

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. NGUYỄN THÚY HOA**
- 2. PGS.TS. TRẦN THANH DƯƠNG**

HÀ NỘI - 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu do chính tôi thực hiện. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa được tác giả khác công bố trong bất kỳ công trình nào. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Tác giả luận án

Đặng Quang Tấn

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Thuý Hoa và PGS.TS. Trần Thanh Dương là những người thầy tâm huyết, đã tận tình hướng dẫn, động viên khích lệ trong suốt quá trình học tập, thực hiện đề tài nghiên cứu, tạo mọi điều kiện cho tôi hoàn thành Luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo, Phòng Đào tạo sau Đại học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành Luận án tốt nghiệp.

Tôi xin chân thành cảm ơn Lãnh đạo Cục Y tế dự phòng, các bạn đồng nghiệp của tôi tại Phòng Kiểm soát bệnh truyền nhiễm tham gia nhóm nghiên cứu, các đồng nghiệp tại các đơn vị đã phối hợp và giúp đỡ tôi trong thời gian nghiên cứu, thu thập số liệu cho Luận án.

Cuối cùng, tôi luôn ghi nhớ và biết ơn sâu sắc tới các thành viên trong gia đình, người thân và các bạn bè, đồng nghiệp đã luôn quan tâm, động viên, chia sẻ và giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu để hoàn thành Luận án này.

Tác giả luận án

Đặng Quang Tấn

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN.....	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC.....	iii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	vii
DANH MỤC BẢNG.....	viii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	x
DANH MỤC HÌNH	xi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ KIỂM DỊCH Y TẾ VÀ ĐIỀU LỆ Y TẾ QUỐC TẾ	3
1.1.1. Lịch sử và khái niệm về kiểm dịch y tế	3
1.1.2. Dịch bệnh truyền nhiễm trong bối cảnh toàn cầu hoá	4
1.1.3. Vai trò của kiểm dịch y tế biên giới trong phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm.....	7
1.1.4. Điều lệ Y tế quốc tế.....	8
1.2. KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI TRÊN THẾ GIỚI.....	12
1.2.1. Mô hình kiểm dịch y tế tại Mỹ.....	13
1.2.2. Mô hình kiểm dịch y tế tại Trung Quốc.....	14
1.2.3. Mô hình kiểm dịch y tế tại Úc.....	14
1.2.4. Mô hình kiểm dịch y tế tại Canada	15
1.3. KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI TẠI VIỆT NAM	16
1.3.1. Cơ sở pháp lý thực hiện hoạt động kiểm dịch y tế biên giới	16
1.3.2. Hệ thống tổ chức kiểm dịch y tế biên giới tại Việt Nam	17
1.3.3. Chức năng, nhiệm vụ của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế	19
1.3.4. Quy trình kiểm dịch y tế tại cửa khẩu	20

1.4. CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM PHẢI KIỂM DỊCH Y TẾ	22
1.4.1. Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	22
1.4.2. Các bệnh truyền nhiễm được giám sát tại cửa khẩu	24
1.5. BIỆN PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM.....	28
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	31
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	31
2.1.1. Mô tả thực trạng năng lực Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế.....	31
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.....	35
2.2. Mục tiêu 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	38
2.3. Các sai số gặp trong nghiên cứu và biện pháp không chế	46
2.4. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu.....	47
2.5. Đạo đức nghiên cứu	47
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	49
3.1. 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.....	49
3.1.1. Thực trạng về các năng lực thường xuyên cần có tại cửa khẩu.....	49
3.1.2. Thực trạng năng lực ứng phó trường hợp khẩn cấp về y tế công cộng	61
3.1.3. Thực trạng về phối hợp liên ngành tại cửa khẩu.....	63
3.1.4. Kết quả thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế tại Việt Nam	64
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	67

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	73
3.2.1. Kết quả thực hiện các hoạt động can thiệp	73
3.2.2. Hiệu quả thay đổi về kiến thức dịch bệnh do vi rút Ebola.....	74
3.2.3. Hiệu quả thay đổi về thái độ đối với dịch bệnh do vi rút Ebola	77
3.2.4. Hiệu quả thay đổi về thực hành phòng chống bệnh do vi rút Ebola.....	78
3.2.5. Tính khả thi và phù hợp của hoạt động can thiệp	80
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	82
4.1. 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.....	82
4.1.1. Hệ thống tổ chức kiểm dịch y tế biên giới.....	82
4.1.2. Thực trạng năng lực thường xuyên cần có tại cửa khẩu	84
4.1.3. Năng lực ứng phó tại cửa khẩu	93
4.1.4. Năng lực cửa khẩu đáp ứng yêu cầu Điều lệ Y tế quốc tế.....	95
4.1.5. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ KDYT đối với bệnh do vi rút Ebola.....	97
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	99
4.2.1. Sự tham dự tập huấn của cán bộ kiểm dịch y tế	99
4.2.2. Hiệu quả thay đổi kiến thức về dịch bệnh do vi rút Ebola.....	100
4.2.3. Hiệu quả thay đổi về thái độ phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola....	101
4.2.4. Hiệu quả thay đổi về thực hành phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola	101
4.2.5. Tính phù hợp và khả thi của các hoạt động can thiệp.....	102
4.3. Các điểm mới và các đóng góp của nghiên cứu.....	103
4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu.....	104

KẾT LUẬN	105
5.1. 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.....	105
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	106
KHUYẾN NGHỊ	107
DANH SÁCH CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN	108
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	109
PHỤ LỤC	121

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BTN	Bệnh truyền nhiễm
BYT	Bộ Y tế
CSCT	Chỉ số can thiệp
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSVC	Cơ sở vật chất
DTH	Dịch tễ học
GDĐT	Giáo dục đào tạo
HQCT	Hiệu quả can thiệp
IHR	Điều lệ Y tế quốc tế (International Health Regulations)
JEE	Đánh giá độc lập chung bên ngoài (Joint External Evaluation)
K.A.P	Kiến thức, thái độ, thực hành (Knowledge, Attitude, Practice)
KDYT	Kiểm dịch y tế
KDYTQT	Kiểm dịch y tế quốc tế
MERS-CoV	Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung đông do vi rút Corona (Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus)
SARS	Hội chứng viêm đường hô hấp cấp tính nặng (Severe Acute Respiratory Syndrom)
SR-KST-CT	Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng
TTB	Trang thiết bị
CDC	Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa bệnh tật (Centers for Disease Control and Prevention)
VSCN	Vệ sinh cá nhân
VSDT	Vệ sinh dịch tễ
YTCC	Y tế công cộng
YTDP	Y tế dự phòng
WHA	Đại Hội đồng Y tế thế giới (World Health Assembly)
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số và phương pháp xác định biến số	32
Bảng 2.2. Các biến số và phương pháp xác định biến số	37
Bảng 2.3. Tổng hợp cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp	40
Bảng 2.4. Nội dung các biện pháp can thiệp	41
Bảng 2.5. Các biến số và phương pháp xác định biến số	43
Bảng 3.1. Các loại hình cửa khẩu tại các Trung tâm KDYT quốc tế.....	49
Bảng 3.2. Các khoa chuyên môn tại các Trung tâm KDYT quốc tế.....	51
Bảng 3.3. Thực trạng về nhân lực của Trung tâm KDYT quốc tế.....	52
Bảng 3.4. Thực trạng về chuyên ngành và trình độ học vấn.....	53
Bảng 3.5. Trình độ ngoại ngữ, tin học của cán bộ KDYT	54
Bảng 3.6. Thực trạng cơ sở hạ tầng trụ sở làm việc tại Trung tâm KDYTQT.....	55
Bảng 3.7. Thực trạng số lượng máy đo thân nhiệt tại cửa khẩu.....	57
Bảng 3.8. Thực trạng trang thiết bị cho xử lý y tế tại cửa khẩu	58
Bảng 3.9. Phương tiện ô tô chuyên chở hành khách nghi ngờ mắc BTN	59
Bảng 3.10. Thực trạng trang thiết bị phục vụ thông tin liên lạc.....	60
Bảng 3.11. Số lượt đối tượng phải KDYT được kiểm tra theo năm	61
Bảng 3.12. Kết quả tổng hợp đánh giá các năng lực cơ bản IHR	64
Bảng 3.13. Kết quả đánh giá thực hiện IHR lĩnh vực cửa khẩu, 2012- 2017.	66
Bảng 3.14. Đặc điểm cán bộ KDYT theo giới, tuổi, trình độ học vấn và chuyên môn	67
Bảng 3.15. Kiến thức về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền.....	68
Bảng 3.16. Kiến thức về tiêu chuẩn giám sát ca bệnh do vi rút Ebola.....	69
Bảng 3.17. Kiến thức về loại mẫu bệnh phẩm chẩn đoán bệnh do vi rút Ebola	70
Bảng 3.18. Thái độ về mức độ nguy hiểm của bệnh Ebola đối với sức khỏe	70
Bảng 3.19. Thái độ về sự cần thiết giám sát Ebola tại cửa khẩu.....	71
Bảng 3.20. Thực hành phòng chống lây nhiễm Ebola	72
Bảng 3.21. Các bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu.....	72
Bảng 3.22. Thực hành các bước giám sát chung theo quy trình kiểm dịch	73

Bảng 3.23. Tham gia tập huấn của cán bộ KDYT các Trung tâm can thiệp.....	74
Bảng 3.24. Thay đổi kiến thức tác nhân và đường lây truyền bệnh do vi rút Ebola.....	74
Bảng 3.25. Thay đổi kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola.....	75
Bảng 3.26. Thay đổi kiến thức về tiêu chuẩn giám sát ca bệnh do vi rút Ebola	76
Bảng 3.27. Thay đổi về thái độ của cán bộ KDYT về mức độ nguy hiểm	77
Bảng 3.28. Thay đổi về thái độ của cán bộ KDYT về cần thiết giám sát bệnh	78
Bảng 3.29. Thay đổi hành vi đúng về phòng lây nhiễm dịch bệnh.....	78
Bảng 3.30. Thay đổi về thực hành sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu	79
Bảng 3.31. Thay đổi về thực hành giám sát chung theo quy trình KDYT	80
Bảng 3.32. Tính khả thi và phù hợp của can thiệp	80

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Thực trạng cơ sở vật chất tại các cửa khẩu.....	56
Biểu đồ 3.2. Kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola.....	69

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Tổ chức hệ thống KDYT biên giới Việt Nam năm 2016	18
Hình 1.2. Quy trình kiểm dịch y tế đối với Ebola	21
Hình 1.3. Sơ đồ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam.....	23
Hình 1.4. Sơ đồ đường lây truyền vi rút Ebola	25
Hình 1.5. Đường lây truyền của vi rút cúm A(H7N9)	26
Hình 1.6. Sơ đồ đường lây truyền vi rút MERS-CoV	28
Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	48
Hình 3.1. Bản đồ vị trí 13 Trung tâm KDYTQT trên cả nước.....	50

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, các bệnh truyền nhiễm gây dịch nguy hiểm vẫn đang diễn biến phức tạp ở nhiều quốc gia [37]. Trong xu hướng toàn cầu hóa hiện nay, việc đi lại, giao thương quốc tế đã tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh truyền nhiễm lây lan dễ dàng giữa các quốc gia và châu lục. Năm 2003 xảy ra dịch bệnh gây hội chứng viêm đường hô hấp cấp tính nặng (SARS) bùng phát trong thời gian rất ngắn và đã lan rộng trên 30 quốc gia và vùng lãnh thổ [38, 43]. Năm 2009, đại dịch cúm A(H1N1) đã tác động, ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế của nhiều quốc gia trên thế giới [29]. Dịch cúm gia cầm A(H5N1) xảy ra tại một số nước trong khu vực vẫn chưa được kiểm soát triệt để [29]. Dịch cúm A(H7N9) xảy ra từ 2012 đến nay ở Trung Quốc với 6 đợt bùng phát có liên quan chặt chẽ đến việc đi lại, giao thương dịp Tết và tiêu thụ gia cầm [33]. Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do vi rút Corona (MERS-CoV) từ 2012 vẫn xuất hiện rải rác các trường hợp mắc bệnh [21]. Đặc biệt, năm 2013 dịch bệnh do vi rút Ebola xảy ra tại các nước Tây Phi và có diễn biến phức tạp [17, 34]. Tổng Giám đốc Tổ chức Y tế thế giới đã tuyên bố dịch bệnh do vi rút Ebola là trường hợp khẩn cấp ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng gây quan ngại quốc tế [28, 116]. Đến nay, dịch bệnh do vi rút Ebola vẫn chưa hoàn toàn được kiểm soát, vẫn xảy ra các đợt bùng phát quy mô nhỏ tại Cộng hoà dân chủ Công Gô. Năm 2016, dịch bệnh do vi rút Zika đã xuất hiện trở lại và lây lan rộng ở 73 quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới [38]. Bệnh sốt vàng lưu hành ở các nước châu Phi vẫn là mối lo ngại cho nhiều quốc gia [39].

Việc giao lưu của hành khách, hàng hoá và các phương tiện vận tải giữa các nước trong khu vực và trên thế giới qua cửa khẩu quốc tế ngày càng tăng. Đây là yếu tố thuận lợi giúp dịch bệnh truyền nhiễm có thể dễ dàng lan truyền giữa các nước. Chính vì vậy, công tác kiểm dịch y tế biên giới trong phòng

chống bệnh truyền nhiễm xâm nhập đóng vai trò hết sức quan trọng để kịp thời phát hiện và ngăn chặn các bệnh dịch nguy hiểm đảm bảo an ninh y tế quốc gia, góp phần bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới của Việt Nam trong đó có 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế ở tuyến tỉnh đã góp phần tích cực vào công tác phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm lan truyền qua cửa khẩu. Gần đây, mặc dù công tác kiểm dịch y tế biên giới có nhiều chuyển biến tích cực, song vẫn còn có nhiều khó khăn, thách thức liên quan tới nhân lực kiểm dịch y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị và hoạt động chuyên môn về kiểm dịch. Một số chính sách, văn bản hướng dẫn cho kiểm dịch y tế còn chưa phù hợp với thực tế hiện nay; Sự phối hợp giữa cơ quan kiểm dịch y tế với cơ quan quản lý chuyên ngành khác tại cửa khẩu ở một số địa phương còn chưa chặt chẽ, kiểm dịch y tế tại một số cửa khẩu chưa được quan tâm đúng mức [30].

Do vậy, 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 tình hình và yêu cầu trong giai đoạn hiện nay là quan trọng giúp nâng cao năng lực quốc gia ngăn chặn các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm lan truyền qua biên giới vào Việt Nam. Xuất phát từ ý nghĩa khoa học và thực tiễn nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện 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:

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.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

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

Ngay từ đầu Thế kỷ XIV, hoạt động kiểm dịch y tế đã được hình thành để bảo vệ các thành phố ven biển tránh khỏi sự lây lan của dịch hạch [64, 81]. Các tàu thủy đến thành phố Venice từ các nước khác đã được yêu cầu thả neo trong vòng 40 ngày trước khi cập bến để theo dõi hành khách đi trên tàu có biểu hiện nào bất thường của bệnh dịch hạch. Hoạt động này được gọi là kiểm dịch y tế và được bắt nguồn từ chữ “*Quaranta giorni*” của Ý có nghĩa là 40 ngày [64, 69].

Các hoạt động kiểm dịch y tế nhằm mục đích chung là bảo vệ một cộng đồng dân cư nhất định tránh bị lây nhiễm bởi các bệnh dịch truyền nhiễm được lan truyền từ nơi khác đến, các hoạt động này do một cơ quan, tổ chức thực hiện dựa trên các quy định, luật pháp của quốc gia đó [76]. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra khái niệm về kiểm dịch (quarantine) như sau: “*Kiểm dịch đó là hạn chế hoạt động hoặc tách những người bị nghi ngờ (người không bị bệnh) hoặc hành lý, công te nơ, phương tiện vận tải, hàng hóa nghi ngờ khỏi người, hành lý, công te nơ, phương tiện vận tải hoặc hàng hóa khác nhằm ngăn cản khả năng lây lan bệnh hoặc bị ô nhiễm*” [55].

Tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra khái niệm về kiểm dịch y tế (health quarantine) như sau: “*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 quốc tế về kiểm dịch y tế biên giới*” [55]. Kiểm dịch y tế là một phần quan trọng trong dự phòng và kiểm soát dịch bệnh trên phạm vi toàn cầu. Trong bối

cảnh các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới nổi và tái nổi xuất hiện tại nhiều nơi trên thế giới, nhiều quốc gia đã tăng cường các hoạt động kiểm dịch y tế nhằm kiểm soát và ngăn chặn dịch bệnh truyền nhiễm xâm nhập từ nước ngoài [29, 65, 105].

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

Trên thế giới, tình hình 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. Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh truyền nhiễm nguy hiểm là một bệnh truyền nhiễm mới xuất hiện lần đầu tiên ở một khu vực hoặc nơi nào đó, hoặc là một bệnh truyền nhiễm đã được biết trước đó nhưng gần đây số mắc tăng nhanh trong một khu vực nhất định [112].

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 [66, 78, 113]. 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 đó có những quốc gia chung đường biên giới với Việt Nam.

Hội chứng viêm đường hô hấp cấp tính nặng (SARS) xảy ra năm 2003, diễn ra trong thời gian rất ngắn và đã lan rộng ra trên 30 quốc gia và khu vực lãnh thổ với khoảng trên 8.000 trường hợp mắc và gần 1.000 người tử vong [72, 103]. Giữa tháng 11 năm 2002 và tháng 7 năm 2003, dịch SARS đã bùng phát ở Hồng Kông lây lan nhanh chóng trở thành dịch với 8.422 trường hợp và 916 trường hợp tử vong trên toàn thế giới (10,9% tử vong) [111]. Chỉ trong vòng vài tuần lễ, SARS đã lây lan từ Hồng Kông sang 37 quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam vào đầu năm 2003 [29, 91]. Dịch SARS bắt đầu xuất hiện ở Việt Nam ngày 23/2/2003 khi thương gia người Mỹ đến Việt Nam

và nhập viện Bệnh viện Việt – Pháp ngày 26/2/2003; trường hợp mắc bệnh cuối cùng được phát hiện ngày 8/4/2003 [33].

Bệnh cúm A(H7N9) ở người do vi rút cúm A(H7N9) trên gia cầm lây sang người; Bệnh tiến triển nhanh, gây viêm đường hô hấp cấp nặng và có tỷ lệ tử vong cao [14, 96]. Dịch cúm A(H7N9) tại Trung Quốc xảy ra bắt đầu từ tháng 9/2012, tuy số trường hợp mắc cúm A(H7N9) tại Trung Quốc có chững lại nhưng vẫn còn tiềm ẩn nhiều nguy cơ bùng phát và lan rộng do ảnh hưởng của yếu tố thời tiết, đặc biệt là việc buôn bán, giết mổ gia cầm và vận chuyển lậu gia cầm qua biên giới, điều này làm cho dịch bệnh cúm A(H7N9) có nhiều nguy cơ lây lan từ Trung Quốc sang các quốc gia khác trong đó có Việt Nam. Từ năm 2012 đến nay, mặc dù Trung Quốc liên tiếp ghi nhận các trường hợp cúm A(H7N9) ở trên người, nhưng nước ta chưa ghi nhận trường hợp cúm A(H7N9) nào ở trên người cũng như trên gia cầm. Tuy nhiên, nguy cơ xâm nhập vào Việt Nam vẫn là rất lớn do dịch cúm A(H7N9) tiếp tục ghi nhận tại Trung Quốc trong khi buôn bán, vận chuyển gia cầm nhập lậu hiện vẫn chưa được kiểm soát tốt.

Bệnh sốt xuất huyết do vi rút Ebola (bệnh Ebola) là bệnh do vi rút Ebola gây ra ở người. Từ tháng 12/2013, dịch bệnh Ebola đã xảy ra tại các nước Tây Phi và diễn biến hết sức phức tạp [83, 87]. Số trường hợp mắc và tử vong được ghi nhận gia tăng nhanh chóng và đã ghi nhận những trường hợp mắc là nhân viên y tế [60, 61]. Ngày 08/8/2014, Tổ chức Y tế thế giới đã tuyên bố dịch bệnh do vi rút Ebola là trường hợp y tế công cộng khẩn cấp ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng gây quan ngại quốc tế và kêu gọi cộng đồng quốc tế cùng hành động khẩn trương để ngăn chặn sự lây lan của dịch bệnh này [88]. Nguy cơ dịch bệnh này xâm nhập, lây lan giữa các quốc gia là rất lớn nếu như không có các biện pháp phòng chống, ngăn chặn kịp thời, đặc biệt là các hoạt động về kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu quốc tế. Đến ngày

29/12/2015, theo thông tin của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dịch bệnh do vi rút Ebola cơ bản đã được khống chế hoàn toàn tại Guinea. Tuy vậy, trong tháng 2/2018 và tháng 5/2018 tại Cộng hoà dân chủ Công Gô lại ghi nhận các trường hợp mắc Ebola và là lần thứ 9 kể từ năm 1976 quốc gia này ghi nhận bệnh nhân Ebola [39]. Tại các cửa khẩu của Việt Nam đã áp dụng khai báo quốc tế đối với tất cả các hành khách nhập cảnh đến từ quốc gia có dịch và triển khai nhiều biện pháp nhằm tăng cường giám sát, phòng chống dịch bệnh Ebola xâm nhập tại cửa khẩu [38].

Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do vi rút Corona (MERS-CoV) lần đầu tiên được ghi nhận tại Ả Rập Xê Út từ tháng 9/2012. Tính đến tháng 7/2015, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thông báo đã ghi nhận 17 quốc gia có các ca bệnh xâm nhập từ khu vực Trung Đông. Các nước khu vực Trung Đông như Ả Rập Xê Út và Tiểu vương quốc Ả Rập Thống Nhất vẫn ghi nhận các trường hợp mắc mới. Đặc biệt năm 2015, tại Hàn Quốc chỉ trong thời gian ngắn trong vòng 1 tháng, từ 01 trường hợp bệnh đầu tiên bị lây nhiễm sau khi trở về từ Ả Rập Xê Út đã lây lan rất nhanh sau khi người này đi đến điều trị bệnh viêm đường hô hấp tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh. Việt Nam chưa ghi nhận trường hợp mắc dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp tính vùng Trung Đông do MERS-CoV, tuy nhiên do việc giao lưu thương mại, du lịch rộng mở giữa Việt Nam và các quốc gia trên thế giới làm tăng nguy cơ xâm nhập dịch bệnh thông qua việc nhập cảnh của những người đến từ các quốc gia vùng dịch [37].

Bệnh do vi rút Zika được ghi nhận đầu tiên vào năm 1947 tại khu rừng Zika của Uganda sau đó tiếp tục ghi nhận ở Nigeria vào năm 1954 và trở thành chủng vi rút lưu hành ở nhiều nước khu vực châu Phi [77, 94]. Tại châu Á đã ghi nhận trường hợp mắc đầu tiên vào năm 2007 ở đảo Yap thuộc Liên bang Micronesia. Trong năm 2015, Tổ chức Y tế thế giới tiếp tục ghi nhận các trường hợp mắc bệnh do vi rút Zika tại một số quốc gia khu vực châu Mỹ, châu

Phi. Bệnh do vi rút Zika đã lây lan nhanh, đặc biệt là trong những tháng đầu năm 2015, thông qua các hành khách đến từ các quốc gia đã có lưu hành vi rút Zika mặc dù các hành khách này khi nhập cảnh đều được kiểm dịch y tế chặt chẽ [39]. Tại Việt Nam, bệnh do vi rút Zika đã trở thành bệnh lưu hành ở một số tỉnh, thành phố và đã được đưa vào danh sách các bệnh truyền nhiễm cần phải giám sát [39].

Ngoài ra, các vụ dịch xuất hiện ở nhiều nơi trên thế giới và có nguy cơ lây lan quốc tế như: dịch tả ở Haiti, dịch hạch tại Madagasca, vi rút bại liệt hoang dại tại Liên bang Nga và Uzbekistan và nhiều quốc gia khác, bệnh sốt vàng xảy ra ở các nước châu Phi vẫn là mối lo ngại cho nhiều quốc gia [39].

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

Trong bối cảnh dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm diễn biến phức tạp và nhiều nguy cơ lây lan quốc tế như hiện nay, 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 nguy hiểm nhập qua biên giới. Các cửa khẩu biên giới thường đóng trên địa bàn khu vực biên giới, khu vực trọng điểm nhiều nguy cơ xâm nhập của dịch bệnh từ bên ngoài; Đối tượng của kiểm dịch y tế rất đa dạng và phức tạp bao gồm người, phương tiện vận chuyển xuất nhập cảnh, hàng hóa xuất nhập khẩu đòi hỏi có sự phối hợp liên ngành chặt chẽ. Vai trò của kiểm dịch y tế biên giới ngày càng trở nên quan trọng và là một phần không thể thiếu của hệ thống giám sát và phòng chống bệnh dịch truyền nhiễm quốc gia nhất là trong bối cảnh bệnh dịch truyền

nhiễm nguy hiểm xuyên biên giới liên tục xảy ra trong những năm gần đây như: SARS, Ebola, MERS-CoV, cúm A(H7N9), sốt vàng....

1.1.4. Điều lệ Y tế quốc tế

1.1.4.1. Điều lệ Y tế quốc tế và lịch sử hình thành

Năm 1851, Hội nghị Vệ sinh quốc tế lần đầu tiên đã được tổ chức tại Pa-ri nhằm đề xuất các biện pháp tăng cường phòng chống dịch tả đang xảy ra ở một số nước châu Âu. Năm 1951, WHO xây dựng dự thảo Điều lệ Vệ sinh quốc tế và đã được các quốc gia thành viên của WHO chấp thuận. Đến năm 1969, Điều lệ Vệ sinh quốc tế được đổi tên thành Điều lệ Y tế quốc tế (International Health Regulations, IHR). Điều lệ Y tế quốc tế lúc đầu được sử dụng để giám sát và kiểm soát 6 bệnh truyền nhiễm nguy hiểm là: tả, dịch hạch, sốt vàng, đậu mùa, sốt hồi quy và rickettsia. Đến những năm 1990 do có sự tái xuất hiện một số vụ dịch tả ở Nam Mỹ, dịch hạch ở Ấn Độ và các bệnh truyền nhiễm mới nổi như bệnh do vi rút Ebola nên Đại hội đồng Tổ chức Y tế thế giới lần thứ 48 (năm 1995) đã đưa ra Nghị quyết sửa đổi lại Điều lệ này [100, 104].

Năm 2001, Đại hội đồng Tổ chức Y tế thế giới (WHA) đã thông qua Nghị quyết WHA 54.14 về an ninh toàn cầu trong việc cảnh báo và đáp ứng với dịch bệnh, trong đó WHO yêu cầu các quốc gia phải tăng cường giám sát, xác minh và đáp ứng với các sự kiện y tế công cộng khẩn cấp gây quan ngại quốc tế. Thực hiện Nghị quyết WHA 56.28 về sửa đổi Điều lệ Y tế quốc tế, năm 2003 WHO đã thành lập một nhóm công tác liên chính phủ để xem xét và xây dựng dự thảo Điều lệ Y tế quốc tế sửa đổi. Nhóm công tác liên chính phủ đã tổ chức 2 phiên họp, lần thứ nhất vào tháng 11/2004 và lần thứ 2 vào tháng 5/2005 để thông qua bản dự thảo cuối cùng trước khi trình Đại hội đồng Tổ chức Y tế thế giới lần thứ 58 xem xét thông qua. Đại hội đồng Tổ chức Y

tế thể giới đã đưa ra Nghị quyết WHA 58.3 thông qua Điều lệ Y tế quốc tế vào ngày 23/5/2005 và chính thức có hiệu lực vào ngày 15/6/2007 [42, 55].

Điều lệ Y tế quốc tế là tài liệu mang tính pháp lý quốc tế áp dụng đối với tất cả các quốc gia thành viên của Tổ chức Y tế thế giới cùng cam kết tham gia vào quá trình đảm bảo an ninh y tế toàn cầu. Mục đích chung của IHR nhằm phòng ngừa, bảo vệ, kiểm soát và đáp ứng sự kiện y tế công cộng đối với các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có khả năng lây lan quốc tế và tránh những ảnh hưởng không cần thiết về đi lại hay về thương mại quốc tế [55, 56].

1.1.4.2. Mục đích và phạm vi của Điều lệ Y tế quốc tế

Mục đích và phạm vi của IHR nhằm ngăn ngừa, bảo vệ và phòng chống sự lây lan dịch bệnh truyền nhiễm trên phạm vi quốc tế, quy định các biện pháp đáp ứng y tế công cộng phù hợp, tránh những trở ngại không cần thiết đối với lưu thông và thương mại quốc tế [55, 107].

Các nội dung cơ bản của IHR bao gồm:

- Yêu cầu các quốc gia phải đánh giá và thông báo cho WHO tất cả các sự kiện gây tình trạng khẩn cấp về YTCC gây quan ngại quốc tế và kiểm chứng thông tin liên quan đến sự kiện đó. WHO sẽ tiếp nhận, đánh giá thông tin một cách khách quan để đưa ra những khuyến cáo, hỗ trợ kỹ thuật trực tiếp cho quốc gia khi cần thiết để giải quyết các sự kiện.

- Quy định các quốc gia phải thiết lập cơ quan đầu mối quốc gia thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế nhằm bảo đảm việc kết nối hoạt động giữa quốc gia và WHO về những vấn đề liên quan đến thực hiện IHR; cung cấp và tiếp nhận thông tin từ WHO vào bất cứ thời điểm nào.

- Quy định các quốc gia phải xây dựng năng lực tối thiểu, duy trì năng lực cấp quốc gia để có thể phát hiện, thông cáo và đáp ứng nguy cơ gây tình trạng khẩn cấp về YTCC. Bên cạnh đó, quốc gia phải xây dựng năng lực của khẩu tại các sân bay, bến cảng quốc tế và các cửa khẩu đường bộ.

Tổ chức Y tế thế giới sẽ đáp ứng với sự kiện YTCC thông qua việc đưa ra các khuyến cáo để quốc gia trực tiếp bị ảnh hưởng cũng như các quốc gia khác có liên quan thực hiện như:

- Các khuyến cáo tạm thời để giải quyết các nguy cơ gây tình trạng khẩn cấp về YTCC.
- Các khuyến cáo chính thức quy định các biện pháp được áp dụng thường xuyên hoặc có thời hạn đối với các sự kiện YTCC đang xảy ra.
- Các biện pháp có thể được áp dụng trực tiếp để tránh lây lan dịch bệnh tại cửa khẩu đối với người, hành lý, hàng hoá, công-ten-nơ, tàu thủy, tàu bay, phương tiện vận tải đường bộ hoặc bưu phẩm.

1.1.4.3. Những yêu cầu cơ bản về năng lực quốc gia của Điều lệ Y tế quốc tế

Theo cam kết thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế, mỗi quốc gia phải xây dựng 13 năng lực cơ bản, bao gồm [115]:

- Năng lực pháp luật chính sách và tài chính quốc gia;
- Năng lực phối hợp và thông tin liên lạc của Đầu mối quốc gia;
- Năng lực giám sát;
- Năng lực đáp ứng;
- Chuẩn bị ứng phó;
- Truyền thông nguy cơ;
- Nguồn nhân lực;
- Năng lực phòng xét nghiệm;
- **Năng lực về cửa khẩu;**
- Bệnh lây truyền từ động vật sang người;
- Rủi ro về an toàn thực phẩm;
- Rủi ro về sự kiện hóa chất;
- Rủi ro về phóng xạ.

Hàng năm, Tổ chức Y tế Thế giới yêu cầu các quốc gia tiến hành đánh giá các năng lực cơ bản (trong đó có năng lực về cửa khẩu) dựa vào bộ chỉ số chung để xác định mức độ đạt được các năng lực cơ bản của IHR, trên cơ sở đó quốc gia xây dựng kế hoạch, đầu tư nguồn lực thực hiện các hoạt động nhằm đạt được các yêu cầu của IHR [42].

1.1.4.4. Năng lực cửa khẩu theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế

Cửa khẩu biên giới được định nghĩa là nơi thực hiện việc xuất cảnh, nhập cảnh, quá cảnh đối với người, phương tiện; xuất khẩu, nhập khẩu đối với hàng hóa qua lại biên giới quốc gia, bao gồm cửa khẩu đường bộ, cửa khẩu đường sắt, cửa khẩu đường thủy nội địa, cửa khẩu đường hàng hải và cửa khẩu đường hàng không [42]. Có nhiều loại hình cửa khẩu khác nhau như: Cửa khẩu chính (còn gọi là cửa khẩu quốc gia, song phương) chỉ dành cho công dân 2 nước có chung đường biên giới có các cặp cửa khẩu đối diện nhau và có sự giao thương qua lại; Cửa khẩu quốc tế được mở cho người, phương tiện của của một nước thứ ba khác được phép xuất, nhập cảnh; Cửa khẩu phụ được mở cho người, phương tiện của 2 tỉnh biên giới của hai nước để xuất cảnh, nhập cảnh; hàng hóa xuất khẩu, nhập khẩu [55]. Cửa khẩu là cửa ngõ của quốc gia, đóng vai trò thúc đẩy phát triển kinh tế, tăng cường giao lưu thương mại giữa các quốc gia trên thế giới, song bên cạnh đó cửa khẩu cũng là nơi bệnh dịch truyền nhiễm dễ dàng xâm nhập thông qua hành khách, hàng hóa và các phương tiện vận tải qua cửa khẩu.

Theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế, cửa khẩu quốc tế cần có các năng lực cơ bản sau [55]:

a) Các năng lực thường xuyên sẵn có tại cửa khẩu:

- Sẵn sàng về cơ sở vật chất, trang về thiết bị và nhân lực để phát hiện và vận chuyển hành khách nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm tới cơ sở y tế thích hợp;

- Sẵn sàng về cán bộ có đủ khả năng kiểm tra, giám sát các đối tượng phải kiểm dịch y tế;
- Sẵn sàng các dịch vụ y tế bao gồm việc giám sát, phát hiện, chẩn đoán và xử lý y tế đối với các đối tượng kiểm dịch, giám sát véc tơ tại cửa khẩu.
- Bảo đảm môi trường an toàn cho hành khách tại cửa khẩu, bao gồm hệ thống cung cấp nước, thực phẩm, khu vực cách ly và xử lý y tế.
- Chuẩn bị sẵn sàng trang thiết bị cần thiết để vận chuyển hành khách bị bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm.

b) 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 để cách ly tạm thời hành khách bị bệnh hay nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm;
- Phối hợp với các cơ quan y tế địa phương để cách ly, điều trị đối với những hành khách nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm khi cần thiết;
- Áp dụng các biện pháp diệt côn trùng, diệt chuột, diệt khuẩn hoặc biện pháp xử lý y tế khác đối với hành lý, hàng hoá và phương tiện vận chuyển tại khu vực cửa khẩu;
- Phối hợp liên ngành, trao đổi thông tin với các cơ quan quản lý tại cửa khẩu.

1.2. KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI TRÊN THẾ GIỚI

Trên thế giới, các quốc gia đều triển khai thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế theo yêu cầu của Tổ chức Y tế thế giới, trong đó kiểm dịch y tế là một nội dung bắt buộc thực hiện. Các mô hình tổ chức và hoạt động kiểm dịch y tế của nhiều quốc gia có khác nhau, song về cơ bản đều nhằm một mục đích chung là giám sát và kiểm soát chặt chẽ các đối tượng phải kiểm dịch y tế khi

qua biên giới (bao gồm: người, phương tiện, hàng hóa) để ngăn chặn lây lan các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm nguy hiểm [73, 75, 109].

1.2.1. Mô hình kiểm dịch y tế tại Mỹ

Cuối thế kỷ XIX, sự bùng phát dịch tả tại một số nước lây lan đến Mỹ thông qua các tàu chở khách đã thúc đẩy Chính phủ Liên bang xây dựng các trạm kiểm dịch và áp đặt bắt buộc các yêu cầu kiểm dịch đối với những người đến từ châu Âu [69, 84]. Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) có vai trò quản lý tất cả các trạm kiểm dịch toàn Liên bang và dưới sự giám sát của Cục An ninh Liên bang [69]. Mô hình CDC chỉ tồn tại ở tuyến trung ương, không phân theo khu vực hay theo các tuyến và đóng vai trò đầu mối, chủ đạo trong tất cả các hoạt động liên quan đến y tế dự phòng trên toàn quốc, trong đó có hoạt động giám sát các bệnh truyền nhiễm [102].

Khoa Di trú quốc tế và Kiểm dịch y tế (Division of Global Migration and Quarantine) thuộc CDC quản lý 20 trạm kiểm dịch trên toàn nước Mỹ. Các cán bộ kiểm dịch y tế có nhiệm vụ theo dõi, giám sát, thông tin và áp dụng các biện pháp phòng ngừa đối với các bệnh truyền nhiễm từ người, động vật và hàng hóa khi nhập cảnh. Tại mỗi trạm kiểm dịch y tế, có từ 1 đến vài cán bộ kiểm dịch y tế (tùy theo quy mô trạm) được tập huấn thành thạo các quy trình kiểm dịch, các văn bản và các quy định, hướng dẫn chuyên môn. Các cán bộ kiểm dịch y tế này phối hợp chặt chẽ với các lực lượng quản lý chuyên ngành khác tại cửa khẩu để kiểm tra, giám sát các đối tượng cần kiểm dịch. Các cán bộ thuộc lực lượng quản lý chuyên ngành tại cửa khẩu cũng được tập huấn về phối hợp với kiểm dịch để giám sát dịch bệnh trong những trường hợp cần thiết [69, 85]. Nhiệm vụ của cán bộ kiểm dịch y tế các trạm kiểm dịch ở cửa khẩu được quy định như sau:

- Kiểm tra tờ khai và phương tiện vận tải để giám sát và xác định các bệnh truyền nhiễm.
- Thu thập và kiểm tra giấy chứng nhận sức khỏe người nhập cảnh.
- Kiểm tra đánh giá nhanh để phát hiện dấu hiệu, triệu chứng của bệnh cần kiểm dịch y tế.
- Cách ly và xử lý đối tượng nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm khi cần.
- Giám sát, kiểm tra việc nhập khẩu động vật, thực vật đảm bảo đúng quy định nhằm phòng ngừa những bệnh lây truyền từ động, thực vật sang người và phòng tránh những nguy cơ ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng.
- Cung cấp thông tin về tình trạng phương tiện vận tải và hành khách khi có yêu cầu của thanh tra viên hoặc các cơ quan có thẩm quyền.

1.2.2. Mô hình kiểm dịch y tế tại Trung Quốc

Tại Trung Quốc, hoạt động kiểm dịch y tế đã được xây dựng từ cuối thế kỷ XIX. Hệ thống kiểm dịch y tế được tổ chức theo ngành dọc từ Trung ương tới địa phương [80]. Tổng Cục Giám sát chất lượng và Kiểm nghiệm, Kiểm dịch y tế trực thuộc Bộ Y tế chịu trách nhiệm quản lý nhà nước về kiểm dịch y tế. Tại các tỉnh có Cục Giám sát chất lượng, Kiểm nghiệm và Kiểm dịch y tế với cơ sở vật chất, trang thiết bị được đầu tư hiện đại, có đội ngũ cán bộ kiểm dịch được đào tạo cơ bản về chuyên môn, nghiệp vụ, có trình độ ngoại ngữ và kiến thức pháp lý vững để thực thi nhiệm vụ. Các hoạt động kiểm dịch được thực hiện gồm kiểm tra, cách ly các đối tượng nghi ngờ mang bệnh truyền nhiễm, kiểm tra, giám sát các thực phẩm nhập khẩu, giám sát các véc tơ, vật chủ trung gian truyền bệnh truyền nhiễm nhằm hạn chế và phòng chống sự lây truyền của các bệnh truyền nhiễm vào lãnh thổ [89, 119].

1.2.3. Mô hình kiểm dịch y tế tại Úc

Tại Úc, ngay từ những năm 1830 những tàu thuyền nhập cảnh cảng Sydney có nghi ngờ mang bệnh truyền nhiễm đều được neo đậu tại khu riêng

North Head và được lưu giữ, kiểm dịch hành khách, thủy thủ để bảo vệ cư dân địa phương khỏi lây nhiễm bệnh. Sau 40 ngày, những hành khách này mới được lên bờ. Khu North Head được chọn làm địa điểm kiểm dịch với các lý do: i) là địa điểm hạ neo an toàn đầu tiên trong khu vực; ii) là khu vực có thể cách ly đầy đủ và hiệu quả, đồng thời có khoảng cách đủ xa với trung tâm thành phố Sydney [63]. Úc có luật kiểm dịch y tế chung cho toàn quốc và luật riêng cho từng bang. Luật riêng của từng bang không được quy định những điều trái với luật chung. Việc xây dựng và thực thi luật kiểm dịch y tế được giao cho Bộ Y tế và Tuổi già chịu trách nhiệm. Việc kiểm dịch y tế tại các sân bay, bến cảng được giao cho Cục Kiểm dịch và Thanh tra Úc (Australian Quarantine and Inspection Service-AQIS). AQIS được chính phủ giao nhiệm vụ kiểm dịch động vật, thực vật, thực phẩm và người trước khi vào Úc. AQIS cũng là đơn vị cấp giấy chứng nhận kiểm dịch cho hàng hoá, động vật, thực vật xuất khẩu của Úc. Hành khách, hàng hoá khi nhập cảnh, nhập khẩu sẽ được sàng lọc, kiểm tra ngay từ nơi xuất xứ thông qua các giấy tờ, hồ sơ khai báo [63, 95, 101].

1.2.4. Mô hình kiểm dịch y tế tại Canada

Tại Canada, kiểm dịch y tế ở các cửa khẩu lớn như các bến cảng, sân bay được thực hiện tại các trạm kiểm dịch. Tổ chức của một trạm kiểm dịch tại Canada khá đầy đủ bao gồm: cán bộ kiểm dịch y tế, cơ sở làm việc và chỗ ở của cán bộ kiểm dịch y tế, khu vực cách ly, khu điều trị, phòng xét nghiệm và khu vực xử lý y tế. Đối với các cửa khẩu biên giới trong đất liền, các sân bay, hải cảng nhỏ do lưu lượng hàng hoá, phương tiện và hành khách đi lại ít nên không thành lập trạm kiểm dịch. Tại những cửa khẩu này, cán bộ hải quan làm nhiệm vụ kiêm nhiệm cả kiểm dịch. Cán bộ hải quan này có toàn quyền như cán bộ kiểm dịch y tế. Trong trường hợp được thông báo có dịch hoặc tự mình phát hiện thấy những dấu hiệu nghi ngờ dịch bệnh, cán bộ hải quan có quyền

yêu cầu kiểm tra phương tiện, hàng hoá và hành khách. Cán bộ hải quan có quyền lưu giữ phương tiện, hàng hoá, cách ly người bệnh, xử lý y tế, khử trùng phương tiện và có quyền từ chối hoặc cho phép nhập cảnh sau khi đã cách ly và xử lý y tế [93].

1.3. KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI TẠI VIỆT NAM

1.3.1. Cơ sở pháp lý thực hiện hoạt động kiểm dịch y tế biên giới

Các hoạt động kiểm dịch y tế (KDYT) biên giới tại Việt Nam đã được triển khai từ năm 1958 và được Chính phủ quy định trong Điều lệ Kiểm dịch y tế biên giới ban hành ngày 19/5/1958. Ngày 11/6/1998, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 41/1998/NĐ-CP về Kiểm dịch y tế biên giới thay thế cho Điều lệ Kiểm dịch y tế biên giới. Năm 2007, Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm được Quốc hội thông qua đã quy định các bệnh truyền nhiễm thuộc Nhóm A cần phải kiểm dịch y tế tại cửa khẩu, bao gồm các bệnh: bại liệt, cúm A(H5N1), cúm A(H7N9), dịch hạch, đậu mùa, sốt xuất huyết do vi rút Ebola/Lassa hoặc Marburg, sốt Tây sông Nile, sốt vàng, bệnh tả, bệnh viêm đường hô hấp cấp nặng do vi rút và các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới phát sinh chưa rõ nguyên nhân [23]. Nghị định số 103/2010/NĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 01/10/2010 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới đã quy định cụ thể 05 đối tượng cần phải kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu bao gồm: người; phương tiện vận tải xuất/nhập/quá cảnh qua biên giới; hàng hóa nhập khẩu/xuất khẩu/quá cảnh; các mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người; thi thể, hài cốt, tro cốt [23].

Để hướng dẫn chi tiết công tác kiểm dịch y tế biên giới tại Việt Nam theo quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và Nghị định của Chính phủ, Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan đã ban hành các Thông tư làm cơ sở triển khai thực hiện như Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT ngày

30/01/2007 của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế [8]; Thông tư số 46/2014/TT-BYT ngày 05/12/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn về quy trình kiểm dịch y tế [18]; Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước [5]. Đây là các căn cứ pháp lý cơ bản để hướng dẫn tổ chức và triển khai thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về kiểm dịch y tế trên địa bàn tỉnh cho Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế.

1.3.2. Hệ thống tổ chức kiểm dịch y tế biên giới tại Việt Nam

1.3.2.1. Tuyến trung ương

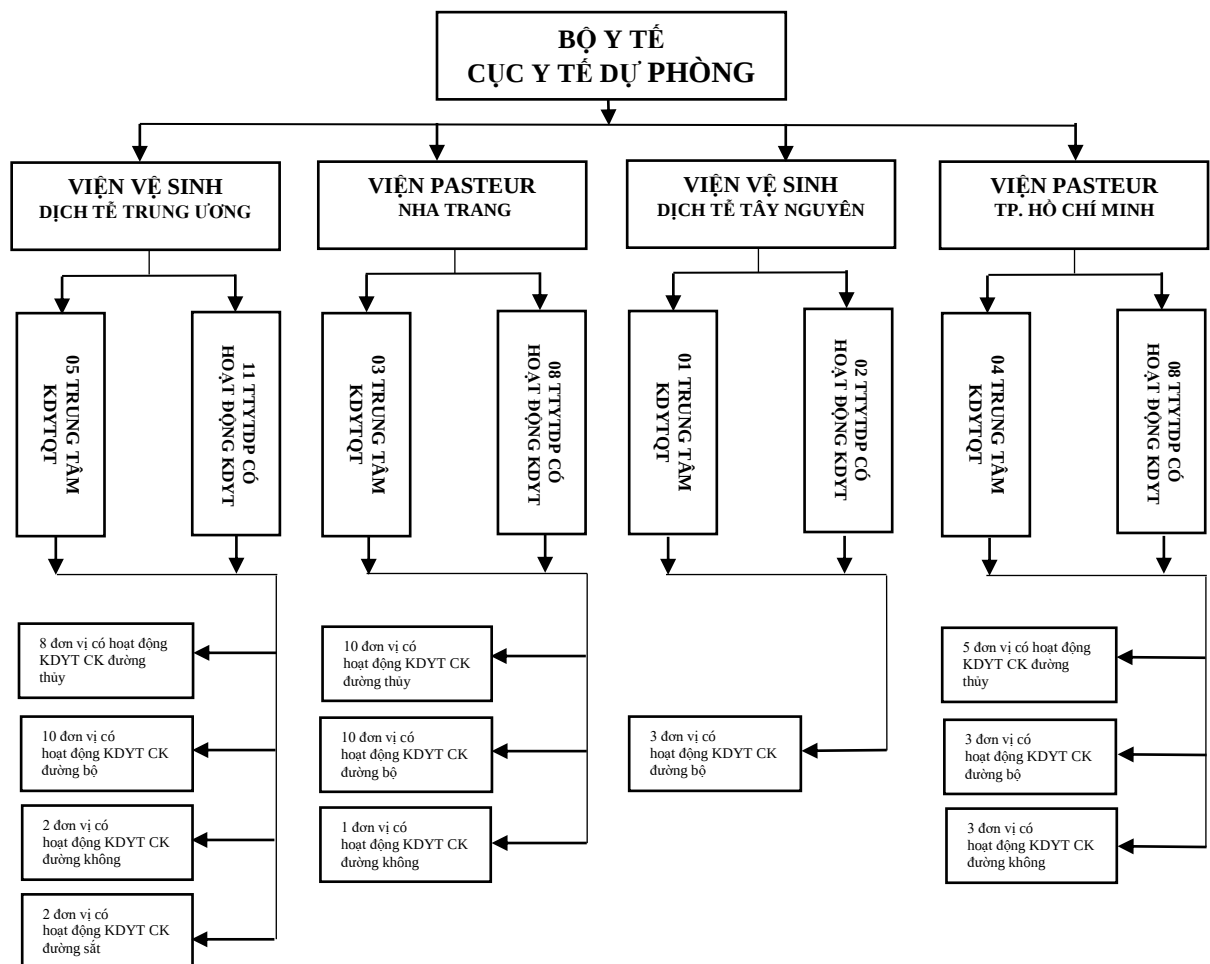
Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế là cơ quan trực tiếp tham mưu Bộ trưởng Bộ Y tế và chỉ đạo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới trên phạm vi toàn quốc. Trong Cục Y tế dự phòng có Phòng Kiểm dịch y tế biên giới là đầu mối về các hoạt động thuộc lĩnh vực chuyên môn. Các Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Viện Pasteur Nha Trang, Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên và Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh với chức năng và nhiệm vụ chỉ đạo, theo dõi, giám sát hỗ trợ các biện pháp chuyên môn kỹ thuật về kiểm dịch y tế biên giới đối với các địa phương.

1.3.2.2. Tuyến tỉnh/thành phố

Tính đến năm 2016, cả nước có 42/63 tỉnh thành phố triển khai hoạt động kiểm dịch y tế. Các đơn vị tuyến tỉnh tham gia hoạt động kiểm dịch y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố bao gồm:

- 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế là đơn vị độc lập trực thuộc Sở Y tế, được thành lập tại các tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương có các cửa khẩu quốc tế, quốc gia lớn, có lưu lượng lớn hành khách và phương tiện vận tải xuất/nhập cảnh.

- 29 Trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh: các hoạt động kiểm dịch y tế do các Trung tâm này thực hiện thường không nhiều do trên địa bàn có ít của khẩu hoặc các cửa khẩu có lưu lượng hành khách, phương tiện vận tải, hàng hóa xuất nhập khẩu ít. Trong số đó có 19 Khoa Kiểm dịch y tế biên giới thuộc Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh; 10 Tổ Kiểm dịch y tế thuộc Khoa Kiểm soát dịch bệnh của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh. Tại các Trung tâm này, cán bộ kiểm dịch y tế thường được bố trí kiêm nhiệm với các công tác chuyên môn khác.



Hình 1.1. Tổ chức hệ thống KDYT biên giới Việt Nam năm 2016

Các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế, Trung tâm Y tế dự phòng tuyến tỉnh, thành phố quản lý các hoạt động kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu đường không, đường bộ, đường thủy và đường sắt.

1.3.3. Chức năng, nhiệm vụ của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế

Trung tâm Kiểm dịch Y tế quốc tế (KDYT) quốc tế là đơn vị độc lập thuộc hệ thống y tế dự phòng tuyến tỉnh và trực thuộc Sở Y tế quản lý. Tính đến năm 2016, cả nước có 13 Trung tâm KDYT quốc tế được thành lập và tổ chức hoạt động. Chức năng nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức của Trung tâm KDYT quốc tế đã được Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể tại Quyết định 14/2007/QĐ-BYT ngày 30/01/2007 với nhiệm vụ chính là phòng ngừa, ứng phó kịp thời các bệnh truyền nhiễm xâm nhập và các sự kiện y tế công cộng lan truyền qua các cửa khẩu Việt Nam. Các hoạt động của Trung tâm KDYT quốc tế bao gồm:

- Tổ chức thực hiện công tác kiểm dịch y tế, giám sát thường xuyên các bệnh truyền nhiễm và các yếu tố nguy cơ với sức khỏe cộng đồng tại cửa khẩu;
- Kiểm tra y tế, thực hiện xử lý y tế, cấp giấy chứng nhận cho đối tượng kiểm dịch y tế;
- Thực hiện, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các biện pháp kiểm dịch y tế đối với các cơ sở cung ứng thực phẩm, đồ uống, nước sinh hoạt trong khu vực cửa khẩu;
- Thực hiện các biện pháp phòng chống vật chủ, trung gian truyền bệnh, vật thể mang mầm bệnh truyền nhiễm, các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cộng đồng trong khu vực cửa khẩu theo quy định của pháp luật;
- Phối hợp với Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe và các cơ quan thông tin đại chúng trên địa bàn tổ chức triển khai thực hiện công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về lĩnh vực kiểm dịch y tế;

- Nghiên cứu, tham gia nghiên cứu khoa học và ứng dụng các tiến bộ khoa học, kỹ thuật về lĩnh vực kiểm dịch y tế; đào tạo, tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật, nghiệp vụ, ngoại ngữ cho cán bộ làm công tác kiểm dịch y tế;

- Thực hiện các chế độ thống kê, báo cáo, giám sát bệnh truyền nhiễm theo quy định của Bộ Y tế.

Về cơ cấu tổ chức, Trung tâm KDYT quốc tế gồm 6 khoa/phòng:

- 02 Phòng chức năng: Phòng Kế hoạch-Tài chính, Phòng Tổ chức-Hành chính.

- 04 Khoa chuyên môn: Kiểm dịch y tế, Quản lý sức khỏe, Xử lý y tế và Xét nghiệm.

1.3.4. Quy trình kiểm dịch y tế tại cửa khẩu

Thông tư số 46/2014/TT-BYT ngày 05/12/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn về quy trình kiểm dịch y tế đối với các đối tượng phải kiểm dịch theo từng loại cửa khẩu, gồm có 03 bước chung cơ bản sau [6, 18]:

- Bước 1 - Khai báo y tế và thu thập thông tin dịch bệnh truyền nhiễm: Các đối tượng kiểm dịch phải khai báo y tế trước khi nhập cảnh, nhập khẩu, xuất khẩu, xuất cảnh. Cán bộ KDYT thu thập các thông tin về dịch bệnh truyền nhiễm và các yếu tố nguy cơ liên quan đến đối tượng phải kiểm dịch y tế.

- Bước 2 - Kiểm tra y tế: Cán bộ KDYT tiến hành kiểm tra y tế để xác minh thông tin và phát hiện các yếu tố, mang tác nhân gây bệnh truyền nhiễm.

- Bước 3 - Xử lý y tế và cấp giấy chứng nhận KDYT: Trong trường hợp ghi nhận có dấu hiệu mắc bệnh truyền nhiễm, phương tiện, hàng hoá mang tác nhân gây bệnh truyền nhiễm nhóm A.

Đối với các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm lây lan quốc tế qua cửa khẩu như: dịch bệnh do vi rút Ebola, hội chứng viêm đường hô hấp Trung Đông (MERS-CoV), cúm A(H7N9)... , cán bộ KDYT thực hiện quy trình giám sát sàng lọc tại cửa khẩu theo 3 bước:

- Bước 1: Theo dõi 100% hành khách nhập cảnh qua máy theo dõi thân nhiệt, hoặc áp dụng biện pháp khai báo y tế (trong trường hợp có dịch).

- Bước 2: Trường hợp hành khách được ghi nhận có sốt qua máy đo thân nhiệt từ xa hoặc qua nhiệt kế đo nhiệt độ, cán bộ KDYT phân loại tiếp theo:

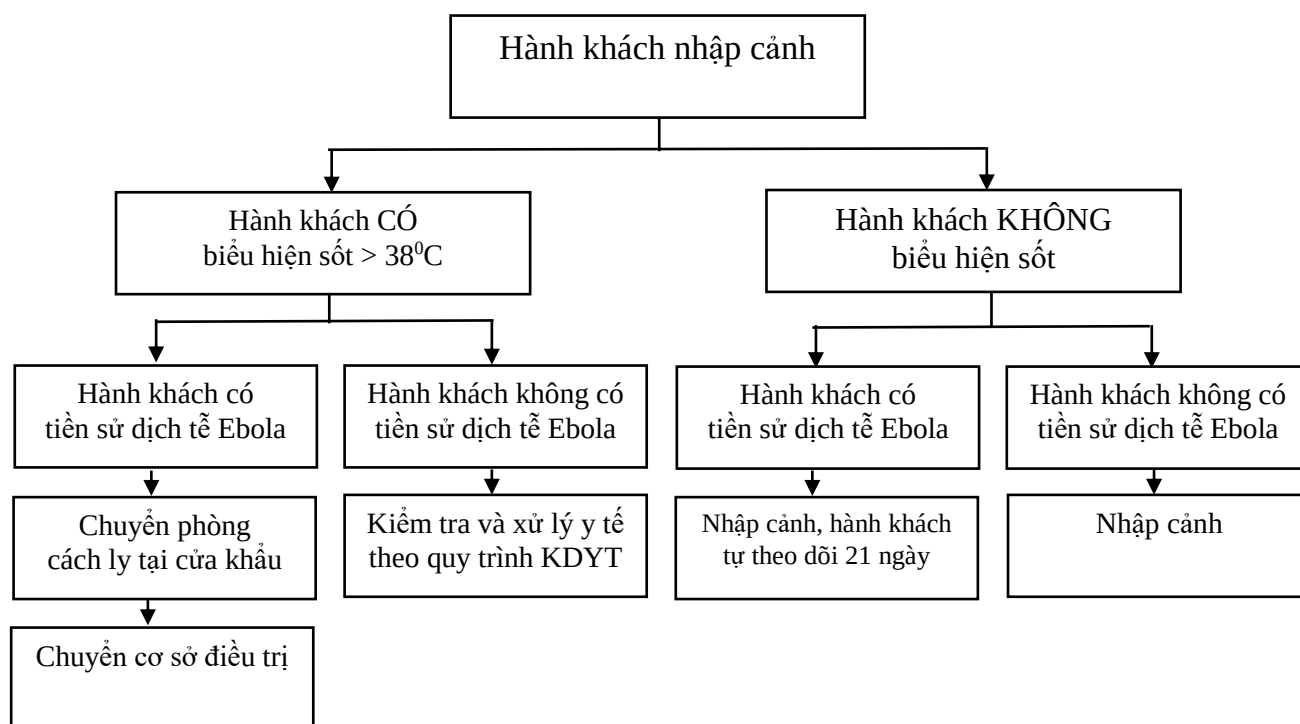
+ Hành khách có tiền sử dịch tễ: như đi đến từ vùng đang có dịch, có tiền sử tiếp xúc với người bệnh... sẽ được chuyển đến phòng cách ly tại cửa khẩu để tiếp tục khám sơ bộ hoặc chuyển tuyến trong tiếp tục cách ly theo dõi.

+ Hành khách không có tiền sử dịch tễ: cán bộ KDYT sẽ thực hiện kiểm tra y tế và xử lý y tế theo quy trình thông thường chung và cho phép nhập cảnh.

- Bước 3: Trường hợp hành khách không ghi nhận sốt thông qua máy đo thân nhiệt từ xa:

+ Hành khách có tiền sử dịch tễ: như đi đến từ vùng đang có dịch, có tiền sử tiếp xúc với người bệnh...: Hành khách được nhập cảnh nhưng được tư vấn và truyền thông tự theo dõi sức khỏe trong vòng 21 ngày.

+ Hành khách không có tiền sử dịch tễ: cán bộ KDYT sẽ thực hiện theo quy trình KDYT thông thường chung và cho phép nhập cảnh.



Hình 1.2. Quy trình kiểm dịch y tế đối với Ebola

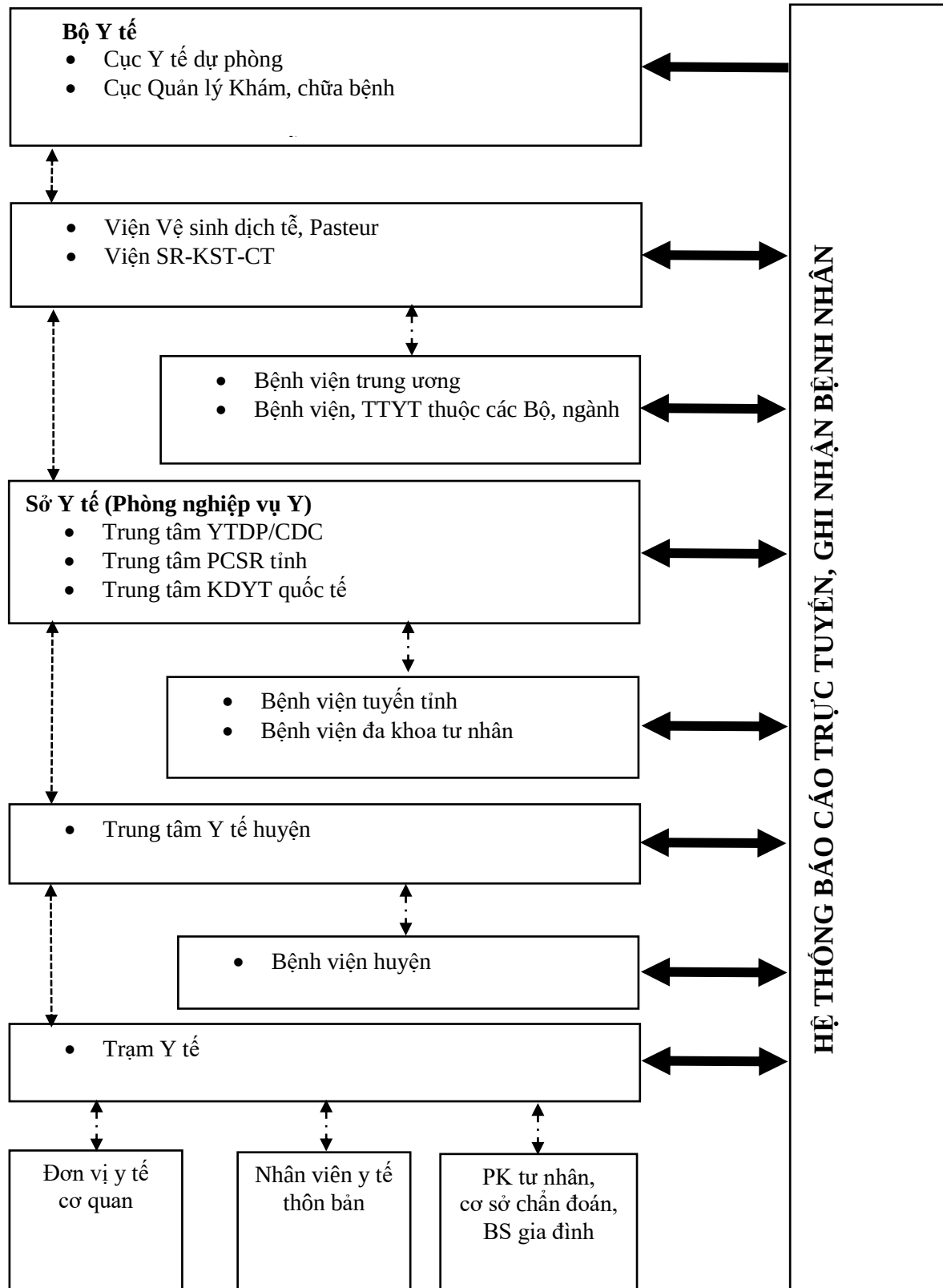
1.4. CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM PHẢI KIỂM DỊCH Y TẾ

1.4.1. Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam bao phủ trên phạm vi toàn quốc được tổ chức và hoạt động theo Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 29/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Nhiệm vụ của hệ thống là giám sát phát hiện bệnh dịch, nghi nhận số liệu, xử lý thống kê, báo cáo và thông tin số liệu, tổ chức đáp ứng nhanh về tất cả các bệnh truyền nhiễm ở Việt Nam [11, 12, 36]. Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được tổ chức và chỉ đạo theo chiều dọc: từ Trung ương là Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng và các Viện Vệ sinh dịch tễ (VSDT)/Pasteur tới tuyến tỉnh, huyện, xã, phường và theo chiều ngang từ các Trung tâm YTDP, Trung tâm KDYT quốc tế, các bệnh viện đa khoa ở từng tuyến và các cơ sở y tế có tham gia vào hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm [46].

Toàn bộ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm gồm các đơn vị giám sát của 10.701 xã, phường, 669 quận/huyện, 63 tỉnh/thành phố, 4 khu vực (miền Bắc, miền Trung, Tây Nguyên và miền Nam) đặt dưới sự quản lý thống nhất về chuyên môn nghiệp vụ của Cục YTDP và sự hỗ trợ về kỹ thuật của các Viện VSDT/Pasteur, các Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng.

Các Trung tâm KDYT quốc tế, Trung tâm YTDP là những đơn vị tuyến tỉnh tham gia trong hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng khác trong phạm vi khu vực cửa khẩu [7, 12, 58] .



Hình 1.3. Sơ đồ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam

1.4.2. Các bệnh truyền nhiễm được giám sát tại cửa khẩu

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định toàn bộ 57 bệnh truyền nhiễm được đưa vào danh mục cần được giám sát tại Việt Nam và được chia theo các bệnh truyền nhiễm Nhóm A, Nhóm B và Nhóm C [10, 13, 50]. Cho tới nay hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm mới thực hiện giám sát 43 bệnh/hội chứng bệnh truyền nhiễm gây dịch, bao gồm cả các bệnh tái nổi, mới nổi đã được xác định nguyên nhân [12]. Đối với hệ thống kiểm dịch y tế biên giới, tất cả các bệnh truyền nhiễm Nhóm A, kể cả các bệnh mới nổi chưa rõ nguyên nhân đều nằm trong danh mục các bệnh truyền nhiễm cần được giám sát tại cửa khẩu [59]. Các bệnh truyền nhiễm Nhóm A cần được theo dõi và giám sát tại cửa khẩu [15, 32] bao gồm: Bệnh bại liệt; Cúm A(H5N1); Dịch hạch; Đậu mùa; Bệnh sốt xuất huyết do vi rút Ebola, Lassa, Marburg; Bệnh sốt Tây sông Nin; Bệnh sốt vàng; Bệnh tả; Bệnh viêm đường hô hấp cấp nặng do vi rút (SARS); Bệnh viêm đường hô hấp cấp tính vùng Trung Đông (MERS-CoV); Bệnh cúm A(H7N9) và các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm khác mới phát sinh chưa rõ nguyên nhân.

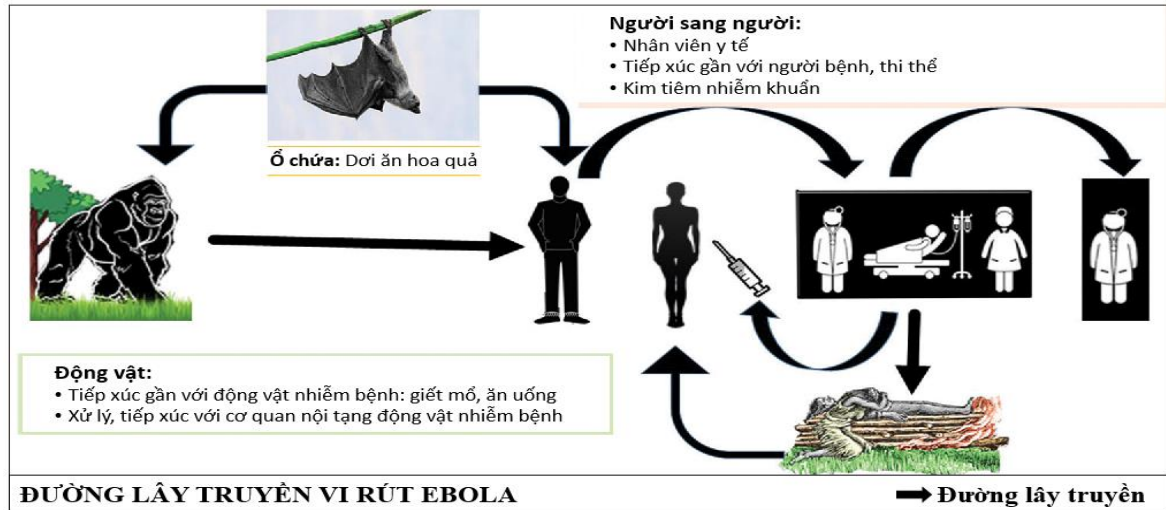
Trong thời gian gần đây, một số bệnh dịch quốc tế nguy hiểm đang có diễn biến phức tạp và có nguy cơ cao lây lan qua biên giới vào Việt Nam:

1.4.2.1. Bệnh sốt xuất huyết do vi rút Ebola (bệnh Ebola)

Năm 2014 đã ghi nhận dịch bệnh Ebola tại các quốc gia châu Phi, tính đến hết năm 2015, trên thế giới đã ghi nhận 28.634 trường hợp mắc Ebola, trong đó có 11.314 trường hợp tử vong tại 10 quốc gia [71, 106].

Bệnh do vi rút Ebola được phát hiện đầu tiên năm 1976 tại Sudan trong một ổ dịch có hơn 600 người dân địa phương mắc, tỷ lệ chết/mắc lên tới 90%. Bệnh Ebola-Marburg là bệnh mang tính lưu hành địa phương ở một số vùng thuộc châu Phi như Sudan, Cộng hòa Công Gô, Uganda, Zimbabwe, Kenia. Nhóm người phát bệnh thường là những người có tiếp xúc trực tiếp hoặc giết

mỏ, ăn thịt các loài thú như khỉ, vượn, tinh tinh, hoặc một số loài thú hoang đại khác trong khu vực [32, 79, 98].



Hình 1.4. Sơ đồ đường lây truyền vi rút Ebola [92]

Bệnh Ebola chủ yếu lây theo đường tiếp xúc trực tiếp với máu và chất tiết của người bệnh hay động vật nhiễm vi rút, hoặc thông qua các dụng cụ, đồ vật ô nhiễm trong khi giết mổ động vật, dụng cụ điều trị tại bệnh viện hay trong sinh hoạt hàng ngày. Trong vụ dịch Ebola tại Sudan có tới 30% người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân bị mắc bệnh. Vi rút cũng có thể lan truyền qua các giọt nước bọt và dịch tiết hô hấp bắn ra từ người bệnh. Cũng có thể gặp lây nhiễm do sinh hoạt tình dục (qua dịch tiết âm đạo và tinh dịch) và lây nhiễm tại phòng thí nghiệm do thiếu an toàn sinh học [32, 70, 117, 118].

Trường hợp bệnh cần giám sát là trường hợp có tiền sử đến/ở/về từ vùng dịch hoặc tiếp xúc gần với người bị bệnh Ebola trong vòng 21 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, và có một trong các biểu hiện sau:

- Sốt cao đột ngột $>38^{\circ}\text{C}$, kèm theo ít nhất một trong các triệu chứng: đau đầu, nôn, ỉa chảy, chán ăn, li bì, đau bụng, đau cơ, đau khớp, khó nuốt, khó thở, nổi; hoặc:
- Xuất huyết không rõ nguyên nhân; hoặc
- Tử vong không rõ nguyên nhân.

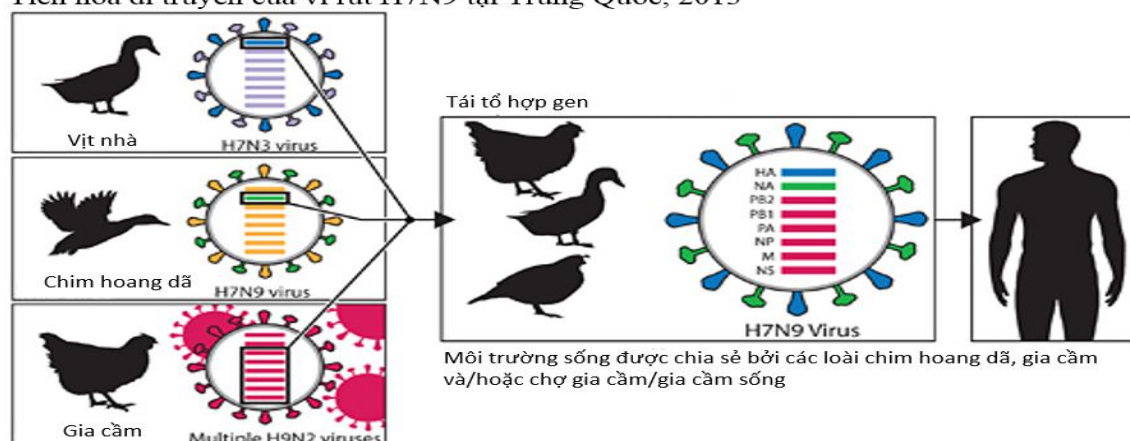
Ca bệnh xác định: Là ca bệnh nghi ngờ và có kết quả xét nghiệm phòng thí nghiệm dương tính với: ELISA phát hiện kháng thể IgM kháng vi rút Ebola hoặc RT-PCR phát hiện dấu ấn di truyền của vi rút.

1.4.2.2. Bệnh cúm A(H7N9)

Năm 2012 tại Trung Quốc lần đầu tiên báo cáo có ca nhiễm vi rút cúm A(H7N9) ở người [37]. Dịch cúm A(H7N9) tại Trung Quốc xảy ra bắt đầu từ tháng 9/2012 và tiềm ẩn nhiều nguy cơ bùng phát, lan rộng do ảnh hưởng của yếu tố thời tiết, đặc biệt là việc buôn bán, giết mổ gia cầm và vận chuyển lậu gia cầm qua biên giới, điều này làm cho dịch bệnh cúm A(H7N9) có nhiều nguy cơ lây lan từ Trung Quốc sang các quốc gia khác trong đó có Việt Nam.

Phương thức lây truyền của bệnh chưa được xác định rõ ràng, tuy nhiên hầu hết người mắc bệnh có tiền sử tiếp xúc trực tiếp với gia cầm, sản phẩm gia cầm và môi trường bị nhiễm vi rút cúm A(H7N9), đến nay chưa có bằng chứng về việc lây truyền từ người sang người. Người bệnh có triệu chứng viêm đường hô hấp cấp tính tiến triển nhanh với sốt, ho, khó thở, viêm phổi nặng và suy hô hấp. Bệnh diễn biến nặng, tỷ lệ tử vong cao khoảng 40% [14, 32, 97].

Tiến hóa di truyền của vi rút H7N9 tại Trung Quốc, 2013



Hình 1.5. Đường lây truyền của vi rút cúm A(H7N9)[67]

Trường hợp bệnh nghi ngờ: Là trường hợp có triệu chứng sốt ($>38^{\circ}\text{C}$), ho, đau họng, viêm long đường hô hấp (có thể khó thở, đau ngực) và trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát có một trong các yếu tố dịch tễ sau:

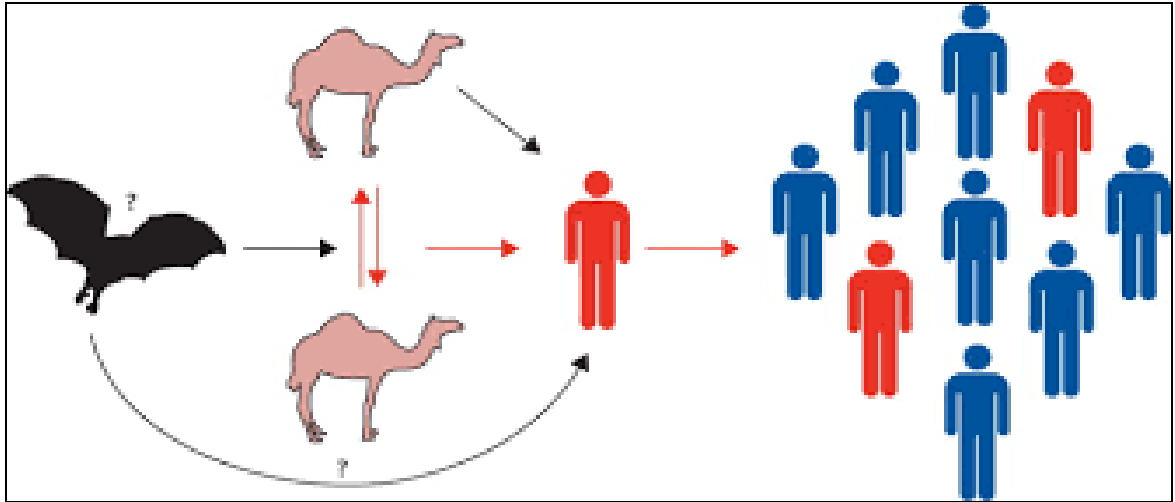
- Có tiền sử đến/ở/về từ vùng xác định nhiễm vi rút cúm A(H7N9).
- Có tiếp xúc gần với trường hợp nghi ngờ hoặc xác định mắc bệnh cúm A(H7N9) trong quá trình chăm sóc; sống, làm việc cùng; ngồi cùng chuyến xe/toa tàu/máy bay (đặc biệt cùng hàng hoặc trước sau một hàng ghế) trong khoảng thời gian từ 1 ngày trước khi người bệnh khởi phát triệu chứng cho đến khi khỏi bệnh hoàn toàn.
- Tiếp xúc với gia cầm, chim trong vùng có lưu hành vi rút cúm A(H7N9) (nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn tiết canh, thịt gia cầm chưa nấu chín ...).

Trường hợp bệnh xác định: Là trường hợp bệnh nghi ngờ có xét nghiệm khẳng định dương tính với vi rút cúm A(H7N9) [40].

1.4.2.3. Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông (MERS-CoV)

Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông là bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm A do một chủng vi rút mới của họ vi rút Corona gây nên. Trường hợp bệnh đầu tiên được ghi nhận vào tháng 4 năm 2012 tại Ả rập Xê út. Vi rút MERS-CoV có thể có nguồn gốc từ loài dơi rồi truyền sang lạc đà, sau đó lạc đà trở thành ổ chứa vi rút chính lây bệnh tiên phát sang người. Bệnh có khả năng lây truyền từ người sang người, chủ yếu qua tiếp xúc trực tiếp với các dịch tiết đường hô hấp trong nhóm người có tiếp xúc gần với bệnh nhân. Thời gian ủ bệnh từ 2 đến 14 ngày. Người bệnh có biểu hiện từ nhẹ như sốt, ho đến nặng hơn như khó thở, viêm phổi, suy hô hấp cấp, ngoài ra có thể kèm theo các triệu chứng đường tiêu hóa như tiêu chảy và có thể gây suy tạng đặc biệt là suy thận, nguy cơ tử vong cao; tỷ lệ chết/mắc từ 35% - 40%. Một số người nhiễm vi rút MERS-CoV có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện lâm

sàng rất nhẹ gây khó khăn cho việc phát hiện. Đến nay, bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh [32, 108].



Hình 1.6. Sơ đồ đường lây truyền vi rút MERS-CoV [86]

Trường hợp nghi ngờ mắc Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông là trường hợp có các dấu hiệu sau [40]: Sốt và viêm đường hô hấp từ nhẹ đến nặng (ho, khó thở, viêm phổi, suy hô hấp...) và có yếu tố dịch tễ sau:

- Có tiền sử ở/đi/đến từ quốc gia có dịch trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát, hoặc
- Tiếp xúc gần với bệnh nhân xác định mắc MERS-CoV, hoặc
- Tiếp xúc gần với người bị viêm đường hô hấp cấp tính liên quan đến quốc gia có dịch, hoặc
- Thành viên có tiếp xúc gần trong 1 chùm ca bệnh viêm đường hô hấp cấp tính nghi ngờ do MERS-CoV.

1.5. BIỆN PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Theo Tổ chức Y tế thế giới, phát triển và nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế nói chung cũng như cho cán bộ y tế công tác trong lĩnh vực phòng chống bệnh truyền nhiễm, kiểm dịch y tế nói riêng là một trong những yêu cầu của hệ thống y tế và ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dịch vụ của

hệ thống y tế quốc gia [114], trong đó đầu tư và phát triển nguồn nhân lực y tế là yếu tố cơ bản để nâng cao năng lực chuyên môn, thực hiện hiệu quả các hoạt động và dịch vụ y tế công cộng [110]. Bên cạnh đó, phát triển nguồn nhân lực là 1 trong 13 năng lực cơ bản của Điều lệ Y tế quốc tế yêu cầu các quốc gia phải tuân thủ thực hiện để đảm bảo an ninh y tế quốc gia, chống lại sự lây lan của dịch bệnh truyền nhiễm và đáp ứng kịp thời các sự kiện y tế công cộng khẩn cấp trên phạm vi toàn cầu [55].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra một số phương pháp cơ bản đã được sử dụng để nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế, gồm 6 nhóm can thiệp chính: hướng dẫn, đào tạo qua internet; tập huấn, hội thảo; hỗ trợ kỹ thuật; đào tạo thông qua hướng dẫn tự nghiên cứu; thực hành tại cộng đồng; và can thiệp kết hợp nhiều phương pháp [74]. Trong số các biện pháp đó, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế thông qua đào tạo, tập huấn là một trong những biện pháp được thực hiện thường xuyên, ở nhiều nơi nhằm cung cấp các kiến thức cập nhật, làm thay đổi thái độ, hành vi của cán bộ y tế trong triển khai thực thi các nhiệm vụ về chuyên môn.

Tại Việt Nam, nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ y tế là vấn đề đã được Đảng, Nhà nước hết sức quan tâm để phục vụ nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bộ Chính trị ban hành Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó khẳng định bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc là một trong những ưu tiên của Đảng và Nhà nước [1]. Thực hiện Nghị quyết của Bộ Chính trị, Chính phủ đã ban hành nhiều chương trình, nghị quyết về phát triển ngành y tế, trong đó chú trọng xây dựng nguồn nhân lực trong đó có Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt

Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020 [53], Quyết định này đã chỉ rõ công tác xây dựng đội ngũ cán bộ y tế, trong đó có y tế dự phòng là một trong những nhiệm vụ then chốt để phát triển ngành y tế.

Bộ Y tế đã có những quy định bắt buộc nhằm nâng cao chất lượng, năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế. Thông tư số 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết việc đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế bao gồm: đào tạo bồi dưỡng để cập nhật kiến thức, kỹ năng, thái độ thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân [16].

Một số nghiên cứu trong nước đã được triển khai tại các tỉnh, thành phố cho thấy việc đào tạo, tập huấn thường xuyên cho cán bộ là giải pháp cần thiết để nâng cao năng lực cán bộ y tế tại Việt Nam [48, 54]. Nghiên cứu về thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình và triển khai một số biện pháp can thiệp thông qua đào tạo, tập huấn về báo cáo số liệu viêm gan vi rút cho thấy chỉ số hiệu quả can thiệp cao hơn hẳn so với huyện không can thiệp (CSHQ=51,3%) [90]. Như vậy, có thể thấy việc áp dụng biện pháp can thiệp thông qua đào tạo, tập huấn là một trong những biện pháp được triển khai phổ biến và có hiệu quả trong việc nâng cao năng lực chuyên môn của cán bộ y tế để nâng cao chất lượng dịch vụ.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Luận án được thực hiện với hai phương pháp nghiên cứu tương ứng với hai mục tiêu của đề tài.

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 của các Trung tâm KDYT quốc tế.
- Các cán bộ quản lý, chuyên môn về lĩnh vực KDYT tại Cục Y tế dự phòng và các Trung tâm KDYT quốc tế.
- Các tài liệu, số liệu thứ cấp: Các báo cáo hàng năm, báo cáo đánh giá, số liệu thống kê của Cục Y tế dự phòng, của các Trung tâm KDYT quốc tế.
- Các văn bản về pháp lý, về chuyên môn nghiệp vụ, văn văn bản chỉ đạo liên quan tới kiểm dịch y tế biên giới.

2.1.1.2. Thời gian nghiên cứu: tháng 1 đến tháng 6/2016.

2.1.1.3. Địa điểm nghiên cứu

- Tất cả 13 Trung tâm KDYT quốc tế của Việt Nam.
- Cơ quan Trung ương quản lý về KDYT biên giới (Cục Y tế dự phòng).

2.1.1.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế 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 và cách chọn mẫu

- Mẫu định lượng: chọn chủ đích tất cả 13 Trung tâm KDYT quốc tế để đánh giá hiện trạng về tổ chức, nhân lực, cơ sở vật chất và hoạt động của Trung tâm.

- Mẫu định tính (thông qua phỏng vấn sâu):

+ 13 Trung tâm KDYT quốc tế: mỗi Trung tâm phỏng vấn sâu 01 lãnh đạo (13 người).

+ Cục Y tế dự phòng: Chọn chủ đích phỏng vấn sâu 01 Lãnh đạo phụ trách kiểm dịch y tế, 1 Lãnh đạo Phòng kiểm dịch y tế biên giới (02 người).

2.1.1.6. Nội dung nghiên cứu

Căn cứ tiêu chuẩn năng lực cửa khẩu theo quy định của Điều lệ Y tế quốc tế, các nội dung chủ yếu được nghiên cứu, bao gồm:

- Năng lực thường xuyên cần có tại cửa khẩu: Các loại hình cửa khẩu của Trung tâm KDYT quốc tế, nhân lực KDYT, chuyên ngành đào tạo, trình độ học vấn, cơ sở vật chất, trang thiết bị KDYT phục vụ giám sát bệnh truyền nhiễm và xử lý y tế.

- Năng lực ứng phó với các trường hợp khẩn cấp về y tế công cộng: Các hoạt động giám sát, phát hiện và xử lý y tế đối tượng KDYT tại cửa khẩu, giám sát véc tơ tại cửa khẩu.

- Phối hợp liên ngành tại cửa khẩu.

- Đánh giá hàng năm về năng lực cửa khẩu quốc gia theo quy định của Điều lệ Y tế quốc tế.

2.1.1.7. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Các biến số và phương pháp xác định biến số

TT	Biến số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn
1	Các loại hình cửa khẩu	Phỏng vấn và	- Nghị định

TT	Biển số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn
	của Trung tâm KDYTQT	khảo sát trực tiếp tại Trung tâm	112/2014/NĐ-TTg quản lý cửa khẩu biên giới
2	Biển số về nhân lực: - Giới tính: nam, nữ - Trình độ học vấn: sau đại học, đại học/cao đẳng, trung cấp - Chuyên ngành đào tạo - Trình độ ngoại ngữ, tin học - Số lượng nhân lực đáp ứng nhu cầu	Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu về trình độ, chuyên môn đã học và được cấp bằng/chứng chỉ	- Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT ngày 30/01/2007 của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế; - Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV giữa Bộ Y tế và Bộ Nội vụ về định biên trong các cơ sở y tế công lập.
3	Biển số về cơ sở vật chất, trang thiết bị (TTB): - Số khoa/phòng - Số cửa khẩu có trụ sở làm việc riêng - Số cửa khẩu có cán bộ KDYT - Số cửa khẩu có khu	Phỏng vấn và khảo sát trực tiếp, kiểm tra hồ sơ lưu giữ tại Trung tâm	- Quyết định số 5159/QĐ-BYT ngày 17/12/2007 của Bộ Y tế ban hành danh mục trang thiết bị của Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

TT	Biến số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn
	vực/phòng cách ly - TTB phục vụ giám sát hành khách xuất nhập cảnh - TTB phục vụ xử lý y tế - TTB phục vụ xét nghiệm - Phương tiện phục vụ vận chuyển người nghi ngờ mắc BTN - TTB phục vụ thông tin liên lạc		
4	Hoạt động giám sát các đối tượng KDYT tại cửa khẩu	Kiểm tra thực tế và kiểm tra các báo cáo, thống kê	Căn cứ các Thông tư hướng dẫn của BYT về KDYT biên giới
5	Phối hợp liên ngành tại cửa khẩu	Khảo sát thực tế; phỏng vấn trực tiếp, căn cứ kết quả hoạt động, báo cáo	Theo các văn bản quy định phối hợp liên ngành của Thủ tướng, UBND, Bộ, ngành
6	Đánh giá hàng năm về năng lực cửa khẩu theo quy định của Điều lệ Y tế quốc tế.	Thảo luận nhóm, phỏng vấn trực tiếp	Bộ câu hỏi đánh giá năng lực cửa khẩu thực hiện IHR của WHO

2.1.1.8. Các bước thực hiện nghiên cứu mô tả thực trạng

Áp dụng kỹ thuật điều tra thực địa tại cơ sở y tế, gồm các bước:

- Bước 1: Xây dựng đề cương và bộ mẫu phiếu phỏng vấn sâu dựa trên các tiêu chuẩn, hướng dẫn chuyên môn đã được Bộ Y tế và Bộ, ngành ban hành.
- Bước 2: Xin ý kiến góp ý của chuyên gia về bộ mẫu phiếu điều tra.
- Bước 3: Tổ chức tập huấn cho điều tra viên (gồm các cán bộ Phòng KDYT biên giới thuộc Cục Y tế dự phòng). Nội dung tập huấn về mục đích cuộc điều tra, kỹ năng phỏng vấn sâu.
- Bước 4: Thử nghiệm bộ mẫu phiếu phỏng vấn sâu. Sau thử nghiệm, hoàn thiện bộ mẫu phiếu phỏng vấn sâu và tiến hành thực địa thu thập số liệu.

2.1.1.9. Công cụ nghiên cứu

- Nghiên cứu định lượng: Sử dụng các mẫu phiếu được thiết kế sẵn để thu thập thông tin mô tả thực trạng về tổ chức, nhân lực, cơ sở vật chất, hoạt động của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế.
- Nghiên cứu định tính: Sử dụng mẫu câu hỏi bán cấu trúc để thu thập thông tin từ các đối tượng tham gia phỏng vấn sâu. Cuộc phỏng vấn sâu kéo dài khoảng 30 phút với từng đối tượng.

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

Các cán bộ quản lý, cán bộ chuyên môn về lĩnh vực KDYT biên giới làm việc tại các Trung tâm KDYT quốc tế các tỉnh/thành phố.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: là kiểm dịch viên y tế đang làm trực tiếp tại Trung tâm KDYT quốc tế.

- Tiêu chí loại trừ: Kiểm dịch viên y tế không có mặt tại địa bàn nghiên cứu vào thời điểm thu thập số liệu (nghỉ ốm, đi học, đi công tác...) hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.1.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tất cả 13 Trung tâm KDYT quốc tế đóng trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương của Việt Nam.

2.1.2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế điều tra cắt ngang, có phân tích so sánh kết quả nghiên cứu định lượng.

2.1.2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu chọn được áp dụng theo công thức:

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

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu tối thiểu chọn theo phương pháp ngẫu nhiên.
- Z = hệ số tin cậy, nghiên cứu này chọn độ tin cậy là 95% do đó Z=1,96.
- p: là tỉ lệ cán bộ kiểm dịch y tế 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

Cỡ mẫu được tính: **$n = 1,96^2 * 0,5 * 0,5 / 10\% * 2 = 192$ mẫu**. Cỡ mẫu thực tế **195 cán bộ kiểm dịch y tế** đủ tiêu chuẩn.

2.1.2.6. Phương pháp chọn mẫu

Tổng số cả nước có 13 Trung tâm KDYT quốc tế, như vậy mỗi Trung tâm KDYT quốc tế chọn phỏng vấn 15 người. Căn cứ vào danh sách các cán

bộ kiểm dịch đang làm việc tại Trung tâm, chọn ngẫu nhiên người đầu tiên trong danh sách, tiếp theo đó chọn đủ cho được 15 người tham gia đánh giá.

2.1.2.7. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.2. Các biến số và phương pháp xác định biến số

TT	Biến số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn
1	Kiến thức đúng của cán bộ KDYT đối với đặc điểm dịch tễ học (tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, triệu chứng, tiêu chuẩn chẩn đoán) và các biện pháp phòng chống bệnh Ebola	Phỏng vấn và quan sát trực tiếp	Căn cứ các hướng dẫn chuyên môn do BYT ban hành
2	Thái độ của CBKDYT đối với sự nguy hiểm của bệnh Ebola	Phỏng vấn và quan sát trực tiếp	Căn cứ các hướng dẫn chuyên môn do BYT ban hành
3	Thực hành các biện pháp phòng chống, giám sát dịch bệnh Ebola tại cửa khẩu của cán bộ KDYT	Phỏng vấn và quan sát trực tiếp	Căn cứ các hướng dẫn chuyên môn do BYT ban hành

2.1.2.8. Các bước thực hiện đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành

- Bước 1: Xây dựng đề cương và bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân dựa trên các tiêu chuẩn, hướng dẫn chuyên môn đã được Bộ Y tế và Bộ, ngành ban hành.

- Bước 2: Xin ý kiến góp ý chuyên gia về bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân.

- Bước 3: Tổ chức tập huấn cho điều tra viên (gồm các cán bộ Phòng KDYT biên giới thuộc Cục Y tế dự phòng). Nội dung tập huấn về mục đích

cuộc điều tra, kỹ năng phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi điều tra kiến thức, thái độ, thực hành.

- Bước 4: Thử nghiệm bộ mẫu phiếu phỏng vấn cá nhân. Sau thử nghiệm, hoàn thiện mẫu phiếu điều tra và tiến hành thực địa thu thập số liệu.

2.1.2.9. Công cụ nghiên cứu

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn cá nhân có cấu trúc về kiến thức hiểu biết, thái độ và hành vi về dịch bệnh do vi rút Ebola (Phụ lục 1).

2.2. Mục tiêu 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

Dịch bệnh do vi rút Ebola là dịch bệnh truyền nhiễm tối nguy hiểm, có tốc độ lây lan nhanh, tỷ lệ tử vong cao khi mắc bệnh. Trong năm 2014, 2015 dịch bệnh này đã bùng phát mạnh tại một số quốc gia châu Phi, là sự kiện YTCC gây quan ngại quốc tế và đã lây lan nhanh chóng ra các nước trong khu vực và một số quốc gia khác, nguy cơ lây lan quốc tế là rất lớn. Mặc dù bệnh do vi rút Ebola đã được ghi nhận từ lâu, song các kiến thức hiểu biết về giám sát, các thực hành phòng chống dịch bệnh Ebola trong cán bộ làm công tác kiểm soát dịch bệnh tại biên giới còn chưa nhiều. Trong khuôn khổ đề tài nghiên cứu này, dịch bệnh do vi rút Ebola được lựa chọn để đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch của cán bộ kiểm dịch y tế tại các Trung tâm KDYT quốc tế.

Nghiên cứu thực hiện đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành (K.A.P) của cán bộ kiểm dịch y tế về dịch bệnh Ebola, căn cứ kết quả đánh giá đó triển khai một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola của 03 Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế đại diện cho các cửa khẩu đường bộ, đường thủy và đường hàng không.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả cán bộ kiểm dịch y tế được can thiệp ở các Trung tâm của nhóm can thiệp tại thời điểm từ tháng 12/2016 đến tháng 7/2017.

- Đối tượng đánh giá trước và sau can thiệp: là các cán bộ kiểm dịch y tế ở các Trung tâm can thiệp và các Trung tâm đối chứng nói trên.

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

2.2.3. Địa điểm can thiệp

Chọn 06 cửa khẩu quốc tế chia làm 3 cặp phân theo từng loại hình hoạt động về kiểm dịch y tế: cửa khẩu đường hàng không, đường thuỷ và đường bộ. Mỗi cặp cửa khẩu sẽ bao gồm 01 cửa khẩu can thiệp và 01 cửa khẩu đối chứng. Các cửa khẩu trong mỗi cặp đòi hỏi có các tiêu chí cơ bản tương đồng nhau như: là cửa khẩu quốc tế lớn, đóng trên địa bàn tỉnh/thành phố có nhiều giao lưu quốc tế, có lưu lượng hành khách, hàng hoá, phương tiện qua lại cửa khẩu tương đương nhau; có nhiều cán bộ KDYT. Với tiêu chí như vậy, nghiên cứu đã chọn ra 3 cặp cửa khẩu:

- Cửa khẩu đường bộ: Lạng Sơn và Lào Cai.
- Cửa khẩu đường hàng không: Đà Nẵng và Khánh Hoà.
- Cửa khẩu đường biển: Hải Phòng và TP. Hồ Chí Minh.

Các cửa khẩu can thiệp và đối chứng bao gồm:

- 3 cửa khẩu chọn can thiệp: Lào Cai, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh.
- 3 cửa khẩu chọn đối chứng: Lạng Sơn, Khánh Hoà, Hải Phòng.

2.2.4. Thiết kế nghiên cứu can thiệp

Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, kết hợp phân tích kết quả trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả can thiệp. Kết quả so sánh như sau:

- So sánh ngang: so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở cả 2 giai đoạn trước và sau khi can thiệp.

- So sánh dọc: so sánh trước và sau can thiệp trong cùng một nhóm.

2.2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Để chọn cỡ mẫu và mẫu nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thống kê không xác suất theo kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ: lựa chọn tất cả các cán bộ kiểm dịch y tế đang làm tại 04 khoa chuyên môn của Trung tâm, họ là các cán bộ tham gia thường xuyên các hoạt động liên quan trực tiếp đến phòng chống bệnh dịch truyền nhiễm tại cửa khẩu.

Bảng 2.3. Tổng hợp cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp

Trung tâm KDYTQT	Số người (Trung tâm can thiệp)	Số người (Trung tâm đối chứng)
Lào Cai	17	-
Đà Nẵng	13	-
TP. HCM	29	-
Lạng Sơn	-	19
Khánh Hoà	-	12
Hải Phòng	-	25
Tổng số	59	56

2.2.6. Nội dung nghiên cứu

Dựa trên kết quả mô tả thực trạng hệ thống KDYT và đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola của cán bộ KDYT, nội dung nghiên cứu can thiệp gồm:

- Kiến thức về dịch tễ học bệnh do vi rút Ebola: Tác nhân gây bệnh, đường lây truyền, triệu chứng bệnh, định nghĩa ca bệnh giám sát.
- Thái độ của cán bộ KDYT đối với bệnh do vi rút Ebola: mức độ nguy hiểm, mức độ lây lan, phối hợp liên ngành để phòng chống.
- Thực hành của cán bộ KDYT đối với bệnh do vi rút Ebola: biện pháp phòng chống dịch, thực hiện đúng sơ đồ sàng lọc bệnh Ebola, áp dụng đúng quy trình kiểm dịch y tế tại cửa khẩu.

2.2.7. Các biện pháp can thiệp

- Tập huấn cho cán bộ KDYT về: Các văn bản của Bộ Y tế về phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola: Bệnh do vi rút Ebola, Kế hoạch quốc gia phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola, các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật.

-Tập huấn cho cán bộ KDYT nhằm nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành trong các lĩnh vực kỹ thuật: chẩn đoán trường hợp nghi ngờ, giám sát trường hợp bệnh tại cửa khẩu, thống kê báo cáo và các hoạt động phòng chống lây nhiễm tại cửa khẩu.

- Tập huấn và hướng dẫn thực hiện Quy trình giám sát tại cửa khẩu trong sàng lọc, phát hiện các trường hợp nghi ngờ nhiễm vi rút Ebola.

- Giám sát hỗ trợ các hoạt động phòng chống dịch bệnh tại cửa khẩu.

Bảng 2.4. Nội dung các biện pháp can thiệp

Hoạt động	Nội dung	Mục đích
1. Tập huấn cho cán bộ KDYT về: các văn bản của Bộ Y tế về phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola	Giới thiệu chi tiết các văn bản của BYT: - Kế hoạch phòng chống dịch bệnh Ebola với các tình huống dịch bệnh khác nhau. - Các yêu cầu của Điều lệ IHR đối với giám sát sự kiện YTCC.	Nâng cao kiến thức tổng quan về nhiệm vụ, yêu cầu, giải pháp và phối hợp trong phòng chống dịch bệnh.
2. Tập huấn cho cán bộ KDYT nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành	- Giới thiệu chi tiết về bệnh học do vi rút Ebola, các đặc điểm dịch tễ học, đường lây truyền, chẩn đoán và	Nâng cao kiến thức, thực hành và chuẩn hóa trong hoạt động giám sát dịch bệnh Ebola tại cửa khẩu.

Hoạt động	Nội dung	Mục đích
	cách phòng chống. - Hướng dẫn các bước theo quy trình giám sát bệnh dịch tại cửa khẩu và cộng đồng. - Hướng dẫn các phòng biện pháp phòng chống lây nhiễm cho cán bộ KDYT.	
3. Tập huấn và hướng dẫn thực hiện Quy trình giám sát tại cửa khẩu	- Tập huấn chi tiết các bước giám sát, xử lý y tế trong quy trình KDYT. - Tập huấn về phân luồng giám sát, cách ly và vận chuyển khi có ca bệnh nghi ngờ tại cửa khẩu.	Thống nhất các bước trong quy trình giám sát tại cửa khẩu; chuẩn hoá về việc phân luồng giám sát, cách ly và vận chuyển khi có ca bệnh nghi ngờ
4. Giám sát hỗ trợ của Cục YTDP, các Viện VSDT/ Pasteur	Tổ chức giám sát tại các địa điểm can thiệp, các cửa khẩu, đồng thời hướng dẫn qua điện thoại khi có nội dung cần trao đổi thêm liên quan đến hoạt động.	Đảm bảo các hoạt động can thiệp có hiệu quả và theo đúng kế hoạch.

Đối với các Trung tâm KDYT quốc tế được chọn làm đối chứng, việc thực hiện giám sát dịch bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu vẫn được thực hiện thường quy bình thường theo các văn bản quy định, hướng dẫn chung của Bộ Y tế trong suốt thời gian can thiệp.

2.2.8. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.5. Các biến số và phương pháp xác định biến số

TT	Biến số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn	Tiêu chí đánh giá
1	Kiến thức hiểu biết của cán bộ KDYT về dịch tễ học bệnh do vi rút Ebola: - Tác nhân gây bệnh - Triệu chứng bệnh - Đường lây truyền - Tiêu chuẩn ca bệnh giám sát - Các biện pháp phòng chống	Phỏng vấn và khảo sát trực tiếp tại Trung tâm	Căn cứ vào các hướng dẫn chuyên môn do BHYT ban hành	Cán bộ KDYT có kiến thức đúng khi trả lời đầy đủ các ý đúng trong mỗi câu hỏi.
2	Thái độ của cán bộ KDYT đối với bệnh do vi rút Ebola: - Đánh giá mức độ nguy hiểm của bệnh đối với sức khỏe - Đánh giá mức độ lây lan bệnh	Phỏng vấn và khảo sát trực tiếp tại Trung tâm, cửa khẩu	Căn cứ vào các hướng dẫn chuyên môn do BHYT ban hành	Cán bộ KDYT có kiến thức đúng khi trả lời đầy đủ các ý đúng trong mỗi câu hỏi.

TT	Biên số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn	Tiêu chí đánh giá
	- Sự cần thiết giám sát chặt tại cửa khẩu - Sự cần thiết có phối hợp liên ngành tại cửa khẩu			
3	Thực hành của cán bộ KDYT tại cửa khẩu đối với bệnh do vi rút Ebola: - Thực hành đúng biện pháp phòng chống - Thực hành đúng sơ đồ sàng lọc Ebola tại cửa khẩu - Áp dụng đúng quy trình kiểm dịch y tế	Phỏng vấn và khảo sát trực tiếp, kiểm tra hồ sơ lưu giữ tại Trung tâm, cửa khẩu	Căn cứ vào các hướng dẫn chuyên môn do BHYT ban hành	Áp dụng đầy đủ các biện pháp dự phòng, thực hành đủ các bước giám sát sàng lọc hành khách nghi ngờ lây nhiễm Ebola tại cửa khẩu cũng như các bước của quy trình kiểm dịch.
4	Đánh giá tính khả thi và phù hợp của các can thiệp: - Lợi ích thiết thực của can thiệp - Nhận xét về tính khả thi	Phỏng vấn và khảo sát trực tiếp tại Trung tâm		

TT	Biến số	Phương pháp thu thập số liệu	Tiêu chuẩn	Tiêu chí đánh giá
	của các biện pháp can thiệp - Nhận xét khả năng áp dụng mở rộng và duy trì của can thiệp.			

2.2.9. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính toán để đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp. Chỉ số hiệu quả của biện pháp can thiệp so sánh kết quả trước sau dựa trên phương pháp so sánh 2 tỷ lệ. Chi-squared và p-value được sử dụng để đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỷ lệ.

- Tính tỷ lệ % cải thiện sau can thiệp theo công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p1-p2| \times 100}{p1}$$

Trong đó:

- p1 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp.
- p2 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:

- Hiệu quả can thiệp (HQCT) = CSHQ_(nhóm can thiệp) - CSHQ_(nhóm chứng)

2.2.10. Các bước thực hiện nghiên cứu can thiệp

- Bước 1: Xây dựng hoàn chỉnh các hoạt động can thiệp trên cơ sở kết quả điều tra cắt ngang thực trạng hệ thống KDYT biên giới và hiểu biết về dịch bệnh do vi rút Ebola.

- Bước 2: Tổ chức tập huấn nâng cao kiến thức cho cán bộ KDYT trong kiểm tra, giám sát, xử lý y tế đối với các đối tượng KDYT phòng chống Ebola tại cửa khẩu.

- Bước 3: Triển khai can thiệp trong vòng 07 tháng sau đó thực hiện việc thu thập số liệu đánh giá.

- Bước 4: Đánh giá, phân tích hiệu quả của hoạt động can thiệp.

2.2.11. Công cụ nghiên cứu

Phỏng vấn và quan sát các cán bộ KDYT ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng thông qua Mẫu phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn.

2.3. Các sai số gặp trong nghiên cứu và biện pháp không chế

- Sai số nghiên cứu do:

- + Người trả lời phỏng vấn không hiểu câu hỏi hoặc trả lời thiếu.
- + Điều tra viên bỏ sót câu hỏi hoặc sai sót khi ghi chép thông tin.
- + Đối tượng trả lời không đúng sự thực.
- + Trong quá trình nhập liệu.

- Cách khắc phục sai số:

+ Bộ công cụ điều tra được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu để tránh sự nhầm lẫn; Trước khi triển khai có điều tra thử để bổ sung và hoàn thiện.

+ Lựa chọn điều tra viên là những người có kinh nghiệm nghiên cứu dịch tễ học và được tập huấn đầy đủ về bộ câu hỏi và cách điều tra.

+ Khách quan, trung thực trong đánh giá, phân loại và xử lý số liệu.

+ Có giám sát chặt chẽ trong quá trình thực hiện.

+ Hạn chế sai số tối đa do các yếu tố gây nhiễu: Chọn mẫu ngẫu nhiên, cỡ mẫu đủ lớn theo lý thuyết.

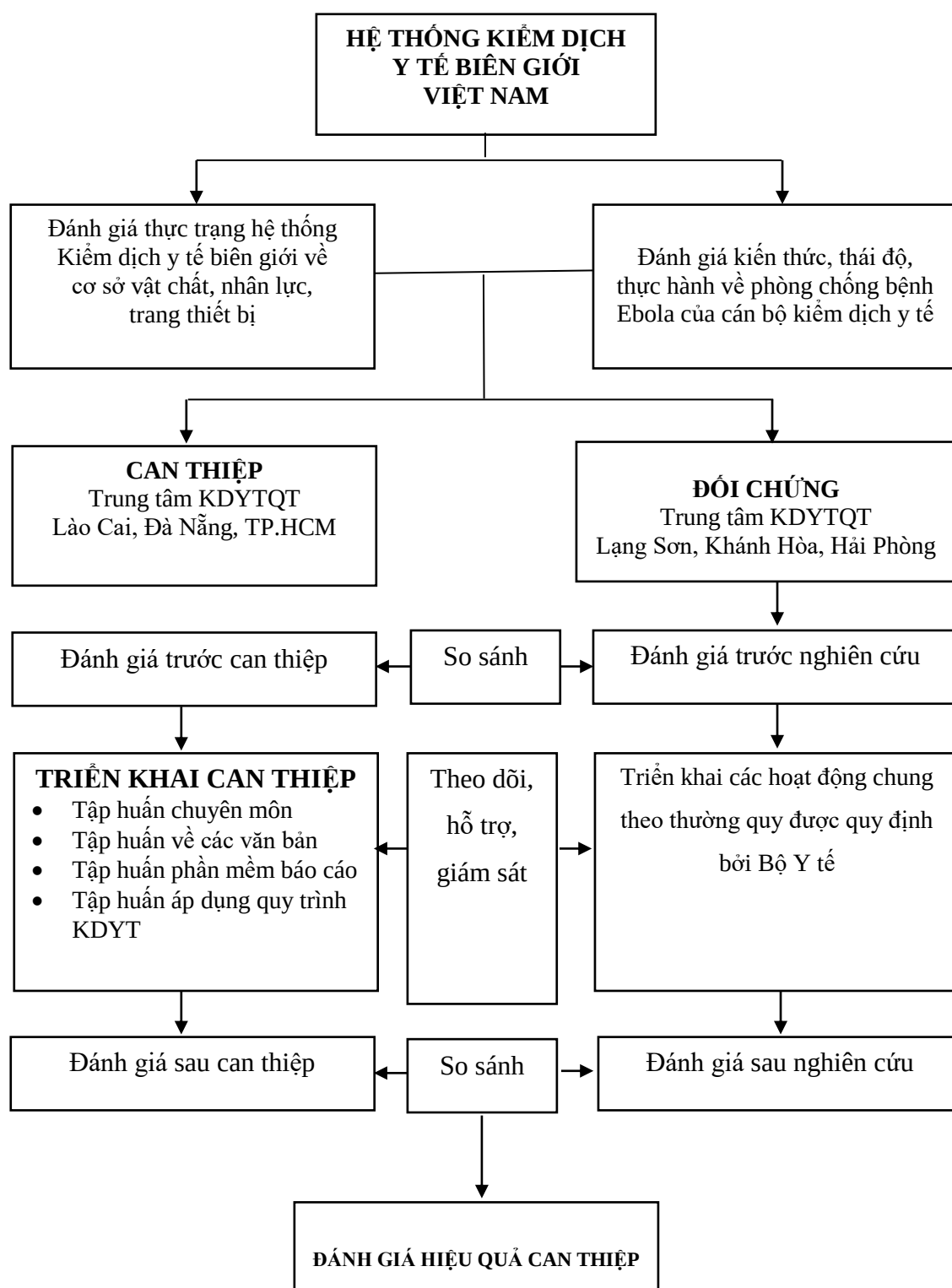
+ Chọn người cung cấp thông tin trong thảo luận nhóm là người trực tiếp làm trong các lĩnh vực liên quan.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu

Số liệu sau khi thu thập được quản lý tại Cục Y tế dự phòng và được làm sạch trước khi đưa vào phân tích, mã hóa và nhập thông tin vào máy tính. Nhập số liệu trên phần mềm EPIDATA 3.1. Xử lý số liệu và trình bày kết quả trên phần mềm STATA 12. Kết quả định lượng được trình bày dưới dạng bảng, cột, biểu đồ với đơn vị đo lường là tần số, số tuyệt đối và tỷ lệ %. Kết quả định tính được gỡ băng, phân tích và trích dẫn các phát hiện chính.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua. Nghiên cứu không tiến hành can thiệp trên người, chỉ tiến hành phỏng vấn khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu, đối tượng có thể từ chối tham gia nghiên cứu với bất kỳ lý do gì. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng được bảo mật thích hợp.



Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

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 yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế năm 2016

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

3.1.1.1. Các loại hình cửa khẩu của Trung tâm KDYT quốc tế

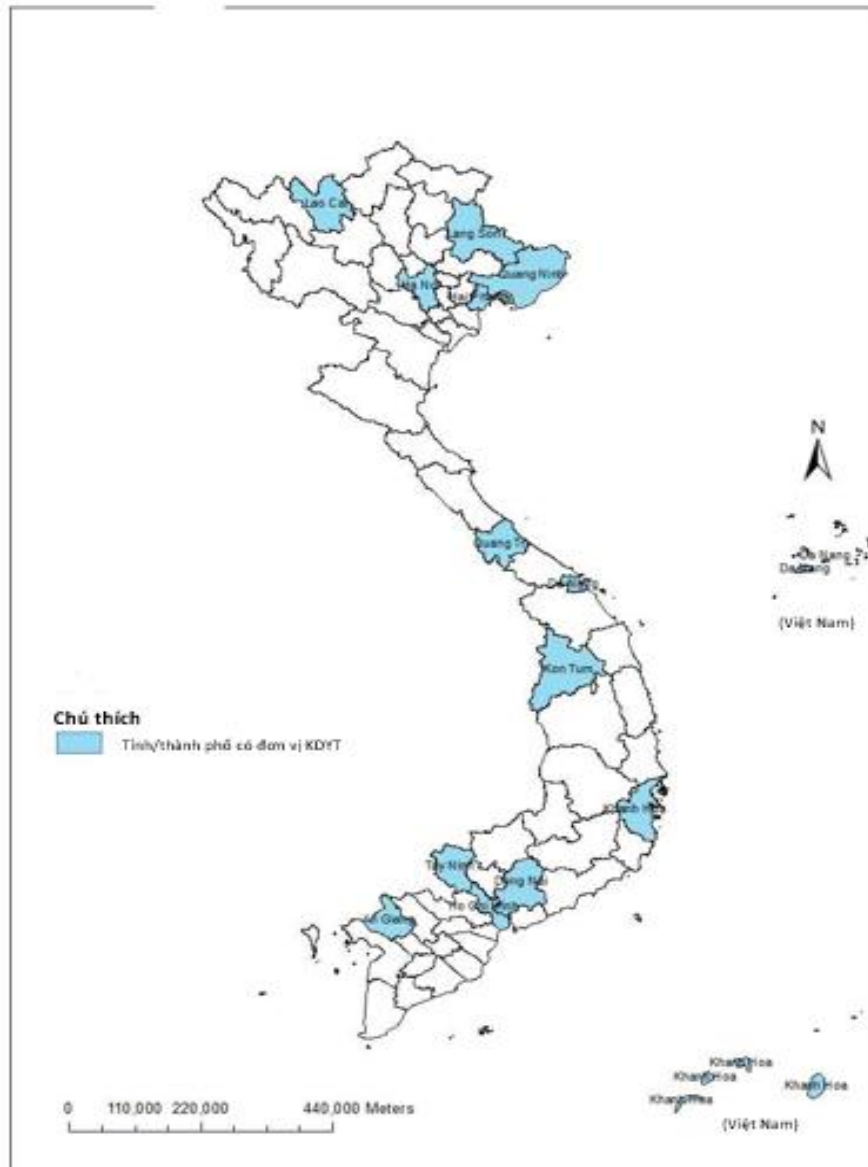
Bảng 3.1. Các loại hình cửa khẩu tại các Trung tâm KDYT quốc tế

TT	Trung tâm KDYTQT	Số cửa khẩu quản lý	Cửa khẩu đường không	Cửa khẩu đường thủy	Cửa khẩu đường bộ
1	Hà Nội	1	1 (01)	-	
2	Lào Cai	10	-	-	10 (02)
3	Lạng Sơn	10	-	-	10 (01)
4	Quảng Ninh	7	-	1(01)	06 (01)
5	Hải Phòng	2	01 (01)	01 (01)	-
6	Khánh Hòa	7	01 (01)	06 (01)	-
7	Đà Nẵng	2	01 (01)	01 (01)	-
8	Quảng Trị	2		01	01 (01)
9	TP. HCM	2	01 (01)	01 (01)	
10	Tây Ninh	5	-	-	05 (01)
11	Đồng Nai	10	-	10 (01)	-
12	An Giang	6	-	01	05 (01)
13	Kon Tum	1	-	-	01 (01)
	Tổng	65	05 (05)	22 (06)	38 (08)

(*):Cửa khẩu quốc tế

Bảng 3.1 chỉ ra đến năm 2016, trên cả nước có 13 Trung tâm 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. Trung tâm quản lý số cửa khẩu lớn nhất là: Lào Cai, Lạng Sơn, Đồng Nai (10 cửa khẩu mỗi tỉnh). Hà Nội và Kon Tum có số cửa khẩu ít nhất (1 cửa khẩu).



Hình 3.1. Bản đồ vị trí 13 Trung tâm KDYTQT trên cả nước

3.1.1.2. Tổ chức các khoa chuyên môn tại Trung tâm KDYT quốc tế

Theo Quyết định 14/2007/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 30/01/2007 quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, theo đó mỗi

Trung tâm sẽ có 02 Phòng chức năng và 04 Khoa chuyên môn (Kiểm dịch y tế, Quản lý sức khỏe, Xử lý y tế và Xét nghiệm). Các Khoa chuyên môn này sẽ gồm có các cán bộ KDYT trực tiếp tham gia các hoạt động kiểm dịch.

Bảng 3.2. Các khoa chuyên môn tại các Trung tâm KDYT quốc tế

TT	Trung tâm KDYTQT	Khoa chuyên môn			
		KDYT	Xử lý y tế	Quản lý sức khỏe	Xét nghiệm
1	Hà Nội	x	x	x	x
2	Lào Cai	x	x	-	x
3	Lạng Sơn	x	x	-	x
4	Quảng Ninh	x	x	x	x
5	Hải Phòng	x	x	x	x
6	Khánh Hòa	x	x	x	x
7	Đà Nẵng	x	x	x	x
8	Quảng Trị	x	x	x	x
9	TP. HCM	x	x	x	x
10	Tây Ninh	x	x	x	x
11	Đồng Nai	x	x	x	-
12	An Giang	x	x	x	x
13	Kon Tum	x	x	x	-
	Tổng	13	13	11	11

Bảng 3.2 cho thấy có 9/13 (69,2%) số Trung tâm KDYT quốc tế có đủ 4 khoa chuyên môn; 13/13 (100%) Trung tâm đều thành lập Khoa Kiểm dịch y tế (KDYT) và Khoa Xử lý y tế, đây là 2 khoa chủ chốt của mỗi Trung tâm. Còn 02 Trung tâm chưa thành lập khoa xét nghiệm là các Trung tâm KDYT quốc tế Đồng Nai và Kon Tum và 2 Trung tâm KDYT quốc tế Lào Cai và Lạng Sơn

chưa thành lập Khoa Quản lý sức khỏe riêng. Theo Lãnh đạo Trung tâm thì “*Khoa quản lý sức khỏe chỉ thực hiện việc tiêm phòng vắc xin, còn việc quản lý sức khỏe cho hành khách thì chưa thực hiện do hành khách khi nhập cảnh họ không phải khai báo y tế và thường xuyên di chuyển*”.

3.1.1.3. Thực trạng về nhân lực của Trung tâm KDYT quốc tế

- Thực trạng nhân lực KDYT theo từng Trung tâm KDYT quốc tế

Bảng 3.3. Thực trạng về nhân lực của Trung tâm KDYT quốc tế

TT	Trung tâm KDYTQT	Số cán bộ biên chế	Số cửa khẩu	Nhu cầu theo TT 08	Tỷ lệ % đạt
1	Hà Nội	44	1	50	88,0
2	Lào Cai	32	10	60	53,3
3	Lạng Sơn	36	10	60	60,0
4	Quảng Ninh	41	7	45	91,1
5	Hải Phòng	41	2	22	186,4
6	Khánh Hòa	23	7	45	51,1
7	Đà Nẵng	25	2	22	113,6
8	Quảng Trị	23	2	22	104,5
9	TP.HCM	44	2	50	88,0
10	Tây Ninh	23	5	35	65,7
11	Đồng Nai	19	10	60	31,7
12	An Giang	22	6	40	55,0
13	Kon Tum	16	1	15	106,6
	Tổng	389	65	524	74,2

Bảng 3.3 chỉ ra rằng tổng số cán bộ biên chế của 13 Trung tâm KDYT quốc tế tính đến năm 2016 là 389 người. Tính trung bình mỗi đơn vị có khoảng 30 cán bộ biên chế, trong đó một số tỉnh có số cán bộ ít như Kon Tum (16 cán bộ), Đồng Nai (19 cán bộ). Có 4/13 (30,8%) số Trung tâm có đủ và

vượt số cán bộ biên chế so với quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV giữa Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (TT 08) về định biên trong các cơ sở y tế công lập. Tính chung đến 2016, số cán bộ biên chế thuộc 13 Trung tâm KDYT quốc tế chỉ đáp ứng được 74,2% so với nhu cầu.

- *Thực trạng nhân lực KDYT theo chuyên ngành và trình độ học vấn:*

Bảng 3.4. Thực trạng về chuyên ngành và trình độ học vấn

Chuyên ngành và trình độ học vấn		Trung tâm KDYT	
		Số lượng (n=389)	Tỷ lệ (%)
Cán bộ Y	<i>Tổng số:</i>	187	48,1
	Tiến sĩ/CK II	1	0,3
	Thạc sĩ/CK I	39	10,0
	Bác sĩ/cử nhân	65	16,7
	Y sĩ	82	21,1
Cán bộ Dược	<i>Tổng số:</i>	26	6,7
	Dược sĩ đại học	4	1,0
	Dược sĩ trung học	18	4,6
	Dược tá	4	1,0
Ngành khác	<i>Tổng số:</i>	176	45,2
	Đại học	69	17,7
	Trung học	42	10,8
	Khác	65	16,3

Bảng 3.4 chỉ ra trong số cán bộ KDYT, có tới 48,1% số cán bộ chuyên ngành y, 6,7% cán bộ chuyên ngành dược và 45,2% số cán bộ là các chuyên ngành khác; có 16,7% số cán bộ KDYT là bác sỹ hoặc cử nhân; trình độ sau đại học chỉ chiếm 10,3%.

- *Thực trạng nhân lực KDYT theo trình độ ngoại ngữ, tin học:*

Bảng 3.5. Trình độ ngoại ngữ, tin học của cán bộ KDYT

Nội dung	Trung tâm KDYT	
	Số lượng (n=389)	Tỷ lệ (%)
<i>Loại ngoại ngữ sử dụng</i>		
Tiếng Anh	204	52,4
Ngoại ngữ khác	60	15,4
<i>Trình độ ngoại ngữ</i>		
Trình độ A/B	195	50,1
Trình độ C	6	1,5
Trình độ trên C	3	0,8
<i>Trình độ tin học</i>		
Thành thạo	42	10,8
Tin học cơ bản	195	50,1
Không biết	152	39,1

Bảng 3.5 cho thấy năm 2016 số cán bộ có trình độ tiếng Anh là 204 người chiếm 52,4% tổng số cán bộ làm công tác kiểm dịch, số cán bộ biết ngoại ngữ khác là 60 người, chiếm tỷ lệ 15,4%. Mặc dù tổng số cán bộ biết tiếng Anh chiếm 52,4% nhưng tỉ lệ cán bộ có khả năng giao tiếp đạt yêu cầu (trình độ C và trên C) chỉ chiếm 2,3%. Có 10,8% số cán bộ sử dụng thành thạo vi tính tại các Trung tâm KDYT quốc tế.

Việc đào tạo về ngoại ngữ thường do các đơn vị chủ động tìm nguồn kinh phí hoặc động viên khuyến khích cán bộ tự lo để theo học các lớp ngoại ngữ tiếng Anh hoặc tiếng Trung Quốc (Lãnh đạo TTKDYT quốc tế Lào Cai).

Các ngoại ngữ như tiếng Campuchia, Lào thì các cán bộ phải tự học là chính qua giao tiếp công việc hàng ngày (Lãnh đạo TTKDYT quốc tế Tây Ninh).

3.1.1.4. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của Trung tâm KDYT quốc tế

- Thực trạng cơ sở hạ tầng tại các Trung tâm KDYT quốc tế:

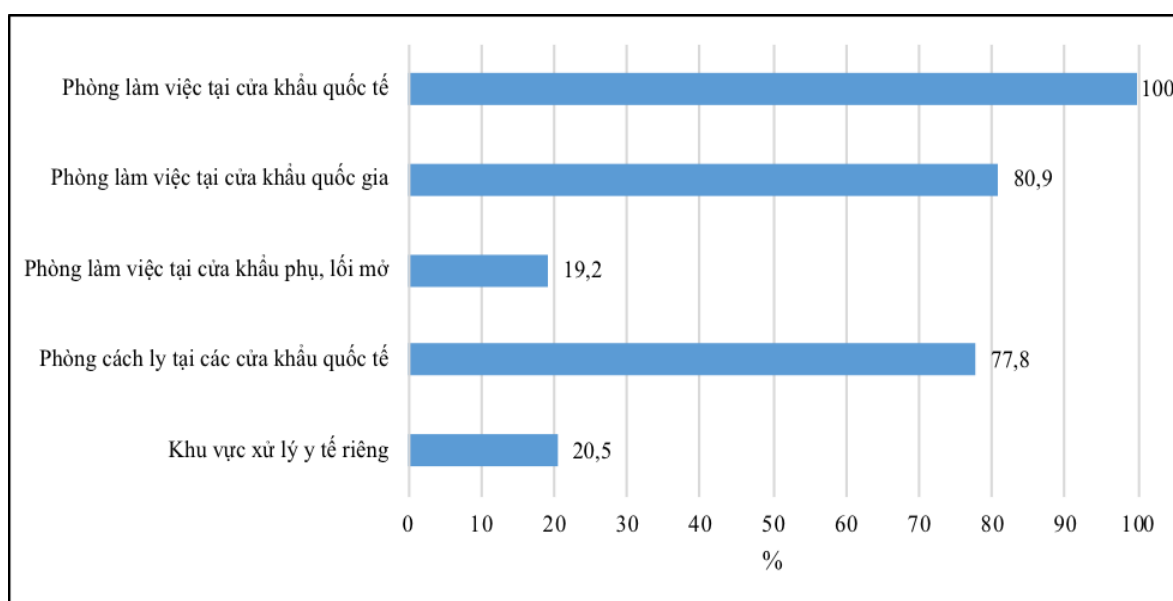
Bảng 3.6. Thực trạng cơ sở hạ tầng trụ sở làm việc tại Trung tâm KDYTQT

Hạng mục	Có		Không có	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trụ sở riêng	13	100	0	0
Nhà bê tông kiên cố trên 2 tầng	8	61,5	5	38,5
Diện tích sử dụng trung bình (m ²)	568	-	-	-
Hệ thống nước sạch	13	100	0	0

Qua kết quả nghiên cứu khảo sát, tổng số 13 Trung tâm KDYT trên cả nước đã có trụ sở làm việc riêng với diện tích mặt bằng trung bình là 568 m², 8 Trung tâm được xây dựng kiên cố với nhà nhiều tầng, còn 01 Trung tâm là nhà cấp 4 (Trung tâm KDYT quốc tế Tây Ninh), có 1 Trung tâm chưa có cơ sở hạ tầng (Kon Tum) vẫn đang ở thuê nhờ trụ sở gần cửa khẩu. 100% Trung tâm đã có hệ thống cấp nước sạch để sử dụng.

- Thực trạng cơ sở vật chất tại các cửa khẩu:

Năm 2016, tại các cửa khẩu quốc tế, 100% số cửa khẩu đã bố trí phòng làm việc chuyên môn kiểm dịch y tế, trong khi đó tại các cửa khẩu quốc gia tỷ lệ này mới đạt 80,9%, còn tại các cửa khẩu phụ, lối mở, mới có khoảng 19,2% số cửa khẩu có phòng làm việc riêng, số còn lại kiểm dịch y tế được bố trí cùng với phòng làm việc của đồn biên phòng hoặc thuê nhà dân.



Biểu đồ 3.1. Thực trạng cơ sở vật chất tại các cửa khẩu

Phần lớn các cửa khẩu quốc tế (77,8%) đã được bố trí phòng cách ly riêng cho các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm, tuy nhiên mới chỉ có 20,5% số cửa khẩu có bố trí khu vực xử lý y tế riêng, hầu hết việc xử lý được thực hiện luôn tại khu vực tập kết phương tiện, hàng hóa. Tại các loại hình cửa khẩu khác chưa có phòng cách ly cũng như khu vực xử lý y tế riêng.

- *Thực trạng trang thiết bị giám sát dịch bệnh của TT KDYT quốc tế:*

Trang thiết bị xét nghiệm: Trong số 13 Trung tâm KDYT quốc tế, có 11 Trung tâm đã tổ chức khoa xét nghiệm như theo Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT về chức năng, nhiệm vụ và tổ chức của Trung tâm KDYT quốc tế. Có 02 Trung tâm (Kon Tum và Đồng Nai) chưa tổ chức Khoa xét nghiệm.

Do trên địa bàn tỉnh đã có Trung tâm YTDP nên các xét nghiệm về bệnh truyền nhiễm đều gửi về đó để làm xét nghiệm. Trung tâm KDYT quốc tế chúng tôi chỉ thực hiện giám sát hành khách nhập cảnh là chính, ngoài ra còn kiểm tra một số mặt hàng là thực phẩm nhập khẩu xem có vấn đề gì không, chúng tôi chỉ làm test nhanh để kiểm tra (Giám đốc TTKDYTQT Lạng Sơn).

Trang thiết bị phục vụ giám sát tại cửa khẩu: Hoạt động kiểm tra, giám sát hành khách nhập cảnh, xuất cảnh thông qua sử dụng máy đo thân nhiệt để đảm bảo không làm ảnh hưởng đến luồng nhập, xuất và không gây cản trở tới hành khách. Có 2 loại máy đo thân nhiệt là máy đo thân nhiệt đặt cố định từ xa và máy đo thân nhiệt di động cầm tay.

Bảng 3.7. Thực trạng số lượng máy đo thân nhiệt tại cửa khẩu

TT	Trung tâm KDYTQT	Máy đo thân nhiệt từ xa	Máy đo thân nhiệt di động cầm tay
1	Hà Nội	5	5
2	Lào Cai	4	9
3	Lạng Sơn	4	12
4	Quảng Ninh	4	9
5	Hải Phòng	3	4
6	Khánh Hòa	3	6
7	Đà Nẵng	4	3
8	Quảng Trị	3	3
9	TP. HCM	6	6
10	Tây Ninh	3	8
11	Đồng Nai	2	7
12	An Giang	2	3
13	Kon Tum	2	3
	Tổng	45	78

Bảng 3.7 cho thấy tại 65 cửa khẩu do các Trung tâm KDYT quốc tế quản lý, hiện đã được trang bị 45 máy đo thân nhiệt từ xa, 78 máy đo thân nhiệt di động và cầm tay. Trong đó, 100% các cửa khẩu quốc tế hàng không đã được trang bị máy đo nhiệt độ từ xa và thường xuyên sử dụng. Trung tâm

KDYT quốc tế TP. Hồ Chí Minh có số lượng máy đo thân nhiệt từ xa nhiều nhất cả nước (06 máy), sau đó là Trung tâm KDYT quốc tế Hà Nội (05 máy). Tại các cửa khẩu quốc gia, cửa khẩu phụ và các lối mở chủ yếu sử dụng máy đo thân nhiệt di động cầm tay.

- *Trang thiết bị phục vụ xử lý y tế tại cửa khẩu:*

Bảng 3.8. Thực trạng trang thiết bị cho xử lý y tế tại cửa khẩu

Loại trang thiết bị	Số lượng trang thiết bị tại 65 cửa khẩu	Tỷ lệ (%)
Hệ thống khử trùng tự động	7/65	10,8
Máy phun hoá chất ULV	99/65	Trung bình 1,5 máy/cửa khẩu
Máy phun hoá chất chạy điện	71/65	Trung bình 1,1 máy/cửa khẩu
Tủ thuốc sơ, cấp cứu	65/65	100

Bảng 3.8 cho thấy thực trạng các trang thiết bị tại cửa khẩu phục vụ cho xử lý y tế đối với các đối tượng phải kiểm dịch y tế. Chỉ có 10,8% số cửa khẩu có bố trí hệ thống khử trùng tự động; Đối với loại máy phun hoá chất ULV và máy phun hoá chất chạy điện, tất cả các cửa khẩu đều có ít nhất 01 máy mỗi loại. Tủ thuốc phục vụ sơ, cấp cứu được lắp đặt và bố trí tại tất cả 100% các cửa khẩu phục vụ cho hành khách khi cần thiết.

Hệ thống khử trùng tự động này chúng tôi mới mua và được Sở Y tế đồng ý cho lắp tại cửa khẩu. Sau khi lắp đặt và sử dụng hệ thống này, chúng tôi thấy có nhiều lợi ích như đỡ công sức cho anh em nhất là khi trời nắng. Tất cả các xe khi đi qua điểm quy định kia thì hệ thống tự phun cloramin để khử trùng xe. Mặc dù có tiện lợi, nhưng giá thành đắt quá nên chúng tôi mới

chỉ dám xin mua 01 hệ thống đặt tại cửa khẩu lớn này thôi (Giám đốc TT KDYT quốc tế Lào Cai).

Đối với tủ thuốc cấp cứu tại cửa khẩu thì chúng tôi đều có. Song tủ thuốc to thế này thì mới chỉ đặt tại cửa khẩu Móng Cái. Chúng tôi chỉ sử dụng các thuốc cảm sốt bình thường và băng gạc, còn sát trùng chứ không dám mua nhiều thuốc khác vì rất ít khi dùng đến và để lâu thuốc hết hạn (Giám đốc Trung tâm KDYT quốc tế Quảng Ninh).

- Thực trạng phương tiện phục vụ chuyên chở hành khách nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm.

Bảng 3.9. Phương tiện ô tô chuyên chở hành khách nghi ngờ mắc BTN

TT	Trung tâm KDYTQT	Số lượng ô tô	
		Ô tô công tác	Ô tô vận chuyển bệnh nhân
1	Hà Nội	2	1
2	Lào Cai	1	0
3	Lạng Sơn	1	0
4	Quảng Ninh	1	0
5	Hải Phòng	2	0
6	Khánh Hòa	1	0
7	Đà Nẵng	1	0
8	Quảng Trị	1	0
9	TP. Hồ Chí Minh	2	1
10	Tây Ninh	1	0
11	Đồng Nai	1	0
12	An Giang	1	0
13	Kon Tum	1	0
	Tổng	17	2

Bảng 3.9 chỉ ra phương tiện ô tô phục vụ chuyên chở hành khách khi nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm. Tất cả các Trung tâm KDYT quốc tế đều đã được trang bị ô tô, số lượng tùy theo từng Trung tâm có từ 01 đến 03 chiếc.

Tại các Trung tâm quản lý sân bay lớn như Trung tâm KDYT quốc tế TP. Hồ Chí Minh, TP. Hà Nội số lượng ô tô có nhiều hơn các Trung tâm khác. Các Trung tâm đều không có xe ô tô chuyên dụng để chuyên chở người bệnh tới nơi cách ly khi có trường hợp nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm từ TP. Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Trong trường hợp có hành khách nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm nguy hiểm cần cách ly y tế, Trung tâm sẽ thông báo cho bệnh viện được phân tuyến cách ly đến để chuyên chở bệnh nhân.

Với các cửa khẩu đường biển và đường sông, chỉ có Trung tâm KDYT quốc tế TP. Hồ Chí Minh có ca nô riêng phục vụ công tác kiểm dịch y tế, còn lại các cửa khẩu đường thủy khác như: Hải Phòng, Đà Nẵng khi cần thực hiện kiểm dịch y tế trên các tàu ở Phao số 0 hoặc nơi neo đậu xa bờ vẫn phải nhờ hoặc phải thuê phương tiện của đơn vị khác.

- Thực trạng về trang thiết bị phục vụ thông tin liên lạc:

Bảng 3.10. Thực trạng trang thiết bị phục vụ thông tin liên lạc

Loại trang thiết bị hiện có	Cửa khẩu quốc tế		Cửa khẩu quốc gia	
	Số lượng (n=19)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Điện thoại cố định	19/19	100	46/46	100
Máy Fax	16/19	84,2	32/46	69,6
Máy vi tính	19/19	100	46/46	100
Kết nối Internet	19/19	100	39/46	84,7

Bảng 3.10 cho thấy thực trạng về trang thiết bị hiện có phục vụ hoạt động thông tin liên lạc tại các cửa khẩu quốc tế và quốc gia của 13 Trung tâm KDYT quốc tế. Tất cả 19 cửa khẩu quốc tế (100%) đều được trang bị điện

thoại cố định, máy vi tính có kết nối internet để phục vụ công tác. Đối với 46 cửa khẩu quốc gia, tất cả đều đã được trang bị điện thoại cố định và máy vi tính; tuy vậy việc kết nối internet mới chỉ có ở 39 cửa khẩu quốc gia (chiếm 84,7%).

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

3.1.2.1. Kết quả hoạt động kiểm dịch y tế đối với người

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

Bảng 3.11 cho thấy theo thống kê và báo cáo hàng năm của Cục Y tế dự phòng từ 2012 đến 2017, số lượng các đối tượng KDYT phải giám sát y tế tại cửa khẩu tăng hàng năm. Riêng năm 2016, 13 Trung tâm KDYT quốc tế đã kiểm tra, giám sát tổng số 19.857.993 người nhập/xuất cảnh qua biên giới, tăng 48,7% so với năm 2015. Trong đó, số hành khách nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm được ghi nhận, phát hiện là 77 trường hợp đã được cách ly tạm thời tại cửa khẩu để khám sàng lọc bệnh.

3.1.2.2. Kết quả hoạt động kiểm dịch y tế đối với phương tiện vận tải

- Đối với phương tiện đường bộ: Trong năm 2016, số lượt phương tiện xuất, nhập, quá cảnh là 702.870 lượt tăng 20% so với cùng kỳ năm 2015. Trong đó, số lượt phương tiện vận tải được kiểm tra y tế là 466.621 lượt chiếm 66,4% tổng số lượt phương tiện. Số lượt phương tiện phải xử lý y tế là 128.415 (chiếm 18,3%).

- Đối với đường hàng không: Số lượt tàu bay xuất, nhập, quá cảnh là 88.053 lượt, tăng hơn 9.000 phương tiện so với cùng kỳ năm 2015. Toàn bộ 100% số tàu bay đã được kiểm tra và không phát hiện các trường hợp nào cần xử lý y tế.

- Đối với phương tiện đường thủy: Trong năm 2016, 07 Trung tâm KDYT quốc tế có cửa khẩu đường thủy đã kiểm tra được 49.002 lượt phương tiện tàu, thuyền xuất, nhập, quá cảnh, tăng 13.782 lượt so với cùng kỳ năm 2015, trong đó đã thực hiện xử lý y tế 781 lượt (chiếm 1,6%).

3.1.2.3. Kết quả hoạt động kiểm dịch y tế đối với hàng hóa

Năm 2016, 13 Trung tâm KDYT quốc tế đã kiểm tra được 8.642.846 tấn hàng hóa xuất, nhập khẩu xuất phát hoặc đi qua vùng có dịch bệnh và thực hiện xử lý y tế đối với 25.254 tấn (0,3%).

3.1.2.4. Kết quả hoạt động giám sát trung gian truyền bệnh tại cửa khẩu

Qua khảo sát, chỉ có 09/13 TT KDYT quốc tế (69,2%) đã thực hiện việc giám sát trung gian truyền bệnh (giám sát mật độ chuột, chỉ số bọ chết, mật độ muỗi) tại khu vực cửa khẩu, một số TT KDYT quốc tế đã chủ động triển khai phun, diệt côn trùng, đặt mồi diệt chuột như: Lào Cai, Lạng Sơn, Quảng Ninh, Hà Nội, Hải Phòng, Tây Ninh, Đà Nẵng, Khánh Hòa, TP. Hồ Chí Minh. Các Trung tâm KDYT quốc tế khu vực phía Bắc gồm: Lào Cai, Lạng Sơn, Quảng Ninh, Hà Nội, Hải Phòng đã và đang triển khai hoạt động

giám sát trung gian truyền bệnh dịch hạch từ năm 2012. Kết quả giám sát hàng năm trên chuột đều không phát hiện vi khuẩn dịch hạch.

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

Tại mỗi cửa khẩu quốc tế hoặc quốc gia, thông thường có 5 cơ quan quản lý nhà nước cử cán bộ làm việc tại đây, đó là: Bộ đội biên phòng (hoặc công an cửa khẩu đối với cửa khẩu hàng không), hải quan, kiểm dịch y tế, kiểm dịch động vật và kiểm dịch thực vật. Quản lý chung về cơ sở hạ tầng của cửa khẩu sẽ do Ban quản lý cửa khẩu hoặc Cảng vụ đảm nhiệm. Theo kết quả khảo sát, tất cả 13 Trung tâm 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. Đặc biệt, tại các cửa khẩu lớn như Cảng hàng không quốc tế Nội Bài, Tân Sơn Nhất có tới trên 15 đơn vị cùng ký kết tham gia phối hợp với cơ quan KDYT khi cần thiết, nhất là trong thời gian dịch bệnh Ebola, MERS-CoV... diễn biến phức tạp trên thế giới.

Mô hình kiểm tra “một cửa, một lần dừng” trong lĩnh vực kiểm dịch y tế tại cửa khẩu quốc tế Lao Bảo (Việt Nam) và Đền-xa-vẳn (Lào) đã được triển khai từ năm 2015 tới nay. Qua mô hình này, các cơ quan quản lý Nhà nước phối hợp chặt chẽ và cùng tập trung tại một địa điểm để làm thủ tục xuất nhập cảnh, xuất nhập khẩu tạo thuận lợi cho hành khách cũng như doanh nghiệp vận tải.

Về phối hợp với các cơ quan quản lý tại sân bay Nội Bài, chúng tôi có biên bản thoả thuận phối hợp và lãnh đạo của tất cả các đơn vị đều ký và đóng dấu vào biên bản này. Điều đó có thuận lợi cho chúng tôi khi triển khai nhiệm vụ, khi cần chúng tôi chỉ cần gọi điện thoại là có được hỗ trợ. Nhất là khi có dịch nguy hiểm như Ebola, MES-CoV thì họ hay hỏi ý kiến của kiểm dịch y tế cần làm gì và chúng tôi đều tham gia (Phó Giám đốc Trung tâm KDYT quốc tế Hà Nội).

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 Điều lệ Y tế quốc tế

Từ năm 2012, Bộ Y tế Việt Nam đã phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để tổ chức đánh giá việc thực hiện IHR tại Việt Nam. Kết quả đánh giá hàng năm cho thấy Việt Nam đã có những cải thiện về 13 năng lực cơ bản của IHR, cụ thể năm 2012 mới có 04/13 năng lực đáp ứng với yêu cầu của IHR (kết quả đáp ứng đạt trên 75%), đến 2014 Việt Nam đã đáp ứng các yêu cầu cơ bản và tiếp tục duy trì kết quả này trong những năm tiếp theo. Năm 2016 kết quả đánh giá năng lực của khẩu đạt 94%.

Tuy vậy, kết quả đánh giá năm 2017 cho thấy một số năng lực cơ bản có tỉ lệ % đáp ứng theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế thấp hơn so với năm 2016 như: năng lực điều phối IHR, thông tin và vận động chính sách, chuẩn bị ứng phó, xét nghiệm, cửa khẩu, bệnh lây truyền từ động vật sang người, an toàn thực phẩm và năng lực về tình trạng khẩn cấp bức xạ hạt nhân.

Kết quả đánh giá các năng lực cơ bản IHR được tổng hợp như sau:

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 và 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

TT	Năng lực cơ bản	% đáp ứng yêu cầu IHR					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
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

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

Các chỉ số năng lực cửa khẩu theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế (năng lực cơ bản số 9) được đánh giá hàng năm dựa trên “*Bộ câu hỏi giám sát tiến độ thực hiện năng lực cơ bản của Điều lệ Y tế quốc tế*” của WHO. 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.

Việc đánh giá dựa trên trả lời “có hoạt động” hoặc “không hoạt động” kèm theo việc cung cấp các bằng chứng cụ thể để chứng minh “có hoạt động”. Kết quả đánh giá cần đạt được tối thiểu 75% các chỉ số trả lời “có hoạt động”. Kết quả đánh giá về năng lực cửa khẩu trong giai đoạn 2012 - 2017 như sau:

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	
2012	8/12	4/12	1/3	2/3	1/2	1/2	59
2013	13/14	1/14	1/2	1/2	3/3	0/3	89
2014	13/14	1/14	2/2	0/2	1/2	2/3	84
2015	13/14	1/14	2/2	0/2	2/3	1/3	89
2016	13/14	1/14	2/2	0/2	3/3	0/3	94
2017	10/14	4/14	2/2	0/2	1/3	2/3	68

Kết quả đánh giá cho thấy có sự cải thiện nhóm chỉ số hoạt động chung tại cửa khẩu, cụ thể năm 2012 chỉ có 8/12 câu trả lời “có hoạt động”, đến năm 2013 – 2016 có tới 13/14 câu trả lời “có hoạt động”. Trong số các hoạt động chung tại cửa khẩu năm 2016, hoạt động chia sẻ thông tin về dịch bệnh truyền nhiễm với các cửa khẩu của quốc gia có chung đường biên còn chưa được thực hiện. Các chỉ số hoạt động chung tại cửa khẩu giảm xuống còn 10/14 câu trả lời “có hoạt động” trong năm 2017.

Nhóm chỉ số về xây dựng năng lực thường xuyên tại cửa khẩu cho thấy có sự cải thiện theo từng năm, cụ thể các năm 2012, 2013 chỉ có 1 câu trả lời “có hoạt động”, và từ năm 2014 đến 2017 toàn bộ các hoạt động đã hoàn thành theo yêu cầu của IHR.

Kết quả đánh giá nhóm chỉ số về năng lực đáp ứng tại cửa khẩu cho thấy chưa có sự ổn định trong về thực hiện các hoạt động theo yêu cầu của

IHR tại các cửa khẩu đối với nhóm chỉ số này, chỉ có năm 2013 và 2016 kết quả đánh giá có tất cả 03 chỉ số (100%) đáp ứng với 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 cán bộ kiểm dịch y tế các Trung tâm KDYT quốc tế

Bảng 3.14. Đặc điểm cán bộ KDYT theo giới, tuổi, trình độ học vấn và chuyên môn

Đặc điểm		Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	116	59,4
	Nữ	79	40,6
Độ tuổi	18 – 25 tuổi	9	4,6
	26 – 35 tuổi	67	34,4
	> 35 tuổi	119	61,0
Trình độ học vấn	Trung cấp/Cao đẳng	93	47,7
	Đại học/cử nhân	68	34,9
	Trên đại học	34	17,4
Trình độ chuyên môn	Ngành y	161	82,6
	Ngành khác	34	17,4

Bảng 3.14 cho thấy trong số các cán bộ KDYT được phỏng vấn về hiểu biết đối với dịch bệnh do vi rút Ebola, đa số là nam (chiếm 59,4%), độ tuổi > 35 tuổi (61,0%). Trình độ học vấn của cán bộ KDYT phần lớn là trung cấp/cao đẳng và đại học/cử nhân lần lượt chiếm tới 47,7% và 34,9%, trên đại học chiếm tỷ lệ 17,4%; trình độ chuyên môn về y tế của cán bộ KDYT chiếm 82,6%, các cán bộ có chuyên ngành khác chiếm 17,4%.

3.1.5.2. Kiến thức về dịch bệnh do vi rút Ebola

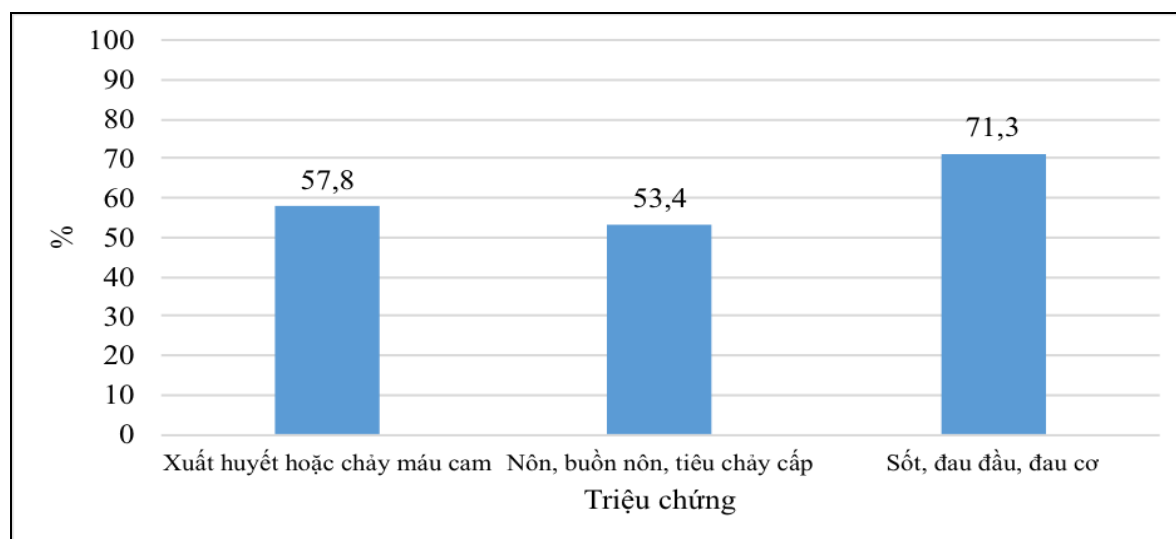
a) Kiến thức về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền bệnh

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

Kiến thức	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Tác nhân gây bệnh		
Do vi rút	157	80,6
Do vi khuẩn	35	17,9
Ký sinh trùng	1	0,5
Không rõ	2	1,0
Đường lây truyền bệnh chính		
Tiêu hoá	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
Chưa xác định	3	1,5

Bảng 3.15 cho thấy kiến thức của cán bộ KDYT về tác nhân gây bệnh và đường lây truyền Ebola. Về tác nhân gây bệnh, có 80,6% cán bộ KDYT hiểu biết đúng tác nhân gây bệnh do vi rút, vẫn còn (1,0%) cán bộ KDYT được phỏng vấn không xác định rõ tác nhân. Có 58,5% cán bộ KDYT trả lời đúng đường lây truyền bệnh Ebola là lây truyền qua đường máu, da, niêm mạc. Tuy nhiên, vẫn còn cán bộ KDYT xác định đường lây truyền vi rút Ebola qua đường tiêu hoá (13,4%), do côn trùng (17,9%) và qua đường nước bị ô nhiễm (8,7%).

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



Biểu đồ 3.2. Kiến thức về các triệu chứng của bệnh do vi rút Ebola

Biểu đồ 3.2 chỉ ra có tới trên một nửa số cán bộ KDYT biết được 2 triệu chứng thường gặp khi mắc bệnh do vi rút Ebola: 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 giám sát ca 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; đối với tiêu chí có sốt cao đột ngột chỉ có 67,7% trả lời; tiêu chí tiêu chảy, nôn, buồn nôn chiếm 48,2%. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều cán bộ KDYT chưa xác định được các yếu tố quan trọng như tiếp xúc trực tiếp gần với trường hợp bệnh (25,6%).

d) Kiến thức về bệnh phẩm xét nghiệm chẩn đoán bệnh do vi rút Ebola

Bảng 3.17. Kiến thức về loại mẫu bệnh phẩm chẩn đoán bệnh do vi rút Ebola

Loại bệnh phẩm	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
Mẫu máu/huyết thanh	135	69,2
Nước tiểu, dịch tiết	96	49,2
Mẫu phủ tạng	76	38,9

Bảng 3.17 cho thấy kiến thức về loại bệnh phẩm được lấy để xét nghiệm chẩn đoán bệnh do vi rút Ebola theo như các tiêu chí quy định trong Hướng dẫn giám sát, phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola của Bộ Y tế, có 69,2% số cán bộ KDYT biết về mẫu máu và huyết thanh là loại mẫu bệnh phẩm được lấy để xác định chẩn đoán bệnh. Gần một nửa (49,2%) số cán bộ trả lời là nước tiểu, dịch tiết người bệnh; chỉ có 38,9% số cán bộ xác định “mẫu phủ tạng” dùng để chẩn đoán xác định bệnh do vi rút Ebola.

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

Sự nguy hiểm của bệnh Ebola	Tần số (n=195)	Tỷ lệ (%)
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 thái độ về mức độ nguy hiểm của bệnh Ebola đối với sức khỏe, có 15,9% cán bộ KDYT được hỏi cho rằng dịch bệnh Ebola ở mức rất nguy hiểm đối với sức khỏe; 31,8% cho rằng bình thường; không có cán bộ KDYT nào cho rằng dịch bệnh Ebola là không nguy hiểm.

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 tại cửa khẩu	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

Bảng 3.19 cho thấy ý kiến của cán bộ KDYT về sự cần thiết giám sát bệnh Ebola tại cửa khẩu. Có 72,8 % cán bộ KDYT cho rằng cần thiết phải giám sát theo quy định đối với tất cả hành khách; có 24,1% ý kiến chỉ giám sát các trường hợp nghi ngờ. Không trường hợp nào nói rằng không cần thiết phải giám sát chặt tại cửa khẩu.

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 VSCN (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

Bảng 3.20 cho thấy thực hành phòng chống lây nhiễm bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu của cán bộ KDYT tại 13 Trung tâm KDYT quốc tế. Các cán bộ KDYT đều trả lời áp dụng một trong số các biện pháp để phòng chống lây nhiễm Ebola là: Thực hiện biện pháp vệ sinh cá nhân như rửa tay xà phòng, sát khuẩn tay (55,9%); Không tiếp xúc trực tiếp người bệnh hoặc dịch tiết (52,8%); Sử dụng bảo hộ phòng chống dịch (42,0%). Không cán bộ KDYT nào không biết được ít nhất 01 biện pháp phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola.

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

Bảng 3.21 chỉ ra số lượng cán bộ KDYT áp dụng đủ 3 bước sàng lọc bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu (chiếm 50,3%), áp dụng không đủ các bước (42,5%). Chỉ có 7,2% số cán bộ không áp dụng được các bước kiểm tra, sàng lọc trường hợp nghi ngờ bệnh do vi rút Ebola tại cửa khẩu.

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

Bảng 3.22. 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

3.2.1. Kết quả thực hiện các hoạt động can thiệp

Một số hoạt động can thiệp đã được triển khai thực hiện tại 03 Trung tâm KDYT quốc tế: Lào Cai, Đà Nẵng và TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2016. Các hoạt động can thiệp gồm tổ chức các lớp tập huấn sâu chuyên đề cho các cán bộ KDYT về dịch tễ học bệnh do vi rút Ebola, kế hoạch phòng chống Ebola của Bộ Y tế, hướng dẫn phòng chống lây nhiễm, quy trình KDYT, hướng dẫn giám sát sàng lọc Ebola tại cửa khẩu cũng như các văn bản chuyên môn khác và tổ chức các chuyến giám sát việc thực hiện công tác kiểm dịch y tế tại các đơn vị.

3.2.1.1. Hoạt động tham gia tập huấn

Bảng 3.23. Tham gia tập huấn của cán bộ KDYT các Trung tâm can thiệp

Trung tâm can thiệp	Số lượng cán bộ KDYT tham gia đầy đủ	Tỉ lệ %
Trung tâm KDYTQT Lào Cai	16/17	94,1
Trung tâm KDYTQT Đà Nẵng	12/13	92,3
Trung tâm KDYTQT TP. HCM	27/29	93,1

Bảng 3.23 cho thấy số lượng cán bộ KDYT của 03 Trung tâm KDYT quốc tế tham gia các lớp tập huấn theo các nội dung can thiệp. Các cán bộ KDYT tham gia tập huấn với tỉ lệ cao trên 92% ở cả 3 Trung tâm.

3.2.1.2. Hoạt động giám sát

Về hoạt động giám sát hỗ trợ kỹ thuật, nghiên cứu đã thực hiện 14 đợt giám sát tại toàn bộ 06 tỉnh, thành phố tham gia trong nghiên cứu là Lào Cai, Hải Phòng, Lạng Sơn, Khánh Hòa, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng. Trong chuyến giám sát hỗ trợ có sử dụng bảng kiểm để đánh giá các kết quả đồng thời hướng dẫn trực tiếp cán bộ KDYT áp dụng, thực hiện đúng các quy trình chuyên môn 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 ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
	Biết đúng về tác nhân gây bệnh								
Tác nhân do vi rút	78,1	94,3	20,7	p<0,05	80,8	87,0	7,7	p>0,5	13

Nội dung khảo sát	Nhóm can thiệp				Nhóm chứng				HQCT Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Hiểu biết đúng về đường lây truyền									
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	20

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Bảng 3.24 chỉ ra thay đổi hiệu quả can thiệp (HQCT) về kiến thức tác nhân gây bệnh và đường lây truyền bệnh do vi rút Ebola. Kết quả cho thấy HQCT của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm đối chứng: kiến thức về “Tác nhân do vi rút” (cao hơn 13) và kiến thức về “Lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp” (tăng 20). Trong nhóm can thiệp, các CSHQ cũng tăng lần lượt là 20,7% trước can thiệp và 32,3% sau can thiệp (p<0,05).

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 ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
	Hiểu biết đúng về triệu chứng								
Sốt, đau đầu, đau cơ	73,6	81,1	7,5	p>0,5	73,0	83,1	10,1	p>0,5	(2,6)
Xuất huyết, chảy máu cam	58,1	79,2	36,3	p<0,05	57,7	72,2	25,1	p>0,5	11,2

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Trong nhóm can thiệp, CSHQ về kiến thức hiểu biết triệu chứng “Xuất huyết, chảy máu cam” của bệnh do vi rút Ebola tăng 36,3% ($p < 0,05$); HQCT giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là 11,2.

Đối với triệu chứng “sốt, đau đầu, đau cơ”: CSHQ của cả hai nhóm đều tăng tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,5$); HQCT của cả hai nhóm không có sự thay đổi khác biệt.

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 ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Hiểu biết đúng về tiêu chuẩn giám sát ca bệnh:									
Có tiền sử đi đến vùng dịch	70,9	90,6	27,8	p<0,05	73,1	81,5	11,5	p>0,5	16,3
Có 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	56,1
Hiểu 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	20.9

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

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: “Có tiền sử đi đến vùng dịch”, “Có tiền sử tiếp xúc ca bệnh bất kỳ khi nào” và “Hiểu biết đúng ít

nhất 2 biện pháp phòng chống” tăng lần lượt là: 27,8%; 128,2% và 44,3% (với $p < 0,05$). So sánh với nhóm đối chứng, HQCT của nhóm can thiệp 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 KDYT 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 ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
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	31,7
Đánh giá mức độ lây lan bệnh	69,1	90,6	31,1	p<0,05	67,3	72,2	7,3	p>0,5	23,8

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Bảng 3.27 chỉ ra sự thay đổi tăng về HQCT về mức độ nguy hiểm của dịch bệnh do vi rút Ebola trong nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp và nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế đối chứng.

Kết quả cho thấy, trong nhóm can thiệp các CSHQ tăng lần lượt là 39,5% và 31,1% sau can thiệp ($p < 0,05$). HQCT của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm đối chứng về nội dung “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 KDYT 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 ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Cần thiết giám sát chặt chẽ tại cửa khẩu	70,9	96,2	35,7	p<0,05	67,3	81,5	21,1	p>0,5	14,6
Cần thiết có sự phối hợp liên ngành tại cửa khẩu	72,7	84,9	16,8	p>0,5	71,1	87,0	22,4	p>0,5	(5,6)

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Bảng 3.28 cho thấy “Cần thiết giám sát chặt chẽ tại cửa khẩu” đối với dịch bệnh do vi rút Ebola đều có cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê (CSHQ=35,7%, p<0,05) sau tập huấn trong nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp. So với nhóm đối chứng, HQCT của nhóm can thiệp về nội dung này cao hơn là 14,6. Đối với chỉ số “Cần thiết có sự phối hợp liên ngành tại cửa khẩu” không có sự thay đổi giữa hai nhóm (HQCT = -5,6).

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 Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Có 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	40,4

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Bảng 3.29 cho thấy thay đổi về hành vi đúng của cán bộ KDYT về phòng lây nhiễm dịch bệnh do vi rút Ebola trong nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp và nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế đối chứng. Kết quả cho thấy nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp có cải thiện rõ rệt về “Hành vi đúng về biện pháp phòng chống” lây nhiễm dịch bệnh do vi rút Ebola (CSHQ=69,7%), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê p<0,05. So với nhóm đối chứng, HQCT của nhóm can thiệp cao hơn (HQCT = 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 Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Áp dụng đúng sơ đồ sàng lọc Ebola tại cửa khẩu	52,7	92,4	75,3	p<0,05	50,1	57,4	14,6	p>0,5	60,7

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

Bảng 3.30 chỉ ra thay đổi về việc “Áp dụng đúng sơ đồ sàng lọc Ebola tại cửa khẩu” trong nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp và nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế đối chứng. Trong nhóm can thiệp, CSHQ tăng 75,3% sau can thiệp ($p < 0,05$). So với nhóm đối chứng, hiệu quả can thiệp cao hơn (HQCT = 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 Psct (1-2)
	TCT (%) (n=55)	SCT (%) (n=53)	CS HQ (%)	P ₍₁₎	TCT (%) (n=52)	SCT (%) (n=54)	CS HQ (%)	P ₍₂₎	
Áp dụng đúng quy trình KDYT tại cửa khẩu	65,5	88,7	35,4	$p < 0,05$	63,5	77,8	22,5	$p > 0,5$	12,9

TCT: trước can thiệp; CSHQ: chỉ số hiệu quả; SCT: sau can thiệp; HQCT: hiệu quả can thiệp

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 ($p < 0,05$). Chỉ số hiệu quả can thiệp của nhóm can thiệp cao hơn 12,9 so với nhóm đối chứng.

3.2.5. Tính khả thi và phù hợp của hoạt động can thiệp

Bảng 3.32. Tính khả thi và phù hợp của can thiệp

Nội dung đánh giá	Số lượng cán bộ KDYT (n=53)	Tỷ lệ %
Nội dung thiết thực cho KDYT tại cửa khẩu	49	92,5
Nội dung phù hợp với nhiệm vụ chuyên môn	47	88,7

Nội dung đánh giá	Số lượng cán bộ KDYT (n=53)	Tỷ lệ %
Giúp nắm vững quy trình và rút ngắn thời gian kiểm tra giám sát	46	86,8
Giúp nâng cao thêm kiến thức cơ bản cho bản thân	51	96,2
Giúp tự tin khi thực hiện sàng lọc tại cửa khẩu	43	81,1

Khảo sát về tính khả thi và phù hợp đối với các hoạt động can thiệp tại 03 Trung tâm KDYT quốc tế, Bảng 3.32 chỉ ra có tới 92,5% số cán bộ KDYT cho rằng “Nội dung thiết thực cho KDYT tại cửa khẩu”, có 88,7% trả lời “Nội dung phù hợp với nhiệm vụ chuyên môn”. Các nội dung về can thiệp trong phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola cũng “Giúp nâng cao thêm kiến thức cơ bản cho bản thân” (96,2%), “Giúp tự tin hơn khi thực hiện sàng lọc tại cửa khẩu” (81,1%) và “Giúp nắm vững quy trình và rút ngắn thời gian kiểm tra giám sát” (86,8%).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. 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

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

Hệ thống tổ chức KDYT biên giới tại Việt Nam được thành lập và tổ chức từ tuyến Trung ương, khu vực tới tuyến tỉnh và là một phần trong hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Việt Nam.

Tuyến Trung ương và khu vực: Cục Y tế dự phòng là đơn vị quản lý nhà nước có nhiệm vụ giúp Bộ trưởng Bộ Y tế về công tác quản lý và chỉ đạo các hoạt động về kiểm dịch y tế biên giới. Tại Cục Y tế dự phòng có Phòng Kiểm dịch y tế biên giới là bộ phận trực tiếp tham mưu và giúp việc chỉ đạo hoạt động kiểm dịch y tế trên phạm vi toàn quốc. Ngoài ra, các khu vực còn có các Viện VSDT/Pasteur gồm: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Viện Pasteur Nha Trang, Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên và Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh thuộc Bộ Y tế, đây là các đơn vị tham mưu giúp Lãnh đạo Bộ Y tế chỉ đạo các đơn vị kiểm dịch y tế tuyến tỉnh về các biện pháp chuyên môn kỹ thuật kiểm dịch y tế biên giới [20].

Hiện tại, bộ phận chuyên môn về kiểm dịch y tế của các Viện VSDT/Pasteur còn chưa thống nhất và đồng đều về tổ chức, tên gọi và nhân sự: có Viện tổ chức đơn vị KDYT thành Phòng Kiểm dịch y tế quốc tế thuộc Khoa Dịch tễ (Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương), Khoa Côn trùng và Kiểm dịch (Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên), Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh có Tổ KDYT nằm trong Khoa Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh, Viện Pasteur Nha Trang có Khoa Kiểm soát Véc-tơ truyền bệnh và Kiểm dịch. Các Phòng, Tổ KDYT nói trên đều chịu trách nhiệm theo dõi và tham mưu cho Lãnh đạo

Viện để chỉ đạo các biện pháp chuyên môn kiểm dịch y tế cho các đơn vị địa phương trên địa bàn phụ trách.

Tuyến tỉnh, thành phố: Tính đến 2016, cả nước có 13 tỉnh đã thành lập Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế với chức năng, nhiệm vụ, tổ chức được Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể và trực thuộc quản lý của Sở Y tế (*Phụ lục 3*). Các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế này là đơn vị độc lập đã được thành lập tại các tỉnh nơi có các cửa khẩu quốc tế lớn, có lưu lượng giao lưu về người, phương tiện và hàng hóa lớn với các nước chung đường biên và các quốc gia khác trên thế giới [8]. Tại các cửa khẩu quốc tế, cửa khẩu quốc gia, Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế đều bố trí cán bộ kiểm dịch y tế cùng các lực lượng chuyên ngành khác làm việc tại đây.

Ngoài ra, tính đến thời điểm năm 2016 còn có 29 tỉnh khác có Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, thành phố có hoạt động kiểm dịch y tế, trong các Trung tâm đó có Khoa Kiểm dịch y tế hoặc Tổ Kiểm dịch y tế thuộc Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, thành phố (*Phụ lục 3*). Thời điểm năm 2016 chưa có tỉnh/thành phố nào thành lập Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh (CDC). Tại các Khoa hay Tổ kiểm dịch y tế này, cán bộ ngoài làm nhiệm vụ chuyên môn về kiểm dịch y tế có thể vẫn tham gia các nhiệm vụ khác của Trung tâm hoặc của Khoa khác khi được điều động hoặc khi có dịch bệnh xảy ra [19].

Chức năng nhiệm vụ của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế đã được Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trong Quyết định 14/2007/QĐ-BYT ngày 30/01/2007 về quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương [8]. Trong khi đó nhiệm vụ của Khoa/Tổ kiểm dịch y tế thuộc Trung tâm YTDP tỉnh/thành phố lại được quy định trong Thông tư 51/2014/TT-BYT ngày 29/12/2014 quy định

chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm YTDP tỉnh/thành phố tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương [22].

Như vậy, về tổ chức và tên gọi của các đơn vị KDYT hay bộ phận KDYT có khác nhau và chưa thống nhất giữa các tuyến Trung ương (Cục YTDP) [20], tuyến khu vực (các Viện VSDT/Pasteur) và tuyến tỉnh (Trung tâm KDYT quốc tế, Trung tâm YTDP).

Do chưa có sự thống nhất về tên gọi của đơn vị KDYT, chưa thống nhất về tổ chức của đơn vị KDYT ở các tuyến khác nhau cũng như trong cùng tuyến, điều đó dẫn đến việc quản lý khó khăn, thiếu đồng bộ, hoạt động chưa đồng nhất. Các Trung tâm KDYT quốc tế trực thuộc Sở Y tế và do Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố ra quyết định thành lập, như vậy về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị hoạt động sẽ do Ủy ban nhân dân tỉnh/thành phố, Sở Y tế đầu tư và quản lý. Song về chức năng, nhiệm vụ của Trung tâm KDYT quốc tế cũng như các nội dung hoạt động về chuyên môn đều do Bộ Y tế quy định [8]. Chính điều này dẫn đến khó khăn trong khâu chỉ đạo, điều hành, chậm trễ trong huy động các nguồn lực để đáp ứng với các tình huống dịch bệnh có nguy cơ lây lan qua biên giới. Những vấn đề đó đòi hỏi các hoạt động KDYT cần được thực hiện trong một mô hình tổ chức mới để phù hợp hơn, hiệu quả hơn [22].

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

4.1.2.1. Tổ chức quản lý cửa khẩu của 13 Trung tâm KDYT quốc tế

Theo Nghị định 112/2014/NĐ-CP ngày 21/11/2014 của Thủ tướng Chính phủ quy định về quản lý cửa khẩu biên giới đất liền [24, 51], cửa khẩu được phân loại thành: i) Cửa khẩu quốc tế được mở cho người, phương tiện của Việt Nam và nước ngoài (kể cả nước thứ ba) xuất cảnh, nhập cảnh; hàng hóa, vật phẩm xuất khẩu, nhập khẩu; ii) Cửa khẩu quốc gia (hay là cửa khẩu song phương) được mở cho người, phương tiện Việt Nam và nước láng giềng

có chung cửa khẩu xuất cảnh, nhập cảnh; hàng hóa, vật phẩm xuất khẩu, nhập khẩu; iii) Cửa khẩu phụ được mở cho người, phương tiện Việt Nam và nước láng giềng thuộc tỉnh biên giới hai bên xuất cảnh, nhập cảnh; hàng hóa, vật phẩm xuất khẩu, nhập khẩu. Tính đến 2016, 13 Trung tâm KDYT quốc tế phụ trách 65 cửa khẩu gồm 19 cửa khẩu quốc tế và 46 cửa khẩu quốc gia, cửa khẩu phụ và lối mở. Có Trung tâm phụ trách tới 10 cửa khẩu (Lạng Sơn, Lào Cai); Có Trung tâm phụ trách cả 2 loại hình cửa khẩu đường không và đường thủy (Hải Phòng, TP. Hồ Chí Minh, TP. Đà Nẵng). Mặc dù 13 Trung tâm quản lý tới 19 cửa khẩu quốc tế, song trong số đó chỉ có một số cửa khẩu quốc tế quan trọng và có lưu lượng hành khách và phương tiện vận tải xuất, nhập cảnh, hàng hóa xuất, nhập khẩu lớn như: Cảng sân bay quốc tế Nội Bài, Tân Sơn Nhất, Đà Nẵng, Cảng biển Hải Phòng, Cửa khẩu đường bộ Hữu Nghị (Lạng Sơn), Móng Cái (Quảng Ninh), Mộc Bài (Tây Ninh). Chính vì vậy, khi có dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm ở nước ngoài thì nguy cơ lây lan vào Việt Nam thông qua các đối tượng KDYT tại các cửa khẩu lớn này là rất quan trọng.

Các loại hình cửa khẩu khác nhau có nguy cơ lây lan dịch bệnh truyền nhiễm cũng khác nhau [29]. Trong số các loại hình cửa khẩu, cửa khẩu đường hàng không thường có nguy cơ cao lan truyền dịch bệnh so với các loại hình cửa khẩu khác là cửa khẩu đường bộ hay đường thủy do giao lưu quốc tế lớn, di chuyển nhanh hơn. Trong các vụ dịch Ebola năm 2014 tại Châu Phi, MERS-CoV tại Trung Đông 2015, lưu lượng hành khách đi, đến qua các Cảng hàng không quốc tế rất lớn trong đó có nhiều người đến từ vùng đang có dịch bệnh càng làm nguy cơ lây lan dịch bệnh tăng lên [37]. Ngược lại, đối với các cửa khẩu đường biển, do đặc thù con tàu có hành trình trên biển từ nơi xuất phát đến nơi cập cảng kéo dài nhiều ngày, thậm chí nhiều tuần (thời gian đó dài hơn thời gian ủ bệnh của nhiều bệnh truyền nhiễm), vì vậy nguy cơ lây lan dịch

bệnh thấp hơn so với đường hàng không hay đường bộ. Chính vì những đặc điểm như vậy, các Trung tâm cần có kế hoạch bố trí nhân lực, trang thiết bị cũng như cơ sở vật chất phù hợp tại các loại cửa khẩu khác nhau là điều rất cần thiết.

Điều lệ Y tế quốc tế (IHR 2005) của WHO chính thức được các quốc gia thành viên thông qua thực hiện năm 2007. Theo các nội dung quy định của Điều lệ này, quốc gia cần xây dựng các cửa khẩu đủ năng lực để đáp ứng hiệu quả các sự kiện YTCC gây quan ngại quốc tế lan truyền qua cửa khẩu[55]. IHR 2005 cũng khuyến khích quốc gia đầu tư xây dựng các cửa khẩu chỉ định (*designated points of entry*) đủ năng lực [55]. Các năng lực cơ bản gồm: năng lực thường xuyên cần có tại cửa khẩu như cơ sở vật chất, nhân lực được đào tạo, sẵn sàng các trang thiết bị phục vụ hoạt động; năng lực sẵn sàng đáp ứng các sự kiện YTCC khẩn cấp; và năng lực phối hợp với các cơ quan liên ngành tại cửa khẩu. Thực hiện IHR 2005, Việt Nam đã công bố 7 tỉnh có cửa khẩu chỉ định theo tiêu chí của WHO là: Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Lào Cai, Lạng Sơn, Tây Ninh và Hải Phòng [42].

4.1.2.2. Về tổ chức các khoa chuyên môn tại Trung tâm KDYT quốc tế

Theo Quyết định 14/2007/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 30/01/2007, có 04 Khoa chuyên môn tại Trung tâm KDYT quốc tế gồm: Kiểm dịch y tế, Quản lý sức khỏe, Xử lý y tế và Khoa Xét nghiệm [8]. Các Khoa chuyên môn này gồm các cán bộ KDYT trực tiếp tham gia các hoạt động về kiểm dịch. Tuy vậy, không phải tất cả các Trung tâm đều thành lập đủ 04 khoa này. 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% [49].

Khoa Kiểm dịch y tế là khoa chủ chốt của mỗi Trung tâm có nhiệm vụ thực hiện việc giám sát, kiểm tra các đối tượng phải kiểm dịch khi nhập, xuất, quá cảnh qua cửa khẩu; thực hiện việc giám sát véc tơ, vật chủ trung gian tại

khu vực cửa khẩu. Khoa Xử lý y tế thực hiện các nhiệm vụ xử lý y tế như: khử trùng phương tiện, thực hiện các biện pháp phòng chống vật chủ trung gian, loại bỏ các yếu tố nguy cơ bệnh truyền nhiễm, nguy cơ đối với sức khỏe và cấp giấy chứng nhận sau khi đã xử lý y tế [8]. Khoa Quản lý sức khỏe chủ yếu thực hiện công tác tiêm chủng và cấp giấy chứng nhận tiêm chủng cho hành khách hoặc người dân khi có yêu cầu theo quy định. Liên quan đến nhiệm vụ quản lý và theo dõi sức khỏe hành khách sau khi nhập cảnh vào Việt Nam theo quy định tại Quyết định 14/2007/QĐ-BYT, hầu như tất cả các Trung tâm đều chưa thực hiện đầy đủ, trừ trường hợp trong các đợt dịch Ebola, MER-CoV năm 2014, 2015 có khai báo y tế và Trung tâm được Bộ Y tế yêu cầu gửi thông tin hành khách nhập cảnh từ quốc gia có đang có dịch tới Trung tâm YTDP tỉnh để tiếp tục theo dõi sức khỏe tại địa phương đó [37]. Hoạt động của Khoa Xét nghiệm cũng chỉ tập trung tại một số Trung tâm lớn như: Hà Nội, Hải Phòng, TP. HCM, Đà Nẵng, ở đây ngoài các xét nghiệm nhanh về lý, hóa, vi sinh thì các Trung tâm này còn làm thêm được các xét nghiệm sinh hóa cơ bản phục vụ khám sức khỏe cho dịch vụ. Các xét nghiệm chuyên sâu khác thì đều gửi đến Trung tâm YTDP tỉnh để làm do ở đó có nhiều trang thiết bị hiện đại hơn và có đủ cán bộ chuyên môn về xét nghiệm. Các cán bộ làm việc tại các Khoa này phải được tập huấn về chuyên môn cơ bản và được cấp giấy chứng nhận kiểm dịch viên y tế.

4.1.2.3. Về nhân lực của các Trung tâm KDYT quốc tế

- Số lượng cán bộ KDYT:

Tổng số cán bộ biên chế của 13 Trung tâm KDYT quốc tế tính đến năm 2016 là 389 người, tính trung bình mỗi đơn vị có khoảng 30 cán bộ biên chế. So với nghiên cứu của Phạm Minh Hoàng [44], số cán bộ KDYT thuộc biên chế năm 2008 mới chỉ có 266 người. Như vậy nhân lực KDYT đã tăng nhưng vẫn chưa đủ đáp ứng hoạt động. Đối với nhân lực thuộc biên chế nhà nước chi

trả bằng nguồn ngân sách, Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2017 về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước [5] đã quy định rõ: Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế (đối với những tỉnh, thành phố có cửa khẩu): Biên chế là 15, thêm mỗi cửa khẩu tăng thêm 7 biên chế. Riêng TP. Hồ Chí Minh và TP. Hà Nội biên chế tối thiểu 50. Nếu so sánh số lượng cán bộ KDYT hiện có với số lượng theo quy định định mức tại Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV thì hiện nhân lực chỉ đáp ứng đạt 74,2%, cũng đã tăng hơn so với năm 2012 (68,8%) [49]. Nếu đối chiếu với quy định tại Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV thì đến 2016 mới chỉ có 04/13 Trung tâm (chiếm 30,8%) đạt được tiêu chí về số lượng cán bộ (Hải Phòng, Đà Nẵng, Quảng Trị và Kon Tum), song thực tế các Trung tâm này vẫn thiếu nhiều cán bộ [43].

Số lượng nhân lực đầy đủ đáp ứng được yêu cầu công việc theo chức năng, nhiệm vụ đã được quy định trong Quyết định 14/2007/QĐ-BYT của Bộ Y tế là rất quan trọng, đảm bảo để các Trung tâm hoàn thành kế hoạch cũng như các chỉ tiêu chuyên môn hàng năm [52]. Song trên thực tế để đáp ứng được nhu cầu về nhân lực, các Trung tâm KDYT quốc tế đều gặp phải khó khăn rất lớn trong việc tuyển dụng cán bộ, đặc biệt là bác sĩ [31, 33, 35]. Đã có thời kỳ trước năm 2010, nhiều năm liền Trung tâm KDYT quốc tế của một số tỉnh biên giới như: Quảng Trị, Tây Ninh, Lào Cai, Kon Tum đã thiếu nhiều cán bộ làm về KDYT do không tuyển được cán bộ mặc dù có chỉ tiêu phân bổ. Lý do không tuyển được cán bộ KDYT là do đặc thù của hoạt động kiểm dịch thường được thực hiện tại các cửa khẩu vùng biên giới, vùng miền núi đi lại xa, khó khăn nên nhiều người sau khi tốt nghiệp ngành y không muốn làm việc tại vùng núi, biên giới mà có nguyện vọng công tác tại các bệnh viện, các cơ sở khám chữa bệnh [43]. Năm 2010, sau khi có Thông tư 232/2009/TT-BTC ngày 09/12/2009 của Bộ Tài chính quy định mức thu, chế độ thu và

quản lý, sử dụng phí y tế dự phòng và phí kiểm dịch y tế [3, 4] khi đó các Trung tâm KDYT quốc tế đã có thêm nguồn thu ngoài phần ngân sách nhà nước cấp để có thể thuê thêm nhân lực bổ sung cho những vị trí còn thiếu, song việc thuê nhân công này theo hợp đồng thời vụ cũng không được ổn định lâu dài do chưa có một quy định, chính sách cụ thể và đãi ngộ cho lĩnh vực kiểm dịch y tế.

Hiện nay, thực hiện Nghị định 41/2012/NĐ-CP ngày 08/5/2012 của Chính phủ quy định về vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập, các đơn vị cần xây dựng đề án vị trí việc làm qua đó thống kê công việc theo chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của đơn vị, phân nhóm công việc và căn cứ đánh giá thực trạng đội ngũ cán bộ viên chức để xác định số lượng cán bộ viên chức và bố trí công việc cho phù hợp với thực tế [2, 43].

- Về chuyên ngành và trình độ đào tạo của cán bộ KDYT:

Năm 2016, cả 13 Trung tâm KDYT quốc tế mới chỉ có 48,1% số cán bộ KDYT có chuyên ngành y, còn lại là chuyên ngành khác. Các cán bộ có trình độ học vấn bậc đại học và sau đại học cũng được đào tạo theo các chuyên ngành khác không phải chuyên ngành về KDYT do hiện nay trong các Trường đại học, các cơ sở đào tạo không có chương trình hoặc ngạch đào tạo chính thức về kiểm dịch y tế. Các cơ sở đào tạo cũng chưa có các khoá bồi dưỡng ngắn hạn chính thức được mở về chuyên ngành kiểm dịch y tế mà chỉ có các lớp tập huấn ngắn hạn do Bộ Y tế, các Viện VSDT/Pasteur tổ chức về một số chuyên đề cụ thể [38]. Chính vì vậy việc đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ về công tác KDYT cho cán bộ KDYT của các Trung tâm phần lớn đều do Cục YTDP phối hợp với các Viện VSDT/Pasteur tổ chức, hoặc do chính các Trung tâm KDYT tự đảm nhiệm hoặc chủ động liên hệ với các cơ sở đào tạo để cử cán bộ đi học các khoá học có liên quan. Chính do thiếu các mã ngạch đào tạo chuyên ngành Kiểm dịch y tế trong các Trường Y nên đội ngũ cán bộ

làm công tác KDYT tại các Trung tâm rất đa dạng, chưa có chuẩn hoặc cơ cấu tỉ lệ các chuyên ngành được áp dụng trong tuyển dụng và sử dụng cán bộ, điều này cũng ảnh hưởng đến chất lượng các hoạt động của Trung tâm [35, 45, 47]. Trong thời gian tới, để có đủ cán bộ theo đúng chuyên ngành kiểm dịch y tế được đào tạo bài bản, chính quy, các Bộ, ngành chủ quản về đào tạo nên xem xét để mở mã ngành đào tạo cũng như xây dựng tiêu chuẩn cơ cấu từng chuyên ngành để có thể tuyển dụng cho các Trung tâm KDYT quốc tế đáp ứng được chức năng, nhiệm vụ.

- Về trình độ ngoại ngữ, tin học của cán bộ KDYT:

Kiểm dịch y tế là 1 trong 5 cơ quan chuyên ngành đầu tiên tại cửa khẩu phải tiếp xúc với các hành khách nhập cảnh từ nước ngoài, vì vậy khả năng giao tiếp ngoại ngữ có vai trò quan trọng và cần thiết. Trong năm 2016, chỉ có 52,4% số cán bộ KDYT có thể giao tiếp bằng tiếng Anh, song đa phần là giao tiếp cơ bản thông thường (trình độ A, B). Đối với tin học cũng mới chỉ có 50,1% số cán bộ KDYT sử dụng tin học căn bản. Việc học ngoại ngữ, tin học phục vụ cho công việc chưa được khuyến khích và chưa bắt buộc đối với kiểm dịch viên y tế và các cán bộ công tác tại các Trung tâm KDYT quốc tế. Hiện vẫn chưa có tiêu chí kiểm dịch viên y tế thống nhất trong toàn hệ thống KDYT, trong đó có các tiêu chí về ngoại ngữ và tin học.

4.1.2.4. Về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các Trung tâm KDYT quốc tế

- Trụ sở làm việc của Trung tâm: Qua nghiên cứu khảo sát, tổng số 13 Trung tâm KDYT quốc tế trên cả nước đều đã có trụ sở làm việc riêng với diện tích mặt bằng trung bình là 568 m². Có 12/13 số Trung tâm (chiếm 92%) đã có được trụ sở riêng (trừ Trung tâm KDYT quốc tế Kon Tum vẫn đang thuê nhà dân ngay gần cửa khẩu để thuận lợi cho các hoạt động chung của Trung tâm do địa điểm cửa khẩu cách xa trung tâm thành phố khoảng 80 km). Trung tâm KDYT quốc tế Đà Nẵng tuy có trụ sở kiên cố nhưng diện tích mặt

bằng hợp và thiết kế không phù hợp với yêu cầu chuyên môn do được cải tạo lại từ nhà dân.

- Phòng cách ly tại cửa khẩu: Theo quy định tại Nghị định 103/2010/NĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về KDYT biên giới [23], các cửa khẩu cần phải có đầy đủ phòng cách ly y tế, phòng cách ly tạm thời và cần được thiết kế theo nguyên tắc 1 chiều. Theo kết quả của nghiên cứu, mới chỉ có 77,8% cửa khẩu quốc tế có bố trí được phòng cách ly người bị nghi ngờ nhiễm bệnh. Con số này đã được cải thiện đáng kể so với năm 2012 (tương ứng là 30,4%) theo đánh giá của tác giả Lê Hồng Phong và cộng sự [49]. Nhiều cửa khẩu quốc tế lớn như: Lào Cai, Mộc Bài (Tây Ninh), Tịnh Biên (An Giang), Lao Bảo (Quảng Trị) vẫn chưa bố trí phòng cách ly theo đúng quy định trên, mà đặt tại vị trí cách xa điểm nhập cảnh ban đầu và không theo lối đi 1 chiều dẫn đến tăng nguy cơ lây lan bệnh truyền nhiễm trong trường hợp phát hiện có hành khách nghi ngờ mang bệnh truyền nhiễm nguy hiểm tại cửa khẩu. Nhiều cửa khẩu khác như: Hữu Nghị (Lạng Sơn), Móng Cái (Quảng Ninh), Sân bay Đà Nẵng các đơn vị này phải phối hợp với các bệnh viện gần đó để xây dựng phương án cách ly người nhiễm bệnh hoặc nghi ngờ nhiễm bệnh, trong đó cũng yêu cầu Ban quản lý sân bay, Ban quản lý cửa khẩu bố trí phòng cách ly tạm thời khi có thông báo dịch.

- Trang thiết bị xét nghiệm: Trong số 13 Trung tâm KDYT quốc tế, có 11 Trung tâm đã tổ chức khoa xét nghiệm theo hướng dẫn tại Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT về chức năng, nhiệm vụ và tổ chức của Trung tâm KDYT quốc tế. Có 02 Trung tâm KDYT quốc tế (Kon Tum và Đồng Nai) chưa tổ chức Khoa xét nghiệm. Mặc dù phần lớn các Trung tâm có Khoa xét nghiệm, tuy nhiên phòng xét nghiệm tại các Trung tâm KDYT quốc tế không hoạt động đầy đủ với chức năng vì thiếu các trang thiết bị xét nghiệm và nhân lực cần thiết.

Theo Quyết định số 5159/QĐ-BYT ngày 17/12/2007 về danh mục trang thiết bị thiết yếu cho Trung tâm KDYT quốc tế [9], Khoa xét nghiệm sẽ được trang bị 65 đầu mục thiết bị phục vụ xét nghiệm, từ thiết bị đơn giản như: bộ test kit xét nghiệm nhanh, dụng cụ xét nghiệm côn trùng cho đến một số trang thiết bị hiện đại như: dàn Elisa, hệ thống xét nghiệm sinh hoá.... Qua kết quả khảo sát tại 13 Trung tâm KDYT quốc tế, không Trung tâm nào (100%) có đủ các danh mục trang thiết bị theo quy định tại Quyết định số 5159/QĐ-BYT nói trên, mới chỉ có 4/13 Trung tâm KDYT quốc tế bao gồm: Hà Nội, Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh, Hải Phòng đã đầu tư trang thiết bị cho hoạt động Khoa xét nghiệm để thực hiện các xét nghiệm lý, hóa nước, vi sinh phục vụ trong công tác giám sát dịch bệnh, thực phẩm tại khu vực cửa khẩu và một số xét nghiệm sinh hoá phục vụ khám sức khỏe dịch vụ. Các Trung tâm khác như Khánh Hoà, Quảng Ninh, Quảng Trị mới chỉ tập trung vào các xét nghiệm nhanh về lý, hoá để kiểm tra tức thì ngay tại cửa khẩu đối với hàng hoá là thực phẩm.

- Về trang thiết bị phục vụ giám sát hành khách nhập cảnh và trang thiết bị xử lý y tế: Việc giám sát hành khách nhập cảnh, xuất cảnh để phát hiện các dấu hiệu mắc bệnh truyền nhiễm vẫn chủ yếu dựa trên việc sử dụng máy đo thân nhiệt từ xa để phát hiện triệu chứng sốt của người bệnh. Việc sử dụng máy đo thân nhiệt được rất nhiều nước tiên tiến sử dụng ở các sân bay quốc tế lớn và có ưu điểm là đảm bảo không làm ảnh hưởng đến luồng nhập, xuất và không gây cản trở tới hành khách. Tuy vậy, việc sử dụng máy đo thân nhiệt cố định từ xa cũng có một số hạn chế như: máy chỉ cảnh báo khi soi chiếu hành khách có sốt. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới độ nhạy và độ đặc hiệu của máy đo thân nhiệt này: i) Máy khó phát hiện khi hành khách có sốt mà có tình uống thuốc hạ sốt khi qua cửa khẩu để tránh bị phát hiện; ii) Khi trời nắng, nóng hành khách đi từ ngoài trời vào trong cửa khẩu cũng dễ bị sốt giả do tăng nhiệt độ

ngoài trời; iii) Ngoài ra, việc cài đặt ngưỡng nhiệt độ cảnh báo trên máy cũng ảnh hưởng nhiều đến dải nhiệt độ mà máy quét ghi nhận được.

Theo Quyết định số 5159/QĐ-BYT ngày 17/12/2007 về danh mục TTB thiết yếu cho Trung tâm KDYT quốc tế, mỗi Trung tâm cần có 04 máy đo thân nhiệt cố định từ xa [9]. Như vậy, đối chiếu với hiện trạng về máy đo thân nhiệt từ xa của các Trung tâm có thì còn thiếu nhiều so với nhu cầu. Năm 2016, tất cả 13 Trung tâm mới có tổng số 46 máy đo thân nhiệt cố định từ xa và 78 máy đo thân nhiệt di động cầm tay. Trong số các Trung tâm KDYT quốc tế, chỉ có Hà Nội (05 máy), TP, Hồ Chí Minh (06 máy) là cơ bản tạm đủ, chưa tính đến trường hợp máy bị hỏng cần có dự trữ thay thế; Các Trung tâm khác có số lượng cửa khẩu nhiều nhưng cũng chỉ có từ 2 đến 3 máy. Các máy đo thân nhiệt di động cầm tay chủ yếu được sử dụng tại các cửa khẩu nhỏ, mà không đặt máy đo thân nhiệt cố định từ xa.

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

Đối tượng phải kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu theo quy định bao gồm người và phương tiện xuất nhập cảnh, hàng hóa xuất nhập khẩu có xuất phát hoặc đi qua khu vực có dịch bệnh truyền nhiễm [9]. Các năm 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. Trung bình mỗi tháng có khoảng 1.650.000 lượt người qua lại tại các cửa khẩu, tập trung chủ yếu tại các cửa khẩu đường không chiếm khoảng 64%; riêng 3 cửa khẩu hàng không Nội Bài, Đà Nẵng và Tân Sơn Nhất đã chiếm khoảng 80% tổng số lượt người. Đường hàng không cũng chính là đường dễ dàng nhất làm lan truyền dịch bệnh truyền nhiễm từ quốc gia này sang quốc gia khác và giữa các châu lục do tính chất vận chuyển nhanh với số lượng người lớn. Thực tế các năm từ 2012 đến 2017 trên thế giới đã xảy ra nhiều

dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm với nguy cơ lây lan quốc tế rất lớn như: cúm A(H7N9) tại Trung Quốc, Ebola tại châu Phi, Hội chứng viêm đường hô hấp cấp tính Trung Đông, sốt vàng. 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, điều đó càng khẳng định vai trò quan trọng của công tác kiểm dịch y tế biên giới ở nước ta [9].

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

Điều lệ Y tế quốc tế (IHR 2005) đã đưa các tiêu chí cửa khẩu đủ năng lực đáp ứng dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện YTCC [55], trong các tiêu chí đó có việc phối hợp liên ngành tại cửa khẩu. Việc phối hợp liên ngành tốt sẽ đảm bảo hiệu quả cho các hoạt động giám sát, phát hiện và xử lý dịch tại cửa khẩu của cơ quan KDYT. Tại các cửa khẩu quốc tế lớn, việc phối hợp liên ngành được thực hiện tốt [38], 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...), cơ quan KDYT thường được ưu tiên tham vấn ý kiến và được bố trí ở vị trí đầu tiên trong dây chuyền kiểm tra tại cửa khẩu [37]. Các Hiệp định kiểm dịch y tế được ký kết giữa Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam và các quốc gia có chung đường biên giới [25-27] 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 tại Điều lệ y tế quốc tế. Tuy vậy, ngôn ngữ quốc tế được sử dụng để trao đổi thông tin, hội đàm thường hạn chế và là rào cản do chỉ có 52,4% cán bộ KDYT có thể giao tiếp tiếng Anh, các ngôn ngữ khác như tiếng Trung, tiếng Lào hay Cam pu chia chỉ có 15,4%. Các cán bộ KDYT thường là tự học các ngoại ngữ này để sử dụng vào công việc chuyên môn khẩu [35]. Chính vì vậy, để tăng cường hợp tác quốc tế, đáp ứng Điều lệ y tế quốc tế và hội nhập quốc tế cần quan tâm và đầu tư cả việc nâng cao trình độ về ngoại ngữ cho các cán bộ KDYT.

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

Thực hiện hoạt động liên quan đến năng lực cửa khẩu theo yêu cầu của IHR, ngoài các hoạt động chung được thực hiện tại cửa khẩu, Việt Nam đã có những cải thiện nhất định qua các năm trong việc xây dựng các năng lực thường xuyên và năng lực đáp ứng tại cửa khẩu đáp ứng yêu cầu của IHR [25].

Đối với việc thực hiện các năng lực thường xuyên được thiết lập tại cửa khẩu: Việt Nam đã xây dựng được một hệ thống văn bản pháp luật và tài liệu kỹ thuật hỗ trợ cho thực hiện các yêu cầu IHR như các văn bản Luật (Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm) [25], các Nghị định của Chính phủ [25] và hệ thống các Thông tư hướng dẫn, các quy định về chuyên môn của Bộ Y tế [25-27], các hiệp định về kiểm dịch y tế với các quốc gia nhằm tăng cường hợp tác an ninh y tế xuyên biên giới trong đáp ứng với bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng [25-27]. Tại các cửa khẩu đều có Ban Quản lý cửa khẩu chịu trách nhiệm quản lý, điều hành hoạt động bao gồm đại diện cơ quan an ninh, quản lý cảng vụ, hải quan, kiểm dịch y tế và kiểm dịch động thực vật. Các nhân viên kiểm dịch y tế được tham gia các lớp tập huấn về quy trình chuyên môn để đảm bảo thực hiện đúng công tác kiểm dịch tại cửa khẩu. Kết quả đánh giá các năng lực thường xuyên sẵn có như: cơ sở vật chất, phòng cách ly tại cửa khẩu, chuẩn hóa trang thiết bị, đặc biệt nguồn nhân lực được đào tạo hiện vẫn còn hạn chế nhất định, chưa đáp ứng tối đa yêu cầu hoạt động trong hội nhập quốc tế và cần tiếp tục được đầu tư.

Về năng lực đáp ứng các sự kiện y tế công cộng theo yêu cầu của IHR: các Trung tâm KDYT quốc tế đã thực hiện kiểm tra, giám sát các đối tượng cần kiểm dịch y tế theo quy định như: người và phương tiện xuất nhập cảnh, hàng hóa xuất nhập khẩu qua các cửa khẩu. Kết quả kiểm tra giám sát các đối tượng kiểm dịch này đều tăng theo các năm từ 2012 đến 2017 qua đó có thể

kip thời phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm hoặc mang tác nhân gây bệnh để xử lý tránh lây lan [41].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4320/QĐ-BYT ngày 27/10/2006 về việc thành lập Cơ quan Đầu mối quốc gia thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế (IHR). Thường trực Cơ quan Đầu mối quốc gia thực hiện IHR đặt tại Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế. Cơ quan Đầu mối quốc gia thực hiện IHR có nhiệm vụ giúp Bộ trưởng Bộ Y tế chia sẻ và cập nhật thông tin với Cơ quan đầu mối IHR của WHO và các quốc gia khác về tình hình dịch bệnh và các sự kiện YTCC gây quan ngại quốc tế, đồng thời tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế các biện pháp phối hợp đồng bộ, chặt chẽ và có hiệu quả với các Bộ, ngành liên quan, WHO và các tổ chức quốc tế khác. Trong đó, chú trọng tới việc chia sẻ, cập nhật thông tin, tăng cường trách nhiệm giám sát và báo cáo dịch bệnh và các sự kiện YTCC giữa các bộ, ngành, đơn vị liên quan.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, quốc gia đạt được năng lực cơ bản theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế khi kết quả đánh giá các năng lực đạt tối thiểu 75% các chỉ số “có hoạt động” [57]. Kết quả đánh giá hàng năm của Việt Nam về năng lực của khâu đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế cho thấy tỉ lệ % các chỉ số đáp ứng về năng lực của khâu của Việt Nam đã có các cải thiện theo từng năm. Năm 2014, Bộ Y tế đã chính thức thông báo Tổ chức Y tế thế giới Việt Nam đã đạt được các năng lực cơ bản theo yêu cầu của IHR. Riêng năm 2017, tỉ lệ % đáp ứng với yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế (68%) có thấp hơn so với năm 2016 (94%). Điều này được lý giải do vào tháng 11 năm 2016, Đoàn đánh giá độc lập gồm các chuyên gia quốc tế của WHO đã đến Việt Nam để tiến hành đánh giá độc lập việc thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế của Việt Nam (*Joint External Evaluation of Viet Nam – JEE*) [57] và đã áp dụng tiêu chí đánh giá chặt chẽ trong đó yêu cầu quốc gia cung cấp các bằng chứng cụ thể (các văn bản được phê duyệt, tài liệu lưu trữ, kết quả cụ thể được nghiệm thu...) để

chứng minh các năng lực quốc gia [25], theo đó có nhiều tài liệu chưa được cập nhật hoặc chưa được lưu trữ có hệ thống cần được cải thiện.

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

Từ cuối năm 2014 và năm 2015 cả thế giới đã chứng kiến dịch bệnh do vi rút Ebola bùng phát tại 03 quốc gia Tây Phi và nhanh chóng lây lan ra một số quốc gia khác. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã công bố tình trạng khẩn cấp về YTCC gây quan ngại quốc tế [37]. Trước đó, dịch bệnh do vi rút Ebola đã ghi nhận từ 1976 tại châu Phi [68] song chỉ với phạm vi nhỏ. Theo các thông tin của WHO [116], vụ dịch này tính đến cuối năm 2015, trên thế giới đã ghi nhận 28.634 trường hợp mắc Ebola tại 10 quốc gia trên thế giới, trong đó có 11.314 trường hợp tử vong (chiếm 39,5%). Mặc dù khu vực Đông Nam Á và Việt Nam không ghi nhận trường hợp lây nhiễm Ebola nào từ châu Phi, song nguy cơ lây nhiễm thông qua các cửa khẩu vẫn rất lớn, có sự quan ngại về sự nguy hiểm của dịch bệnh trong cộng đồng [38].

Nghiên cứu đã đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ KDYT biên giới trong các hoạt động phòng chống lây lan vi rút Ebola tại cửa khẩu Việt Nam. Nhìn chung, 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. Tuy vậy, nhiều chỉ số đánh giá còn chưa cao có thể do nhiều nguyên nhân: i) Dịch bệnh do vi rút Ebola mới ghi nhận và bùng phát mạnh trong năm trước khi đánh giá nghiên cứu nên cán bộ KDYT còn chưa có nhiều thông tin; ii) Dịch bệnh Ebola hiện vẫn đang diễn biến tại châu Phi, chưa lan sang châu Á; iii) Do ít được cung cấp các thông tin, các nguồn thông tin về dịch bệnh còn hạn chế. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Khalid M Almutairi tại Ả rập Xê út [62].

Trong số 195 cán bộ KDYT được phỏng vấn, có tới 61,0% ở độ tuổi trên 35 cho thấy các cán bộ này đã có thâm niên công tác và kinh nghiệm chuyên môn nhất định về lĩnh vực KDYT, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Amenze trong số cán bộ y tế tại Benin [99].

Về hiểu biết tác nhân gây bệnh Ebola, 80,6% số cán bộ KDYT biết là do tác nhân vi rút; tỷ lệ này tương đồng với cán bộ y tế được khảo sát tại Ả Rập Xê út của tác giả Khalid M. Almutairi [62], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu tại Benin (97%) [99], điều này có thể lý giải 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) [62]. 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 Ả Rập Xê út (với 23,3% cán bộ y tế biết triệu chứng này) [62].

Các tiêu chuẩn về định nghĩa ca bệnh Ebola trong giám sát bao gồm: các triệu chứng (sốt, tiêu chảy, buồn nôn, đau đầu, đau cơ), có tiền sử đi đến/trở về từ vùng dịch, hoặc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân trong bất cứ hoàn cảnh nào. Đối với kiến thức hiểu biết về tiêu chí lây bệnh qua tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân trong bất cứ hoàn cảnh nào, tỷ lệ cán bộ KDYT trả lời đúng là 25,6%, tương đương với nghiên cứu của tác giả Khalid M Almutairi và cộng sự [62], nhưng thấp hơn trong nghiên cứu tại Nigeria của Gidado và cộng sự [82].

Để phòng chống hiệu quả việc lây lan vi rút Ebola, ngoài hiểu biết đúng về các kiến thức cơ bản, sự quan tâm và thái độ về dịch bệnh nguy hiểm này cũng rất quan trọng. 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 thực hiện nghiêm túc, con số này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Amenze Oritsemofe và cộng sự (61%) [99].

Liên quan đến thực hành của cán bộ KDYT đối với phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola, có 55,9% cán bộ KDYT được khảo sát trả lời thực hiện biện pháp vệ sinh cá nhân như: rửa tay xà phòng, sử dụng dung dịch sát khuẩn tay. Tỷ lệ này chỉ có 2,2% trong nghiên cứu của tác giả Gidado và cộng sự [82]. Tuy vậy, việc áp dụng thường xuyên các biện pháp vệ sinh cá nhân như: rửa tay xà phòng, sử dụng dung dịch sát khuẩn tay còn phụ thuộc rất nhiều vào tính sẵn có về cơ sở hạ tầng tại các cửa khẩu, như: có khu vệ sinh, đủ nước sạch, có xà phòng, cồn sát trùng tay... Qua khảo sát thực tế tại các cửa khẩu ở Việt Nam, đa phần các thực hành trên chỉ được thực hiện tốt, đầy đủ tại các sân bay quốc tế hoặc các cửa khẩu chỉ định do có cơ sở hạ tầng tốt hơn. Ngoài ra, một số cửa khẩu quốc gia không thường xuyên thực hiện hoạt động này.

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

4.2.1. Sự tham dự tập huấn của cán bộ kiểm dịch y tế

Các cán bộ KDYT của các Trung tâm KDYT quốc tế tham gia can thiệp đã được tập huấn chuyên sâu về các nội dung phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola. Các nội dung gồm: Các yêu cầu của IHR đối với năng lực cửa khẩu; dịch tễ học bệnh do vi rút Ebola; Kế hoạch phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola với các tình huống diễn biến dịch bệnh; các hướng dẫn giám sát phát hiện, hướng dẫn điều trị bệnh Ebola; Tập huấn về các quy trình KDYT chung và quy trình giám sát, sàng lọc trường hợp nghi ngờ lây nhiễm Ebola tại cửa khẩu và thực hành một số biện pháp phòng hộ cá nhân phòng chống lây nhiễm vi rút Ebola.

Thời điểm cuối năm 2014 dịch bệnh do vi rút Ebola bùng phát tại Tây Phi và diễn biến gia tăng nhanh chóng sang các quốc gia trong khu vực và nguy cơ lây lan quốc tế trong năm 2015 là rất lớn. Tổ chức Y tế thế giới đã tuyên bố dịch bệnh Ebola tại Tây Phi là trường hợp khẩn cấp về YTCC gây ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng và quan ngại quốc tế. Mặc dù bệnh do vi rút Ebola đã có từ lâu, song đợt dịch bùng phát rộng năm 2014, 2015 đã gây sự chú ý và quan tâm lo ngại về sự lây lan dịch bệnh của nhiều quốc gia trong đó có Việt Nam. Các kiến thức hiểu biết về dịch tễ học của bệnh cũng như các biện pháp phòng chống còn chưa được cập nhật cho các cán bộ y tế làm công tác dự phòng. Việc tổ chức tập huấn về các chủ đề “nóng” cho các cán bộ KDYT đã dành được sự quan tâm và tham gia tích cực của các cán bộ KDYT thuộc 3 Trung tâm triển khai can thiệp với tỷ lệ tham gia trên 92%.

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

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra các kiến thức hiểu biết cơ bản về dịch tễ học của bệnh do vi rút Ebola có sự cải thiện, thay đổi rõ rệt của nhóm các Trung tâm KDYTQT được can thiệp. So sánh kết quả tại thời điểm trước và sau can thiệp của nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp cho thấy sự thay đổi đó có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nhóm chúng có sự cải thiện tăng lên nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) với các chỉ số hiệu quả (CSHQ) đều cao trên 11%. Riêng đối với chỉ số kiến thức về triệu chứng “sốt, đau đầu, đau cơ” của bệnh ở cả 2 nhóm có sự cải thiện không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể lý giải rằng triệu chứng “sốt, đau đầu, đau cơ” là triệu chứng thường gặp và phổ biến nhất của các bệnh truyền nhiễm, chính vì vậy đa phần cán bộ y tế đều nắm chắc được và có hiểu biết đúng.

Hiểu biết rõ về đường lây truyền bệnh là rất quan trọng để có các biện pháp phòng bệnh đúng và hiệu quả. Hiệu quả can thiệp (HQCT) của chỉ số này

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 so với nhóm chứng.

4.2.3. Hiệu quả thay đổi về thái độ phòng chống dịch 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 ở nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp, cụ thể gồm các chỉ số: thái độ về sự nguy hiểm của dịch bệnh Ebola, mức độ lây lan dịch bệnh, sự cần thiết phải giám sát chặt chẽ tại cửa khẩu. Sự cải thiện tăng lên về các chỉ số này so sánh tại thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi nhóm chứng sự cải thiện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). 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%) có thể 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.

Chỉ số thái độ về cần thiết có phối hợp liên ngành tại cửa khẩu trong phòng chống Ebola đều cho thấy tăng hơn ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng tại các thời điểm trước và sau can thiệp, tuy vậy sự thay đổi này đều không có ý nghĩa thống kê (cả 2 nhóm đều có $p > 0,005$). Trên thực tế, tại cửa khẩu đều có sự phối hợp liên ngành chặt chẽ giữa 5 cơ quan quản lý nhà nước tại cửa khẩu, đặc biệt là tại các cửa khẩu quốc tế lớn. Chính vì vậy sự cải thiện về chỉ số này không thực sự rõ rệt trên nền tảng tại các cửa khẩu đã có phối hợp liên ngành hiệu quả.

4.2.4. Hiệu quả thay đổi về thực hành phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola

Thực hành phòng chống dịch bệnh Ebola của nhóm các Trung tâm KDYT quốc tế được can thiệp có thay đổi cải thiện rõ rệt ở tất cả các chỉ số

khảo sát. Sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong số các thay đổi hành vi rõ rệt nhất phải kể đến là sử dụng đúng sơ đồ giám sát sàng lọc hành khách nghi ngờ lây nhiễm Ebola tại cửa khẩu với hiệu quả can thiệp là 60,7%. Việc áp dụng đúng quy trình KDYT tại cửa khẩu cũng được cải thiện sau can thiệp với HQCT là 12,9%. 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 như: thực hiện áp dụng các biện pháp phòng hộ cá nhân (rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, dung dịch sát khuẩn, sử dụng quần áo bảo hộ khi điều tra ca nghi ngờ...).

4.2.5. Tính phù hợp và khả thi của các hoạt động can thiệp

Kết quả nghiên cứu về tính phù hợp và khả thi của hoạt động tập huấn cho cán bộ KDYT cho thấy trên 81,1% số người được hỏi có phản hồi tích cực đối với các hoạt động can thiệp. Các nội dung tập huấn phù hợp và thiết thực cho công tác KDYT tại cửa khẩu (chiếm 92,5% câu trả lời) do đây là những kiến thức cơ bản, các kỹ năng cần thiết mà hàng ngày các cán bộ KDYT phải sử dụng và vận dụng trong công việc của họ. Hơn nữa, nhiều cán bộ KDYT cho rằng bệnh Ebola ở tận châu Phi xa với Việt Nam nên nghĩ rằng khả năng lây lan là hạn chế, tuy vậy sau khi được tập huấn, cung cấp các thông tin về dịch bệnh, quan điểm về phòng chống dịch bệnh đã thay đổi, cần chủ động và tích cực hơn trong bối cảnh toàn cầu hoá.

Khi được hỏi về lợi ích của hoạt động can thiệp, ngoài việc nâng cao kiến thức cho bản thân, có tới 86,8% cán bộ KDYT cho rằng tập huấn đã giúp nắm vững hơn được các quy trình kiểm dịch y tế tại cửa khẩu, trong đó có quy trình sàng lọc người nghi ngờ lây nhiễm Ebola, giúp đảm bảo an toàn hơn cho chính bản thân kiểm dịch viên và các hành khách đi cùng. Ngoài ra, các

nội dung tập huấn bao gồm cả thực hành sử dụng trang phục bảo hộ cá nhân không quá phức tạp để dễ thực hiện.

4.3. Các điểm mới và các đóng góp của nghiên cứu

Nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại tất cả các Trung tâm KDYT quốc tế trên phạm vi cả nước để có bức tranh chung thực trạng về nhân lực, cơ sở vật chất và các trang thiết bị thiết yếu và năng lực ứng phó dịch bệnh, các sự kiện y tế công cộng lan truyền qua cửa khẩu biên giới.

Nghiên cứu đầu tiên được thực hiện theo hướng tiếp cận đánh giá năng lực các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế đáp ứng yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế (IHR) trong bối cảnh hội nhập quốc tế và toàn cầu hoá. Điều lệ Y tế quốc tế (IHR) của Tổ chức Y tế thế giới là một văn bản mang tính pháp lý quốc tế đối với các quốc gia quy định các năng lực cơ bản của cửa khẩu trong ứng phó và đáp ứng với dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện YTCC.

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp nâng cao năng lực giám sát và phòng chống dịch bệnh do vi rút Ebola. Đây là một bệnh truyền nhiễm tối nguy hiểm, có tỉ lệ tử vong cao thuộc Nhóm A của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm của Việt Nam, hiện vẫn đang ghi nhận các đợt bùng phát dịch tại một số quốc gia châu Phi và có nguy cơ cao lây lan quốc tế. Nghiên cứu khẳng định các biện pháp can thiệp thông qua tập huấn cho cán bộ kiểm dịch y tế và giám sát hỗ trợ từ tuyến trên đối với các Trung tâm KDYT quốc tế là có hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu đánh giá của luận án chỉ ra được các nội dung còn bất cập, hạn chế của hệ thống KDYT biên giới của Việt Nam so với các quy định chung, qua đó đề xuất các khuyến nghị nhằm cải thiện, thống nhất và nâng cao hiệu quả hoạt động của cả hệ thống kiểm dịch y tế trong vai trò vị trí tiên tiêu phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm lan truyền qua biên giới. Ngoài ra, tác giả hiện đang công tác trực tiếp tại cơ quan quản lý của Bộ Y tế về lĩnh

vực kiểm dịch y tế, vì vậy các phát hiện, khuyến nghị đề xuất của nghiên cứu này hoàn toàn có tính khả thi.

4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Luận án nghiên cứu được triển khai thực hiện trong thời gian ngắn nên chưa có nhiều thời gian cần thiết để triển khai sâu hơn với nhiều nội dung đánh giá hơn như: hiệu quả của chi phí, hiệu quả đầu tư, hiệu quả sử dụng các cơ sở vật chất, nguồn lực của các Trung tâm KDYT quốc tế, vì vậy thời gian tới vẫn cần tiếp tục có các nghiên cứu khác để khẳng định hiệu quả can thiệp và tính bền vững của can thiệp.

Hoạt động can thiệp mới chỉ tập trung vào cung cấp kiến thức, thực hành trong phòng chống dịch bệnh Ebola, chưa mở rộng các can thiệp khác như: truyền thông, cung cấp trang thiết bị, ứng dụng công nghệ thông tin...

Luận án nghiên cứu chưa triển khai thực hiện tại toàn bộ các đơn vị tham gia hệ thống kiểm dịch y tế từ Trung ương đến địa phương (gồm cả các Viện VSDT/Pasteur, các Trung tâm y tế dự phòng có hoạt động KDYT) do cần có quy mô nghiên cứu lớn hơn và có đầu tư nhiều nguồn lực hơn.

Tại thời điểm nghiên cứu, trên thế giới và trong nước có rất ít nghiên cứu về cùng lĩnh vực và phạm vi đề tài, vì vậy có hạn chế nhất định trong việc tham khảo và so sánh kết quả đánh giá.

KẾT LUẬN

5.1. 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

- Tính đến năm 2016 Việt Nam có 13 Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế ở tuyến tỉnh quản lý 65 cửa khẩu quốc tế và quốc gia hoạt động theo Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT ngày 30/01/2007 của Bộ Y tế.

- Năm 2016 kết quả đánh giá cho thấy năng lực của khẩu đạt 94% đáp ứng theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới. Việt Nam hiện có 07 cửa khẩu trong tổng số 19 cửa khẩu quốc tế thuộc 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế quản lý có đáp ứng đầy đủ tiêu chí của khẩu chỉ định của Tổ chức Y tế thế giới.

- Số lượng cán bộ biên chế hưởng lương từ ngân sách nhà nước làm công tác KDYT của các Trung tâm Kiểm dịch y tế 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. Hiện chưa có mã đào tạo chuyên về kiểm dịch y tế trong các cơ sở đào tạo và chưa có tiêu chuẩn kiểm dịch viên y tế.

- 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

- Đánh giá thực trạng một số chỉ số về kiến thức, thái độ và thực hành chung (K.A.P) của cán bộ KDYT của 13 Trung tâm KDYT quốc tế về dịch bệnh do vi rút Ebola cho thấy cán bộ KDYT đã có hiểu biết, thái độ và thực hành cơ bản về dịch bệnh do vi rút Ebola. Tỷ lệ cán bộ KDYT có kiến thức đúng về tác nhân gây bệnh Ebola (chiếm 80,6%), biết được tiêu chuẩn xác định trường hợp bệnh có liên quan tới tiền sử tiếp xúc trong vòng 21 ngày (75,4%) và loại mẫu bệnh phẩm dùng để chẩn đoán bệnh Ebola (69,2%). Cán bộ KDYT có thái độ đúng về mức độ nguy hiểm của bệnh (chiếm tỉ lệ 49,2%), về sự cần thiết phải giám sát theo quy định đối với tất cả hành khách từ vùng dịch (72,8%). Tỷ lệ cán bộ KDYT có thực hành đủ 3 bước theo quy trình chung chiếm 67,2%.

- Các can thiệp đã làm thay đổi và có cải thiện rõ rệt về kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ KDYT đối với dịch bệnh do vi rút Ebola với hiệu quả can thiệp (HQCT) so với nhóm chứng lên đến 56,1 (về kiến thức), đến 31,7 (về thái độ) và đến 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 Kiểm dịch y tế 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 kiểm dịch y tế theo tất cả các tuyến trên phạm vi toàn quốc. Tuyến tỉnh thành lập Trung tâm Kiểm soát bệnh tật trong đó lồng ghép và sáp nhập đơn vị KDYT tuyến tỉnh với các đơn vị y tế dự phòng có chung chức năng thành một tổ chức đa chức năng để tăng tính hiệu quả trong chỉ đạo, đáp ứng, tránh chồng chéo và tiết kiệm nguồn lực.

2. Bộ Y tế thường xuyên tổ chức tập huấn, đào tạo và đào tạo lại về chuyên môn để củng cố và nâng cao năng lực giám sát phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm cho cán bộ y tế dự phòng; phối hợp với Bộ Giáo dục Đào tạo mở mã ngành đào tạo về kiểm dịch y tế để các Trường Đại học tổ chức đào tạo cả về chuyên môn và ngoại ngữ; xây dựng và ban hành tiêu chuẩn kiểm dịch viên y tế làm cơ sở tuyển chọn cán bộ kiểm dịch có chất lượng, đủ năng lực chuyên môn, ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu trong thời kỳ hội nhập quốc tế.

3. Sở Y tế các tỉnh, thành phố chỉ đạo các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế hoặc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật 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 đáp ứng yêu cầu công việc phù hợp với thực tế.

4. Kiểm dịch y tế là hoạt động dự phòng, đầu tư đúng cho dự phòng sẽ mang lại lợi ích lâu dài. Nhà nước cần có 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. Bên cạnh đó Nhà nước cần 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Chính trị (2005), Nghị quyết 46-NQ/TU ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, chủ biên.
2. Bộ Nội vụ (2012), Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị định 41/2012/NĐ-CP ngày 08/5/2012 của Chính phủ quy định về vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập, chủ biên.
3. Bộ Tài chính (2009), Thông tư 232/2009/TT-BTC ngày 09/12/2009 quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí y tế dự phòng và phí kiểm dịch y tế biên giới chủ biên.
4. Bộ Tài chính (2014), Thông tư số 08/2014/TT-BTC ngày 15/1/2014 Quy định mức thu, nộp, quản lý, sử dụng phí YTDP, KDYT, chủ biên.
5. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2007), Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV đã hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, chủ biên.
6. Bộ Y tế (2004), Quyết định 2331/2004/QĐ-BYT ngày 06/7/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quy trình kiểm dịch y tế biên giới, chủ biên.
7. Bộ Y tế (2006), Quyết định 05/2006/QĐ-BYT ngày 17/01/2006 của Bộ Y tế ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm YTDP tỉnh, thành phố trực thuộc T.Ư, chủ biên.
8. Bộ Y tế (2007), Quyết định số 14/2007/ QĐ-BYT ngày 30/01/2007 của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế, chủ biên.
9. Bộ Y tế (2007), "Quyết định số 5159/QĐ-BYT ngày 17/12/2007 của Bộ Y tế ban hành danh mục trang thiết bị của trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương ".

10. Bộ Y tế (2008), Quyết định 23/2008/QĐ-BYT ngày 07/07/2008 của Bộ Y tế ban hành quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong dự phòng và điều trị, chủ biên.
11. Bộ Y tế (2010), Thông tư 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế hướng dẫn chế độ khai báo thông tin dịch bệnh truyền nhiễm, chủ biên.
12. Bộ Y tế (2010), Thông tư 54/2010/TT-BYT ngày 29/12/2010 của Bộ Y tế hướng dẫn chế độ khai báo thông tin dịch bệnh truyền nhiễm, chủ biên.
13. Bộ Y tế (2011), Thông tư 26/2011/TT-BYT ngày 24/6/2011 của Bộ Y tế ban hành danh mục BTN, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế, chủ biên.
14. Bộ Y tế (2013), Quyết định 1128/QĐ-BYT ngày 6/4/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn về giám sát và phòng chống bệnh cúm A(H7N9), chủ biên.
15. Bộ Y tế (2013), Thông tư 13/2013/TT-BYT ngày 17/3/2013 của Bộ Y tế quy định về giám sát các bệnh truyền nhiễm, chủ biên.
16. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết việc đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, chủ biên.
17. Bộ Y tế (2014), Quyết định 3192/QĐ-BYT ngày 25/8/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn về quy trình giám sát bệnh Ebola, chủ biên.
18. Bộ Y tế (2014), Thông tư 46/2014/TT-BYT ngày 15/12/2014 Hướng dẫn quy trình kiểm dịch y tế, chủ biên.
19. Bộ Y tế (2014), Thông tư 51/2014/TT-BYT ngày 29/12/2014 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế dự phòng tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương, chủ biên.
20. Bộ Y tế (2015), Quyết định 468/QĐ-BYT ngày 10/2/2015 quy định chức năng nhiệm vụ của Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế, chủ biên.
21. Bộ Y tế (2015), Quyết định 2174/QĐ-BYT ngày 08/6/2015 của Bộ Y tế hướng dẫn giám sát Hội chứng viêm đường hô hấp cấp Trung đông, chủ biên.

22. Bộ Y tế (2017), Thông tư 26/2017/TT-BYT ngày 26/6/2017 Hướng dẫn chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, chủ biên.
23. Chính phủ nước CHXHCN Việt Nam (2010), "Nghị định 103/2010/NĐ-CP ngày 01/10/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới".
24. Chính phủ nước CHXNCN Việt Nam (2014), "Nghị định 112/2014/NĐ-CP ngày 21/11/2014 quy định về quản lý cửa khẩu biên giới đất liền".
25. Chính phủ Việt Nam - Campuchia (2006), "Hiệp định Kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam – Cam pu chia".
26. Chính phủ Việt Nam - Lào (2001), "Hiệp định Kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam – Lào".
27. Chính phủ Việt Nam - Trung Quốc (2008), "Hiệp định Kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam – Trung Quốc".
28. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2010), "Hướng dẫn đánh giá và khai báo sự kiện y tế công cộng gây quan ngại quốc tế".
29. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2011), "Báo cáo hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm 2007 - 2011".
30. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2012), "Báo cáo công tác kiểm dịch y tế giai đoạn 2007-2011".
31. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2012), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2012".
32. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2012), "Các bệnh truyền nhiễm phải kiểm dịch Y tế biên giới", *Sổ tay Kiểm dịch Y tế biên giới*.

33. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2013), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2013".
34. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2013), "Đánh giá ban đầu Dự án phòng chống bệnh truyền nhiễm khu vực Tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2".
35. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2014), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2014".
36. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2014), "Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm 2007 - 2014".
37. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2015), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2015".
38. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2016), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2016".
39. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2017), "Báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế biên giới 2017".
40. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2017), "Định nghĩa trường hợp bệnh truyền nhiễm".
41. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2017), "Kết quả đánh giá tiến độ thực hiện các năng lực cơ bản quốc gia Việt Nam triển khai Điều lệ Y tế quốc tế, 2012-2017".
42. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2018), "Báo cáo kết quả thực hiện các năng lực cơ bản quốc gia đáp ứng Điều lệ Y tế quốc tế (IHR 2005)".
43. Phạm Minh Hoàng (2007), "Thực trạng công tác kiểm dịch y tế quốc tế tại 04 tỉnh, năm 2004-2006".
44. Phạm Minh Hoàng (2008), "Giải pháp phát triển hệ thống kiểm dịch y tế quốc tế Việt Nam đến năm 2015".

45. Nguyễn Thị Kim Liên và Đặng Quốc Việt, "Mô tả thực trạng về nguồn lực, tổ chức, quản lý hoạt động của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe", *Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương*.
46. Nguyễn Thị Phương Liên (2012), "Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm gây dịch và thử nghiệm giải pháp can thiệp", *Luận văn Tiến sỹ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương*
47. Lê Cự Linh (2012), "Đánh giá kỹ năng sinh viên – cựu sinh viên y đa khoa, điều dưỡng, và y tế công cộng".
48. Hoa P và Th B (2012), Khảo sát thực trạng nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Hòa Bình năm 2010, chủ biên.
49. Lê Hồng Phong và các cộng sự. (2012), "Thực trạng và kết quả hoạt động kiểm dịch y tế của các trung tâm KDYTQT khu vực miền Bắc".
50. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2007), Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, chủ biên.
51. Quốc hội nước CHXNCN Việt Nam (2003), *Luật Biên giới quốc gia, số 06/2003/QH11*, truy cập ngày, tại trang.
52. Đỗ Thị Phương Thảo (2011), "Nghiên cứu thực trạng nhân lực y tế và hoạt động khám chữa bệnh của một số bệnh viện huyện thuộc thành phố Hà Nội năm 2008 – 2010", *Luận án tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội*.
53. Thủ tướng Chính phủ (2006), Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020, chủ biên.
54. Trần Thanh Thủy (2015), *Nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế tại bệnh viện đa khoa huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình*.
55. Tổ chức Y tế Thế giới (2005), "Điều lệ Y tế quốc tế ".

56. Tổ chức Y tế Thế giới (2010), "Chiến lược Châu Á Thái Bình dương về phòng chống các bệnh mới nổi - APSED".
57. Tổ chức Y tế Thế giới (2016), "Đánh giá độc lập phối hợp thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế của Việt Nam, Tổ chức Y tế thế giới".
58. Khương Anh Tuấn (2014), "Đánh giá hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam và đề xuất các giải pháp".
59. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2011), "Nghiên cứu năng lực kiểm dịch y tế của một số cửa khẩu, sân bay chính".

TIẾNG ANH

60. J. T. Abualenain và M. M. Al-Alawi (2018), "Simulation-based training in Ebola Personal Protective Equipment for healthcare workers: Experience from King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia", *J Infect Public Health*. 11(6), tr. 796-800.
61. P. B. Adongo và các cộng sự. (2016), "Beyond Knowledge and Awareness: Addressing Misconceptions in Ghana's Preparation towards an Outbreak of Ebola Virus Disease", *PLoS One*. 11(2), tr. e0149627.
62. Khalid M Almutairi và các cộng sự. (2016), "Ebola outbreak preparedness and preventive measures among healthcare providers in Saudi Arabia", *The Journal of Infection in Developing Countries*. 10(8), tr. 829-836.
63. Australian Quarantine and Inspection Service *Brief History of quarantine in Australia*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.quarantinestation.com.au/About-Us/Brief-History/>.
64. Mafart B (1998), "History of the concept of Quarantine", *Med Trop*, tr. 14-20.

65. Johannes T.A. Bressers (2007), *Contextual Interaction Theory and the issue of boundary definition: Governance and motivation, cognitions and resources of actors*, Center for Clean Technology and Environmental Policy.
66. Centres for Disease Control and Prevention (2001), "Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems", *Morbidity and Mortality Weekly Report* 50, tr. 1-35.
67. Centres for Disease Control and Prevention (2013), Genetic Evolution of H7N9 Virus in China.
68. Centres for Disease Control and Prevention (2014), *Ebola Virus Disease*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>.
69. Centres for Disease Control and Prevention (2014), *History of Quarantine*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.cdc.gov/quarantine/historyquarantine.html>.
70. Centres for Disease Control and Prevention (2015), "Guidance on Personal Protective Equipment (PPE) To Be Used By Healthcare Workers during Management of Patients with Confirmed Ebola or Persons under Investigation (PUIs) for Ebola who are Clinically Unstable or Have Bleeding, Vomiting, or Diarrhea in U.S. Hospitals, Including Procedures for Donning and Doffing PPE".
71. Centres for Disease Control and Prevention (2015), *Top 10 Ebola Response Planning Tips: Ebola Readiness Self-Assessment for State and Local Public Health Officials*.
72. Martin Cetron (2003), "Isolation and quarantine : Containment strategies for SARS 2003", *National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention*.

73. Jua-Hwa Chen (2008), "Rules of Passenger Quarantine in International Health Regulation 2005", *Taiwan Epidemiology Bulletin*.
74. Kara DeCorby-Watson và các cộng sự. (2018), "Effectiveness of capacity building interventions relevant to public health practice : a systematic review", *BMC Public Health*. 18(684), tr. 1-15.
75. Bakari E và Frumence G (2013), "Challenges to the implementation of International Health Regulations (2005) on preventing infectious diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania".
76. Enotes - "Quarantine" Critical Survey of Contemporary Fiction (2005), *What is Quarantine*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.enotes.com/quarantine-reference/quarantine>.
77. Aniekan J. Etokidem và các cộng sự. (2018), "Ebola virus disease: assessment of knowledge, attitude and practice of nursing students of a Nigerian University", *African health sciences*. 18(1), tr. 55-65.
78. European Centre for Disease Prevention and Control (2013), "Framework for a strategy for infectious disease surveillance in Europe (2013 - 2015)", *European Centre for Disease Prevention and Control*.
79. Heinz Feldmann và Thomas W. Geisbert (2011), "Ebola haemorrhagic fever", *Lancet (London, England)*. 377(9768), tr. 849-862.
80. Inspection and Quarantine of the People's Republic of China General Administration of Quality Supervision (2010), *Function and Organizational Structure*, truy cập ngày, tại trang web <http://ip.people.com.cn/GB/152255/10960449.html>.
81. G. F. Gensini, M. H. Yacoub và A. A. Conti (2004), "The concept of quarantine in history: from plague to SARS", *J Infect*. 49(4), tr. 257-61.

82. Saheed Gidado và các cộng sự. (2015), "Public knowledge, perception and source of information on ebola virus disease - lagos, Nigeria; september, 2014", *PLoS currents*. 7, tr. currents outbreaks.
83. Anne Gulland (2014), "Quarantining health workers returning from Ebola affected countries is “bad science,” says public health adviser", *BMJ : British Medical Journal*. 349.
84. Josh Hicks (2014), "A brief history of quarantines in the United States", *Washington Post*.
85. Institute of Medicine (2006), *Quarantine Stations at Ports of Entry: Protecting the Public's Health*, Laura B. Sivitz, Kathleen Stratton và Georges C. Benjamin, ed, The National Academies Press, Washington, DC, 334.
86. Ghazi Kayali, Malik Peiris và et al (2015), "A more detailed picture of the epidemiology of Middle East respiratory syndrome coronavirus", *The Lancet Infectious Disease*.
87. Sarah Kliff (2014), *3 reasons public health experts think Ebola quarantines are a terrible idea*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.vox.com/2014/10/28/7079147/three-reasons-public-health-experts-think-ebola-quarantines-are-a>.
88. K. L. Koenig (2015), "Health care worker quarantine for Ebola: to eradicate the virus or alleviate fear?", *Ann Emerg Med*. 65(3), tr. 330-1.
89. Wang L, Wang Y và Jin S (2008), "Health system reform in China 2. Emergence and control of infectious diseases in China ", *Lancet* 372 (2008), tr. 605 - 628.
90. Vũ Ngọc Long (2017), *Thực trạng giám sát viêm gan vi rút B, C tại tỉnh Thái Bình và hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

91. M'ikanatha N. M, Lynfield R và Julian K. G (2007), "Infectious Disease Surveillance: A Corner stone for Prevention and Control", *Infectious Disease Surveillance, Blackwell Publishing, Oxford, UK*, tr. 3-17.
92. Raghav Mishra, Prashant Dhakad và et al (2017), "Ebola Virus Disease: Recent Advances".
93. F Montizambert (2010), "The Canadian Quarantine System ", *Quebec*.
94. Bojelo Mooketsi và Wallace Chigona (2016), *The Impact of Contextual Factors on the Implementation of Government E-Strategy in Previously Disadvantaged Areas in Cape Town*, Vol. 73, 1-20.
95. M.E. Nairn và các cộng sự. (1996), "Australian Quarantine: a shared responsibility", *Australian Quarantine Review Secretariat*
96. Rupa Narra và các cộng sự. (2017), "CDC Safety Training Course for Ebola Virus Disease Healthcare Workers", *Emerging infectious diseases*. 23(13), tr. S217-S224.
97. Nature News (2013), *The fight against bird flu*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.nature.com/news/the-fight-against-bird-flu-1.12850>.
98. A. M. Oladimeji và các cộng sự. (2015), "Ebola virus disease - gaps in knowledge and practice among healthcare workers in Lagos, August 2014", *Trop Med Int Health*. 20(9), tr. 1162-1170.
99. Amenze Oritsemofe Onowhakpor và các cộng sự. (2018), "Status of Ebola Virus Disease (EVD) preventive practices among Health care workers (HCWs) in Benin City: a year after disease containment in Nigeria", *Pan African Medical Journal*. 30(50).
100. Katharine A. Owens và Hans Bressers (2013), "A Comparative Analysis of How Actors Implement: Testing the Contextual Interaction Theory in 48 Cases of Wetland Restoration", *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 15(3), tr. 203-219.

101. Queensland Health (2015), *Interim PPE Guidelines for managing Ebola virus disease patients*, truy cập ngày, tại trang web https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0032/443957/ppe-guideline.pdf.
102. Emma J. Roth *Proposed CDC Quarantine Regulations Risk Damaging Public Health*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20161220.058004/full/>.
103. Mark A. Rothstein (2003), "Quarantine and isolation: lessons learned from SARS. A Report to the Centers for Disease Control and Prevention", *Institute for Bioethics, Health Policy and Law University of Louisville School of Medicine*.
104. S.P Singh (2010), "Airport and Boder Quarantine Amritsar - New Delhi".
105. L.B Sivitz (2010), "Quarantine Statons at Post of Entry- Protecting the public's health", *The national academies press*.
106. Swiss Institute of Bioinformatics, "ViralZone: Ebola-like viruses ".
107. The World Bank (2006), "Public health surveillance toolkit - A guide for busy task managers".
108. Volker Thiel (2007), "Coronaviruses: Molecular and Cellular Biology", *Caister Academic Press*.
109. Stephen H. Waterman và et al (2006), "A New Paradigm for Quarantine and Public Health Activities at Land Borders: Opportunities and Challenges", *Association of Schools of Public Health*.
110. World Health Organization - Europe Regional Office (2012), *Review of public health capacities and services in the European Region*.

111. World Health Organization (2003), *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*, truy cập ngày, tại trang web http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/.
112. World Health Organization (2006), "Communicable disease surveillance and response systems: Guide to monitoring and evaluating, National Epidemic Preparedness and Response".
113. World Health Organization (2007), "Cross-border Collaboration on Emerging Infectious Diseases", *Report of the Bi-regional Meeting in Bangkok, 26–28 February 2007*.
114. World Health Organization (2010), *Monitoring the building block of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*.
115. World Health Organization (2012), "IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire for monitoring progress in the implementation of ihr core capacities in states parties".
116. World Health Organization (2014), "Frequently asked questions on Ebola virus disease".
117. World Health Organization (2014), "Personal protective equipment guidelines for Ebola response".
118. World Health Organization (2015), "Guidelines infection control for Ebola".
119. S. Yang (1995), "One hundred twenty years of China's health quarantine service", *Zhonghua Yi Shi Za Zhi*. 25(2), tr. 77-82.

PHỤ LỤC

PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

(Dành cho Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế)

Tên Trung tâm:

.....

I. TÌNH TRẠNG CƠ SỞ VẬT CHẤT

A. Tình trạng chung

1. Tình trạng cơ sở vật chất tại Trung tâm Kiểm dịch Y tế quốc tế

STT	Nội dung	Thực trạng	Nếu cần sửa chữa/ nâng cấp (đánh dấu X vào ký hiệu () dưới đây)
1.	Trung tâm có trụ sở riêng không?	1. Có () 2. Không ()	()
2.	Diện tích sử dụng (m ²)	()	
3.	Tr/tâm có bao nhiêu khối nhà? (Ghi số lượng)	()	()
4.	Cấp độ xây dựng? (Ghi số lượng khối nhà theo từng cấp độ xây dựng) - Nhà cấp 4: Nhà một tầng, mái lợp ngói, Fibro ximăng, tôn ... - Nhà cấp 3: Nhà xây, đổ mái bằng, nhiều tầng. - Nhà cấp 2: Nhà xây kiên cố, nhiều tầng dạng khách sạn. - Nhà cấp 1: Nhà xây kiên cố biệt lập kiểu biệt thự	Cấp 1 : Số khối nhà () Cấp 2 : Số khối nhà () Cấp 3 : Số khối nhà () Cấp 4 : Số khối nhà ()	() () () ()
5.	Số phòng được sử dụng (ghi số lượng)	()	
6.	Tòa nhà của Trung tâm được bố trí? (đánh số tương ứng vào cột bên phải) 1. Phòng lãnh đạo 2. Phòng KH-TC 3. Phòng TC- HC 4. Hội trường 5. Khoa KDYT 6. Khoa QLSK 7. Khoa xử lý y tế 8. Khoa XN 9. Phòng cách ly	1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. ()	

STT	Nội dung	Thực trạng	Nếu cần sửa chữa/ nâng cấp (đánh dấu X vào ký hiệu () dưới đây)
	10. Kho 11. Khu xử lý chất thải 12. Khác (ghi rõ).....	10.() 11.()	
7.	Tường bên trong (đánh số tương ứng vào cột bên phải) 1. Sơn+bả 2. Sơn 3. Quét vôi 4. Khác(ghi rõ).....	1.() 2.() 3.()	1.() 2.() 3.()
8.	Sàn nhà khu chuyên môn (đánh số tương ứng vào cột bên phải) 1. Lát gạch ceramic 2. gạch hoa xi măng 3. Granit 4. Xi măng cát 5. Khác (ghi rõ).....	1.() 2.() 3.() 4.()	()
9.	Trần nhà (đánh số tương ứng vào cột bên phải) 1. Sơn 2. Ốp gỗ/nhựa 3. Quét vôi 4. Thạch cao 5. Khác (ghi rõ)	1.() 2.() 3.() 4.()	1.() 2.() 3.() 4.()
10.	Hệ thống cấp điện đồng bộ để chiếu sáng và vận hành các thiết bị kỹ thuật riêng biệt (đánh số tương ứng vào bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()
11.	Hệ thống nước sạch đảm bảo 24/24h (đánh số tương ứng vào cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()
12.	Thiết kế đảm bảo ánh sáng (đánh số tương ứng vào cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()
13.	Có hệ thống thông gió đạt tiêu chuẩn (đánh số tương ứng vào cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()
14.	Hệ thống thu gom nước thải chung (đánh số tương ứng vào cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()
15.	Nước thải được xử lý trước khi đưa ra hệ thống nước thải chung của công cộng (đánh số tương ứng vào cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()

STT	Nội dung	Thực trạng	Nếu cần sửa chữa/ nâng cấp (đánh dấu X vào ký hiệu () dưới đây)
16.	Trung tâm có nơi thu gom và xử lý chất thải rắn riêng (đánh số tương ứng cột bên phải)	1. Có () 2. Không ()	()

2. Tình trạng cơ sở vật chất tại Cửa khẩu

(Thống kê cho tất cả các cửa khẩu thực hiện kiểm dịch y tế)

STT	Nội dung	Thực trạng (Ghi số lượng)	Nếu cần sửa chữa/ nâng cấp (đánh dấu X vào ký hiệu () dưới đây)
1.	Số cửa khẩu có trụ sở/phòng làm việc riêng cho công tác kiểm dịch y tế ?	()	()
2.	Nếu có khu vực/ phòng riêng , diện tích sử dụng trung bình là bao nhiêu? (m2)	()	()
3.	Số cửa khẩu có diện tích dành cho kiểm dịch y tế đảm bảo nhu cầu làm việc?	()	()
4.	Số cửa khẩu có bộ trí nhà ở và sinh hoạt cho cán bộ?	()	()
5.	Số cửa khẩu có phòng cách ly người nghi bị nhiễm bệnh?	()	()
6.	Số cửa khẩu có khu vực để xử lý y tế ?	()	()
7.	Số cửa khẩu có nguồn điện dự phòng ?	()	()
8.	Số cửa khẩu có nguồn cung cấp nước sạch đầy đủ 24/24h ?	()	()
9.	Số cửa khẩu, kiểm dịch y tế có điện thoại/hệ thống thông tin liên lạc riêng (điện thoại hoặc bộ đàm hoặc Internet) ?	()	()

B. Nhận xét:

B1. Theo anh/chị, diện tích của Trung tâm có đáp ứng được với nhu cầu công việc không? (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải) 1. Có (Chuyển câu B3) 2. Không	1.() 2.()
B2. Nếu không thì không phù hợp ở điểm nào? (có thể nhiều lựa chọn)(đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải) 1. Quá rộng hơn so với nhu cầu 2. Quá hẹp, không đảm bảo	1.() 2.()

3. Khác, ghi rõ:.....	
B3. Theo anh/chị, thiết kế của Trung tâm có đáp ứng được với nhu cầu công việc không? (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	1.() 2.()
1. Có (Chuyển câu B5)	
2. Không	
B4. Nếu không thì không phù hợp ở điểm nào? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	1.() 2.()
1. Khu chuyên môn không phù hợp	3.()
2. Khu phụ trợ không phù hợp (kho, nhà vệ sinh, khu xử lý chất thải)	4.()
3. Thiết kế phối hợp giữa các khu chuyên môn, khu phụ trợ không phù hợp	1.()
4. Thiếu các công trình hạ tầng (điện, nước, thoát nước, chất thải)	2.()
5. Khác, ghi rõ:.....	
B5. Toàn bộ diện tích có được sử dụng đúng theo thiết kế không? (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	1.() 2.()
1. Có (chuyển câu B7)	3.()
2. Không	
B6. Nếu không, tại sao? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	1.() 2.()
1. Thiếu các công trình phụ trợ (điện, nước...)	
2. Thiếu các trang thiết bị chuyên môn	
3. Thiết kế không phù hợp với yêu cầu chuyên môn	1.()
4. Khác (Ghi cụ thể):.....	2.()
B7. Khi cơ sở hạ tầng bị hỏng, xuống cấp thì có được sửa chữa, khắc phục kịp thời không?(đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	
1. Có	
2. Không (chuyển phần II)	
B8. Nếu có thì nguồn kinh phí để sửa chữa/ khắc phục lấy từ đâu? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào () ở cột bên phải)	
1. Từ nguồn ngân sách nhà nước	
2. Từ nguồn kinh phí riêng của cơ quan	
3. Từ các nguồn khác (ghi rõ):.....	

TÌNH TRẠNG TRANG THIẾT BỊ

A. Hiện trạng trang thiết bị

1. Trang thiết bị tại Trung tâm (bao gồm tất cả các TTB của Trung tâm trừ những TTB để cố định tại CK)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

2. Trang thiết bị tại các cửa khẩu *(Chỉ tính những TTB dùng cố định tại cửa khẩu)*

[illegible]

B. Nhận xét về trang thiết bị

B1. Theo anh/chị, các TTB hiện nay có phù hợp với công việc chuyên môn của Trung tâm không? <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	1.() 2.()
1. Có (Chuyển câu B3) 2. Không	
B2. Nếu không thì không phù hợp ở điểm nào? (có thể nhiều lựa chọn) <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	1.() 2.()
1. Nhiều hơn so với khả năng chuyên môn của khoa 2. Không đáp ứng được với nhu cầu chuyên môn 3. Khác (nêu cụ thể):.....	1.() 2.()
B3. Các TTB mới có được sử dụng hết các chức năng theo thiết kế không? <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	1.() 2.()
1. Có (chuyển câu B5) 2. Không	1.() 2.()
B4. Nếu không, tại sao? (có thể nhiều lựa chọn) <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	3.() 4.() 5.() 6.()
1. Thiếu linh kiện, phụ kiện cần thiết 2. Thiếu hóa chất 3. Không có/ thiếu người được đào tạo để sử dụng 4. Khả năng chuyên môn còn thấp (hạn chế) nên chưa sử dụng đến. 5. Máy, TTB không tương thích với các TTB khác của khoa 6. Cơ sở hạ tầng không đảm bảo được cho máy hoạt động 7. Khác (Ghi cụ thể):.....	1.() 2.()
B5. Khi TTB bị hỏng, xuống cấp thì có được sửa chữa, khắc phục kịp thời không? <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	1.() 2.()
1. Có 2. Không (chuyển Phần III)	
B6. Nếu có thì nguồn kinh phí để sửa chữa/ khắc phục lấy từ đâu? (có thể có nhiều lựa chọn) <i>Đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải:</i>	
1. Từ nguồn ngân sách nhà nước 2. Từ nguồn kinh phí riêng của cơ quan 3. Từ các nguồn khác (ghi rõ):.....	

TÌNH TRẠNG NHÂN LỰC

A. Hiện trạng nhân lực

1. Hiện trạng trình độ chuyên môn (Nếu 1 cán bộ làm nhiều nhiệm vụ cùng một lúc, ghi người đó vào cột tương ứng với nhiệm vụ mà họ làm nhiều nhất (nhiệm vụ chính))

TT	Phân loại	Tổng số cán bộ	Trình độ chuyên môn			
			Số CB trên ĐH	Số CB đại học	Số CB trung/sơ cấp	Khác
1.	Nhân lực quản lý và hành chính					
2.	Nhân lực làm chuyên môn, trong đó:					
	Khoa Kiểm dịch y tế					
	Khoa Quản lý sức khỏe					
	Khoa Xử lý Y tế					
	Khoa Xét nghiệm					
	Khoa khác(tên) :					
	Tổng số					

Ghi chú:

3. Hiện trạng trình độ ngoại ngữ, tin học

TT	Phân loại	Biết loại ngoại ngữ			Trình độ ngoại ngữ		Trình độ tin học		
		Tiếng Anh	Ngoại ngữ khác	Không biết NN	Trình độ A/B	Trên C	Không biết tin học	Tin học cơ bản	Thành thạo
1.	Nhân lực quản lý và hành chính								
2.	Nhân lực làm chuyên môn, trong đó:								
	Khoa Kiểm dịch y tế								

TT	Phân loại	Biết loại ngoại ngữ			Trình độ ngoại ngữ		Trình độ tin học		
		Tiếng Anh	Ngoại ngữ khác	Không biết NN	Trình độ A/B	Trên C	Không biết tin học	Tin học cơ bản	Thành thạo
	Khoa Quản lý sức khỏe								
	Khoa Xử lý Y tế								
	Khoa Xét nghiệm								
	Khoa khác(tên) :								
	Khoa khác(tên) :								
	Tổng số								

3. Hiện trạng đào tạo, tập huấn ngắn hạn trong 3 năm qua

TT	Phân loại	Số người được tham gia các khóa đào tạo chuyên môn			Số người được đào tạo ngoại ngữ	Số người được đào tạo tin học
		Trên 1 năm	6 – 12 tháng	Dưới 6 tháng		
1.	Nhân lực quản lý và hành chính					
2.	Nhân lực làm chuyên môn, trong đó:					
	- Khoa Kiểm dịch y tế					
	- Khoa Quản lý SK					
	- Khoa Xử lý Y tế					
	- Khoa Xét nghiệm					
	- Khoa khác(tên) :					
	Tổng số					

B.Nhận xét

B1. Theo anh/chị số lượng cán bộ hiện nay có đáp ứng được với công việc của Trung tâm không? (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Có (Chuyển câu B3) 2. Không	1.() 2.()
B2. Nếu không thì không phù hợp ở điểm nào? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Thừa cán bộ 2. Thiếu cán bộ để thực hiện công việc 3. Khác (nếu cụ thể):.....	1.() 2.()
B3. Theo anh/chị trình độ chuyên môn của cán bộ có đáp ứng được công việc của Trung tâm không? (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Có (chuyển câu B5) 2. Không	1.() 2.()
B4. Nếu không, tại sao? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Cán bộ không được đào tạo 2. Không nhận được cán bộ có chuyên môn về 3. Thiếu cán bộ làm chuyên môn sâu kiểm dịch 4. Khác (Ghi cụ thể):.....	1.() 2.() 3.() 1.() 2.()
B5. Theo anh/chị trình độ ngoại ngữ của cán bộ có đáp ứng được công việc của Trung tâm không? (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Có (chuyển câu B7) 2. Không	1.() 2.()
B6. Nếu không, tại sao? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: (Khoang vào số có câu trả lời tương ứng) 1. Cán bộ không được đào tạo 2. Không nhận được cán bộ có ngoại ngữ 3. Khác (Ghi cụ thể):.....	1.() 2.() 1.()
B7. Theo anh/chị trình độ tin học của cán bộ có đáp ứng được công việc của Trung tâm không? (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Có (chuyển phần C) 2. Không	2.()
B8. Nếu không, tại sao? (có thể nhiều lựa chọn) (đánh số tương ứng vào ký hiệu () ở cột bên phải: 1. Cán bộ không được đào tạo 2. Không nhận được cán bộ có trình độ tin học 3. Khác (Ghi cụ thể):.....	

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO TRUNG TÂM KDYTQT

Tên Trung tâm:

Chức vụ người được phỏng vấn:

GIỚI THIỆU CUỘC PHÒNG VẤN

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

Thưa đ/c, Để tiến hành đánh giá thực trạng cung cấp những bằng chứng thực tế để đề xuất các giải pháp nhằm tăng cường công tác kiểm dịch y tế biên giới, Xin đ/c vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà đ/c trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của đ/c.

Xin phép được ghi âm.

NỘI DUNG PHÒNG VẤN

A. Thực trạng công tác kiểm dịch y tế biên giới

1. Tỉnh hiện có bao nhiêu cửa khẩu? Đó là những loại cửa khẩu gì? Cơ quan đồng chí hiện đang cung cấp bao nhiêu dịch vụ kiểm dịch biên giới? Đó là những dịch vụ gì (liên quan đến hoạt động kiểm dịch, giám sát dịch bệnh nguy hiểm; các xét nghiệm phát hiện bệnh và VSMT, VSATTP, xử lý y tế,)

2. Hiện nay những văn bản pháp quy đã đủ để tạo hành lang pháp lý cho công tác chuyên môn nghiệp vụ kiểm dịch y tế biên giới chưa?

3. Hiện cơ quan đồng chí đang dựa trên những quy định, tiêu chuẩn, chuẩn nào để:

- Kiểm tra y tế, xét nghiệm
- Xử lý y tế
- Cấp giấy chứng nhận kiểm dịch y tế.

4. Những khó khăn, bất cập trong việc áp dụng những quy định, tiêu chuẩn, chuẩn đó?

5. Dịch vụ kiểm dịch y tế biên giới (kiểm dịch, giám sát dịch bệnh, xử lý y tế) đã đáp ứng được nhu cầu thực tế chưa? Đã đáp ứng được như chức năng nhiệm vụ đã quy định chưa? Những nhu cầu, chức năng nhiệm vụ nào chưa đáp ứng được? Lý do chưa đáp ứng được nhu cầu?

- Công tác giám sát dịch bệnh được thực hiện như thế? Báo cáo và thông báo như thế nào?
- Thực trạng công tác tuyên truyền?

6. Đánh giá của đồng chí về số lượng và chất lượng của các dịch vụ, công việc kiểm dịch y tế biên giới mà cơ quan đang thực hiện so với yêu cầu và quy định chung của Bộ Y tế? So với các chuẩn của các nước cùng đường biên? So với chuẩn quốc tế?

7. Cơ quan đồng chí có chức năng xử lý các vi phạm quy định kiểm dịch y tế biên giới không? Có những quy định cụ thể về mức xử phạt không? Cơ quan đ/c có khó khăn khi thực hiện các xử phạt đó không?

C. Thực trạng bộ máy tổ chức, nguồn lực phục vụ cho công tác kiểm dịch y tế biên giới

1. Theo đồng chí cơ cấu tổ chức theo QĐ 14/2007/QĐ-BYT đã phù hợp để thực hiện công tác kiểm dịch biên giới chưa? Những điểm gì chưa phù hợp? Cơ quan của đồng chí có cơ cấu tổ chức như thế nào (giống hay khác so với quy định)? Biên chế và định mức lao động của TT đã đáp ứng được với yêu cầu công việc chưa? Có cần sửa đổi gì cơ cấu tổ chức và định mức lao động không?

2. Xin đồng chí cho biết khái quát về thực trạng của cơ sở vật chất, trang thiết bị và vật tư tiêu hao phục vụ cho công tác kiểm dịch y tế biên giới (về số

lượng, chất lượng)? Đã có quy định về danh mục trang thiết bị chuẩn chưa? Các TTB có được bảo quản, bảo hành, hiệu chỉnh như thế nào?

3. Đồng chí đánh giá như thế nào về hiện trạng cơ sở cơ vật chất, Phòng thí nghiệm? Có đáp ứng được nhu cầu không?

4. Thực trạng nhân lực của cơ quan? Số lượng, chất lượng, độ ổn định? Khả năng đào tạo, đào tạo chuyên sâu, đào tạo ngắn hạn về chuyên môn, ngoại ngữ và vi tính? Việc tiếp cận các thông tin mới...?

5. Những nguồn tài chính được huy động cho công tác kiểm dịch y tế biên giới? Khả năng đáp ứng so với nhu cầu? Việc thu phí và sử dụng nguồn từ thu phí để phục vụ công tác kiểm dịch? Những khó khăn, thuận lợi?

D. Phối hợp liên ngành, phối hợp với cơ quan hải quan của các nước có chung đường biên.

1. Mô tả sự phối hợp liên ngành với các cơ quan có liên quan (hải quan, công an, nông nghiệp và phát triển nông thôn.....)? Những khó khăn khi phối hợp liên ngành, đặc biệt là trong việc xử lý các vi phạm về y tế mà liên quan đến hàng hóa, con người?

2. Thực trạng sự phối hợp của cơ quan với cơ quan hải quan của nước bạn? Những thuận lợi, khó khăn trong quá trình phối hợp?

E. Những khuyến nghị của đồng chí đối với Bộ Y tế, UBND tỉnh trong lĩnh vực kiểm dịch y tế biên giới.

Xin cảm ơn đồng chí đã dành thời gian cho cuộc phỏng vấn này./.

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU

LÃNH ĐẠO CỤC YTDP/PHÒNG KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI

Chức vụ người được phỏng vấn:

GIỚI THIỆU CUỘC PHÒNG VẤN

(Giới thiệu sơ lược về mục đích, yêu cầu, cách thức tiến hành)

Thưa đồng chí, Để tiến hành đánh giá thực trạng cung cấp những bằng chứng thực tế để đề xuất các giải pháp nhằm tăng cường công tác kiểm dịch y tế biên giới, Xin đồng chí vui lòng cho chúng tôi được biết một số ý kiến của bản thân về vấn đề này. Những thông tin mà đồng chí trao đổi với chúng tôi sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, ngoài ra không có mục đích gì khác.

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác, giúp đỡ của đồng chí.

Xin phép được ghi âm.

NỘI DUNG PHÒNG VẤN

A. Thực trạng công tác kiểm dịch y tế biên giới

1. Hiện nay những văn bản pháp quy đã đủ để tạo hành lang pháp lý cho công tác chuyên môn nghiệp vụ kiểm dịch y tế biên giới chưa?

2. Theo đồng chí cơ cấu tổ chức theo QĐ 14/2007/QĐ-BYT đã phù hợp để thực hiện công tác kiểm dịch biên giới chưa? Những điểm gì chưa phù hợp? Biên chế và định mức lao động của TT đã đáp ứng được với yêu cầu công việc chưa? Có cần sửa đổi gì cơ cấu tổ chức và định mức lao động không?

3. Những khó khăn, bất cập trong việc áp dụng những quy định, tiêu chuẩn, chuẩn đó?

4. Những nguồn tài chính được huy động cho công tác kiểm dịch y tế biên giới? Khả năng đáp ứng so với nhu cầu? Việc thu phí và sử dụng nguồn từ thu phí để phục vụ công tác kiểm dịch? Những khó khăn, thuận lợi?

5. Thực trạng sự phối hợp của cơ quan liên quan? Những thuận lợi, khó khăn trong quá trình phối hợp?

Xin cảm ơn đồng chí đã dành thời gian cho cuộc phỏng vấn này./.

BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỆNH EBOLA

(dành cho Kiểm dịch viên y tế)

Anh/chị là Kiểm dịch viên y tế tại địa phương nào dưới đây Lạng Sơn ☐ Hải Phòng ☐ Khánh Hoà ☐ Lao Cai ☐ Đà Nẵng ☐ Hồ Chí Minh ☐
Chào anh/ chị, tôi là (kiểm dịch viên y tế không điền vào nội dung này) Tôi là cán bộ nghiên cứu của đề tài đến để cùng được anh/chị trao đổi một số vấn đề liên quan đến bệnh Ebola. Những câu trả lời của anh/chị sẽ giúp cho công tác giám sát BTN được tốt hơn. Thông tin anh/chị cung cấp sẽ được giữ bí mật, các số liệu thu được chỉ được sử dụng cho nghiên cứu khoa học. Nếu anh/chị đồng ý, xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

A. Thông tin chung:

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
A1	Trình độ chuyên môn	1. Trung cấp 2. Đại học 3. Sau đại học	
A2	Giới	1. Nam 2. Nữ	
A3	Tuổi: (Năm sinh)		
A4	Thời gian tham gia công tác KDYT (ghi rõ số tháng/số năm)		
A5	Số ngày tham gia KDYT trong 1 tháng (ghi rõ số ngày)		

B. Kiến thức về bệnh Ebola

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B1	Tác nhân gây bệnh Ebola là do:	1. Vi khuẩn 2. Ký sinh trùng 3. Vi rút 4. khác	
B2	Anh/chị có biết ổ chứa của bệnh Ebola từ nguồn nào? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Gia cầm (gà, vịt) 2. Lạc đà 3. Linh trưởng 4. Dơi ăn quả 5. Không biết	
B3	Anh/chị có biết bệnh Ebola lây truyền theo đường nào?	1. Qua đường tiêu hóa 2. Qua đường máu 3. Qua đường da, niêm mạc 4. Qua véc tơ	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
		5. Qua nước 6. Không biết	
B4	Ebola là bệnh có nguy hiểm không?	1. Rất nguy hiểm 2. Nguy hiểm 3. Bệnh truyền nhiễm thông thường 4. Ít nguy hiểm 5. Không nguy hiểm	
B5	Anh/chị cho biết mức độ lây truyền Ebola với người, động vật mắc bệnh?	1. Khó 2. Dễ 3. Chỉ dễ khi người có bệnh mạn tính	
B6	Anh/chị cho biết bệnh Ebola có lây từ người sang người không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	
B7	Việc giám sát, sàng lọc bệnh Ebola tại cửa khẩu?	1. Không cần thiết vì bệnh khó lây 2. Cần thiết phải giám sát theo quy định tất cả hành khách 3. Giám sát hành khách từ vùng dịch về	
B8	Thời gian ủ bệnh của bệnh Ebola là bao nhiêu thời gian?	1. 15 ngày 2. 2-21 ngày 3. 25 -30 ngày 4. Trên 30 ngày	
B9	Anh/chị cho biết những biểu hiện của bệnh Ebola là gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Ho, đau họng, viêm đường hô hấp và/hoặc khó thở, đau ngực 2. Mệt mỏi, đau đầu, đau cơ 3. Nôn, buồn nôn, tiêu chảy cấp 4. Phát ban và chảy máu cam 5. Khác (ghi rõ):.....	
B10	Cần thiết có sự phối hợp liên ngành trong giám sát, xử lý Ebola tại cửa khẩu hay không?	1. Không 2. Có 3. Rất cần thiết	
B11	Bệnh Ebola gây tử vong:	1. <10% 2. Từ 10-20% 3. Có thể >40%	
B12	Dịch Ebola thường xảy ra tại khu vực?	1. Châu Phi 2. Châu Á 3. Nam Mỹ 4. Bắc Âu	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B13	Anh/chị hãy mô tả sơ đồ sàng lọc Ebola tại cửa khẩu gồm mấy bước?	1. Một bước 2. Hai bước 3. Ba bước	
B14	Anh/chị cho biết các biện pháp nào giúp phòng bệnh Ebola? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Thực hiện các biện pháp phòng hộ cá nhân (vệ sinh cá nhân, rửa tay thường xuyên bằng xà phòng/ dung dịch sát khuẩn) 2. Không tiếp xúc dịch tiết người bệnh/ động vật bị bệnh do vi rút Ebola 3. Sử dụng quần áo bảo hộ 4. Khác (ghi rõ):..... 5. Không biết ít nhất một biện pháp trên	
B15	Anh/chị biết các thông tin về bệnh Ebola qua kênh thông tin nào?	1. Nhân viên Y tế 2. Người thân/bạn bè 3. Phương tiện truyền thông (Tivi, internet....) 4. Tập huấn 5. Khác	
B16	Theo Anh/chị hiện vi rút Ebola đã có vắc xin hay thuốc điều trị chưa?	1. Có 2. Không 3. Khác (ghi rõ).....	
B17	Việt Nam đã có hướng dẫn giám sát bệnh Ebola chưa?	1. Có 2. Không	
B18	Kiểm dịch y tế có phải thực hiện giám sát không?	1. Có 2. Không	
B19	Việc điều trị bệnh Ebola tại Việt Nam?	1. Chưa có hướng dẫn điều trị 2. Không có cơ sở nào được chỉ định, đủ khả năng điều trị vì đây là bệnh đặc thù	
B20	Hiện nay tại Việt Nam có năng lực để xét nghiệm phát hiện bệnh Ebola không?	1. Có (ghi rõ ở đâu) 2. Không	
B21	Bệnh phẩm để xét nghiệm vi rút theo hướng dẫn có thể là:	1. Máu, huyết thanh 2. Nước tiểu, dịch tiết 3. Mẫu phủ tạng	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B22	Anh/chị đã được tập huấn về bệnh Ebola?	1. Có (ghi rõ số lần)..... 2. Chưa	
B23	Nguồn thông tin về dịch Ebola Anh/chị nhận được từ?	1. Cục YTDP 2. Website Cục YTDP 3. Viện VSDT, Pasteur 4. Cơ quan tại cửa khẩu 5. Tổ chức quốc tế cung cấp 6. Khác: ghi rõ	
B24	Hình thức Anh/chị được cung cấp thông tin?	1. Tập huấn chuyên môn 2. Hội nghị, hội thảo chuyên đề của BHYT 3. Thông tin định kỳ của Cục 4. Chia sẻ từ cơ quan liên ngành 5. Tự tham khảo, tra cứu 6. Khác: (ghi rõ).....	
B25	Anh/chị thấy có cần thiết được cung cấp thông tin về Ebola hay không?	1. Có 2. Không	
B26	Hình thức cung cấp thông tin nào hiệu quả nhất	1. Qua báo, đài, TV 2. Tập huấn 3. Hội thảo 4. Tự tham khảo	
B27	Anh/chị nhận xét gì về áp dụng phần mềm báo cáo theo Thông tư số 15?	1. Mất thời gian 2. Không hữu ích 3. Không phù hợp	

PHỤ LỤC 3
DANH SÁCH CÁC ĐƠN VỊ TRONG HỆ THỐNG KDYTBG

Trung tâm Kiểm dịch Y tế quốc tế:

1. Hà Nội
2. Hải Phòng
3. Quảng Ninh
4. Lạng Sơn
5. Lào Cai
6. Quảng Trị
7. Đà Nẵng
8. Kon Tum
9. TP.Hồ Chí Minh
10. Tây Ninh
11. An Giang
12. Đồng Nai
13. Khánh Hòa

Trung tâm Y tế dự phòng/Kiểm soát bệnh tật tỉnh/thành phố:

14. Cao Bằng
15. Hà Giang
16. Lai Châu
17. Điện Biên
18. Sơn La
19. Nam Định
20. Ninh Bình
21. Thanh Hóa
22. Nghệ An
23. Hà Tĩnh
24. Quảng Bình

25. Thừa Thiên Huế
26. Quảng Nam
27. Quảng Ngãi
28. Bình Định
29. Phú Yên
30. Gia Lai
31. Đắk Lắk
32. Đắk Nông
33. Bình Phước
34. Lâm Đồng
35. Bình Thuận
36. Bình Dương
37. Bà Rịa Vũng Tàu
38. Long An
39. Đồng Tháp
40. Tiền Giang
41. Vĩnh Long
42. Cần Thơ
43. Kiên Giang

Các Viện Vệ sinh dịch tễ, Pasteur:

44. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
45. Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên
46. Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh
47. Viện Pasteur Nha Trang

PHỤ LỤC 4

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU THỰC ĐỊA





