiểm dịch y tế biên giới**

Tuyển Trung ương có Cục Y tế dự phòng trực tiếp tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế và chỉ đạo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới trên phạm vi toàn quốc. Các Viện Vệ sinh Dịch tễ, Viện Pasteur chỉ đạo, giám sát hỗ trợ về chuyên môn kỹ thuật kiểm dịch y tế biên giới cho các địa phương. Tuyển tỉnh, ngoài 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế (TT KDYTQT) còn có 29 Trung tâm Y tế dự phòng có hoạt động kiểm dịch y tế biên giới tại các cửa khẩu đường không, đường bộ, đường thủy và đường sắt.

## **CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng năng lực Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế của Việt Nam đáp ứng các yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016**

#### **2.1.1. Mô tả thực trạng năng lực Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế của Việt Nam**

##### *2.1.1.1. Đối tượng nghiên cứu*

- Cơ sở vật chất, nhân lực, trang thiết bị các TT KDYT quốc tế.
- Cán bộ quản lý, chuyên môn về lĩnh vực KDYT tại Cục Y tế dự phòng và các TT KDYT quốc tế.
- Các báo cáo hàng năm, báo cáo đánh giá, số liệu thống kê của Cục Y tế dự phòng, của các TT KDYT quốc tế.
- Các văn bản về pháp lý, chuyên môn nghiệp vụ về kiểm dịch y tế biên giới.

##### *2.1.1.2. Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 1 - 6/2016.

##### *2.1.1.3. Địa điểm nghiên cứu:* Cục Y tế dự phòng và 13 TT KDYT quốc tế của Việt Nam.

##### *2.1.1.4. Thiết kế nghiên cứu:* điều tra cắt ngang, có phân tích so sánh, kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính.

##### *2.1.1.5. Cỡ mẫu:*

- Nghiên cứu định lượng: chọn chủ đích tất cả 13 TT KDYTQT.
- Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo của 13 TTKDYT quốc tế và Lãnh đạo Cục Y tế dự phòng, Phòng KDYT biên giới.

2.1.1.6. *Nội dung nghiên cứu:* Nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và các năng lực cửa khẩu theo yêu cầu của IHR.

2.1.1.7. *Biến số nghiên cứu:* Các biến số về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực theo các nội dung nghiên cứu.

2.1.1.8. *Công cụ nghiên cứu:* Sử dụng phiếu thu thập thông tin định lượng và mẫu câu hỏi bán cấu trúc cho phỏng vấn sâu.

## **2.1.2. Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ kiểm dịch y tế trong giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola năm 2016**

2.1.2.1. *Đối tượng nghiên cứu:* Cán bộ chuyên môn và quản lý làm việc tại các TT KDYT quốc tế các tỉnh/thành phố.

2.1.2.2. *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 1 - 6/2016.

2.1.2.3. *Địa điểm nghiên cứu:* 13 TT KDYT quốc tế.

2.1.2.4. *Thiết kế nghiên cứu:* Điều tra cắt ngang, có phân tích kết quả nghiên cứu định lượng.

2.1.2.5. *Cỡ mẫu nghiên cứu:* 195 cán bộ kiểm dịch y tế.

Cỡ mẫu n được chọn áp dụng theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE \quad \text{Trong đó:}$$

Z: hệ số tin cậy = 1,96.

p: là tỉ lệ cán bộ KDYT trả lời đúng yêu cầu chuyên môn.  
chọn p = 0,5 để đạt cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất; q = 1 - p = 0,5

d: là sai số cho phép (chọn là 10%); DE: là hiệu lực thiết kế = 2

2.1.2.6. *Phương pháp chọn mẫu:* chọn ngẫu nhiên 15 cán bộ kiểm dịch y tế của các TT KDYT quốc tế.

2.1.2.7. *Nội dung nghiên cứu:* Nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi của cán bộ KDYT đối với giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola.

2.1.2.8. *Biến số nghiên cứu:* Theo các nội dung nghiên cứu.

2.1.2.9. *Quy trình nghiên cứu:* Theo các bước điều tra thực địa.

2.1.2.10. *Công cụ nghiên cứu:* Bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân.

## 2.2. Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả một số can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola có nguy cơ xâm nhập tại cửa khẩu

Năm 2015 dịch bệnh do vi rút Ebola đã bùng phát mạnh tại châu Phi và trở thành sự kiện y tế công cộng gây quan ngại quốc tế và nguy cơ lây lan quốc tế rất lớn. Dịch bệnh do vi rút Ebola được chọn để đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch lây lan vào Việt Nam.

2.2.1. *Đối tượng nghiên cứu*: Các cán bộ kiểm dịch y tế ở các Trung tâm KDYT quốc tế can thiệp và các Trung tâm đối chứng.

2.2.2. *Thời gian can thiệp*: 7 tháng, từ 12/2016 đến 7/2017.

2.2.3. *Địa điểm can thiệp*:

- 3 cửa khẩu can thiệp: Lào Cai, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh.

- 3 cửa khẩu đối chứng: Lạng Sơn, Khánh Hoà, Hải Phòng.

2.2.4. *Thiết kế nghiên cứu can thiệp*: Can thiệp có đối chứng, kết hợp phân tích kết quả trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả.

2.2.5. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu toàn bộ tất cả cán bộ KDYT tại 04 Khoa chuyên môn của Trung tâm.

2.2.6. *Nội dung nghiên cứu*: Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola của cán bộ KDYT.

2.2.7. *Các biện pháp can thiệp*: Tập huấn sâu về các văn bản pháp quy, các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật, quy trình giám sát và tổ chức thực hiện giám sát hỗ trợ tại các TT KDYT quốc tế.

2.2.8. *Biến số nghiên cứu*: Theo các nội dung nghiên cứu.

2.2.9. *Đánh giá hiệu quả can thiệp*: Sử dụng chỉ số hiệu quả (CSHQ), được tính theo công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_1 - p_2| \times 100}{p_1} \quad \text{Trong đó:}$$

-  $p_1$  là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp.

-  $p_2$  là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm sau can thiệp.

Hiệu quả thực sự của can thiệp (HQCT) được tính bằng cách so sánh trước sau và so sánh với nhóm chứng:

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ}_{(\text{nhóm can thiệp})} - \text{CSHQ}_{(\text{nhóm chứng})}$$



2.2.10. *Các bước thực hiện:* Theo quy trình thực hiện can thiệp.

2.2.11. *Công cụ nghiên cứu:* Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân.

2.3. *Sai số nghiên cứu:* Các sai số thường xảy ra trong quá trình thu thập số liệu và nhập số liệu. Khắc phục sai số thông qua thiết kế và thử nghiệm bộ công cụ, lựa chọn điều tra viên kinh nghiệm, khách quan, trung thực.

2.4. *Xử lý, phân tích số liệu:* Số liệu làm sạch trước khi nhập bằng Epidata 3.1. Xử lý số liệu trên phần mềm Stata 12.

2.5. *Đạo đức nghiên cứu:* Hội đồng Khoa học và Đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua.

### CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Thực trạng năng lực Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế của Việt Nam đáp ứng các yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016**

**3.1.1. Thực trạng về các năng lực thường xuyên tại cửa khẩu**

**3.1.1.1. Các loại hình cửa khẩu của TT KDYT quốc tế**

Tính đến năm 2016, cả nước có 13 TT KDYTQT phụ trách 65 cửa khẩu gồm 19 cửa khẩu quốc tế và 46 cửa khẩu quốc gia, cửa khẩu phụ và lối mở, trong đó có: 5 cửa khẩu đường hàng không, 22 cửa khẩu đường biển và 38 cửa khẩu đường bộ.

**3.1.1.2. Tổ chức khoa chuyên môn tại TT KDYT quốc tế**

Kết quả đánh giá năm 2016 cho thấy có 9/13 TT KDYT quốc tế có đủ 4 khoa chuyên môn (69,2%); 13/13 (100%) Trung tâm thành lập Khoa Kiểm dịch y tế và Khoa Xử lý y tế theo Quyết định 14/2007/QĐ-BYT quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của TT KDYT quốc tế

**3.1.1.3. Thực trạng về nhân lực của TT KDYT quốc tế**

Tổng số cán bộ biên chế của 13 TT KDYT quốc tế tính đến năm 2016 là 389 người, với trung bình 30 cán bộ/đơn vị, trong đó có 48,1% số cán bộ chuyên ngành y; 6,7% số cán bộ chuyên ngành dược. Có 4/13 Trung tâm có đủ và vượt số cán bộ biên chế so với quy định tại Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV về định biên trong các cơ sở y tế công lập. Số cán bộ biên chế thuộc 13 TT KDYT quốc tế chỉ đáp ứng được 74,2% so với nhu cầu.

Có 16,7% số cán bộ KDYT là bác sỹ hoặc cử nhân; trình độ sau đại học chỉ chiếm 10,3%. 52,4% số cán bộ làm công tác kiểm dịch có

sử dụng tiếng Anh (204 người). Có 10,8% số cán bộ sử dụng thành thạo vi tính tại các TT KDYT quốc tế.

#### **3.1.1.4. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị**

Tất cả 13 TT KDYT trên cả nước đã có trụ sở làm việc riêng, 100% Trung tâm có hệ thống cấp nước sạch. 100% số cửa khẩu quốc tế có phòng làm việc chuyên môn kiểm dịch y tế. Tại các cửa khẩu quốc gia và các cửa khẩu phụ tỷ lệ này lần lượt là 80,9% và 19,2.

Có 77,8% cửa khẩu quốc tế bố trí phòng cách ly cho trường hợp nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm, tuy vậy mới chỉ có 20,5% số cửa khẩu này có khu vực xử lý y tế riêng.

Trang thiết bị y tế: có 11/13 TT KDYT quốc tế có khoa xét nghiệm theo Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT. Tại 65 cửa khẩu do các TT KDYT quốc tế quản lý đã được trang bị 45 máy đo thân nhiệt từ xa, 78 máy đo thân nhiệt di động và cầm tay. 100% cửa khẩu quốc tế hàng không đã được trang bị máy đo thân nhiệt từ xa.

Trang thiết bị xử lý y tế: Chỉ có 10,8% số cửa khẩu có bố trí hệ thống khử trùng tự động. Tất cả các cửa khẩu đều có ít nhất 01 máy phun hoá chất ULV và máy phun hoá chất chạy điện để dùng phun khử trùng phương tiện vận tải.

Tất cả các TT KDYT quốc tế đều được trang bị từ 01 đến 03 ô tô cho đường bộ; chỉ có TT KDYT quốc tế TP. Hồ Chí Minh có ca nô riêng cho công tác kiểm dịch y tế đường thủy.

Tất cả 19/19 cửa khẩu quốc tế và 39/46 cửa khẩu quốc gia được trang bị điện thoại cố định, máy vi tính có kết nối internet.

#### **3.1.2. Thực trạng năng lực ứng phó với các trường hợp khẩn cấp về y tế công cộng**

Bảng 3.11. Số lượt đối tượng phải KDYT được kiểm tra theo năm

Năm	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Số lượt (người)	6.320.083	6.221.377	8.652.963	13.350.000	19.857.993	31.527.930
Phương tiện đường bộ	334.894	297.134	351.354	412.200	702.870	1.494.514
Phương tiện đường không	58.237	55.048	62.367	78.060	88.053	122.604
Phương tiện đường thủy	33.687	33.200	34.586	35.220	49.002	60.459
Hàng hoá (tấn)	4.616.257	4.532.170	5.102.050	5.562.450	8.642.846	15.047.094

Kết quả kiểm dịch y tế tại bảng 3.11 cho thấy kết quả hoạt động kiểm dịch y tế tăng theo các năm từ năm 2012 đến 2016 đối với các đối tượng kiểm dịch y tế là: người, phương tiện vận tải và hàng hóa.

Có 09/13 TT KDYT quốc tế thực hiện việc giám sát trung gian truyền bệnh như giám sát mật độ chuột, chỉ số bọ chết, mật độ muỗi.

### 3.1.3. Thực trạng về phối hợp liên ngành tại cửa khẩu

13 TT KDYT quốc tế đều có văn bản thoả thuận phối hợp liên ngành giữa cơ quan kiểm dịch y tế và các cơ quan, đơn vị khác tại cửa khẩu, đặc biệt là trong thời gian dịch bệnh Ebola, MERS-CoV... diễn biến phức tạp trên thế giới.

### 3.1.4. Kết quả thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế tại Việt Nam

#### 3.1.4.1. Kết quả thực hiện 13 năng lực cơ bản của IHR

Bảng 3.12. Kết quả tổng hợp đánh giá các năng lực cơ bản IHR

TT	Năng lực cơ bản	% đáp ứng yêu cầu IHR					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Pháp luật, chính sách, tài chính quốc gia	60	80	80	100	100	100
2	Điều phối IHR, thông tin, vận động chính sách	57	83	100	100	100	94
3	Giám sát	61	66	88	88	100	96
4	Đáp ứng	92	85	85	89	89	93
5	Chuẩn bị ứng phó	59	85	95	95	95	86
6	Truyền thông nguy cơ	33	70	80	100	100	100
7	Nguồn nhân lực	57	85	85	100	100	100
8	Phòng xét nghiệm	48	95	100	100	100	91
9	Cửa khẩu	59	89	84	89	94	68
10	Bệnh lây truyền từ động vật sang người	100	92	100	100	100	100
11	An toàn thực phẩm	90	83	100	100	100	92
12	Sự cố hoá chất	38	44	88	88	88	83
13	Tình trạng khẩn cấp về bức xạ hạt nhân	75	64	100	100	100	82

Kết quả đánh giá hàng năm tại Bảng 3.12 cho thấy Việt Nam đã có những cải thiện về 13 năng lực cơ bản của IHR trong giai đoạn 2012-2014. Tuy vậy, kết quả đánh giá năm 2017 cho thấy một số năng lực cơ bản có tỷ lệ % đáp ứng theo yêu cầu IHR thấp hơn so với năm 2016.

### 3.1.4.2. Kết quả đánh giá năng lực cửa khẩu đáp ứng Điều lệ Y tế quốc tế

Năng lực cơ bản về cửa khẩu được đánh giá theo 03 nhóm chỉ số: Hoạt động chung đã thực hiện tại các cửa khẩu; Năng lực thường xuyên tại cửa khẩu; Năng lực đáp ứng tại cửa khẩu. Kết quả đánh giá về năng lực cửa khẩu trong giai đoạn 2012 -2017 được trình bày tại bảng 3.13.

Bảng 3.13. Kết quả đánh giá thực hiện IHR lĩnh vực cửa khẩu, 2012- 2017.

Năm	Nhóm chỉ số đánh giá						% đáp ứng
	Hoạt động chung tại các cửa khẩu		Năng lực thường xuyên tại cửa khẩu		Năng lực đáp ứng tại cửa khẩu		
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	
<b>2012</b>	8/12	4/12	1/3	2/3	1/2	1/2	<b>59</b>
<b>2013</b>	13/14	1/14	1/2	1/2	3/3	0/3	<b>89</b>
<b>2014</b>	13/14	1/14	2/2	0/2	1/2	2/3	<b>84</b>
<b>2015</b>	13/14	1/14	2/2	0/2	2/3	1/3	<b>89</b>
<b>2016</b>	13/14	1/14	2/2	0/2	3/3	0/3	<b>94</b>
<b>2017</b>	10/14	4/14	2/2	0/2	1/3	2/3	<b>68</b>

Kết quả đánh giá cho thấy:

- Nhóm hoạt động chung tại cửa khẩu: Có sự cải thiện các chỉ số trong nhóm (8/12 chỉ số “có hoạt động” năm 2012, tăng lên thành 13/14 chỉ số “có hoạt động” các năm 2013-2016) nhưng giảm xuống năm 2017.

- Nhóm chỉ số về xây dựng năng lực thường xuyên tại cửa khẩu đã có sự cải thiện ổn định từ năm 2014 đến 2017.

- Nhóm chỉ số về năng lực đáp ứng tại cửa khẩu chưa có sự ổn định theo các năm theo yêu cầu của IHR.

### 3.1.5. Kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ kiểm dịch y tế trong giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola năm 2016

#### 3.1.5.1. Đặc điểm nhóm cán bộ tại TTKDYT quốc tế

Có 59,4% các cán bộ KDYT tham gia nghiên cứu can thiệp là nam; 61,0% ở độ tuổi trên 35 tuổi. Trình độ học vấn của cán bộ KDYT phần lớn là trung cấp/cao đẳng và đại học/cử nhân lần lượt chiếm 47,7% và 34,9%. Trình độ chuyên môn y là 82,6% và các chuyên ngành khác là 17,4%.

### 3.1.5.2. Kiến thức về dịch bệnh do vi rút Ebola

#### a) Kiến thức về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền bệnh

Bảng 3.15. Kiến thức về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền

Kiến thức	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
<b>Tác nhân gây bệnh</b>		
Do vi rút	157	80,6
Do vi khuẩn	35	17,9
Ký sinh trùng	1	0,5
<b>Đường lây truyền bệnh chính</b>		
Tiêu hóa	26	13,4
Nước ô nhiễm	17	8,7
Qua côn trùng (muỗi, bọ chét)	35	17,9
Tiếp xúc qua máu, da, niêm mạc	114	58,5

Bảng 3.15, cho thấy kiến thức của cán bộ KDYT về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền Ebola, có 80,6% cán bộ KDYT hiểu biết đúng tác nhân gây bệnh do vi rút. Có 58,5% người trả lời đúng đường lây truyền bệnh Ebola qua đường máu, da, niêm mạc.

#### b) Kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola

Trên một nửa cán bộ KDYT được hỏi biết được 2 triệu chứng thường gặp khi mắc bệnh do vi rút Ebola là xuất huyết hoặc chảy máu cam (57,8%) và nôn/buồn nôn, tiêu chảy cấp (53,4%). Có 71,3% số cán bộ KDYT biết được triệu chứng sốt, đau đầu, đau cơ là triệu chứng khởi phát của bệnh.

#### c) Kiến thức về tiêu chuẩn ca bệnh giám sát của bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.16. Kiến thức về tiêu chuẩn ca bệnh giám sát bệnh do vi rút Ebola

Tiêu chuẩn xác định ca bệnh giám sát	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Sốt cao đột ngột	132	67,7
Tiêu chảy, nôn, buồn nôn	94	48,2
Mệt mỏi, đau đầu, đau cơ	114	58,5
Có tiền sử ở/đi/đến từ vùng/quốc gia có dịch hoặc tiếp xúc gần với người bị bệnh Ebola hoặc động vật nhiễm vi rút Ebola trong vòng 21 ngày	147	75,4
Có tiếp xúc trực tiếp với trường hợp bệnh trong bất cứ hoàn cảnh nào	50	25,6

Bảng 3.16 cho thấy có tới 75,4% cán bộ KDYT có hiểu biết đúng về tiêu chuẩn để xác định ca bệnh giám sát đối với bệnh do vi rút Ebola về tiền sử ở, đi, đến vùng có dịch trong vòng 21 ngày. Tuy

nhiên, vẫn có 25,6% cán bộ KDYT chưa xác định được các tiêu chuẩn quan trọng như tiếp xúc trực tiếp với trường hợp bệnh.

### 3.1.5.3. Thái độ đối với dịch bệnh do vi rút Ebola

#### a) Thái độ về mức độ nguy hiểm của dịch bệnh

Bảng 3.18. Thái độ về mức độ nguy hiểm của bệnh Ebola đối với sức khỏe

Sự nguy hiểm của bệnh Ebola	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Rất nguy hiểm	31	15,9
Nguy hiểm	96	49,2
Bình thường	62	31,8
Ít nguy hiểm	6	3,1
Không nguy hiểm	0	0,0

Bảng 3.18 cho thấy cán bộ KDYT đã biết sự nguy hiểm của dịch bệnh do vi rút Ebola với 49,2% cho rằng dịch bệnh Ebola ở mức nguy hiểm hoặc rất nguy hiểm (15,9%) đối với sức khỏe.

#### b) Thái độ về sự cần thiết giám sát tại cửa khẩu

Bảng 3.19. Thái độ về sự cần thiết giám sát Ebola tại cửa khẩu

Sự cần thiết cần sàng lọc	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Cần thiết phải giám sát theo quy định đối với tất cả hành khách	142	72,8
Chỉ giám sát các trường hợp nghi ngờ	47	24,1
Không nhất thiết phải giám sát	6	3,1
Không cần thiết giám sát	0	0,0

Kết quả tại Bảng 3.19 cho thấy 72,8% cán bộ KDYT cho rằng cần thiết phải giám sát tại cửa khẩu theo quy định với tất cả hành khách và 24,1% chỉ giám sát các trường hợp nghi ngờ.

### 3.1.5.4. Thực hành của cán bộ KDYT đối với dịch bệnh do vi rút Ebola

#### a) Thực hành về phòng lây nhiễm bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.20. Thực hành phòng chống lây nhiễm Ebola

Các biện pháp phòng bệnh Ebola	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Thực hiện biện pháp vệ sinh cá nhân (rửa tay xà phòng, sát khuẩn tay)	109	55,9
Không tiếp xúc trực tiếp người bệnh/dịch tiết	103	52,8
Sử dụng bảo hộ phòng chống dịch	82	42,0
Các biện pháp khác	25	12,8
Không biết ít nhất 1 trong các biện pháp trên	0	0,0

Kết quả tại bảng 3.20 cho thấy tất cả cán bộ KDYT đều biết ít nhất 01 biện pháp phòng bệnh trong đó 55,9% thực hiện biện pháp vệ

sinh cá nhân như rửa tay xà phòng, sát khuẩn tay; 52,8% không tiếp xúc trực tiếp người bệnh hoặc dịch tiết.

### **b) Các bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu**

Bảng 3.21. Các bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu

Các bước sàng lọc bệnh Ebola	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Mô tả đủ 3 bước sàng lọc Ebola tại cửa khẩu	98	50,3
Mô tả không đầy đủ các bước	83	42,5
Không mô tả được	14	7,2

Có 50,3% cán bộ KDYT mô tả áp dụng đầy đủ các bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu theo quy định.

### **c) Các bước giám sát chung theo quy trình kiểm dịch tại cửa khẩu**

Bảng 3.4. Thực hành các bước giám sát chung theo quy trình kiểm dịch

Giám sát theo quy trình kiểm dịch chung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đủ 3 bước theo quy trình chung KDYT	131	67,2
Không đầy đủ 3 bước	64	32,8
Không biết	0	0

Bảng 3.22 cho thấy số lượng cán bộ KDYT áp dụng đủ 3 bước KDYT chung khi kiểm tra, giám sát các đối tượng phải KDYT tại cửa khẩu. Có 67,2% số cán bộ KDYT áp dụng đúng 03 bước quy trình kiểm dịch chung tại cửa khẩu, 32,8% có áp dụng không đầy đủ 03 bước. Không có cán bộ KDYT nào không biết áp dụng về quy trình giám sát này.

## **3.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola có nguy cơ xâm nhập tại cửa khẩu**

### **3.2.2. Hiệu quả thay đổi về kiến thức dịch bệnh do vi rút Ebola**

#### **3.2.2.1. Kiến thức về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền bệnh**

Bảng 3.24. Thay đổi kiến thức tác nhân và đường lây truyền bệnh do vi rút Ebola

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Tác nhân vi rút	78,1	94,3	20,7	p<0,05	80,8	87,0	7,7	p>0,5	<b>13</b>
Lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp	58,2	90,5	32,3	p<0,05	57,7	64,8	12,3	p>0,5	<b>20</b>

Kết quả Bảng 3.24 cho thấy kiến thức về bệnh Ebola của nhóm can thiệp có HQCT sau tập huấn cao hơn so với nhóm đối chứng: về “Tác nhân do vi rút” (HQCT = 13), và kiến thức về “Lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp” (HQCT = 20).

### 3.2.2.2. Kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.25. Thay đổi kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Sốt, đau đầu, đau cơ	73,6	81,1	7,5	p>0,5	73,0	83,1	10,1	p>0,5	<b>(2,6)</b>
Xuất huyết, chảy máu cam	58,1	79,2	36,3	p<0,05	57,7	72,2	25,1	p>0,5	<b>11,2</b>

Bảng 3.25 cho thấy: HQCT có sự thay đổi giữa hai nhóm đối với kiến thức về triệu chứng “Xuất huyết, chảy máu cam” là 11,2. Đối với triệu chứng “Sốt, đau đầu, đau cơ”: HQCT của cả hai nhóm không có sự thay đổi (HQCT = - 2,6).

### 3.2.2.3. Kiến thức về tiêu chuẩn giám sát ca bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.26. Thay đổi kiến thức về tiêu chuẩn giám sát ca bệnh do vi rút Ebola

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Tiền sử đến vùng dịch	70,9	90,6	27,8	p<0,05	73,1	81,5	11,5	p>0,5	<b>16,3</b>
Tiền sử tiếp xúc ca bệnh bất kỳ khi nào	27,3	62,3	128,2	p<0,05	26,9	46,3	72,1	p>0,5	<b>56,1</b>
Biết đúng ít nhất 2 biện pháp phòng chống	60,1	86,7	44,3	p<0,05	61,5	75,9	23,4	p>0,5	<b>20,9</b>

Bảng 3.26 cho thấy, trong nhóm can thiệp CSHQ của cán bộ KDYT có hiểu biết đúng về các tiêu chuẩn giám sát ca bệnh bao gồm: “Tiền sử đi đến vùng dịch”, có “Tiền sử tiếp xúc ca bệnh bất kỳ khi nào”, và “Biết đúng ít nhất 2 trong số biện pháp phòng chống” tăng lần lượt là: 27,8%; 128,2% và 44,3% (với p<0,05). So với nhóm đối chứng, HQCT của nhóm can thiệp về các nội dung này cao hơn lần lượt là: 16,3; 56,1 và 20,9.



### 3.2.3. Hiệu quả thay đổi về thái độ đối với dịch bệnh do vi rút Ebola

#### 3.2.3.1. Thái độ về mức độ nguy hiểm của dịch bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.27. Thay đổi về thái độ của cán bộ KĐYT về mức độ nguy hiểm của dịch bệnh do vi rút Ebola

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Đánh giá mức độ nguy hiểm của bệnh đối với sức khỏe	63,6	88,7	39,5	p<0,05	65,3	70,4	7,8	p>0,5	<b>31,7</b>
Đánh giá mức độ lây lan	69,1	90,6	31,1	p<0,05	67,3	72,2	7,3	p>0,5	<b>23,8</b>

Kết quả tại bảng 3.27 cho thấy, các CSHQ của nhóm can thiệp tăng lần lượt là 39,5% và 31,1% ( $p<0,05$ ). HQCT của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng về “Đánh giá mức độ nguy hiểm của bệnh đối với sức khỏe” là 31,7 và “Đánh giá mức độ lây lan” của bệnh là 23,8.

#### 3.2.3.2. Thái độ về sự cần thiết giám sát tại cửa khẩu

Bảng 3.28. Thay đổi về thái độ của cán bộ KĐYT về cần thiết giám sát bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Cần thiết giám sát chặt chẽ	70,9	96,2	35,7	p<0,05	67,3	81,5	21,1	p>0,5	<b>14,6</b>
Cần thiết có sự phối hợp liên ngành	72,7	84,9	16,8	p>0,5	71,1	87,0	22,4	p>0,5	<b>(5,6)</b>

CSHQ về sự “Cần thiết giám sát chặt chẽ tại cửa khẩu” đều có sự cải thiện tăng rõ rệt có ý nghĩa thống kê (CSHQ=35,7%,  $p<0,05$ ) trong nhóm can thiệp. So với nhóm chứng, HQCT cao hơn là 14,6.

### 3.2.4. Hiệu quả thay đổi về thực hành phòng chống bệnh do vi rút Ebola

#### 3.2.4.1. Thực hành về phòng lây nhiễm dịch bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.29. Thay đổi hành vi đúng về phòng lây nhiễm dịch bệnh do vi rút Ebola

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psc <sub>t</sub> (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Hành vi đúng về biện pháp phòng chống	54,5	92,5	69,7	p<0,05	55,8	72,2	29,3	p>0,5	<b>40,4</b>

Nhóm can thiệp có cải thiện rõ rệt về hành vi đúng trong phòng lây nhiễm dịch bệnh do vi rút Ebola (CSHQ=69,7%, p<0,05). So với nhóm đối chứng, HQCT của nhóm can thiệp cao hơn 40,4.

#### 3.2.4.2. Thực hành về các bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu

Bảng 3.30. Thay đổi về thực hành sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psc <sub>t</sub> (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Áp dụng đúng sơ đồ sàng lọc Ebola	52,7	92,4	75,3	p<0,05	50,1	57,4	14,6	p>0,5	<b>60,7</b>

Kết quả tại bảng 3.30 chỉ ra trong nhóm được can thiệp, CSHQ “Áp dụng đúng sơ đồ sàng lọc Ebola” tăng 75,3% sau can thiệp (p<0,05). So với nhóm đối chứng, HQCT cao hơn 60,7.

#### 3.2.4.3. Thực hành về thực hiện các bước giám sát chung theo quy trình kiểm dịch y tế tại cửa khẩu

Bảng 3.31. Thay đổi về thực hành giám sát chung theo quy trình KDYT tại cửa khẩu

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psc <sub>t</sub> (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P <sub>(1)</sub>	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P <sub>(2)</sub>	
Áp dụng đúng quy trình KDYT	65,5	88,7	35,4	p<0,05	63,5	77,8	22,5	p>0,5	<b>12,9</b>

Kết quả tại bảng 3.31 cho thấy, tỷ lệ cán bộ KDYT áp dụng đúng quy trình KDYT tại cửa khẩu tăng 35,4% trong nhóm can thiệp (p<0,05). HQCT của nhóm can thiệp cao hơn 12,9 so với nhóm đối chứng.

## **CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. Thực trạng năng lực TT KDYT quốc tế của Việt Nam đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016**

#### **4.1.1. Hệ thống tổ chức kiểm dịch y tế biên giới**

Tổ chức và tên gọi của các đơn vị KDYT có khác nhau và chưa thống nhất giữa các tuyến từ Trung ương đến tuyến khu vực và tuyến tỉnh. Tại các Viện VSDT/Pasteur chưa có thống nhất và đồng đều về tổ chức, tên gọi và số lượng nhân sự KDYT. Tuyến tỉnh, chức năng nhiệm vụ của TT KDYT quốc tế được quy định tại Quyết định 14/2007/QĐ-BYT, trong khi đó nhiệm vụ của TT YTDP tỉnh/thành phố (trong đó có Khoa/tổ KDYT) lại được quy định tại Thông tư 51/2014/TT-BYT.

#### **4.1.2. Thực trạng năng lực thường xuyên cần có tại cửa khẩu**

##### ***- Tổ chức quản lý cửa khẩu của 13 TT KDYT quốc tế***

Tính đến 2016, 13 TTKDYT quốc tế quản lý 65 cửa khẩu gồm 19 cửa khẩu quốc tế và 46 cửa khẩu quốc gia, cửa khẩu phụ. Các loại hình cửa khẩu khác nhau có nguy cơ lây lan dịch bệnh truyền nhiễm khác nhau, vì vậy Trung tâm cần bố nhân lực, trang thiết bị và đầu tư nguồn lực phù hợp.

##### ***- Tổ chức các khoa chuyên môn tại TT KDYT quốc tế***

Theo Quyết định 14/2007/QĐ-BYT, TT KDYT quốc tế có 04 Khoa chuyên môn gồm: Kiểm dịch y tế, Quản lý sức khỏe, Xử lý y tế và Khoa Xét nghiệm. Tính đến 2016, chỉ có 09/13 Trung tâm (chiếm 69,2%) có đủ 04 khoa, so với nghiên cứu của Lê Hồng Phong và cộng sự năm 2012 chỉ có 60%.

##### ***- Nhân lực của các TTKDYT quốc tế***

Tổng số cán bộ biên chế của 13 TT KDYT quốc tế tính đến năm 2016 là 389 người. So với nghiên cứu của Phạm Minh Hoàng, số cán bộ KDYT thuộc biên chế năm 2008 mới chỉ có 266 người. So với số lượng theo quy định tại Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV thì hiện nhân lực chỉ đáp ứng đạt 74,2%.

Năm 2016, 13 TT KDYT quốc tế của cả nước có 48,1% số cán bộ KDYT có chuyên ngành y; Hiện nay trong các cơ sở đào tạo không có chương trình đào tạo chính thức về kiểm dịch y tế. Do

chưa có mã ngạch đào tạo chuyên ngành Kiểm dịch y tế nên đội ngũ cán bộ làm công tác KDYT rất đa dạng.

Năm 2016, chỉ có 52,4% số cán bộ KDYT có thể sử dụng tiếng Anh, đa phần là giao tiếp cơ bản thông thường (trình độ A, B). Chỉ có 50,1% số cán bộ KDYT sử dụng tin học căn bản.

#### ***- Cơ sở vật chất, trang thiết bị của TTKDYT quốc tế***

13 TT KDYT quốc tế trên cả nước đều đã có trụ sở làm việc riêng. Có 77,8% cửa khẩu quốc tế được bố trí phòng cách ly người nghi ngờ mang bệnh truyền nhiễm, trong khi yêu cầu là 100% đối với cửa khẩu quốc tế. So với 2012 (có 30,4%), số lượng này đã được cải thiện đáng kể theo đánh giá của tác giả Lê Hồng Phong và cộng sự.

Trang thiết bị xét nghiệm: Phần lớn các Trung tâm có Khoa xét nghiệm, tuy nhiên phòng xét nghiệm tại các TTKDYT quốc tế không hoạt động đầy đủ với chức năng vì thiếu các trang thiết bị xét nghiệm và nhân lực cần thiết. Kết quả khảo sát tại 13 TTKDYT quốc tế, tất cả các Trung tâm đều không có đủ các danh mục trang thiết bị theo quy định tại Quyết định số 5159/QĐ-BYT.

Trang thiết bị phục vụ giám sát hành khách nhập cảnh và trang thiết bị xử lý y tế còn thiếu nhiều so với nhu cầu. Trong số các TTKDYT quốc tế, chỉ có Hà Nội (05 máy đo thân nhiệt di động từ xa), TP, Hồ Chí Minh (06 máy) là tạm đủ, chưa tính đến trường hợp dự trữ thay thế; Các Trung tâm khác có số lượng cửa khẩu nhiều nhưng cũng chỉ có từ 2 đến 3 máy.

### **4.1.3. Năng lực ứng phó tại cửa khẩu**

#### ***4.1.3.1. Công tác kiểm tra, giám sát các đối tượng KDYT tại cửa khẩu***

Trong giai đoạn từ 2012 đến 2017, số lượng đối tượng phải kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu tăng hàng năm, trong đó tăng nhiều nhất là người nhập cảnh đến từ các quốc gia trên thế giới với trung bình mỗi tháng có khoảng 1.650.000 lượt người và tập trung chủ yếu tại các cửa khẩu đường không (64%). Đến nay, Việt Nam vẫn triển khai giám sát hiệu quả các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm này và không để lây lan, xâm nhập vào nước ta.

#### **4.1.3.2. Công tác phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế**

Tại các cửa khẩu quốc tế lớn, việc phối hợp liên ngành được thực hiện tốt, nhất là trong thời gian có dịch bệnh đang xảy ra ở quốc tế như: cúm A(H7N9) tại Trung Quốc, Ebola tại châu Phi, MERS-CoV tại Trung Đông thông qua các Biên bản ghi nhớ phối hợp.... Các Hiệp định kiểm dịch y tế được ký kết giữa Việt Nam và các quốc gia có chung đường biên giới là các điều kiện thuận lợi cho phối hợp quốc tế, chia sẻ các thông tin kịp thời về dịch bệnh tại mỗi quốc gia theo quy định của IHR.

#### **4.1.4. Năng lực cửa khẩu đáp ứng yêu cầu Điều lệ Y tế quốc tế**

Kết quả đánh giá hàng năm của Việt Nam về năng lực cửa khẩu đáp ứng yêu cầu của IHR cũng cho thấy tỉ lệ % các chỉ số đáp ứng về năng lực cửa khẩu của Việt Nam đã có các cải thiện theo từng năm. Năm 2016, năng lực cửa khẩu Việt Nam đáp ứng 94%, cao hơn mức yêu cầu cơ bản của IHR (tối thiểu 75%).

#### **4.1.5. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ KDYT đối với bệnh do vi rút Ebola**

Kết quả đánh giá cho thấy cán bộ KDYT đã có hiểu biết, có thái độ và thực hành cơ bản về dịch bệnh do vi rút Ebola. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Khalid M Almutairi tại Ả Rập Xê út [57].

Hiểu biết về tác nhân gây bệnh Ebola, 80,6% số cán bộ KDYT biết là do tác nhân vi rút; tỷ lệ này tương đồng với khảo sát tại Ả Rập Xê út của tác giả Khalid M. Almutairi, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu tại Benin (97%), điều này có thể do tại Benin là quốc gia châu Phi đang có dịch bệnh Ebola nên cán bộ y tế của quốc gia này quan tâm hơn và được cung cấp nhiều kênh thông tin hơn.

Hiểu biết đúng về đường lây truyền và triệu chứng bệnh giúp cho các hoạt động phòng chống lây lan được hiệu quả. Trong nghiên cứu, có 58,5% cán bộ KDYT trả lời dịch bệnh Ebola lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp qua da, máu, dịch tiết của bệnh nhân; Tỷ lệ hiểu biết này cao hơn so với tại Ả Rập Xê út (67,1% không biết đường lây truyền bệnh). Về triệu chứng chính của bệnh

Ebola, 71,3% cán bộ KDYT trả lời có sốt, đau đầu, đau cơ; tỷ lệ này cao hơn tại tại Ả Rập Xê út (23,3%).

Về thái độ và sự quan tâm đến việc cần thiết giám sát theo quy định đối với tất cả hành khách khi nhập cảnh qua cửa khẩu, 72,8% cán bộ KDYT cho rằng cần thiết phải giám sát, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Amenze Oritsemofe và cộng sự (61%).

Tỉ lệ thực hành phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola (rửa tay xà phòng, sử dụng dung dịch sát khuẩn tay) của cán bộ KDYT chiếm 55,9% cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Gidado và cộng sự (2,2%).

## **4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola có nguy cơ xâm nhập tại cửa khẩu**

### **4.2.2. Hiệu quả thay đổi kiến thức về dịch bệnh do vi rút Ebola**

So sánh kết quả tại thời điểm trước và sau can thiệp của nhóm được can thiệp cho thấy các kiến thức hiểu biết cơ bản về dịch tễ học của bệnh do vi rút Ebola sự thay đổi đó có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), trong khi nhóm đối chứng có sự cải thiện tăng lên nhưng không có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả can thiệp (HQCT) về kiến thức đường lây truyền giữa 2 nhóm là 20% cho thấy các kiến thức được cung cấp thông qua tập huấn can thiệp đã giúp các cán bộ KDYT nắm chắc các kiến thức hơn so với nhóm chứng.

### **4.2.3. Hiệu quả thay đổi thái độ phòng chống bệnh do vi rút Ebola**

Sự thay đổi về thái độ của cán bộ KDYT về dịch bệnh do vi rút Ebola được cải thiện rõ rệt sau can thiệp. Sự cải thiện tăng lên này so sánh tại thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), trong khi nhóm chứng khó có sự cải thiện ( $p > 0,05$ ). Hiệu quả can thiệp (HQCT) giữa 2 nhóm tăng cao nhất đối với chỉ số thái độ về sự nguy hiểm của dịch bệnh Ebola (HQCT = 31,7%) được lý giải do sau khi được tập huấn, các cán bộ KDYT có đầy đủ hơn các thông tin về tác nhân gây bệnh, tốc độ lây lan, tỷ lệ tử vong cao qua đó cho thấy rõ mức độ nguy hiểm của dịch bệnh.

#### **4.2.4. Hiệu quả thay đổi thực hành phòng chống bệnh do vi rút Ebola**

Thực hành phòng chống dịch bệnh Ebola của nhóm được can thiệp có thay đổi cải thiện rõ rệt ở tất cả các chỉ số nghiên cứu. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Từ những hiểu biết đúng về dịch bệnh, sự nguy hiểm dịch bệnh cũng như áp dụng đúng các quy trình giám sát tại cửa khẩu, cán bộ KDYT sẽ áp dụng đúng các biện pháp phòng chống dịch bệnh hiệu quả.

### **KẾT LUẬN**

#### **5.1. Thực trạng năng lực Trung tâm KDYT quốc tế của Việt Nam đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016**

- Năng lực cửa khẩu đã đáp ứng theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (đạt 94%).

- Số lượng cán bộ biên chế của các Trung tâm KDYT quốc tế mới chỉ đáp ứng được 74,2% so với nhu cầu. Trong số cán bộ KDYT hiện có năm 2016, chỉ có 48,1% có chuyên ngành y, 52,4% có khả năng giao tiếp tiếng Anh.

- 100% Trung tâm KDYT quốc tế có trụ sở làm việc riêng; 69,2% số Trung tâm có đủ 4 Khoa chuyên môn trực tiếp thực hiện các hoạt động kiểm dịch y tế.

- 100% cửa khẩu quốc tế có bố trí phòng làm việc cho cán bộ KDYT, trong khi tại cửa khẩu quốc gia là 80,9%. Phòng cách ly y tế có tại các cửa khẩu quốc tế mới đạt 77,8%.

- 100% số Trung tâm KDYT quốc tế có sử dụng máy đo thân nhiệt để kiểm tra, giám sát hành khách xuất, nhập cảnh tại cửa khẩu. Tất cả cửa khẩu đều có máy phun hóa chất để xử lý y tế khi cần thiết; Có 10,8% số cửa khẩu có hệ thống khử trùng tự động; Các trang thiết bị khác về xét nghiệm, ô tô chuyên dụng cho hoạt động KDYT còn thiếu so với quy định.

#### **5.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola có nguy cơ xâm nhập tại cửa khẩu**

- Năm 2016, tỷ lệ cán bộ KDYT có kiến thức đúng về bệnh chiếm 80,6%; Tỷ lệ cán bộ KDYT có thái độ đúng về sự nguy

hiếm của bệnh 49,2%; Tỷ lệ người có thực hành đúng chiếm 67,2%.

- Kiến thức, thái độ và thực hành đối với dịch bệnh do vi rút Ebola của nhóm can thiệp có hiệu quả can thiệp (HQCT) so với nhóm chứng lần lượt là: 56,1 (về kiến thức); 31,7 (về thái độ) và 60,7 (về thực hành).

- Các hoạt động can thiệp và nội dung can thiệp được đánh giá phù hợp, khả thi chiếm từ 81,1% đến 96,2% và dành sự quan tâm tham gia tích cực của trên 92,3% các cán bộ KDYT tại Trung tâm KDYT quốc tế.

### **KHUYẾN NGHỊ**

Căn cứ kết quả nghiên cứu, các đề xuất khuyến nghị nhằm tăng cường và thực hiện hiệu quả hoạt động KDYT biên giới trên phạm vi cả nước gồm:

1. Bộ Y tế thống nhất chung một mô hình quản lý và tổ chức hệ thống KDYT trên phạm vi toàn quốc.

2. Bộ Y tế thường xuyên tổ chức tập huấn, đào tạo và đào tạo lại về chuyên môn; Mở mã ngành đào tạo về kiểm dịch y tế; Xây dựng và ban hành tiêu chuẩn kiểm dịch viên y tế làm cơ sở tuyển chọn cán bộ kiểm dịch.

3. Sở Y tế cần chỉ đạo xây dựng đề án vị trí việc làm căn cứ chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức của đơn vị; Đánh giá thực trạng đội ngũ cán bộ để có kế hoạch bổ sung hoặc tuyển dụng đủ số lượng cán bộ viên chức.

4. Nhà nước cần đầu tư phù hợp về nhân lực, cơ sở vật chất, các trang thiết bị cần thiết đáp ứng về yêu cầu chuyên môn, hội nhập quốc tế và Điều lệ Y tế quốc tế đồng thời có các chính sách để thu hút cán bộ về làm việc cho lĩnh vực KDYT biên giới, tại các cửa khẩu biên giới.



## DANH SÁCH CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN

1. Đặng Quang Tấn, Trần Thanh Dương, Nguyễn Thuý Hoa, Vũ Ngọc Long, Hoàng Văn Ngọc (2018), *Thực trạng nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế Việt Nam, 2016*, Tạp chí Y học dự phòng số đặc biệt của Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, năm 2018, tr. 128 - 135.

2. Vũ Ngọc Long, Đặng Quang Tấn, Nguyễn Thuý Hoa, Trần Thanh Dương, Hoàng Văn Ngọc (2018), *Thực trạng kiến thức của kiểm dịch viên tại Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế về bệnh do vi rút Ebola, 2016*, Tạp chí Y học dự phòng số đặc biệt của Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, năm 2018, tr. 121 - 127.

3. Đặng Quang Tấn, Nguyễn Thuý Hoa, Trần Thanh Dương, Trần Đại Quang, Hoàng Văn Ngọc (2018), *Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola của các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế*, Tạp chí Y học dự phòng số đặc biệt của Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, năm 2018, tr. 182 - 188.