**Bài học kinh nghiệm về việc nới lỏng**

**các biện pháp phòng chống dịch COVID-19 tại các nước**

Khi nào và làm thế nào để nới lỏng các biện pháp phòng chống dịch đang là một thách thức chung mà chính phủ các nước trên toàn thế giới hiện phải đối mặt khi phải tìm cách cân bằng các mối quan tâm khác nhau về sức khỏe, xã hội và kinh tế. TCYTTG đã cảnh báo việc dỡ bỏ sớm cách ly xã hội có thể làm bùng phát trở lại dịch bệnh và gây ra thiệt hại thậm chí còn nghiêm trọng hơn, lâu dài hơn cho nền kinh tế so với những gì tồn tại do cách ly xã hội trước đó.

Qua chuyên đề ***“Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe”***, tạp chí Lancet ngày 24/09/2020 đã giới thiệu bản tóm lượt những điểm tương đồng và những điểm khác biệt giữa 9 quốc gia và vùng lãnh thổ khu vực Châu Á Thái Bình Dương (Hồng Kông, Nhật Bản, New Zealand, Singapore và Hàn Quốc) và 4 quốc gia ở Châu Âu (Đức, Na Uy, Tây Ban Nha và Anh) về các điều kiện tiên quyết để quyết định nới lỏng các biện pháp trong công tác phòng chống dịch COVID-19. Cụ thế:

**1) Nắm bắt thông tin tường tận về tình trạng dịch bệnh**

Các tác giả cho rằng một quốc gia không nên mở cửa cho đến khi đảm bảo đã có một hệ thống giám sát dịch tại chỗ có chất lượng và xác nhận rằng tình trạng lây nhiễm dịch bệnh đang được ngăn chặn. Điều không may là nguyên tắc này thường bị bỏ qua ở một số quốc gia.

Dữ liệu thời gian thực có chất lượng cao là yếu tố cần thiết để tính toán**hệ số lây truyền R** (Reproduction number) và xác định vị trí nơi mà bệnh còn tiếp tục lây lan, từ đó cho phép các phản ứng có mục tiêu. Các nhà chức trách ở Hồng Kông, Nhật Bản, Đức, Na Uy, Tây Ban Nha và Anh đã ước tính về hệ số R cho phép nới lỏng các hạn chế trong công tác phòng chống dịch, an toàn là nên nhỏ hơn 1. Kể từ tháng 2/2020, Hồng Kông đã ước tính hệ số lây truyền R theo thời gian thực, tốc độ lây truyền thực tế của vi-rút và giảm thiểu sự thiếu chính xác phát sinh do thời gian trễ.

Các quốc gia và khu vực có khác nhau về khả năng triển khai hiệu quả các hệ thống phát hiện, xét nghiệm, theo dõi, cách ly và hỗ trợ. Một số nước và vùng lãnh thổ thuộc khu vực ở Châu Á, như Hàn Quốc và Hồng Kông, hệ thống này hoạt động tốt ngay từ đầu đại dịch, hoặc các quốc gia khác, như Đức, có thể phân bố lại các nguồn lực, trong khi một số quốc gia gặp phải khó khăn như Anh và Tây Ban Nha.

**2) Sự tham gia của cộng đồng**

Để xã hội mở cửa trở lại một cách an toàn, cần có sự tham gia của cộng đồng và cộng đồng cần được trao quyền đầy đủ để tự bảo vệ mình khỏi sự tấn công của vi-rút và ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng.

Về giữ khoảng cách an toàn khi tiếp xúc là biện pháp thường được nhắc đến nhưng chưa thống nhất và hiệu quả còn hạn chế, trong khi Hồng Kông, Singapore và Na Uy thì yêu cầu giữ khoảng cách 1m, thì Đức và Tây Ban Nha là 1,5m, Nhật Bản và Hàn Quốc là 2m, còn ở Anh cho đến cuối tháng 6/2020 mới yêu cầu giữ khoảng cách ít nhất 1 m, ở New Zealand thì quy định giữ khoảng cách 2 m ở khu vực công cộng và 1 m ở trường học và nơi làm việc.

Cũng không có sự đồng thuận rõ ràng về mang khẩu trang giữa các nước. Ở Hồng Kông, Nhật Bản và Hàn Quốc, thói quen đeo khẩu trang của những người mắc các bệnh về hô hấp đã phổ biến trước đại dịch. Các quốc gia khác đã chậm hơn trong việc áp dụng phương pháp này. Sau nhiều tháng khuyên người dân không nên mang khẩu trang trừ khi cảm thấy không khỏe, Singapore đã bắt buộc mọi người phải đeo khẩu trang từ tháng 4/2020 và cung cấp khẩu trang vải tái sử dụng cho mọi người dân. Còn ở Đức và Tây Ban Nha, đã quy định bắt buộc phải mang khẩu trang khi sử dụng phương tiện giao thông công cộng hoặc tại các cửa hàng. Ở Anh, mang khẩu trang được yêu cầu ở nhiều môi trường khác nhau ở trong nhà và trong cộng đồng. Còn Na Uy đã khuyến cáo mang khẩu trang ở người lớn và thanh niên khi di chuyển bằng phương tiện giao thông công cộng và ở những nơi khó khăn trong việc giữ khoảng cách an toàn. Còn New Zealand thì không khuyến khích người dân mang khẩu trang.

Các biện pháp phòng ngừa khác nhau đã được đề xuất tại các trường học và nơi làm việc. Ở tất cả các quốc gia, ít nhất ban đầu đã thúc đẩy làm việc tại nhà, đồng thời yêu cầu tuân thủ các quy tắc về giữ khoảng cách và giữ vệ sinh đối với người lao động cần có mặt đầy đủ. Tại Singapore và Hàn Quốc, tại các nơi làm việc phải chỉ định một người quản lý chịu trách nhiệm thực hiện các biện pháp phòng ngừa và theo dõi sức khỏe của nhân viên. Ở các nước Châu Á, nơi làm việc và trường học cũng thực hành đeo khẩu trang và kiểm tra nhiệt độ. Các trường học phần lớn đã cho học sinh đi học lại, một số quốc gia ưu tiên các nhóm học sinh khác nhau. Singapore, Hàn Quốc và Đức bắt đầu cho học sinh sắp tốt nghiệp theo học tại các trường trung học (ví dụ: khoảng 15–18 tuổi) để giảm thiểu sự gián đoạn trong giáo dục. New Zealand, Na Uy và Anh bắt đầu với trẻ nhỏ hơn, học sinh tiểu học. Còn Hồng Kông và Tây Ban Nha bắt đầu với học sinh lớn tuổi, như học sinh học trung học phổ thông vì độ tuổi này có khả năng tuân thủ các quy tắc phức tạp về giữ khoảng cách và vệ sinh cá nhân tốt hơn so với trẻ nhỏ.

Tất cả 9 quốc gia và khu vực đã hỗ trợ kinh tế để giảm thiểu tác động của đại dịch đối với cộng đồng, công bố ngân sách khẩn cấp để giúp các doanh nghiệp tồn tại, duy trì việc làm và giảm bớt gánh nặng tài chính cho các cá nhân và hộ gia đình. Tại 5 quốc gia và khu vực Châu Á Thái Bình Dương, hỗ trợ tài chính bằng cách phát tiền mặt một lần cho người dân. Nhật Bản, với mức chi tiêu khẩn cấp cao nhất, lên tới 42% tổng sản phẩm quốc nội đã phát 100.000 yên (tương đương 930 đô la Mỹ) cho mỗi người dân trong nước. Ngược lại, các nước Châu Âu đã lựa chọn các chương trình hỗ trợ dài hạn thông qua việc tăng cường mạng lưới an sinh xã hội hiện có.

**3) Năng lực y tế công cộng**

Cốt lõi của chiến lược phòng chống COVID-19 phải là một hệ thống giám sát bao gồm phát hiện chủ động các trường hợp nghi ngờ, xét nghiệm tất cả những người nghi ngờ nhiễm bệnh, truy tìm những người tiếp xúc gần với người mắc, cách ly người đã được xác định nhiễm trùng. Ở các nước Châu Á, tất cả những người đã được xác nhận bị nhiễm bệnh đều được cách ly tại bệnh viện hoặc các cơ sở khác, trong khi ở Châu Âu, người bệnh có các triệu chứng nhẹ thường được cách ly tại nhà.

Các chiến lược xét nghiệm và truy tìm người tiếp xúc của các quốc gia cũng rất khác nhau. Vào thời điểm bắt đầu bùng phát dịch, nhiều quốc gia dành xét nghiệm cho những người có triệu chứng, như ở Nhật và Châu Âu, xét nghiệm thường tập trung vào những người có triệu chứng nặng. Còn Na Uy thì không khuyến khích làm xét nghiệm rộng rãi vì tỷ lệ lây nhiễm thấp, hạn chế chỉ định xét nghiệm đối với người không có triệu chứng , ưu tiên xét nghiệm cho nhân viên y tế và người trong viện dưỡng lão và những người tiếp xúc gần với người đã nhiễm bệnh. Kể từ tháng 8/2020, Na Uy đã đưa ra các quy định mới cho phép tất cả những ai nghi ngờ họ có thể bị nhiễm bệnh đều được làm xét nghiệm mà không cần bác sĩ cộng đồng xem xét chỉ định.

Trong khi đó, Hàn Quốc triển khai xét nghiệm hàng loạt cho người dân đã đến các địa điểm công cộng hoặc đến dự các sự kiện có mặt những người mắc COVID-19, bất kể triệu chứng của bệnh. Việc xét nghiệm đại trà được thực hiện tại 638 trung tâm sàng lọc và 118 cơ sở xét nghiệm công và tư, tổng cộng Hàn Quốc có khả năng thực hiện hơn 20.000 xét nghiệm mỗi ngày. Ở Nhật Bản, năng lực xét nghiệm vẫn chưa tăng lên vì xét nghiệm chủ yếu được thực hiện trong cơ quan y tế công lập, nơi công việc xét nghiệm thì bị quá tải. Các mô hình mới như ngồi trong xe để lấy mẫu xét nghiệm (ở Hàn Quốc và Đức) và xét nghiệm tại nhà (ở Anh và Hồng Kông) đã giúp tăng khả năng tiếp cận xét nghiệm đồng thời giảm tình trạng đông đúc và lây nhiễm chéo tại các bệnh viện. Số xét nghiệm COVID-19 mỗi ngày tính trên 1.000 dân rất khác nhau giữa 9 nước và vùng lãnh thổ.

Việc kiểm soát sớm sự lây truyền bệnh ở các nước Châu Á chủ yếu nhờ vào nỗ lực tích cực của nhân viên y tế trong việc truy tìm người tiếp xúc với ca mắc bằng phương pháp thủ công, mặc dù nhiều quốc gia hoặc khu vực đã bổ sung các phương pháp kỹ thuật số:

Hàn Quốc sử dụng hồ sơ sức khỏe điện tử, hồ sơ giao dịch thẻ tín dụng, dữ liệu hệ thống định vị toàn cầu dựa trên điện thoại di động và truyền hình mạch kín để phân tích lời kể lại của bệnh nhân một cách khách quan và giải quyết các hạn chế của trí nhớ yêu cầu bệnh nhân phải nhớ lại trong các cuộc phỏng vấn bệnh nhân.

Còn Anh thì dựa trên một hệ thống máy theo dõi liên lạc tập trung theo dõi các cá nhân thông qua các cuộc gọi điện thoại nhưng ít thành công và trong nhiều trường hợp, các đội y tế công cộng địa phương phải đảm nhận vai trò này. Hồng Kông sử dụng hệ thống siêu máy tính của cảnh sát, thường được sử dụng để điều tra tội phạm phức tạp. Nhật, Đức, Singapore, New Zealand và Na Uy ứng dụng điện thoại thông minh sử dụng tín hiệu bluetooth, theo dõi hệ thống định vị toàn cầu hoặc ghi lại mã QR dành riêng cho vị trí để xác định và thông báo cho những cá nhân đã đến gần một bệnh nhân với COVID-19. Anh cũng bắt đầu phát triển một ứng dụng tương tự, nhưng sau đó dừng phát triển và quyết định chuyển sang hệ thống Apple-Google.  Scotland đã ra mắt ứng dụng NHS Protect Scotland trên nền tảng của hệ thống này.

Tại Hồng Kông, Nhật, New Zealand, Tây Ban Nha và Anh, chính phủ những nước và vùng lãnh thổ này đã chỉ định một nhóm tạm thời bao gồm các chuyên gia về y tế công cộng, dịch tễ học và y học lâm sàng để đưa ra lời khuyên khoa học về việc xử lý đại dịch. Tại Đức, Singapore, Hàn Quốc và Na Uy, các chuyên gia về bệnh truyền nhiễm trong các viện y tế công cộng được thành lập chịu trách nhiệm cung cấp các bằng chứng khoa học cho việc hoạch định chính sách phòng chống dịch.

**4) Năng lực của hệ thống y tế**

Năng lực đầy đủ của một hệ thống y tế là rất quan trọng để ứng phó với những đợt lây nhiễm có thể xảy ra sau khi quyết định dỡ bỏ những biện pháp hạn chế xã hội để phòng chống dịch. Năng lực này bao gồm đảm bảo có đủ các phương tiện điều trị (các bệnh viện được trang bị các đơn vị chăm sóc đặc biệt đến các dịch vụ trong cộng đồng), thiết bị y tế (từ máy thở cho bệnh nhân đến các thiết bị bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế) và đủ nguồn nhân lực y tế.

Kinh nghiệm của Đức cho thấy lợi ích của việc đầu tư vào hệ thống y tế cho tương lai. Trước khi bùng phát COVID-19, nước Đức đã đạt được 34 giường ICU trên 100.000 dân, trong khi ở Tây Ban Nha là 9,7 và Nhật là 5,2. Như vậy, các đơn vị ICU của Đức có năng lực hoạt động tốt ngay cả trong những lúc cao điểm của đợt bùng phát dịch COVID-19, không giống như nhiều nước Châu Âu khác phải điều chỉnh mở rộng các khu vực và không gian cho bệnh viện để tiếp nhận bệnh nhân mắc COVID-19 nặng. Ngoại trừ Đức, tất cả các quốc gia phải áp dụng hệ thống sàng lọc, theo đó, chỉ những bệnh nhân nặng mới được điều trị tại các bệnh viện, trong khi những bệnh nhân nhẹ sẽ được theo dõi tại các cơ sở cộng đồng hoặc tại nhà.

Hồng Kông, Singapore, Hàn Quốc và Anh sử dụng lại các không gian rộng lớn, như các trung tâm hội nghị, hoạt động như các cơ sở chăm sóc cộng đồng, mặc dù còn thiếu nhân lực y tế (Anh). Hệ thống y tế của nhiều quốc gia đã phải đối mặt với những vấn đề nghiêm trọng về nhân sự trong đại dịch này, do tăng nhu cầu nhưng số lượng nhân viên y tế lại bị giảm, do bị ốm hoặc phải tự cách ly.

Khi đỉnh dịch của đợt bùng phát đi qua, điều quan trọng là các bệnh viện phải tiếp tục triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bình thường trong khi vẫn duy trì khả năng tái sử dụng tài nguyên nhanh chóng nếu dịch lại bùng phát trong các đợt tiếp theo. Một số bệnh viện ở Hồng Kông, Singapore, Hàn Quốc, Na Uy và Anh đã bắt đầu cung cấp dịch vụ tư vấn và chăm sóc người bệnh từ xa mà không cần phải thăm khám trực tiếp.

Ở một số quốc gia, tình trạng thiếu phương tiện bảo hộ cá nhân đã buộc nhân viên y tế phải làm việc mà không được bảo vệ đầy đủ, và tình trạng thiếu máy thở đã buộc các bác sĩ phải đưa ra những quyết định khó khăn trong công tác điều trị. Ở Tây Ban Nha, nhân viên y tế đã chiếm hơn 10% tổng số ca nhiễm COVID-19. Ngược lại, ở Hồng Kông, Hàn Quốc và Singapore, do dự trữ đầy đủ đảm bảo nhân viên y tế sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân phù hợp và tuân thủ các quy định an toàn khác đã bảo vệ nhân viên y tế khỏi bị lây nhiễm.

Tất cả các nước và vùng lãnh thổ, đều tăng cường nỗ lực mua sắm thuốc và thiết bị y tế cần thiết bằng cách tìm nguồn cung ứng từ nước ngoài và nâng cao năng lực của các công ty trong nước.

**5) Các biện pháp kiểm soát biên giới**

Khi các quốc gia dần mở cửa lại biên giới, dòng khách du lịch cần được quản lý để giảm nguy cơ những người có COVID-19 đi vào khu vực này. Năm quốc gia và khu vực ở Châu Á Thái Bình Dương đã thực hiện các biện pháp kiểm soát biên giới nghiêm ngặt, trong đó Hồng Kông, New Zealand và Singapore luôn đóng cửa biên giới với hầu hết du khách. Tất cả những người nhập cảnh vào Hàn Quốc, Hồng Kông, New Zealand và Singapore đều phải kiểm tra COVID-19 bắt buộc và cách ly 14 ngày tại nhà hoặc tại các cơ sở được chỉ định. Ở Nhật Bản, tất cả những người đến nước này cũng phải chịu cách ly kiểm dịch trong 14 ngày, và những người đến từ các nước được xem là khu vực có nguy cơ thì bị từ chối nhập cảnh hoặc phải trải qua xét nghiệm.

Ngược lại, các nước Châu Âu lại chậm yêu cầu xét nghiệm bắt buộc đối với khách du lịch. Từ tháng 6/2020, Tây Ban Nha đã miễn cho công dân EU khỏi các yêu cầu kiểm dịch, trong khi Na Uy miễn cho những người đến từ các khu vực Bắc Âu có tỷ lệ lây truyền thấp (ít hơn 20 trường hợp mắc trên 100.000 dân và ít hơn 5% xét nghiệm dương tính mỗi tuần trong suốt 2 tuần qua) và đã mở rộng quyền miễn trừ này cho khu vực Schengen kể từ ngày 15/7/2020. Tại Đức, những người nhập cảnh hoặc quay trở lại Đức từ một quốc gia thuộc khu vực rủi ro phải được cách ly kiểm dịch. Còn Anh thì đã bỏ yêu cầu đối với tất cả khách du lịch trong nước phải tự cách ly ở nhà trong 14 ngày nhưng áp dụng lại yêu cầu này đối với du khách nước ngoài. EU mở lại biên giới nội bộ vào cuối tháng 6/2020 và Tây Ban Nha cũng đã mở cửa hoàn toàn biên giới quốc tế cho tất cả các quốc gia từ ngày 1/7/2020. Để ngăn chặn sự gia tăng tiềm ẩn trong các trường hợp nhập khẩu, Tây Ban Nha sẽ kết hợp các quy trình tự động, chẳng hạn như khai báo y tế qua máy tính và camera ghi ảnh có ghi thân nhiệt giúp thuận tiện cho việc kiểm tra nhiệt độ của du khách, vốn đã được nhiều quốc gia và khu vực châu Á, bao gồm cả Hồng Kông và Singapore sử dụng.

**MT *(theo SỞ Y TẾ TP.HCM)***