

các răng bị sâu mà không được điều trị hoặc đã trám nhưng bị sâu tái phát hoặc sâu thứ phát (98,03%). Điều này cho thấy cha mẹ còn ít quan tâm đến sức khỏe răng miệng của con, nhà nước cũng chưa có các biện pháp can thiệp thích đáng. Chỉ số dmft trong nghiên cứu tăng dần theo độ tuổi của trẻ. Ở nhóm 4 tuổi chỉ số dmft thấp nhất là 1,4 tăng dần đến nhóm 6 tuổi là 5,76 (gấp 4 lần nhóm 4 tuổi), điều này cho thấy mức độ ra tăng nhanh chóng của sâu răng sữa. Chỉ số này với từng nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi (1,40-3,42-5,76) cao hơn so với kết quả của Nguyễn Văn Tâm năm 2017 tại tỉnh Vĩnh Phúc (0,56-2,16-2,21), nhưng thấp hơn kết quả của Jianbo Li năm 2016 tại Quảng Đông, Trung Quốc (7,71-10,40-12,35).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ mắc sâu răng 60,1%, tỷ lệ sâu răng của nữ (67,4%) cao hơn nam (54%). Tỷ lệ sâu răng cao nhất nằm ở vị trí các răng hàm hàm dưới (31,8%) và răng cửa trên (21,1%). Chỉ số sâu mất trám của trẻ tăng theo lứa tuổi: nhóm 4 tuổi: 1,40; nhóm 5 tuổi: 3,42; nhóm 6 tuổi: 5,76. Chỉ số sâu mất trám trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 3,79. Răng sữa sâu được trám chiếm tỷ lệ rất thấp: 1,97% trong tổng các răng sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (25/3/2020) fact sheets/ Detail/ Oral health
2. **Bộ Y tế (2001)**, Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010, Ban hành kèm theo Quyết định số 21/2001/QĐ-TTg, ngày 22/2/2001 của Thủ tướng chính phủ, Hà Nội, tr. 12-29.
3. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn (2011)**, "Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010", Tạp chí Y học thực hành, 797(12), tr. 56-59.
4. **Vương Hương Giang (2008)**, Khảo sát tình trạng răng miệng ở trẻ em mẫu giáo lứa tuổi 4-5 tuổi, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 35-48.
5. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải (2000)**, "Kết quả điều tra sức khỏe Răng miệng toàn quốc ở Việt Nam (1999 - 2000)", Tạp chí Y học Việt Nam, 264 (10), tr. 8-20.
6. **Nigel B. Pits (2014)** ICCMS guide for Practitioners and Educators, ICCMS caries management.
7. **Vũ Văn Tâm (2017)**, "Nghiên cứu tình trạng sâu răng của trẻ mầm non 3-6 tuổi thuộc xã Vân Xuyên, huyện Vĩnh Tường, tỉnh Vĩnh Phúc", tạp chí Khoa học đại học Quốc gia Hà nội: Khoa học tự nhiên và công nghệ, taapj33, số 2S (2017) 134-139.
8. **Nguyễn Thị Huyền Trang (2014)**, "Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng ở trẻ 5-6 tuổi tại trường mầm non Xuân Nộn, huyện Đông Anh, thành phố Hà nội", Khóa luận tốt nghiệp đại học trường Đại học Sư phạm Hà nội 2 Khoa Giáo dục tiểu học.
9. **World Health Organization (1994)**, "Oral Hygiene Indices", Oral-Health.

HIỆU QUẢ CỦA CÔNG TÁC KIỂM DỊCH Y TẾ BIÊN GIỚI SAU KHI SÁP NHẬP TRUNG TÂM KIỂM DỊCH Y TẾ QUỐC TẾ VÀO TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT

Hoàng Văn Ngọc¹, Trần Đắc Phu¹, Nguyễn Đăng Vững²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Từ năm 2015, Bộ Y tế quyết định sáp nhập Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế (TTKDYTQT) vào Trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh/thành phố tại Việt Nam. Tuy nhiên, hiệu quả của việc sáp nhập đối với công tác Kiểm dịch y tế biên giới vẫn chưa được nghiên cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của công tác Kiểm dịch y tế biên giới sau khi sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu định tính, thực hiện phỏng vấn sâu với bộ câu hỏi bán cấu trúc đối với 31 lãnh đạo Trung tâm và

lãnh đạo khoa chuyên môn tại 06 TTKDYTQT tại TP. Hà Nội, tỉnh Quảng Trị, TP. Đà Nẵng, tỉnh Kon Tum, tỉnh Đồng Nai và tỉnh An Giang từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 8 năm 2019. Đây là các trung tâm đã thực hiện mô hình sáp nhập vào CDC tỉnh, thành phố. **Kết quả:** Sự cần thiết của việc sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tỉnh/thành phố cho công tác Kiểm dịch y tế biên giới mang ý kiến trái chiều. Không có nhiều sự thay đổi về cơ cấu tổ chức và chức năng nhiệm vụ của Trung tâm sau khi sáp nhập. Trong khi nguồn nhân lực tại các khoa phòng tăng, số lượng cán bộ làm công tác quản trị, hành chính và chuyên môn kiểm dịch y tế biên giới giảm. Năng lực xét nghiệm tại các trung tâm được cải thiện đáng kể. **Kết luận:** Hiệu quả của mô hình sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tại Việt Nam đối với công tác Kiểm dịch y tế biên giới chưa rõ ràng. Cần tiếp tục nghiên cứu, đánh giá mô hình sáp nhập này để phát huy được điểm mạnh và khắc phục điểm hạn chế của mô hình.

Từ khóa: Kiểm dịch y tế biên giới, trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế, trung tâm kiểm soát bệnh tật, sáp nhập.

¹Cục Y tế Dự phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Ngọc

Email: ngocdhy2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 8.7.2021

SUMMARY

THE EFFECT OF COMBINING INTERNATIONAL CENTERS FOR HEALTH QUARANTINE INTO CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION ON IMPROVING BORDER HEALTH QUARANTINE

Background: In 2015, Vietnam’s Ministry of Health decided to combine the International Center for Health Quarantine (ICHQ) into the Center for Disease Control and Prevention (CDC) in the same region. To the best of our knowledge, no study has assessed the effect of this combination on border health quarantine activities to date. **Aim:** Assess the effect on border health quarantine activities of the combination between ICHQ and CDC in 2019. **Methods:** A qualitative study using semi-structured trigger questions was implemented on 31 participants from 06 combined centers in Ha Noi city, Quang Tri province, Da Nang city, Kon Tum province, Dong Nai province and An Giang province. The study lasted from January 2019 to August 2019. **Results:** The necessity of combining the ICHQ into the provincial/city CDC for improving border health quarantine has mixed opinions: agreement and disagreement. Almost all functions of the ICHQ have remained. After this combination, the total quantity of staff increased while the number of staff engaged in administration and border health quarantine expertise decreased. Testing capacity at these centers has improved significantly. **Conclusion:** The effectiveness of combining ICHQ into CDC for improving border health quarantine activities is not consensus. It is necessary to continue to study and evaluate this combination to promote its strengths and overcome its limitations.

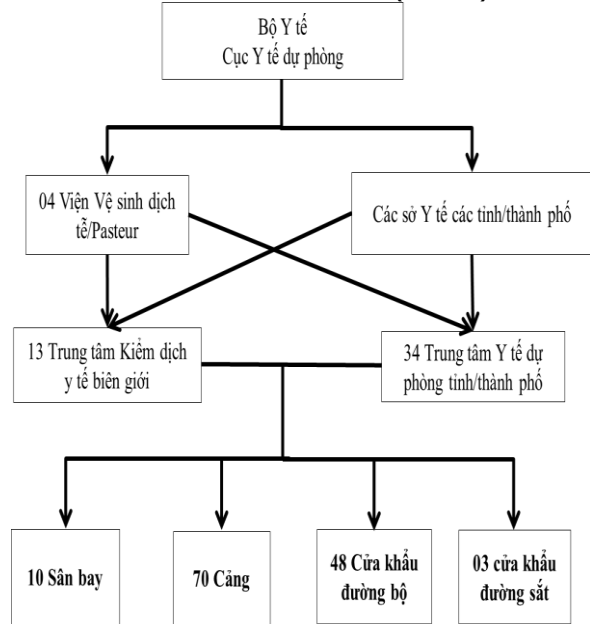
Keywords: border health quarantine, International Center for Health Quarantine, Centers for Disease Control and Prevention, combination.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa trong điều lệ Y tế quốc tế (International Health Regulation - IHR), kiểm dịch y tế biên giới là hoạt động kiểm tra y tế nhằm hạn chế và ngăn ngừa sự xâm nhập của người, hàng lý, vật chứa, phương tiện vận chuyển bị nghi ngờ mắc bệnh vào cộng đồng những người khỏe mạnh (1). Kiểm dịch y tế biên giới là nghĩa vụ của 194 nước thành viên đã kí cam kết thực hiện IHR, trong đó có Việt Nam.

Việt Nam đã xây dựng và vận hành hệ thống kiểm dịch y tế biên giới một cách có hệ thống từ năm 1958 đối với bệnh 6 bệnh truyền nhiễm, bao gồm dịch hạch, tả, đậu mùa, sốt vàng, sốt phát ban và sốt hồi quy tại các hải cảng, sân bay và cửa khẩu đường bộ quan trọng (2). Đến năm 2015, hoạt động kiểm dịch y tế biên giới đã được tổ chức từ tuyến trung ương tới địa phương, đầu mỗi đặt tại 13 trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế tại 13 tỉnh/thành phố có các cửa khẩu lớn. Hoạt động này đã triển khai ở 77 cửa khẩu quốc tế và

54 cửa khẩu chính trên cả nước (Hình 1).



Hình 1. Tổ chức hoạt động kiểm dịch Y tế biên giới tại Việt Nam

Từ năm 2015, Bộ Y tế đã có kế hoạch/chủ trương sắp xếp bộ máy của hệ thống chính trị tinh gọn, hoạt động hiệu lực và hiệu quả. Theo đó, Bộ Y tế quyết định sáp nhập các trung tâm có cùng chức năng thuộc hệ y tế dự phòng trên cả nước, trong đó có sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tỉnh/thành phố. Tính tới đầu năm 2021, có 6 tỉnh đã thực hiện hoạt động sáp nhập bao gồm TP. Hà Nội, tỉnh Quảng Trị, TP. Đà Nẵng, tỉnh Kon Tum, tỉnh Đồng Nai và tỉnh An Giang.

Việc sáp nhập được cho là xu hướng tất yếu nhằm tinh giản biên chế gắn với kiện toàn, sắp xếp, tinh gọn về tổ chức bộ máy. Qua đó, đáp ứng việc đổi mới, hoàn thiện hệ thống y tế, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe toàn diện cho nhân dân. Tuy nhiên, cho tới nay, hiệu quả của việc sáp nhập đối với công tác Kiểm dịch y tế biên giới vẫn chưa được nghiên cứu. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của công tác Kiểm dịch y tế biên giới sau khi sáp nhập thông qua việc đánh giá sự thay đổi về hiệu quả hoạt động và năng lực sẵn sàng đáp ứng với dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện Y tế công cộng tại 06 TTKDYTQT đã sáp nhập vào CDC tỉnh/thành phố.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu định tính, thực hiện phỏng vấn sâu với bộ câu hỏi bán cấu

trúc đối với 31 lãnh đạo Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế và khoa chuyên môn (kiểm dịch y tế, xử lý y tế, quản lý sức khỏe, xét nghiệm). Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2019 tại 06 TTKDYTQT đã thực hiện mô hình sáp nhập với CDC tỉnh, thành phố tại TP. Hà Nội, tỉnh Quảng Trị, TP. Đà Nẵng, tỉnh Kon Tum, tỉnh Đồng Nai và tỉnh An Giang.

Quá trình thu thập. Tính tới thời điểm nghiên cứu năm 2019, đã có 06 TTKDYTQT sáp nhập với CDC tỉnh/thành phố. Chúng tôi chọn toàn bộ 06 trung tâm này vào nghiên cứu. Tại đây, chúng tôi tuyển đối tượng tham gia nghiên cứu cho đến khi thông tin thu thập từ các cuộc phỏng vấn sâu bị bão hòa. Cuối cùng, đã có 31 cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện với các lãnh đạo Trung tâm KDYTQT và lãnh đạo khoa Kiểm dịch Y tế (05 – 06 người tham gia tại mỗi tỉnh).

Nội dung và công cụ thu thập. Chúng tôi đánh giá sự thay đổi của công tác Kiểm dịch y tế biên giới trên 06 khía cạnh, bao gồm cơ cấu tổ chức (số lượng khoa, phòng; lãnh đạo phụ trách; chức năng nhiệm vụ...); cơ sở vật chất và trang thiết bị; kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó; nguồn nhân lực (số lượng, chất lượng, khả năng điều phối, đào tạo, thái độ, tư tưởng làm việc...), năng lực tài chính và huy động nguồn lực tài chính hỗ trợ và năng lực giám sát, xét nghiệm, phối hợp khoa phòng chuyên môn, phối hợp đa ngành, hợp tác quốc tế.

Dữ liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi bán cấu trúc được thiết kế cho các cuộc phỏng vấn sâu. Các câu hỏi được xin ý kiến góp ý của các chuyên gia nghiên cứu từ 04 Viện vệ sinh dịch tễ/Pasteur. Các câu hỏi được điều chỉnh dựa theo các thông tin thu thập trong quá trình phỏng vấn sâu.

Xử lý và phân tích dữ liệu. Tất cả các tệp ghi âm đều được gỡ băng và tiến hành phân tích dữ liệu. Sau đó, hai cán bộ của Cục Y tế dự phòng phân tích nội dung theo chủ đề. Đầu tiên, sau khi xem xét tất cả các bản gỡ băng và tệp ghi âm, chúng tôi đã mã hóa thông tin thành các chủ đề nhỏ và nhóm lại thành các chủ đề lớn. Sau đó, dựa trên mã hóa này, chúng tôi đã lần lượt xem xét lại toàn bộ dữ liệu và cách chia nhóm của các chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương tiến sĩ của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả những người tham gia nghiên cứu định tính được yêu cầu chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng lời nói trước khi tiến hành phỏng vấn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự cần thiết của việc sáp nhập. Sự cần thiết của việc sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tỉnh/thành phố cho công tác Kiểm dịch y tế quốc tế mang ý kiến trái chiều. Trong khi Lãnh đạo, cán bộ 05/06 tỉnh, thành phố cho rằng việc sáp nhập là cần thiết theo chủ trương của Chính phủ, các cán bộ tại TP. Đà Nẵng cho rằng việc sáp nhập là không cần thiết.

“Việc sáp nhập sẽ giúp bộ máy đỡ chồng chéo, hỗ trợ đầu tư phát triển chuyên sâu” (cán bộ tỉnh Đồng Nai và tỉnh KonTum).

“Công tác Kiểm dịch y tế Quốc tế là hoạt động ở môi trường đặc thù, cần triển khai thống nhất, khẩn trương và xuyên suốt từ quốc gia đến các cửa khẩu. Việc sáp nhập vào CDC tạo thêm 1 tầng chỉ đạo nên làm chậm công tác phòng chống dịch” (Cán bộ TP. Đà Nẵng).

Mặc dù đồng ý với sự cần thiết của việc sáp nhập cho công tác Kiểm dịch y tế biên giới, các cán bộ tỉnh An Giang cho rằng việc sáp nhập làm giảm nguồn thu của TTKDYTQT.

“Trung tâm tôi trước sáp nhập là những đơn vị có nguồn thu từ dịch vụ kiểm dịch y tế, hàng năm với nguồn thu này không những đảm bảo được chi phí cho trung tâm còn đóng góp thêm 10% cho ngân sách nhà nước. Sau sáp nhập, nguồn thu này được quản lý bởi CDC tỉnh” (cán bộ tỉnh An Giang).

Cơ cấu tổ chức và chức năng nhiệm vụ

Cơ cấu tổ chức. Việc sáp nhập được thực hiện theo 02 lộ trình. Một số trung tâm sáp nhập mang tính chất “cơ học”, có nghĩa là sáp nhập toàn bộ khoa phòng chuyên môn của TTKDYTQT vào CDC mà không cơ cấu lại, chỉ thay đổi các phòng liên quan đến hành chính, quản trị. Lộ trình khác là sáp nhập, tổ chức các phòng chuyên môn thành một khoa duy nhất, đồng thời cũng cơ cấu tổ chức lại các khoa phòng quản trị hành chính.

Sau sáp nhập các hoạt động kiểm dịch y tế do một khoa thuộc CDC phụ trách với tên là Khoa kiểm dịch y tế trên cơ sở sáp nhập 3 khoa chuyên môn của TTKDYTQT cũ, bao gồm khoa Kiểm dịch y tế, khoa Xử lý y tế và khoa Tiêm chủng quốc tế và Quản lý sức khỏe. Các khoa phòng khác được sáp nhập vào các khoa phòng tương ứng của CDC như phòng Hành chính quản trị, phòng Tổ chức cán bộ, phòng Kế hoạch nghiệp vụ và phòng Tài chính Kế toán.

Chức năng nhiệm vụ. Chức năng và nhiệm vụ chính để thực hiện hoạt động kiểm dịch y tế biên giới hầu như không thay đổi trước và sau khi sáp nhập. Mặc dù vậy, chức năng và nhiệm vụ

vụ của các cán bộ chưa được làm rõ khi kiện toàn bộ máy tổ chức mới.

Cơ sở vật chất và trang thiết bị

Cơ sở vật chất. Nhìn chung, cơ sở vật chất tại các trung tâm không có sự thay đổi. Tuy nhiên, diện tích sử dụng cơ sở vật chất ít hơn. Một số cơ sở được bố trí phân tán với trụ sở chính của CDC.

“Địa điểm, cơ sở vật chất và trang thiết bị phòng tiếp nhận hồ sơ và thủ tục hành chính chưa hoàn thiện; chưa bố trí được khu vực kiểm tra y tế riêng biệt” (Cán bộ TP. Hà Nội).

Trang thiết bị. Trang thiết bị để phục vụ công tác kiểm dịch y tế hầu như không thay đổi sau khi sáp nhập. Tuy nhiên, khả năng huy động được trang thiết bị cần thiết dễ dàng hơn.

“Chúng tôi chưa có hệ thống máy phun khử khuẩn tự động trong khi lượng phương tiện qua lại tăng do kiểm soát chặt các đường mòn lối mở ở các cửa khẩu đường bộ. Tuy nhiên, nếu chúng tôi đề nghị hỗ trợ trang thiết bị thì có các khoa phòng khác sẽ trợ giúp nhiệt tình” (Cán bộ tỉnh An Giang).

Kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó. Nhìn chung, việc xây dựng kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó với dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng sau khi sáp nhập không có sự thay đổi nhiều so với trước đó.

“Qua 2 năm sáp nhập, chúng tôi chưa thấy có sự thay đổi, khó khăn, vướng mắc lớn trong việc thực hiện công tác kiểm dịch y tế tại cửa khẩu” (Cán bộ tỉnh Kontum).

Nguồn nhân lực. Mặc dù số lượng cán bộ tại các khoa phòng tăng sau khi sáp nhập, số lượng cán bộ làm công tác chuyên môn kiểm dịch y tế biên giới giảm. Các cán bộ kiểm dịch y tế biên giới mới cần được đào tạo trước khi làm việc thực địa, tuy nhiên công tác tổ chức đào tạo, tập huấn còn gặp nhiều khó khăn.

Năng lực giám sát, xét nghiệm, phối hợp khoa phòng chuyên môn, phối hợp đa ngành và hợp tác quốc tế. Năng lực giám sát với dịch bệnh không có sự thay đổi lớn. Nhìn chung, năng lực xét nghiệm, ứng phó khi có sự kiện y tế công cộng được cải thiện. Do thay đổi bộ máy tổ chức và quản lý, việc phối hợp liên ngành và quốc tế gặp nhiều khó khăn sau khi sáp nhập.

“Hoạt động chuyên môn về giám sát, dịch bệnh tại cửa khẩu không có gì thay đổi vì hiện vẫn theo quy trình cũ, anh, em vẫn khắc phục khó khăn để hoàn thành nhiệm vụ” (Cán bộ tỉnh Kontum).

“Mới chỉ hơn một năm, cũng chưa có sự kiện gì lớn xảy ra trong địa phương, nhưng đáp ứng với dịch bệnh tại cửa khẩu tốt hơn vì trước kia xét nghiệm phải gửi sang Trung tâm Y tế dự phòng, giờ về cả một trung tâm cần huy động cái là có luôn” (Cán bộ TP. Hà Nội).

“Việc phối hợp giữa các khoa phòng chuyên môn chưa tốt, chưa thật sự tìm được tiếng nói chung” (Cán bộ TP. Đà Nẵng).

Năng lực tài chính và huy động nguồn lực tài chính hỗ trợ. Chúng tôi ghi nhận sự phân hóa về khả năng tài chính và huy động nguồn lực tài chính giữa các địa phương. Đa số các địa phương có thể huy động được nguồn lực nhanh hơn để đáp ứng phòng chống dịch tại cửa khẩu, tuy nhiên kinh phí thường quy thì không có nhiều thay đổi.

Nguồn thu nhập của cán bộ kiểm dịch cũng có sự khác biệt. Trong khi các cán bộ tại hầu hết các trung tâm có thu nhập giảm, cán bộ tại một số trung tâm có thu nhập tăng thêm sau sáp nhập.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu đối với 31 cán bộ tại 06 Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế tại TP. Hà Nội, tỉnh Quảng Trị, TP. Đà Nẵng, tỉnh Kon Tum, tỉnh Đồng Nai và tỉnh An Giang nhằm đánh giá hiệu quả của công tác Kiểm dịch y tế biên giới sau khi sáp nhập các Trung tâm này vào Trung tâm kiểm soát bệnh tật tại Việt Nam. Chúng tôi đánh giá hiệu quả của công tác kiểm dịch biên giới sau sáp nhập dựa trên 06 nội dung, bao gồm cơ cấu tổ chức; cơ sở vật chất và trang thiết bị; kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó; nguồn nhân lực; năng lực tài chính và năng lực giám sát, xét nghiệm.

Kết quả nghiên cứu đưa ra những ý kiến trái chiều về sự cần thiết của việc sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tỉnh/thành phố cho công tác Kiểm dịch y tế biên giới. Hầu hết các cán bộ cho rằng việc sáp nhập là cần thiết theo chủ trương của Chính phủ, tuy nhiên các cán bộ tại TP. Đà Nẵng cho rằng việc sáp nhập là không cần thiết do công tác điều hành, quản lý trở nên phức tạp hơn trong khi kiểm dịch y tế biên giới là hoạt động yêu cầu việc triển khai thống nhất và khẩn trương. Sau khi sáp nhập, cơ cấu tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ sở vật chất, trang thiết bị, kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó với dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng tại các Trung tâm không có sự thay đổi nhiều. Nguồn nhân lực tại các khoa phòng tăng, tuy nhiên số lượng cán bộ làm công tác chuyên môn kiểm dịch y tế biên giới giảm. Năng lực xét

nghiệm tại các trung tâm được cải thiện đáng kể do các CDC đều có hệ thống phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn. Năng lực tài chính bị phân hóa giữa các địa phương; đa số các địa phương có thể huy động được nguồn lực nhanh hơn để đáp ứng phòng chống dịch tại cửa khẩu, tuy nhiên kinh phí thường quy không thay đổi nhiều.

Thực hiện các Nghị quyết số 18-NQ-TW về tiếp tục đổi mới, sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị tinh gọn, hoạt động hiệu lực, hiệu quả và nghị quyết số 19-NQ/TW về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập (3,4), Hội nghị Trung ương 6 (khóa XII), yêu cầu sắp xếp các đơn vị làm nhiệm vụ y tế dự phòng cấp tỉnh và Trung ương thành trung tâm phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh cùng cấp trên cơ sở (5). Căn cứ Thông tư số 26/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, một số tỉnh đã sáp nhập Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế vào Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố (6). Đến đầu năm 2021, đã có 6/13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế thực hiện mô hình này gồm: TP. Hà Nội, tỉnh Kontum, TP. Đà Nẵng, tỉnh Quảng Trị, tỉnh An Giang và tỉnh Đồng Nai. Mặc dù còn nhiều ý kiến trái chiều về hiệu quả của việc sáp nhập cho công tác kiểm dịch biên giới, hầu hết đều cho rằng đây là chủ trương đúng đắn, đáp ứng mong muốn giảm biên chế, tăng cường việc điều hành, nâng cao năng lực hoạt động chuyên môn kiểm dịch y tế. Việc sáp nhập cần phải căn cứ vào từng điều kiện của địa phương để xác định cách thức tiến hành phù hợp. Hoạt động sáp nhập cần đảm bảo tốt công tác tổ chức, sắp xếp nhân lực và đời sống của cán bộ công nhân viên.

Chúng tôi ghi nhận 2 hình thức sáp nhập, bao gồm, sáp nhập mang tính chất "cơ học" và sáp nhập có tái cơ cấu. Tại các Trung tâm sáp nhập "cơ học", toàn bộ khoa phòng chuyên môn của Trung tâm KDYTQT gộp vào CDC mà không cơ cấu lại, chỉ thay đổi các phòng liên quan đến hành chính, quản trị. Các Trung tâm sáp nhập theo nhóm sẽ tổ chức các phòng chuyên môn thành một khoa duy nhất, đồng thời cơ cấu tổ chức lại các khoa phòng quản trị hành chính. Sau gần 3 năm thực hiện, chưa có bằng chứng để đánh giá lộ trình nào là tốt hơn, tuy nhiên lộ trình sáp nhập cần cân nhắc kỹ theo từng hoàn cảnh cụ thể tại các địa phương. Việc thay đổi cơ cấu tổ chức cần đi kèm việc phân rõ chức năng nhiệm vụ của từng đơn vị. Các lãnh đạo cần đặc biệt quan tâm tới việc điều hành, điều phối để các đơn vị khoa phòng phối hợp chặt chẽ với nhau.

Số lượng cán bộ về quản lý, hành chính đã giảm đi đáng kể tại 06 Trung tâm sau sáp nhập. Song song với việc giảm số lượng cán bộ quản lý, hành chính, chúng tôi ghi nhận việc giảm các cán bộ chuyên môn, đặc biệt là cán bộ công tác lâu năm, có kinh nghiệm. Việc này đòi hỏi người làm tổ chức nên thực hiện tốt công tác tư tưởng cho các cán bộ trước và sau khi sáp nhập, tránh để các cán bộ kiểm dịch có tâm lý hoang mang, giao động và lo lắng. Ngoài ra, việc bố trí cán bộ mới tại các khoa phòng chuyên môn nên được cân nhắc kỹ, phù hợp với chuyên môn cá nhân và nhiệm vụ của khoa phòng, tránh để tình trạng thừa số lượng cán bộ, nhưng thiếu cán bộ làm việc.

Sau sáp nhập, hầu hết các trung tâm không có sự thay đổi lớn về số lượng và chất lượng cơ sở vật chất và trang thiết bị. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận có sự thay đổi lớn về khả năng huy động trang thiết bị để phục vụ công tác kiểm dịch y tế biên giới. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận một số khó khăn như diện tích phòng làm việc giảm, việc bố trí các địa điểm khoa phòng có khoảng cách xa, gây khó khăn cho hoạt động điều hành. Năng lực giám sát dịch bệnh tại cửa khẩu không có sự thay đổi lớn. Năng lực xét nghiệm, ứng phó khi có sự kiện xảy ra được tốt hơn do việc sáp nhập đã tập trung được nguồn lực để đầu tư cho công tác xét nghiệm.

Chúng tôi ghi nhận khả năng huy động nguồn lực tài chính hỗ trợ nhanh hơn để đáp ứng phòng chống dịch tại cửa khẩu. Tuy nhiên kinh phí thường quy thì không thay đổi nhiều cộng thêm việc nguồn lực phục vụ cho cán bộ kiểm dịch y tế có xu hướng giảm khiến cho công tác kiểm dịch y tế biên giới gặp nhiều khó khăn.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu định tính, triển khai trong thời gian ngắn nhằm đánh giá hiệu quả của việc sáp nhập TTKDYTQT vào CDC tỉnh/thành phố, trong khi nghiên cứu sự thay đổi về năng lực cần được đánh giá trong thời gian dài. Chúng tôi khuyến nghị thực hiện nghiên cứu theo dõi dọc để đánh giá tác động của mô hình sáp nhập này. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả của công tác sáp nhập dựa trên 6 nội dung. Mặc dù đây là các nội dung chính của công tác kiểm dịch y tế biên giới, tuy nhiên vẫn chưa bao hàm hết toàn bộ nội dung chi tiết về các thuận lợi, khó khăn và bài học kinh nghiệm của các cán bộ kiểm dịch viên khi làm việc tại thực địa.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đưa ra những ý kiến trái

chiều về sự cần thiết của việc sáp nhập TTKDYQT vào CDC tỉnh/thành phố cho công tác Kiểm dịch y tế biên giới. Sau khi sáp nhập, cơ cấu tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ sở vật chất, trang thiết bị, kế hoạch và quản lý chương trình ứng phó với dịch bệnh truyền nhiễm và các sự kiện y tế công cộng tại các Trung tâm không có sự thay đổi nhiều. Việc sáp nhập cho thấy đã giảm được số lượng cán bộ làm công tác quản trị, hành chính. Trong khi nguồn nhân lực tại các khoa phòng tăng, số lượng cán bộ làm công tác chuyên môn kiểm dịch y tế biên giới giảm. Năng lực xét nghiệm tại các trung tâm được cải thiện đáng kể do các CDC đều có hệ thống phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn. Năng lực tài chính bị phân hóa giữa các địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. 2005. International Health Regulations.

Đường dẫn: https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1

2. **Nghị định của Thủ tướng Chính phủ số 248-TTg**, ngày 19 tháng 5 năm 1958 tổ chức việc kiểm dịch tại các hải cảng, sân bay, cửa khẩu quan trọng khác dọc theo biên giới nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa.
3. **Ban Chấp Hành Trung Ương. 2017.** Nghị Quyết 18-NQ/TW. Một số vấn đề về tiếp tục đổi mới, sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị tinh gọn, hoạt động hiệu lực, hiệu quả.
4. **Ban Chấp Hành Trung Ương. 2017.** Nghị Quyết 19-NQ/TW. Về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập.
5. **Ban Chấp Hành Trung Ương. 2017.** Nghị quyết Hội nghị Trung ương 6 (khóa XII) về đổi mới, sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị.
6. **Bộ Y tế. 2017.** Thông tư 26/2017/TT-BYT 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.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT CUỐNG LIỀN TẠI CHỖ

Nguyễn Đức Tiến¹, Nguyễn Bắc Hùng², Phạm Văn Duyệt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật sẽ góp phần đánh giá được ưu và nhược điểm của từng loại và đó chính là cơ sở thực tiễn để lựa chọn vật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được tiến hành trên 115 bệnh nhân với 130 khuyết hổng phần mềm ngón tay được tạo hình bằng vật cuống liền tại chỗ tại khoa phẫu thuật tạo hình bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và bệnh viện hũ nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Kết quả:** Trong tổng số 130 vật cuống liền tại chỗ có 95 vật sử dụng dạng ngẫu nhiên, 35 vật được sử dụng dạng trực mạch. Tỷ lệ sống hoàn toàn của vật dạng ngẫu nhiên là 94/95, của vật dạng trực mạch là 26/35. Theo dõi khả năng phục hồi cảm giác sau mổ 3-6 tháng được 110/130 ngón tay trong đó có 30/76 vật ngẫu nhiên và 2/34 vật dạng trực mạch phục hồi cảm giác ở mức độ đầy đủ là S4. **Kết luận:** Các yếu tố nguồn cấp máu tại vật dạng ngẫu nhiên hay trực mạch và cách thức di chuyển của vật dạng xuôi dòng hay ngược dòng có mối liên quan chặt chẽ đến mức độ sống và khả năng phục hồi cảm giác tại vật.

Từ khóa: Khuyết phần mềm ngón tay, vật tại chỗ, vật ngẫu nhiên, vật trực mạch.

SUMMARY

VARIOUS FACTORS AFFECTING THE SOFT TISSUE RECONSTRUCTION OF FINGERS RESULTS USING LOCAL PEDICLE FLAP

Background: Pedicled perforator flap in hand is variety and flexible motion. **Purpose:** Describing characteristics of soft tissue defects and evaluating results of reconstructing this injuries by local pedicled perforator flaps at Viet Tiep Hospital from 1/2018 to 9/2018. **Method:** Uncontrolled clinical interventional study. **Results:** 11 patients with 13 soft tissue defects were treated by 15 local pedicled perforator flaps. The minimum size of flap was 1,5x2cm and the maximum one was 3x9 cm. There were 14 flaps which were survived and one flap was necrosis at the one third lower area of flap. 14/15 donor sites were performed thickness skin grafts and they were survived. 1/15 flap was sutured directly to heal by primary intention. **Conclusion:** Local pedicled perforator flaps are trustful material to reconstruct soft tissue defects of fingers.

Keywords: Finger soft tissue defect, perforator flap, local flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Robert W. Beasley [1]: Có 3 yếu tố quan trọng khi lựa chọn vật tổ chức để tạo hình khuyết hổng phần mềm ngón tay đó là: Bảo tồn được chức năng xúc giác tinh tế của ngón tay, ít làm tổn hại nơi cho vật và vật áp dụng có tính khả thi và tin cậy có thể dự đoán được kết quả phẫu thuật.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: ndtien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 9.7.2021