
HƯỚNG TỚI ĐẠI HỘI ĐẢNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ XIII

CHỈ SỐ AN NINH SỨC KHỎE TOÀN CẦU: MỘT SỐ VẤN ĐỀ LÍ LUẬN VÀ THỰC TIỄN TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM (Phần 1)

ĐÀO THỊ MINH HƯƠNG*

Từ khóa: *an ninh sức khỏe, chỉ số an ninh sức khỏe, Covid 19.*

Ngày nhận bài: 26/10/2020; ngày gửi phản biện: 27/10/2020; ngày duyệt đăng bài: 15/11/2020.

Đặt vấn đề

Trong thế giới toàn cầu hóa, các mối đe dọa đối với sức khỏe ở bất kỳ quốc gia nào cũng có thể gây ra rủi ro cho sức khỏe toàn cầu, an ninh quốc tế và nền kinh tế toàn cầu. Sự đe dọa đối với an ninh sức khỏe (ANSK) toàn cầu ngày càng gia tăng, ít nhất từ 6 nguồn: việc xuất hiện và lan truyền không giới hạn của các tác nhân sinh vật mới; toàn cầu hóa du lịch; hệ thống cung cấp lương thực, thực phẩm xuyên biên giới ở mức độ cao; gia tăng các tác nhân kháng thuốc ở mức độ cao; gia tăng ảnh hưởng của sinh học phân tử và nguy cơ tạo ra các biến chủng cùng việc phóng thích các tác nhân có chủ đích hoặc vô tình; gia tăng khủng bố. Trên thực tế, trong những năm gần đây, việc xuất hiện chủng virus cúm A/H7N9, virus Corona gây hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS- CoV) và gần đây nhất là virus Corona-19 là mối đe dọa an ninh sức khỏe toàn cầu. Trong khi đó, sự chênh lệch về năng lực hệ thống y tế và việc không dành sự quan tâm cần thiết của một số quốc gia cho các mối đe dọa đối với sức khỏe đã làm trầm trọng thêm các khoảng trống trong công tác chuẩn bị và khả năng ứng phó của họ với nguy cơ của an ninh sức khỏe. Xuất phát từ thực tế đó, chỉ số an ninh sức khỏe toàn cầu (Global Health Security Index - GHSI) được xây dựng với mục đích chỉ ra những khoảng trống trong công tác chuẩn bị và ứng phó nhằm tăng ý chí chính trị và tài chính để khắc phục chúng ở cấp quốc gia và quốc tế.

1. An ninh sức khỏe toàn cầu và chỉ số an ninh sức khỏe toàn cầu

1.1. An ninh sức khỏe

Khái niệm an ninh sức khỏe (health security) mặc dù đã được nhắc đến trong Báo cáo phát triển con người năm 1994 của Liên hợp quốc, như một chiều cạnh của phát triển con người, nhưng được chính thức sử dụng trong lĩnh vực y tế khá muộn. Năm 2007, Báo cáo Y tế thế giới (World Health Report): “Tương lai an toàn hơn: An ninh sức khỏe cộng đồng toàn cầu trong thế kỉ XXI” chính thức sử dụng thuật ngữ này nhằm nhấn mạnh đến những nguy cơ đe dọa sức khỏe của người dân trên khắp thế giới, đặc biệt là các dịch bệnh dễ lan truyền trên quy mô rộng, gây hậu quả nghiêm trọng như dịch SARS, HIV/AIDS, cúm H5N1, Ebola,... Bên cạnh đó, một số tác giả khi đề cập đến ANSK lại tập trung vào khía cạnh các hoạt động cứu trợ nhân đạo về y tế do các lực lượng gìn giữ hòa bình quốc tế, các lực lượng vũ trang các nước được ủy quyền và các

* TS.; Viện Nghiên cứu Con người, Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.

tổ chức quốc tế phối hợp thực hiện dành cho người dân tại các vùng đang diễn ra hay chịu tác động nội chiến hay thảm họa thiên nhiên (Chen, 2004). Mặc dù ANSK được coi là một trong bảy chiều cạnh của an ninh con người (ANCN) ngay từ những năm đầu của thập niên 90, nhưng cho đến nay, trên thế giới, khái niệm ANSK vẫn chưa được chấp nhận một cách rộng rãi do ba lý do: 1) Về mặt lý luận, chưa có một nội hàm thống nhất phân biệt với các khái niệm đã có; 2) Về mặt thực tiễn là sự lo ngại của các quốc gia đối với việc lạm dụng khái niệm bảo vệ ANSK chống lại nguy cơ dịch bệnh, thảm họa môi trường này trong hoạt động nhân đạo, cứu trợ dẫn đến nguy cơ xâm phạm chủ quyền quốc gia,... 3) ANSK chưa được đưa vào Chương trình nghị sự của nhiều quốc gia do chưa chỉ ra được tính ưu tiên của nó so với các vấn đề khác.

Trong khi đó nội hàm khái niệm ANCN bao gồm 7 chiều cạnh về cơ bản đã được các nhà khoa học trên thế giới thống nhất và triển khai nghiên cứu, cũng như ứng dụng trong thực tiễn ở nhiều nước. Điều này dẫn đến tình trạng khái niệm ANSK như chiều cạnh ANCN, phổ biến bên ngoài lĩnh vực y tế như là vấn đề an ninh quốc gia, an ninh cộng đồng, ANCN hơn là bên trong lĩnh vực y tế. Caballero-Anthony (2003) nhận xét rằng, để vấn đề sức khỏe được “an ninh hóa” một cách phổ biến, nhất là đối với các nước đang phát triển, đòi hỏi phải chỉ ra rằng tình trạng sức khỏe của người dân đang bị đe dọa, hay có nguy cơ bị đe dọa và vấn đề đó cần phải ưu tiên xử lý hơn các vấn đề khác. Mặt khác, vấn đề sức khỏe toàn cầu đang phải đối mặt với nhiều thách thức như dịch bệnh mới phát sinh, dịch bệnh cũ quay lại do tác động của biến đổi khí hậu; nguy cơ tử vong, bệnh tật cao do thảm họa thiên nhiên, thảm họa do con người gây ra, ở các vùng đang có chiến sự hay do khủng bố sinh học. Trong khi đó, thực tế đã chứng minh, để giảm thiểu nguy cơ dịch bệnh xuyên quốc gia trong bối cảnh toàn cầu hóa, cũng như tồn thất liên quan đến sức khỏe không thể chỉ là nỗ lực của từng nước đơn lẻ mà là của cộng đồng quốc tế. Chính vì vậy, bên cạnh việc các chính phủ nên thành lập cơ quan điều phối chung cho các hoạt động y tế và an ninh quốc gia theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), việc các cơ quan này tham gia vào hoạt động của WHO là cần thiết nhằm bảo đảm ANSK cho con người.

Mặc cho các cuộc tranh luận về định nghĩa và thiếu sự đồng thuận về những mối đe dọa mà ANSK nên giải quyết, các cuộc thảo luận về ANSK dường như đã chia thành hai hướng. Một quan điểm tập trung vào ANSK như là vấn đề của an ninh cá nhân và an ninh quốc gia lồng trong an ninh cá nhân (Curley và Thomas, 2004, tr. 17). Một quan điểm khác coi các quốc gia là các tác nhân cốt lõi thúc đẩy mục tiêu “Sức khỏe là một vấn đề chính sách đối ngoại” (Davies, 2010, tr. 1177). Theo đó, ANSK là vấn đề của an ninh quốc gia và “an ninh gắn với công bằng”, hàm ý lợi ích của cả hai bên đều cần được tính đến: quốc gia phát triển (nhà tài trợ, nhà đầu tư và người thụ hưởng) và các quốc gia đang phát triển (với tư cách là người nhận, nhà đầu tư và người thụ hưởng) (Davies, 2010, tr. 1168). Quan điểm quốc gia được hình thành dựa trên các quan niệm truyền thống về an ninh quốc gia và an ninh quốc tế, xem xét các quốc gia như là thể chế đảm bảo an ninh trong đó cả an ninh đối với mối đe dọa sức khỏe mà có thể tác động trực tiếp đến kinh tế, chính trị và quân sự trên lãnh thổ của họ, chẳng hạn như sự lây lan của các bệnh truyền nhiễm có khả năng gây

đại dịch. Trong khi đó, quan điểm toàn cầu hóa dựa trên sự thịnh vượng và quyền lợi của các cá nhân và hướng tới một mối quan tâm về sức khỏe cá nhân gắn với ANCN. Theo quan điểm này, ANSK tập trung vào việc đánh giá các quốc gia cũng như các đối tác khác - cả ở cấp địa phương và toàn cầu - hành động như thế nào đối với lợi ích hoặc bất lợi của ANSK cá nhân (Davies, 2010, tr. 1167 - 1190). Hai quan điểm này về cơ bản phản ánh sự căng thẳng giữa an ninh truyền thống và ANCN với những lập luận tương tự được áp dụng. Quan điểm nhìn nhận ANSK như an ninh quốc gia tập trung vào bệnh truyền nhiễm mới nổi, những nguy cơ gây bệnh truyền nhiễm có khả năng đe dọa đến ANSK toàn cầu. Và cũng theo quan điểm này, người dân được chăm sóc sức khỏe thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe được điều tiết bởi nhà nước. Điều này có nghĩa là nhà nước là trung tâm quyền lực chính và là nguồn giải pháp cho một cuộc khủng hoảng cụ thể và việc đánh giá các thực thể hoặc cấu trúc phi nhà nước khác được coi là không cần thiết bởi vì các quốc gia được coi là có quyền kiểm soát chủ quyền đối với lãnh thổ và người dân của họ. Tuy nhiên, theo quan điểm nhìn nhận ANSK như vấn đề ANCN, để đối phó với bệnh tật, bất kỳ cơ quan chính trị nào cũng sẽ phải làm việc với nhiều bên - cộng đồng chuyên môn y tế, chính quyền địa phương, công ty dược phẩm, tổ chức xã hội dân sự, tổ chức liên chính phủ, quan hệ đối tác công cộng tư nhân, các cơ sở tư nhân,... Tất cả các tác nhân này góp phần vào một quá trình chính trị phức tạp hơn nhiều, có thể tác động trực tiếp đến khả năng của các quốc gia trong việc cung cấp an ninh cho công dân của họ, một điều mà không được phản ánh đầy đủ trong các tài liệu hiện tại. Hơn nữa, cũng theo quan điểm thứ hai này, các thách thức an ninh được đặt ra bởi một loạt các điều kiện sức khỏe kém, chứ không chỉ là bệnh truyền nhiễm. Do đó, trọng tâm của các tài liệu ANSK từ góc độ an ninh quốc gia chỉ tập trung vào các bệnh truyền nhiễm xuyên biên giới là vô cùng hẹp (McInnes và Lee, 2006) và bỏ qua rất nhiều mối quan tâm như bệnh nhiệt đới, bệnh truyền nhiễm thông thường ở các nước thu nhập thấp và trung bình (ít gây rủi ro cho các quốc gia phát triển) và căn bệnh không truyền nhiễm, mà đã giết chết nhiều hơn gấp rưỡi so với tất cả các cuộc chiến tranh và bạo lực chính trị trong thế kỉ XX cộng lại (McCandless, 2013). Thêm nữa, các cuộc thảo luận về sức khỏe như là vấn đề an ninh quốc gia đã tập trung quá mức vào việc giải quyết các triệu chứng, thay vì các nguyên nhân gây ra sự bất an. Các cuộc thảo luận theo quan điểm này phần lớn đã không tính đến các yếu tố quyết định cơ bản của sức khỏe - các vấn đề đặc biệt phức tạp như suy thoái môi trường, nghèo đói, kém phát triển, tiếp cận với thực phẩm,... đã bị loại bỏ khỏi các giải pháp dựa trên quan điểm an ninh quốc gia. Do đó, điều quan trọng khi bàn luận về ANSK là cần khám phá các phương pháp lí thuyết mới đối với sức khỏe toàn cầu có thể giúp giải quyết tồn tại trong các cuộc tranh luận về an ninh y tế đương đại, bao gồm cả mối nguy hiểm từ bệnh truyền nhiễm mới nổi và bệnh không truyền nhiễm.

1.2. An ninh sức khỏe và việc cần thiết xây dựng chỉ số an ninh sức khỏe toàn cầu

Trong bối cảnh dịch chuyển con người và hàng hóa xuyên biên giới ngày càng tăng, cùng với đó là việc xuất hiện dịch bệnh mới nổi, tái phát dịch bệnh cũ, gia tăng ô nhiễm môi trường, mất an toàn thực phẩm, biến đổi khí hậu, biến đổi gen di truyền của nhiều chủng vi sinh kháng thuốc trong môi trường bệnh viện và ngoài cộng đồng thì việc đảm bảo

ANSK toàn cầu nhìn từ góc độ dịch bệnh truyền nhiễm ngày càng trở nên quan trọng và cần thiết. Các căn bệnh truyền nhiễm không có biên giới, nên tất cả các quốc gia phải ưu tiên nguồn lực và thực hiện các khả năng cần thiết để ngăn chặn, phát hiện và nhanh chóng ứng phó với các tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng. Mỗi quốc gia cần phải minh bạch về khả năng của mình để hợp tác cùng các nước láng giềng ngăn chặn một ổ dịch trở thành thảm họa quốc tế. Đổi lại, các nhà lãnh đạo toàn cầu và các tổ chức quốc tế chịu trách nhiệm tập thể trong việc phát triển và duy trì khả năng mạnh mẽ trên quy mô toàn cầu để chống lại các mối đe dọa bệnh truyền nhiễm. Khả năng này bao gồm đảm bảo nguồn lực tài chính, con người, cơ sở vật chất, phương pháp ứng phó; phương pháp điều trị để phòng chống nguy cơ dịch bệnh bùng phát thành đại dịch.

Trong hai thập niên qua, bất chấp những lo ngại xuất phát từ các cuộc tấn công bệnh than năm 2001, sự xuất hiện của hội chứng suy hô hấp cấp tính nghiêm trọng và hội chứng hô hấp Trung Đông, mối đe dọa của đại dịch gây ra bởi đại dịch SARS, ý chí chính trị của nhiều quốc gia vẫn chưa hướng vào đảm bảo ANSK (WHO, 2019a, 2019b). Tháng 9/2014, Hội đồng Bảo an Liên hợp quốc đã gặp khủng hoảng về dịch Ebola gia tăng ở Tây Phi, cần có sự hỗ trợ toàn cầu để ngăn chặn dịch bệnh do năng lực quốc gia ở Guinea, Liberia và Sierra Leone không đủ để nhanh chóng phát hiện và ứng phó với dịch bệnh. Kết quả là, dịch Ebola ở Tây Phi đã giết chết ít nhất 10.000 người và làm lây nhiễm hơn 28.000 người, ba quốc gia bị ảnh hưởng đã mất 2,8 tỉ đô la GDP và thiệt hại toàn cầu đã lên tới nhiều tỉ đô la trước khi dịch bệnh bùng phát. Sau đó, mặc dù đã có vắc-xin và phương pháp điều trị mới, nhưng phản ứng với dịch Ebola bắt đầu vào năm 2018 ở miền đông Cộng hòa Dân chủ Congo đã bị cản trở bởi bạo lực và bất ổn, sự kháng cự của cộng đồng đối với các biện pháp giảm thiểu dịch bệnh, lây truyền bệnh viện, chậm phát hiện và cách li, thiếu tài trợ và nguồn lực.

Cuộc khủng hoảng dịch bệnh đã cảnh báo cả thế giới một thực tế rằng mầm bệnh có thể xuất hiện bất ngờ, khi dịch bệnh xảy ra ở các quốc gia không được chuẩn bị, hoặc chuẩn bị không tốt, chúng có thể vượt ra ngoài biên giới, đe dọa hòa bình, sức khỏe và thịnh vượng của tất cả các quốc gia trên toàn cầu. Chính sự chậm trễ trong phản ứng toàn cầu đối với Ebola năm 2014 đã dẫn đến việc tái cấu trúc WHO và thúc đẩy các cuộc thảo luận về đo lường và báo cáo minh bạch về năng lực y tế công cộng của các quốc gia (GHSI, 2019). Kể từ đó, các nhà xây dựng chính sách, các lãnh đạo y tế và bảo vệ an ninh đã đề xuất nhiều đánh giá cấp cao liên quan đến xác định tài chính và quy trình y tế. Nhiều khuyến nghị có liên quan đến các mối đe dọa dịch bệnh, như Ebola và các mối đe dọa đại dịch để lại hậu quả cao, chẳng hạn như một tác nhân gây bệnh đường hô hấp lây lan nhanh có thể không có phạm vi địa lý, mức độ nghiêm trọng hoặc tác động xã hội và có thể vượt qua khả năng quản lý của quốc gia, thậm chí quốc tế¹. Một số trong những khuyến nghị đã được thực hiện, nhưng nhiều trong số đó đã bị gác lại do thiếu tài chính. Gần như tất cả các khuyến nghị đều chỉ ra rằng cần phải hiểu rõ hơn và

¹ Đại hội đồng Liên hợp quốc “Bảo vệ nhân loại khỏi các cuộc khủng hoảng sức khỏe trong tương lai: Báo cáo của Hội đồng cấp cao về ứng phó toàn cầu đối với các cuộc khủng hoảng sức khỏe”, (https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723).

đo lường trên cơ sở minh bạch ở quy mô toàn cầu và định kì về khả năng của một quốc gia hay quốc tế trong việc ngăn chặn, phát hiện và ứng phó nhanh chóng với các mối đe dọa dịch bệnh và đại dịch. GHSI được thiết kế chính là để đáp ứng nhu cầu này. Nói cách khác, GHSI là cần thiết hơn lúc nào hết, khi mà, nhiều khả năng thế giới sẽ tiếp tục đối mặt với dịch bệnh mà hầu hết các quốc gia không có khả năng chống lại một cách đơn lẻ. Ngoài biến đổi khí hậu và đô thị hóa, sự dịch chuyển và di cư quốc tế hiện đang diễn ra mạnh mẽ ở hầu hết mọi nơi trên thế giới đã và đang tạo điều kiện lí tưởng cho sự xuất hiện và lây lan của mầm bệnh. Các quốc gia cũng phải đối mặt với mối đe dọa tiềm tàng gia tăng về việc vô tình hoặc cố ý giải phóng mầm bệnh gây chết người, có thể gây ra tác hại thậm chí còn lớn hơn cả đại dịch xảy ra tự nhiên. Những tiến bộ khoa học giúp chống lại dịch bệnh cũng đã cho phép mầm bệnh được thiết kế hoặc tái tạo trong các phòng thí nghiệm.

GHSI là chỉ số đầu tiên đánh giá toàn diện về ANSK và các khả năng liên quan trên 195 quốc gia² theo Quy định Y tế Quốc tế (IHR, 2005)³. GHSI là một dự án của Sáng kiến đe dọa Hạt nhân (NTI) và Trung tâm An ninh Y tế Johns Hopkins (JHU) và được phát triển bởi Tổ chức Kinh tế tri thức (EIU). Các tổ chức này tin rằng, theo thời gian, GHSI sẽ thúc đẩy những thay đổi có thể đo lường được trong an ninh y tế quốc gia và cải thiện khả năng của quốc tế để giải quyết một trong những rủi ro trên toàn thế giới: dịch bệnh truyền nhiễm có thể dẫn đến dịch bệnh và đại dịch quốc tế⁴.

Các nguyên tắc cơ bản chính sau đây đóng vai trò là nền tảng cho khung GHSI

- Các quốc gia phải thực hiện các năng lực một cách có hiệu quả trong cuộc khủng hoảng. Khi nói đến an ninh y tế toàn cầu, sở hữu một năng lực chưa được kiểm chứng là không đủ. Để thực sự chuẩn bị, một quốc gia nên chứng minh rằng họ có thể sử dụng các năng lực để ngăn chặn, phát hiện và ứng phó với mối đe dọa dịch bệnh và ngăn dịch bệnh bùng phát tại nguồn.

- ANSK toàn cầu phụ thuộc vào sự hiện diện của môi trường chính trị, xã hội và kinh tế ổn định; hệ thống chăm sóc sức khỏe đầy đủ; nhân lực y tế đủ năng lực chuyên môn và đủ về số lượng. Những điều kiện cơ bản này có ảnh hưởng lớn đến khả năng của một quốc gia về phòng chống dịch bệnh để không trở thành đại dịch.

- Minh bạch và tin cậy là yếu tố sống còn của việc chuẩn bị phòng chống và ứng phó với đại dịch. ANSK toàn cầu là trách nhiệm chung giữa các quốc gia, giữa các lĩnh vực và là một mệnh lệnh chung mang tính tập thể của an ninh quốc tế. Để đạt được ANSK,

² Kể từ ngày 16/4/2013, có 196 quốc gia thành viên của WHO bao gồm cả Tòa Thánh. Tòa Thánh là một thực thể pháp lí có chủ quyền theo luật pháp quốc tế, nhưng nó không được đưa vào nghiên cứu cụ thể theo quốc gia cho chỉ số này trong bối cảnh Tòa Thánh không có hệ thống y tế độc lập.

³ IHR của WHO (2005) là tiêu chuẩn quốc tế về sức khỏe. Đây là một công cụ pháp lí ràng buộc để giải quyết các rủi ro sức khỏe cộng đồng xuyên biên giới. Mục tiêu của IHR (2005) là ngăn chặn, bảo vệ, kiểm soát và đáp ứng mà không làm gián đoạn thương mại và giao thông quốc tế. IHR (2005) đã cung cấp các quy định hướng dẫn đáng sau nhiều chỉ số được đưa vào GHSI.

⁴ Được phát triển với sự hướng dẫn của hội đồng tư vấn chuyên gia quốc tế, dữ liệu GHSI được lấy từ các nguồn dữ liệu công khai của các quốc gia và tổ chức quốc tế, cũng như các nguồn bổ sung bao gồm thông tin được chính phủ công bố, dữ liệu từ WHO, Tổ chức Thú y Thế giới (OIE), Tổ chức Lương thực và Nông nghiệp Liên hợp quốc (FAO), Ngân hàng Thế giới (WB), từ luật pháp và quy định của các quốc gia và các thông tin thứ cấp.

các quốc gia trước hết nên hiểu rõ điểm mạnh và điểm yếu của mình và của những nước láng giềng. Các quốc gia cũng phải ưu tiên tuân thủ các cam kết và chuẩn mực quốc tế. Chia sẻ dữ liệu y tế một cách công khai giữa các quốc gia là cần thiết để xây dựng nên một bức tranh toàn diện về an ANSK toàn cầu, của từng quốc gia và khả năng lấp đầy những khoảng trống về sự sẵn sàng trong hệ thống y tế toàn cầu cũng như của các quốc gia (GHSA, 2019).

1.3. Khung nghiên cứu an ninh sức khỏe toàn cầu và cách tính chỉ số an ninh sức khỏe toàn cầu

Khung nghiên cứu ANSK toàn cầu bao gồm 140 câu hỏi cả định tính và định lượng. Các phương án trả lời cho 140 câu hỏi này được tính điểm một cách nhất quán và tạo nên khung GHSA. Khung chỉ số bao gồm thông tin có sẵn thông qua quá trình cung cấp thông tin tự nguyện có thể lượng hóa được từ báo cáo quốc gia, cũng như thông tin định tính từ các câu hỏi bổ sung. Khung GHSA bao gồm 85 chỉ tiêu, được nhóm thành 34 tiêu chí của 6 chiều cạnh (chi tiết xem phần phụ lục):

(1) Phòng ngừa dịch bệnh: Ngăn ngừa sự xuất hiện hoặc đẩy lùi mầm bệnh, bao gồm cả những yếu tố cấu thành nguy cơ sức khỏe cộng đồng, đặc biệt phù hợp với định nghĩa được quốc tế công nhận về “Tình trạng khẩn cấp sức khỏe cộng đồng cấp độ quốc tế”⁵. Các chỉ số chiều cạnh này liên quan đến an toàn sinh học, các biện pháp phòng ngừa, bao gồm tiêm chủng.

(2) Phát hiện và cảnh báo sớm dịch bệnh: Phát hiện và báo cáo sớm về dịch bệnh⁶, có thể lan ra ngoài biên giới quốc gia hoặc khu vực. Các chỉ số trong chiều cạnh này đánh giá hệ thống phòng thí nghiệm; giám sát và báo cáo dịch tễ học; tích hợp dữ liệu giữa các lĩnh vực sức khỏe con người, động vật và môi trường.

(3) Sẵn sàng ứng phó, lập kế hoạch và lộ trình triển khai kế hoạch: Các tiêu chí chiều cạnh này cho biết mức độ đáp ứng nhanh chóng và giảm thiểu sự lây lan của dịch. Các chỉ số trong danh mục này đánh giá sự sẵn sàng ứng phó và lập kế hoạch ứng phó khẩn cấp, thực hiện kế hoạch ứng phó, vận hành ứng phó khẩn cấp, liên kết các cơ quan an ninh và y tế công cộng, truyền thông rủi ro, tiếp cận cơ sở hạ tầng truyền thông và hạn chế thương mại và du lịch, nhằm đáp ứng nhanh chóng và giảm thiểu sự lây lan của dịch bệnh.

(4) Hệ thống y tế đầy đủ và mạnh mẽ để điều trị cho người bệnh và bảo vệ nhân viên y tế. Các chỉ số trong danh mục này đánh giá năng lực y tế tại các phòng khám, bệnh viện và trung tâm chăm sóc cộng đồng; biện pháp đối phó y tế và triển khai nhân sự; tiếp cận chăm sóc sức khỏe; liên lạc với nhân viên y tế trong trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng; thực hành kiểm soát nhiễm trùng và sự sẵn có của thiết bị; và năng lực để kiểm tra và phê duyệt các biện pháp đối phó mới.

⁵ Thuật ngữ “Tình trạng khẩn cấp sức khỏe cộng đồng cấp độ quốc tế” được định nghĩa trong IHR (2005) là “Một sự kiện bất thường tạo thành một nguy cơ sức khỏe cộng đồng cho các quốc gia khác thông qua sự lây lan dịch bệnh quốc tế; và có khả năng yêu cầu một phản ứng quốc tế phối hợp”. Định nghĩa này ngụ ý một tình huống: nghiêm trọng, bất thường hoặc bất ngờ; mang những tác động đến sức khỏe cộng đồng vượt ra ngoài biên giới quốc gia của Quốc gia bị ảnh hưởng; và có thể yêu cầu hành động quốc tế ngay lập tức, (www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/).

⁶ Ibid.

(5) Cam kết thực hiện quy định quốc tế: Cam kết nâng cao năng lực quốc gia, kế hoạch tài chính để giải quyết các khoảng trống và tuân thủ các quy tắc toàn cầu. Các chỉ số trong danh mục này đánh giá việc tuân thủ báo cáo của IHR và giảm thiểu rủi ro thiên tai; thỏa thuận xuyên biên giới về ứng phó khẩn cấp y tế công cộng; cam kết quốc tế; hoàn thành và công bố đánh giá thực hiện dịch vụ thú y (PVS) của Tổ chức Thú y thế giới (OIE); tài chính; và cam kết chia sẻ thông tin dữ liệu và bệnh phẩm.

(6) Rủi ro môi trường: Môi trường rủi ro chung và tính dễ bị tổn thương của đất nước đối với các mối đe dọa sinh học. Các chỉ số trong danh mục này đánh giá rủi ro chính trị và an ninh; khả năng phục hồi kinh tế xã hội; mức độ đầy đủ cơ sở hạ tầng; rủi ro môi trường; và các lỗ hổng sức khỏe cộng đồng có thể ảnh hưởng đến khả năng ngăn chặn, phát hiện hoặc ứng phó với dịch bệnh hoặc đại dịch của một quốc gia và làm tăng khả năng dịch bệnh sẽ tràn qua biên giới quốc gia.

Mỗi chiều cạnh bao gồm nhiều tiêu chí. Ví dụ: Chiều cạnh (category) 1 bao gồm 6 tiêu chí (indicator) nhóm từ 17 chỉ tiêu (subindicator). Trong đó mỗi chỉ tiêu là kết quả từ các câu hỏi thuộc chỉ tiêu của mình (có thể bao gồm 1 câu hỏi hoặc nhiều hơn). Các câu hỏi định tính thường là câu hỏi có hai phương án lựa chọn: có/không với có = 1 và không = 0 hoặc một số câu có phương án trả lời được tính điểm từ 0 - 4, trong đó điểm càng cao đồng nghĩa với điều kiện ANSK càng thuận lợi. Các câu hỏi định lượng được giữ nguyên (theo đơn vị gốc).

Điểm tiêu chí = $\sum$ điểm chỉ tiêu trọng số $n_i = 1 \times i$.

Giá trị của mỗi tiêu chí được chuẩn hóa theo thang điểm 0 - 100, $x = (x - \text{Min}(x)) / (\text{Max}(x) - \text{Min}(x))$. Việc chuẩn hóa này giúp các tiêu chí có thể so sánh với nhau theo cùng thang điểm.

Điểm chiều cạnh = $\sum$ điểm tiêu chí trọng số $n_i = 1 \times i$.

Điểm tổng thể = $\sum$ điểm chiều cạnh trọng số $n_i = 1 \times i$.

Như vậy, GHSI bao gồm bộ chỉ số ANSK của các quốc gia, được đánh giá thông qua điểm số được tổng hợp ở cấp độ tiêu chí, chiều cạnh và cấp độ tổng thể. Thang điểm của mỗi tiêu chí từ 0 đến 100, trong đó 100 = tốt nhất. Các tiêu chí trong một chiều cạnh có trọng số và chiều cạnh cũng có điểm từ 0 đến 100, các chiều cạnh trong chỉ số tổng hợp cũng có trọng số và có giá trị từ 0 đến 100. Điểm tổng hợp được chia thành ba bậc, với các quốc gia có điểm từ 0 đến 33,3 là ở hạng dưới cùng (còn gọi là điểm thấp của điểm số), các quốc gia đạt điểm từ 33,4 đến 66,6 nằm ở tầng giữa (được gọi là điểm trung bình của điểm số) trong khoảng từ 66,7 đến 100 ở cấp bậc cao nhất hoặc trên đỉnh (hay còn gọi là điểm cao nhất của điểm số) (GHSI, 2019).

Các chiều cạnh có trong GHSI đánh giá khả năng của từng quốc gia trong việc ngăn chặn, phát hiện và ứng phó với các mối đe dọa y tế cũng như các yếu tố có thể cản trở hoặc tăng cường khả năng đó. Những yếu tố này nằm trong nhiều lĩnh vực khác nhau, tập trung vào các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe quốc gia, các cam kết quốc tế về định mức, thiếu hụt tài chính, các yếu tố rủi ro chính trị và kinh tế. Các trụ cột và các chiều cạnh trong từng trụ cột của khung chỉ số tạo thành một cấu trúc chặt chẽ để nghiên cứu không chỉ năng lực mà còn để chỉ ra các thiếu hụt trong an ninh y tế, cũng như mức độ chuẩn bị phòng chống dịch bệnh của từng quốc gia, trong từng lĩnh vực cụ thể.

GHSI ưu tiên phân tích năng lực y tế trong bối cảnh của một quốc gia, hệ thống y tế quốc gia và rộng hơn là cả các yếu tố rủi ro, như môi trường chính trị, kinh tế xã hội, có thể

ảnh hưởng đến sự xuất hiện và lây lan của dịch bệnh hoặc đại dịch. Cụ thể, GHSI đánh giá khả năng ngăn chặn, phát hiện và ứng phó của các quốc gia đối với các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng. Nó cũng đánh giá sự mạnh mẽ của hệ thống chăm sóc sức khỏe theo nghĩa rộng. Ngoài ra, chỉ số xem xét rủi ro chính trị và kinh tế xã hội quốc gia, cũng như việc tuân thủ các chuẩn mực quốc tế, mà có thể ảnh hưởng đến khả năng ngăn chặn dịch bệnh bùng phát của các quốc gia. GHSI được xây dựng theo cách này với niềm tin vững chắc rằng tất cả các quốc gia cần phải được an toàn và trở thành an toàn hơn khi người dân có thể truy cập thông tin về năng lực và kế hoạch hiện có của đất nước và khi các quốc gia hiểu được những thiếu hụt của mình và quốc gia khác trong sự chuẩn bị phòng chống dịch bệnh và đại dịch để thực hiện các bước cụ thể trong việc khắc phục khoảng trống. Đồng thời, các tổ chức quốc tế có trách nhiệm trong giảm thiểu rủi ro dịch bệnh và đại dịch cần phải biết nơi nào có khoảng trống trong công tác chuẩn bị để dành các nguồn lực giúp các quốc gia cải thiện.

Bằng cách thu thập dữ liệu giống nhau trên hầu hết các quốc gia, GHSI giúp tăng đáng kể tính minh bạch về điểm mạnh ANSK và khoảng cách về ANSK trên toàn thế giới. Thu thập và hiển thị dữ liệu về sự chuẩn bị từ các quốc gia trên thế giới sẽ dẫn đến sự hiểu biết rõ ràng hơn về điểm mạnh và điểm yếu, xác định nhu cầu tài trợ và tăng ý chí chính trị để thực hiện thay đổi cần thiết. Các chỉ số tạo thêm động lực, ý chí chính trị và các nguồn lực để xác định khoảng trống trong việc đảm bảo nền ANSK toàn cầu, do đó, thúc đẩy quá trình thực hành cấp quốc gia (JEE Joint Entrance Examination) (GHSI, 2019). GHSI được đánh giá thường xuyên sẽ cung cấp bức tranh về thay đổi của tình hình ANSK toàn cầu, cũng như của từng quốc gia có tham gia vào đánh giá. Trong chỉ số tổng hợp GHSI, các chỉ số thành phần nêu bật mức độ thực hiện của một quốc gia đối với các chỉ số cụ thể và đặt mức cao hơn ngưỡng để khuyến khích tiến trình liên kết với chuẩn mực quốc tế.

2. Một số vấn đề về chỉ số an ninh sức khỏe toàn cầu năm 2019

GHSI năm 2019 cho thấy, chỉ số ANSK của quốc gia trên toàn thế giới về cơ bản là thấp. Phân tích GHSI nhận thấy, không có quốc gia nào chuẩn bị đầy đủ cho dịch bệnh hoặc đại dịch, các quốc gia đều có những khoảng trống quan trọng đối với ANSK. Nhiều quốc gia không cho thấy bằng chứng về năng lực và khả năng ANSK cần thiết để ngăn chặn, phát hiện và ứng phó với các dịch bệnh truyền nhiễm có nguy cơ gây tử vong trên diện rộng. GHSI tổng thể trung bình của 195 quốc gia được đánh giá là 40,2 điểm trên số điểm tối đa là 100. GHSI trung bình của 60 quốc gia có thu nhập cao là 51,9 điểm; của 116 quốc gia có thu nhập trung bình là dưới 50 điểm. Nhìn chung, GHSI có những điểm yếu nghiêm trọng ở khả năng ngăn chặn, phát hiện và ứng phó với các tình huống khẩn cấp về sức khỏe; có khoảng cách nghiêm trọng trong hệ thống y tế. Các rủi ro chính trị, kinh tế xã hội, môi trường và cả việc thiếu tuân thủ các chuẩn mực quốc tế của các quốc gia có thể gây ra lỗ hổng trong sự chuẩn bị và ứng phó với dịch bệnh.

Chiều cạnh *Phòng ngừa dịch bệnh*: Ít hơn 7% số quốc gia đạt điểm ở mức độ cao về khả năng ngăn chặn sự xuất hiện hoặc đẩy lùi mầm bệnh.

Chiều cạnh *Phát hiện và báo cáo sớm dịch bệnh*: Chỉ 19% các quốc gia nhận được điểm ở cấp độ cao về phát hiện và báo cáo.

Chiều cạnh *Sẵn sàng ứng phó, lập kế hoạch và lộ trình triển khai kế hoạch*: Ít hơn 5% các quốc gia đạt điểm ở cấp độ cao về khả năng ứng phó nhanh chóng và giảm thiểu sự lây lan của dịch bệnh.

Chiều cạnh *Hệ thống y tế đầy đủ và mạnh mẽ để điều trị cho người bệnh và bảo vệ nhân viên y tế*: Điểm trung bình cho các chỉ số của hệ thống y tế là 26,4/100 điểm và là chiều cạnh có điểm số thấp nhất.

Chiều cạnh *Cam kết thực hiện các quy định quốc tế*: Chưa đến một nửa số quốc gia đã đệ trình các biện pháp thực hiện Công ước vũ khí sinh học (BWC) trong ba năm qua, cho thấy khả năng tuân thủ các quy tắc và cam kết quốc tế quan trọng liên quan đến các mối đe dọa sinh học.

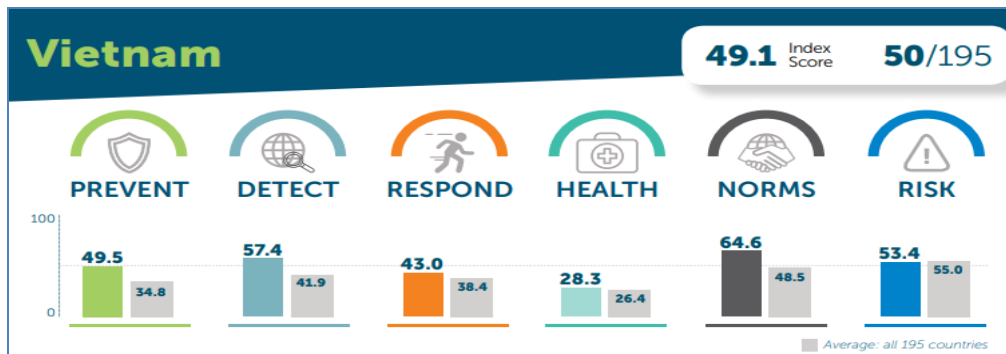
Chiều cạnh *Rủi ro môi trường*: Chỉ 23% các quốc gia đạt điểm cao trong các chỉ số liên quan đến hệ thống chính trị và hiệu quả của chính phủ.

Hầu hết các khu vực của WHO⁷ đều có một số quốc gia có tổng điểm dưới 25/100 điểm và một số khu vực của WHO cho thấy sự biến động lớn về điểm số trong phạm vi khu vực đó. Trên cơ sở thông tin công khai, chỉ có 11% quốc gia có những cách cụ thể để khu vực tư nhân cùng tham gia hỗ trợ chuẩn bị và ứng phó khẩn cấp.

Cũng cần nhấn mạnh rằng các nỗ lực chuẩn bị quốc gia không xác định quan hệ tuyến tính với tổng sản phẩm quốc nội (GDP) trên đầu người, một thước đo được sử dụng rộng rãi để đo của cải quốc gia. Một số quốc gia thu nhập trung bình và thấp cho thấy điểm chỉ số ANSK cao hơn điểm số của một số nước thu nhập cao. Thái Lan là một ví dụ khi là quốc gia duy nhất không có thu nhập ở mức cao nhưng nằm trong tầng cao nhất của điểm tổng thể.

Kết quả GHSI năm 2019 cho thấy, mặc dù mọi quốc gia đều có trách nhiệm hiệu, theo dõi, cải thiện và duy trì ANSK của quốc gia, nhưng việc gia tăng nguy cơ dịch bệnh mới nổi toàn cầu và việc chưa biết rõ về chúng yêu cầu phương pháp tiếp cận nằm ngoài tầm kiểm soát của từng chính phủ và sẽ cần phải có hành động quốc tế. ANSK không chỉ là trách nhiệm của các chính phủ từng quốc gia mà là của tổ chức quốc tế, phi chính phủ, các nhà lãnh đạo an ninh quốc tế, các tổ chức từ thiện và các đối tác trong khu vực tư nhân chia sẻ trách nhiệm để hiệu và quan trọng hơn là hành động để lấp đầy những khoảng trống an ninh y tế lớn này.

Chỉ số an ninh sức khỏe của Việt Nam



Nguồn: GHSI, 2019.

⁷WHO Member States are grouped into six WHO regions: African Region (AFRO), Region of the Americas (AMRO), South-East Asia Region (SEARO), European Region (EURO), Eastern Mediterranean Region (EMRO), and Western Pacific Region (WPRO). WHO, "Definition of Regional Groupings," 2019, (www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/).

Chỉ số ANSK của Việt Nam đạt 49.1 điểm, cao hơn gần 9 điểm so với điểm trung bình của 195 nước và xếp thứ 50/195 nước. Trong 6 chiều cạnh của GHSI, Việt Nam có 5 chiều cạnh có điểm số cao hơn và chỉ có 1 chiều cạnh (rủi ro môi trường) thấp hơn điểm trung bình của 195 nước (53.4 so với 55.0). Chiều cạnh đạt điểm cao nhất phản ánh mức độ thực hiện quy định của y tế quốc tế, đạt 64.6 điểm và cũng có chênh lệch về điểm tuyệt đối cao nhất so với điểm trung bình của 195 nước (hơn 16,1 điểm). Chiều cạnh thành phần có điểm thấp nhất là hệ thống y tế đạt 28.3 điểm, nhưng vẫn cao hơn điểm trung bình của chiều cạnh này của 195 nước (cao hơn 1,9 điểm).

Chỉ số ANSK của Việt Nam được đánh giá theo 6 chiều cạnh nêu trên được xem như tiền đề để Việt Nam đạt được thành công bước đầu trong phòng chống đại dịch Covid-19. Phần hai của bài viết sẽ soi chiếu thành công bước đầu này qua 6 chiều cạnh của khung GHSI để từ đó rút ra bài học cho chính Việt Nam và các nước trên thế giới.

Tài liệu tham khảo

1. Caballero-Anthony, M. 2003. "Human security and primary health care in Asia: realities and challenges". In L. Chen, J. Leaning and V. Narasimhan (eds. *Global Health Challenges for Human Security*), Cambridge and London: Global Equity Initiative, Asia Center, Harvard University/Harvard University Press.
2. Chen L.C. 2004. "Health as Human Security Priority for the 21st Century". Paper for Human Security Track III, Helsinki Process.
3. Commission on Human Security. 2003. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*. New York.
4. Curley, M. and Thomas, N. 2004. "Human security and public health in Southeast Asia: the SARS outbreak". *Australian Journal of International Affairs*, 58: 17-32.
5. Davies, S.E. 2010. *Global Politics of Health*. Cambridge: Polity Press.
6. McCandless, D. 2013, March 18. *Information is Beautiful on How We Die*.
7. Global Health Security index. 2019, (<https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>).
8. McInnes, C. and Lee, K. 2006. "Health, security and foreign policy". *Review of International Studies*, 32: 5-23.
9. United Nations Development Program (UNDP). 1994. *Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security*. New York: Oxford University Press.
10. WHO. 2007. *A safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva: WHO.
11. WHO. 2011. Report by the Director-General - Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009, A64/10 ed, Geneva: WHO.
12. World Health Organization Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). (2019a). Available online at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)).
13. World Health Organization SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome). (2019b). Available online at: <https://www.who.int/ith/diseases/sars/en/>.

PHỤ LỤC

1. Ngăn ngừa

1.1. Kháng kháng sinh (AMR)

1.1.1. Giám sát, phát hiện và báo cáo AMR

1.1.2. Kiểm soát kháng sinh

1.2. Bệnh động vật

1.2.1. Lập kế hoạch quốc gia về các bệnh/mầm bệnh truyền từ động vật

1.2.2. Hệ thống giám sát các bệnh/mầm bệnh truyền từ động vật

1.2.3. Báo cáo quốc tế về bùng phát dịch bệnh ở động vật

1.2.4. Lực lượng thú y

1.2.5. Khu vực tự nhân và dịch bệnh truyền từ động vật

1.3. An ninh sinh học

1.3.1. Hệ thống an toàn sinh học của toàn chính phủ

1.3.2. Đào tạo và thực hành an toàn sinh học

1.3.3. Kiểm tra nhân sự: Quy định việc tiếp cận các địa điểm nhạy cảm

1.3.4. An ninh vận chuyển

1.3.5. Di chuyển xuyên biên giới và sàng lọc người nhập cảnh

1.4. An toàn sinh học

1.4.1. Hệ thống an toàn sinh học của toàn chính phủ

1.4.2. Đào tạo và thực hành về an toàn sinh học

1.5. Nghiên cứu lưỡng dụng và văn hóa của nền khoa học có trách nhiệm

1.5.1. Giám sát nghiên cứu mầm bệnh đặc biệt nguy hiểm, độc tố, mầm bệnh có khả năng gây đại dịch và/ hoặc nghiên cứu lưỡng dụng khác

1.5.2. Yêu cầu sàng lọc đối với người cung cấp vật liệu di truyền

1.6. Tiêm chủng

1.6.1. Ti lệ tiêm chủng

2. Phát hiện sớm và báo cáo dịch tễ

2.1. Phát hiện sớm và báo cáo dịch tễ học được quan tâm cấp độ quốc tế

2.1.1. Hệ thống phòng xét nghiệm

2.1.2. Năng lực phòng xét nghiệm để phát hiện các bệnh quan trọng

2.1.3. Hệ thống chuyển tuyến và chuyển bệnh phẩm

2.1.4. Hệ thống chất lượng phòng xét nghiệm

2.2. Giám sát và báo cáo thời gian thực hiện

2.2.1. Chỉ số và sự kiện - hệ thống giám sát và báo cáo dựa trên nền tảng

2.2.2. Hệ thống báo cáo điện tử theo thời gian thực có thể tương tác, được kết nối với nhau

2.2.3. Tính minh bạch của dữ liệu giám sát

2.2.4. Cân nhắc về đạo đức trong quá trình giám sát

2.2.5. Bảo phủ và sử dụng hồ sơ sức khỏe điện tử

2.3. Nhân lực trong lĩnh vực dịch tễ học

2.3.1. Chương trình đào tạo dịch tễ học ứng dụng, chẳng hạn như chương trình đào tạo dịch tễ học thực địa cho các chuyên gia y tế công cộng và bác sĩ thú y

2.3.2. Năng lực của lực lượng lao động dịch tễ học

2.4. Tích hợp dữ liệu giữa các chuyên ngành về sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe môi trường

2.4.1. Tích hợp dữ liệu giữa chuyên ngành sức khỏe con người, động vật và sức khỏe môi trường

3. Phản ứng nhanh và giảm thiểu tốc độ dịch bệnh

3.1. Lập kế hoạch chuẩn bị và ứng phó khẩn cấp

3.1.1. Kế hoạch chuẩn bị và ứng phó khẩn cấp y tế công cộng quốc gia

3.1.2. Sự tham gia của khu vực tư nhân trong việc chuẩn bị và ứng phó

3.2. Thực hiện các kế hoạch ứng phó

3.2.1. Bài tập mô phỏng Quy định Y tế Quốc tế (IHR).

3.3. Hoạt động ứng phó khẩn cấp

3.3.1. Hoạt động ứng phó khẩn cấp

3.4. Liên kết các cơ quan an ninh và y tế công cộng

3.4.1. Các cơ quan an ninh và y tế công cộng được liên kết để phản ứng nhanh trong một sự kiện sinh học

3.5. Truyền thông rủi ro

3.5.1. Hệ thống truyền thông rủi ro

3.5.2. Truyền thông công cộng

3.6. Tiếp cận cơ sở hạ tầng thông tin liên lạc

3.6.1. Người sử dụng Internet

3.6.2. Thuê bao di động

3.6.3. Nữ giới sử dụng điện thoại di động

3.6.4. Nữ giới truy cập Internet

3.7. Hạn chế thương mại và đi lại

3.7.1. Chính phủ hạn chế thương mại và đi lại

3.7.2. Các hạn chế của phi chính phủ đối với thương mại và đi lại

4. Hệ thống y tế hiệu quả và bền vững để điều trị bệnh và bảo vệ sức khỏe cán bộ y tế

4.1. Năng lực y tế tại các phòng khám, bệnh viện và trung tâm chăm sóc cộng đồng

4.1.1. Nguồn nhân lực sẵn có cho hệ thống y tế mở rộng

4.1.2. Năng lực cơ sở vật chất

4.2. Các biện pháp ứng phó và triển khai nhân sự

4.2.1. Năng lực xây dựng các biện pháp ứng phó y tế

4.2.2. Hệ thống phân bổ các biện pháp ứng phó y tế (MCM) trong trường hợp sức khỏe cộng đồng khẩn cấp

4.2.3. Hệ thống tiếp nhận nhân viên y tế nước ngoài trong trường hợp sức khỏe cộng đồng khẩn cấp

4.3. Tiếp cận chăm sóc sức khỏe

4.3.1. Tiếp cận chăm sóc sức khỏe

4.3.2. Khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe của cán bộ y tế

4.4. Giao tiếp với nhân viên y tế trong trường hợp sức khỏe cộng đồng khẩn cấp

4.4.1. Giao tiếp với nhân viên y tế

4.5. Thực hành kiểm soát nhiễm trùng và tính sẵn có của thiết bị

4.5.1. Tính sẵn có của thiết bị kiểm soát nhiễm trùng

4.5.2. Giám sát nhiễm trùng liên quan đến chăm sóc sức khỏe (HCAI)

4.6. Năng lực kiểm tra và phê duyệt các phương pháp y tế mới

4.6.1. Quy trình quản lý để tiến hành các thử nghiệm lâm sàng đối với các can thiệp chưa được đăng ký

4.6.2. Quy trình quản lý để phê duyệt các biện pháp đối phó y tế

5. Cam kết nâng cao năng lực quốc gia, kế hoạch tài chính hướng tới chuẩn mực y tế toàn cầu

5.1. Báo cáo việc tuân thủ và giảm thiểu rủi ro thiên tai theo Quy định Y tế Quốc tế (IHR)

5.1.1. Báo cáo IHR chính thức

5.1.2. Tích hợp y tế vào giảm thiểu rủi ro thiên tai

5.2. Các thỏa thuận xuyên biên giới về ứng phó khẩn cấp đối với sức khỏe cộng đồng và sức khỏe động vật

5.2.1. Thỏa thuận xuyên biên giới

5.3. Các cam kết quốc tế

5.3.1. Tham gia các thỏa thuận quốc tế

5.3.2. Tư cách thành viên tự nguyện

5.4. Lộ trình đánh giá chung bên ngoài (JEE) và thực hiện các dịch vụ thú y (PVS).

5.4.1. Hoàn thành và công bố bản đánh giá chung bên ngoài (JEE) và phân tích khoảng trống (thiếu hụt)

5.4.2. Hoàn thành và công bố bản hoạt động của dịch vụ thú y (PVS) và phân tích khoảng trống (thiếu hụt)

5.5. Tài chính

5.5.1. Tài trợ trong khuôn khổ đánh giá chung bên ngoài (JEE) và Báo cáo hoạt động của dịch vụ thú y (PVS) và phân tích khoảng trống

5.5.2. Tài trợ cho ứng phó khẩn cấp

5.5.3. Trách nhiệm giải trình đối với các cam kết quốc tế về giải quyết các mối đe dọa dịch bệnh

5.6. Cam kết chia sẻ dữ liệu di truyền và mẫu phẩm sinh học

5.6.1. Cam kết chia sẻ dữ liệu di truyền, bệnh phẩm lâm sàng và/hoặc bệnh phẩm phân lập (mẫu vật sinh học) trong cả nghiên cứu khẩn cấp và nghiên cứu không khẩn cấp

6. Tổng thể rủi ro môi trường và khả năng tối ưu của quốc gia đối với các đe dọa sinh học

6.1. Rủi ro về chính trị và an ninh

6.1.1. Hiệu quả của chính phủ

6.1.2. Sự chuyển giao quyền lực

6.1.3. Rủi ro về bất ổn xã hội

6.1.4. Nguy cơ khủng bố

6.1.5. Xung đột vũ trang

6.1.6. Kiểm soát lãnh thổ quốc gia

6.1.7. Căng thẳng quốc tế

6.2. Khả năng chống chịu của kinh tế - xã hội

6.2.1. Tỷ lệ biết chữ

6.2.2. Bình đẳng giới

6.2.3. Mức độ nghèo đói

6.2.4. Niềm tin của công chúng vào chính phủ

6.2.5. Báo cáo và truyền thông địa phương

6.3. Mức độ đầy đủ của cơ sở hạ tầng

6.3.1. Sự phù hợp của mạng lưới đường bộ

6.3.2. Sự phù hợp của các sân bay

6.3.3. Sự phù hợp của mạng lưới điện

6.4. Rủi ro về môi trường

6.4.1. Đô thị hóa

6.4.2. Sử dụng đất

6.4.3. Rủi ro thiên tai

6.5. Những tổn thương về sức khỏe cộng đồng

6.5.1. Tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng

6.5.2. Tiếp cận với nước uống và vệ sinh

6.5.3. Mức chi tiêu cho y tế công cộng trên đầu người.