

Cập nhật tháng 12/2024

**CHƯƠNG TRÌNH ĐẦU TƯ PHÁT TRIỂN
MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ VÙNG KHÓ KHĂN
(LHCSDP)**

Chuẩn bị bởi Bộ Y tế trình Ngân hàng Phát triển châu Á

Từ viết tắt

ADB – Ngân hàng Phát triển châu Á

CEMA – Ủy ban dân tộc
TYTX – Trạm y tế xã
CPMU- Ban quản lý Chương trình trung ương
HHR – Nguồn nhân lực y tế
HST – Đe dọa an ninh y tế
YTCS – Y tế cơ sở
BYT – Bộ y tế
NCD – Dịch bệnh không lây nhiễm
CSSKBĐ – Chăm sóc sức khỏe ban đầu
PPMU – Ban quản lý Chương trình tỉnh
RHS – An ninh y tế vùng
SDG – Mục tiêu phát triển bền vững
SKSS – Sức khỏe sinh sản
UHC – Bảo hiểm y tế toàn cầu

Ghi chú

- (i) Năm tài chính của Chính phủ Việt Nam và các cơ quan liên quan kết thúc vào ngày 31/12.
- (ii) Trong báo cáo, đồng ngoại tệ được sử dụng là đô la Mỹ.

Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số này (EMDP) là tài liệu của bên vay. Các quan điểm được trình bày ở đây không nhất thiết đại diện cho các Hội đồng Quản trị, Ban Giám đốc hoặc nhân viên của ADB, và có thể là sơ bộ về bản chất. Sự quan tâm của bạn được chỉ dẫn đến phần “điều khoản sử dụng” của trang web này.

Khi chuẩn bị bất kỳ chương trình hoặc chiến lược quốc gia nào, tài trợ cho bất kỳ dự án nào hoặc bằng cách chỉ định hoặc tham chiếu đến lãnh thổ hoặc khu vực địa lý cụ thể trong tài liệu này, Ngân hàng Phát triển châu Á không có ý định đưa ra bất kỳ phán quyết nào bất kỳ lãnh thổ hoặc khu vực nào.

KẾ HOẠCH PHÁT TRIỂN DÂN TỘC THIỂU SỐ	1
TÓM TẮT	5
I. Mô tả Dự án	10
II. Khung chính sách và pháp lý	12
A. Khung chính sách và các luật liên quan đến người DTTS	12
B. Chính sách và các chương trình phát triển người DTTS	18
C. Chính sách an toàn của ADB về người DTTS	22
D. Các nguyên tắc của chính sách an toàn (SPS 2009) đối với người bản địa:	23
III. Đánh giá tác động xã hội	25
A. Phương pháp	25
B. Thông tin chung về người DTTS tại Việt Nam	26
C. Các nhóm DTTS tại các tỉnh của dự án	30
D. Nguồn nhân lực cán bộ y tế trong khu vực nghiên cứu	32
E. Phổ biến thông tin và tham vấn cộng đồng.	35
IV. Các biện pháp đề xuất nhằm phá các rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế và tăng cường lợi ích từ dự án đối với người DTTS.	40
V. Cơ chế giải quyết khiếu nại	50
VI. Bố trí thực hiện.	54
A. Cơ quan chủ quản (EA)	54
B. Ban Quản lý Chương trình Trung ương (CPMU)	54
C. Ban Quản lý Chương trình tỉnh (PPMU – Đơn vị thực hiện)	54
D. Tư vấn hỗ trợ thực hiện dự án (PIC)	54
VII. Giám sát và báo cáo	55
A. Báo cáo	55
B. Các chỉ số giám sát	55
VIII. Kinh phí thực hiện kế hoạch phát triển DTTS	58
IX. Kế hoạch triển khai	60

Danh mục bảng

Bảng 1. Các tài liệu pháp lý liên quan đến người DTTS.....	14
Bảng 2. Phân bố tộc người chia theo tỉnh	29
Bảng 3. Thông tin về người DTTS tại các tỉnh của dự án.....	31
Bảng 4. Dân số, % EM và TYT tại 6 tỉnh mục tiêu và 12 huyện mục tiêu vào năm 2023	32
Bảng 5. Tình hình nguồn nhân lực y tế tại 12 huyện mục tiêu ở 6 tỉnh mục tiêu đến năm 2024	42
Bảng 6. Đầu ra của dự án và các biện pháp đề xuất để tăng cường tác động tích cực.....	42
Bảng 7. Các chỉ số giám sát trong kế hoạch phát triển DTTS	55
Bảng 8. Kế hoạch triển khai	60

TÓM TẮT

Mô tả Dự án.

Đề xuất “Chương trình đầu tư phát triển mạng lưới y tế cơ sở” sẽ hỗ trợ Chính phủ Việt Nam thực hiện Kế hoạch tổng thể để tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ sở, nhằm cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng của hệ thống chăm sóc sức khỏe cơ sở (YTCS). Tác động của chương trình sẽ tăng cường mạng lưới các cơ sở y tế địa phương để đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe ban đầu đáp ứng (CSSKBĐ) cho toàn bộ dân số. Kết quả sẽ cải thiện được chất lượng và khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ sở đối của phụ nữ và nam giới, đặc biệt là ở các vùng khó khăn và vùng sâu vùng xa. Hợp phần I của Chương trình sử dụng vốn vay ODA của ADB sẽ được thực hiện tại 16 tỉnh mục tiêu, trong khi Hợp phần II của Chương trình sử dụng nguồn vốn viện trợ không hoàn lại (sau đây gọi là Dự án) sẽ được thực hiện ở 6 tỉnh mục tiêu.

Các nhóm dân tộc thiểu số trong khu vực Dự án.

Theo số liệu của Tổng cục Thống kê về điều tra Dân số và nhà ở năm 2019, tổng dân số 53 dân tộc thiểu số ở Việt Nam là 14,1 triệu người (chiếm 14,6% dân số cả nước). Vùng Trung du và miền núi phía Bắc có số lượng người dân tộc thiểu số cao nhất (7,03 triệu người), Tây Nguyên (khoảng 2 triệu người), Bắc Trung Bộ và vùng Tây Nam Bộ có khoảng 1,9 triệu người. Phân bố của các dân tộc cũng có nhiều khác biệt giữa các vùng và các tỉnh.

Nhìn chung, tỷ lệ người dân tộc thiểu số ở các tỉnh Dự án tương đối cao, trung bình 23%, cao hơn mức trung bình toàn quốc là 14,6%. Các nhóm dân tộc thiểu số có mặt tại các tỉnh Dự án gồm Thái, Khơ Mú, Tày, Dao, Sán Chay (Cao Lan), Nùng, Hoa, H'Mông, Sán Dìu, Xơ Đăng, Khơ-me, Ba na, Gia Rai, Giẻ Triêng, Brâu, Rơ Măm, Hrê, Mường. Các yếu tố hạn chế sự tiếp cận của đồng bào dân tộc thiểu số đối với các dịch vụ y tế bao gồm vị trí của họ ở các khu vực thường bị cô lập và có nhiều hạn chế, khó khăn về giao thông đi lại, và trình độ học vấn tương đối thấp dẫn đến thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe.

Phổ biến thông tin và tham vấn cộng đồng.

Rất nhiều cuộc tham vấn cộng đồng đã được tổ chức trong quá trình chuẩn bị Dự án với sự tham gia của các bên liên quan, bao gồm chính quyền địa phương và đại diện của hai nhóm dân tộc thiểu số (Khơ-me và Xơ Đăng). Các cuộc tham vấn đã được tổ chức từ ngày 26-29/12/2017 tại 4 xã (4 huyện) ở các tỉnh Sóc Trăng và Kon Tum để cung cấp thông tin về dự án và các hoạt động đề xuất và ghi nhận những ý kiến và quan điểm của người DTTS về các biện pháp được đưa vào kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số. Những người tham gia bao gồm 43 hộ dân tộc thiểu số và 36 nhân viên của Sở Y tế (SYT), Trung tâm Y tế huyện (TTYT), Trạm y tế xã (TYTX) và Ủy ban Dân tộc (CEMA) ở các tỉnh / huyện.

Trong năm 2023, một cuộc khảo sát ban đầu đã được tiến hành từ ngày 01 tháng 4 đến ngày 30 tháng 8 năm 2023. Mẫu khảo sát được lấy từ 48 xã thuộc 12 huyện mục tiêu của 6 tỉnh mục tiêu là Tuyên Quang, Phú Thọ, Quảng Nam, Gia Lai, Đắk Nông và Sóc Trăng. Nhóm khảo sát đã tiến hành 163 cuộc phỏng vấn sâu với các cán bộ/nhân viên của CPMU, PPMU, Sở Y tế, Trung tâm Y tế huyện và Trạm Y tế xã, và 13 cuộc thảo luận nhóm tập trung (FGD), bao gồm 12 cuộc thảo luận nhóm của cán bộ Trung tâm Y tế huyện. Nhóm đã sử dụng 77 biểu mẫu thu thập dữ liệu, 48 danh mục kiểm tra, 20 hướng dẫn IDI và 2 hướng dẫn FGD để thu thập tất cả các dữ liệu cần thiết được đề cập trong DMF, GAP và EMDP, bao gồm dữ liệu về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ và chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số (xem báo cáo khảo sát giữa kỳ để biết thêm chi tiết).

Vào tháng 6 và tháng 7 năm 2024, một nhóm gồm các chuyên gia tư vấn về Giới và Dân tộc thiểu số mới được tuyển dụng, chuyên gia tư vấn về Đào tạo và chuyên gia tư vấn về M&E đã tiến hành công tác giám sát thực địa tại 6 tỉnh mục tiêu. Nhóm giám sát đã tiến hành 6 cuộc thảo luận nhóm với sự tham gia của 29 cán bộ/nhân viên PPMU tại 6 tỉnh, 12 cuộc thảo luận nhóm với 46 nhân viên của các Trung tâm Y tế huyện và 24 cuộc thảo luận nhóm với sự tham gia của 141 nhân viên y tế từ 24 trạm y tế xã mà nhóm đã đến

thăm tại 6 tỉnh, bao gồm 95 phụ nữ và 32 người dân tộc thiểu số. Trong các cuộc tham vấn thảo luận nhóm này, chuyên gia tư vấn về Giới và Dân tộc thiểu số đã cung cấp cho họ GAP và EMDP đã cập nhật và thảo luận với những người tham gia về GAP và EMDP. Một chuyên gia tư vấn IEC cá nhân đã được tuyển dụng vào ngày 05 tháng 8 năm 2024. Chuyên gia tư vấn này chịu trách nhiệm quản lý và giám sát các hoạt động IEC của Chương trình.

Tư vấn IEC đề xuất hủy gói tiếp thị vì không đủ thời gian và đề xuất phương án thay thế để thay thế gói này nhằm đạt được các mục tiêu chương trình có liên quan (T2, T3, T4, T5, A6). Ngày 26 tháng 9 năm 2024, phương án thay thế đã được đệ trình lên ADB để xin ý kiến không phản đối. Ngày 02 tháng 10 năm 2024, ADB trả lời đề xuất của CPMU rằng “CPMU cần lập kế hoạch mua sắm (phiên bản 8) để ADB phê duyệt. Trong kế hoạch mua sắm được cập nhật, vui lòng ghi rõ số tiền đã sửa đổi (phải thấp hơn 250.000 đô la) và đổi CQBS thành RFQ. Do đó, CPMU đã đệ trình TOR đã sửa đổi để ADB không phản đối kèm theo PP đã cập nhật. Ngày 20 tháng 12 năm 2024, CPMU đã nhận được NOL của ADB. Do đó, CPMU dự kiến sẽ trao hợp đồng này vào quý 1 năm 2025. Công ty IEC dự kiến sẽ được tuyển dụng vào quý 1 năm 2025. Nhóm IEC sẽ thiết kế tài liệu IEC vào quý 2 năm 2025. Vì vậy, tất cả các xã ở các huyện mục tiêu sẽ có được kiến thức từ tài liệu IEC về các mô hình dịch vụ mới của LHC vào quý 3 năm 2025. Do không đủ thời gian nên sẽ chỉ có việc xây dựng tài liệu IEC và TOT cho cán bộ trung tâm y tế huyện.

Tất cả các tài liệu truyền thông được sử dụng cho các hoạt động phòng ngừa và giáo dục y tế ở cấp y tế địa phương ở các huyện mục tiêu cũng sẽ xét đến các vấn đề về giới và người DTTS.

Các biện pháp đề xuất nhằm phá các rào cản tiếp cận của người DTTS đối với dịch vụ y tế và nâng cao hiệu quả dự án.

Các cuộc tham vấn đã được tổ chức với Ủy ban dân tộc và các cơ quan liên quan khác như Sở Y tế tỉnh để tìm hiểu các phương pháp xác định nhóm dân tộc thiểu số và các

biện pháp nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe y tế cơ sở. Các biện pháp bao gồm (i) xây dựng chiến lược truyền thông cho phụ nữ và người dân tộc thiểu số; (ii) đưa cán bộ y tế dân tộc thiểu số vào hoạt động xây dựng năng lực, (iii) phối hợp với các cơ quan liên quan về người dân tộc thiểu số bao gồm Ủy ban dân tộc cấp tỉnh / huyện trong quá trình thực hiện; và (iv) phân tách dữ liệu chỉ số hiệu suất dự án theo dân tộc. Năm 2022 Ban QLCT Trung ương đã tổ chức 5 khóa tập huấn 3-ngày về nguyên lý y học gia đình cho 198 nhân viên y tế ở Tuyên Quang, Phú Thọ, Quảng Nam, Sóc Trăng và Gia Lai (Đắk Nông không tham gia vì đã được tập huấn ở dự án HPET), trong đó 65,6% là nữ và 31,3% là người DTTS. Năm 2023 tập huấn cho 331 người (50,5% nữ và 31% DTTS) về phòng chống dịch bệnh và an toàn sinh học (epidemic prevention, disease and biosafety); tập huấn phòng chống bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng cho 207 học viên, trong đó 113 học viên nữ (chiếm 55%), 52 học viên DTTS (chiếm 25%).

Cơ chế khiếu nại và giải quyết khiếu nại.

Cơ chế khiếu nại và giải quyết khiếu nại trong Kế hoạch phát triển DTTS này đã được xây dựng dựa trên các luật của Việt Nam về khiếu nại và tố cáo. Cơ chế giải quyết khiếu nại được đề xuất đã được tham vấn với chính quyền địa phương và cộng đồng dân tộc thiểu số.

Kinh phí thực hiện kế hoạch phát triển DTTS.

Ngân sách cho việc thực hiện kế hoạch phát triển DTTS bao gồm (i) phát triển chiến lược truyền thông và (ii) đào tạo nguồn nhân lực y tế và giám sát được bao gồm trong ngân sách tổng thể của dự án theo các mục sau: (i) đào tạo/tập huấn và hội thảo; (ii) truyền thông và vận động cộng đồng. Năm 2022 Chương trình đã đào tạo được 5 lớp ngắn ngày về nguyên lý y học gia đình; năm 2023 đào tạo về phòng chống dịch bệnh và an toàn sinh học, và tập huấn phòng chống bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng như nêu trên.

Bố trí thực hiện

Việc thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS đòi hỏi sự phối hợp của các tổ chức và cơ quan từ Bộ Y tế đến cộng đồng dân tộc thiểu số ở cấp địa phương. Ban quản lý Chương trình Trung ương (CPMU) thuộc Bộ Y tế đã gửi Kế hoạch phát triển DTTS cho các Ban QLDA các tỉnh để phối hợp thực hiện, giám sát và báo cáo việc thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS với sự hỗ trợ của tư vấn thực hiện Dự án.

I. Mô tả Dự án

1. Đề xuất Chương trình đầu tư phát triển mạng lưới y tế cơ sở vùng khó khăn sẽ hỗ trợ Chính phủ Việt Nam thực hiện Kế hoạch tổng thể để tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khỏe y tế cơ sở, nhằm cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng của hệ thống chăm sóc sức khỏe y tế cơ sở (YTCS). Tác động của chương trình sẽ tăng cường mạng lưới các cơ sở y tế cơ sở nhằm đảm bảo đáp ứng cho toàn bộ dân số. Kết quả sẽ cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ sở đối với phụ nữ và nam giới, đặc biệt là ở các vùng khó khăn và vùng sâu vùng xa.

2. **Đầu ra 1: Tăng cường quản lý đầu tư công cho mạng lưới y tế cơ sở.** Chương trình sẽ thiết lập khung pháp lý cần thiết để trực tiếp đầu tư theo kế hoạch tổng thể. Cải cách bao gồm (i) Bộ Y tế đánh giá các tỉnh để xác định khả năng quản lý tài chính phát triển, (ii) hoàn thành khung tài chính cho quy hoạch tổng thể, (iii) phân loại TYTX trên toàn quốc làm cơ sở cho ưu tiên đầu tư, và (iv) xây dựng danh sách thiết bị tối thiểu cho các TYTX. Khoản tài trợ của Chương trình sẽ hỗ trợ (i) trang thiết bị cho các TYTX để cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cơ bản, dịch vụ kỹ thuật nhạy cảm về giới; và (ii) cung cấp thiết bị nhằm tăng cường hệ thống giám sát và cảnh báo nhanh đối với an ninh y tế.

3. **Đầu ra 2: Cải thiện các mô hình dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở.** Chương trình sẽ thiết lập các chính sách đảm bảo cung cấp dịch vụ TYTX đáp ứng thông qua các cải cách sau đây: (i) triển khai một gói dịch vụ y tế cơ bản được bảo hiểm y tế hoàn trả; (ii) áp dụng mô hình bác sĩ gia đình về việc cung cấp dịch vụ y tế cơ sở; và (iii) khoanh định và tăng cường các chức năng y tế dự phòng của hệ thống y tế cơ sở, bao gồm an ninh y tế. Khoản tài trợ của dự án sẽ hỗ trợ (i) phát triển các mô hình để cung cấp và giới thiệu dịch vụ chăm sóc y tế cơ sở; (ii) tăng cường cho các TYTX ứng phó đối với an ninh y tế, bao gồm đại dịch, bùng phát và rủi ro sức khỏe xuyên

biên giới, theo tiêu chuẩn quốc tế; và (iii) cải thiện các hệ thống đảm bảo chất lượng và quản lý tích hợp thông tin y tế.

4. Đầu ra 3: Tăng cường phát triển và quản lý nhân lực mạng lưới y tế cơ sở.

Chương trình sẽ nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế và triển khai thông qua các cải cách để (i) tăng cường hệ thống cấp phép cho các học viên và các trạm y tế cơ sở; (ii) nâng cao các tiêu chuẩn năng lực cho nhân viên y tế; và (iii) tăng cường nhân lực y tế cơ sở bằng cách giải quyết các cơ chế khuyến khích, và mang tính đại diện về giới và dân tộc. Khoản tài trợ của dự án sẽ hỗ trợ (i) chương trình đào tạo nguồn nhân lực y tế về quản lý NCDs, SKSS, bệnh liên quan đến lão hóa, an ninh y tế và hợp tác khu vực; và (ii) đào tạo nguồn nhân lực y tế đảm bảo khả năng tiếp cận cho cán bộ nữ và dân tộc thiểu số. Về vấn đề này, các khóa đào tạo sẽ được thực hiện cho cán bộ y tế ở cấp xã và huyện với các mục tiêu định hướng về sự tham gia của phụ nữ và dân tộc thiểu số

5. Hợp phần I của Chương trình sẽ được thực hiện tại 16 tỉnh mục tiêu; cụ thể là: Hà Tĩnh, Nghệ An, Tuyên Quang, Bắc Giang, Phú Thọ, Điện Biên, Lai Châu, Quảng Nam, Phú Yên, Bình Thuận, Kon Tum, Gia Lai, Đắk Nông, Bình Phước, Sóc Trăng, Cà Mau. Khoản viện trợ của Chương trình (Hợp phần II sau đây gọi là Dự án) sẽ được thực hiện ở 6 tỉnh mục tiêu bao gồm Sóc Trăng, Quảng Nam, Phú Thọ, Gia Lai, Tuyên Quang và Đắk Nông.

6. Để đảm bảo rằng các lợi ích của dự án sẽ hướng tới người dân tộc thiểu số ở các tỉnh mục tiêu, một số các biện pháp tăng cường cần được thực hiện trong quá trình chuẩn bị và thực hiện dự án như: (i) xây dựng chiến lược truyền thông dự án về vấn đề giới và dân tộc thiểu số, và, (ii) khuyến khích nhân viên y tế dân tộc thiểu số tham gia vào các hoạt động tăng cường năng lực. Các biện pháp này được mô tả sâu hơn trong báo cáo này.

II. Khung chính sách và pháp lý

A. Khung chính sách và các luật liên quan đến người DTTS

7. Theo qui định của Chính phủ Việt Nam, dân tộc thiểu số có những đặc điểm sau: (i) Gắn kết tập thể và ở lâu dài trên lãnh thổ, đất đai hoặc khu vực tổ tiên của họ gắn bó với tài nguyên thiên nhiên; (ii) Tự xác định và công nhận bởi các thành viên láng giềng bởi sự khác biệt về văn hóa của họ, (iii) Ngôn ngữ khác với ngôn ngữ quốc gia, (v) Hệ thống xã hội và thể chế truyền thống lâu đời và (vi) Hệ thống sản xuất tự cung cấp.

8. Xem xét khung pháp lý và thể chế của người DTTS trong bối cảnh Chương trình cho thấy Chính phủ có cam kết mạnh mẽ trong việc giải quyết đói nghèo trong các nhóm DTTS của Việt Nam, được chứng minh bằng số lượng lớn các chính sách và chương trình nhắm vào phát triển người DTTS.

9. Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013) công nhận quyền bình đẳng giữa các dân tộc ở Việt Nam. Điều 5, Hiến pháp năm 2013 đã ban hành rằng: “Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là quốc gia thống nhất của tất cả các dân tộc sống trên lãnh thổ Việt Nam; Tất cả các dân tộc đều bình đẳng, đoàn kết, tôn trọng và hỗ trợ nhau trong sự phát triển của họ; Nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử và phân chia quốc gia; Ngôn ngữ quốc gia là tiếng Việt. Mọi quốc tịch đều có quyền sử dụng ngôn ngữ và hệ thống văn bản riêng của mình, để giữ gìn bản sắc dân tộc của mình, và để quảng bá phong tục, thói quen, truyền thống và văn hóa tốt đẹp của nó; Nhà nước thực hiện chính sách phát triển toàn diện, và cung cấp các điều kiện cho các dân tộc thiểu số quốc gia phát huy khả năng nội bộ của họ và cùng phát triển với quốc gia”.

10. Việc áp dụng các chính sách kinh tế - xã hội cho từng vùng và nhóm dân tộc có nhu cầu của đồng bào dân tộc thiểu số là một yêu cầu thiết yếu: Kế hoạch và chiến

lược phát triển kinh tế xã hội ở Việt Nam rất quan tâm đến người dân tộc thiểu số; Các chương trình chính cho người dân tộc thiểu số bao gồm Chương trình 135 (Cơ sở hạ tầng của người nghèo, vùng sâu, vùng xa) và Chương trình 134 (Xóa bỏ nhà tạm cho người nghèo). Ngoài các chính sách giáo dục và y tế đối với người dân tộc thiểu số, khung pháp lý cho người dân tộc thiểu số bao gồm các công cụ liên quan đến quy hoạch tổng thể khu vực, Chương trình 135 - giai đoạn II và các chính sách quản lý và bồi thường đất đai, Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế-xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025, Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2021-2025, Chương trình mục tiêu quốc gia giảm nghèo bền vững giai đoạn 2021-2025. Bảng 1 bao gồm các tham chiếu đến các công cụ pháp lý.

Bảng 1. Các tài liệu pháp lý liên quan đến người DTTS

2023	Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh
2023	Quyết định 4524/QĐ-BYT ngày 14 tháng 12 năm 2023 về việc công bố thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung trong lĩnh vực tài chính y tế thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế quy định tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế
2023	Thông tư 23/2023/TT-BGDĐT ngày 11 tháng 12 năm 2023 quy định về việc dạy và học tiếng Việt cho trẻ em là người dân tộc thiểu số trước khi vào lớp Một
2023	Nghị định 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế
2023	Thông tư 02/2023/TT-UBND ngày 21 tháng 08 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 02/2022/TT-UBND ngày 30 tháng 6 năm 2022 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Dân tộc hướng dẫn thực hiện một số dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2023	Thông tư 14/2023/TT-BYT ngày 30 tháng 6 năm 2023 Quy định trình tự, thủ tục lập gói thầu mua sắm hàng hóa, cung cấp dịch vụ trong lĩnh vực trang thiết bị y tế tại các cơ sở y tế công lập
2023	Luật Đấu thầu số 22/2023/QH15 ngày 23 tháng 6 năm 2023 có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2024
2023	Nghị định 33/2023/NĐ-CP ngày 10 tháng 6 năm 2023 Quy định về cán bộ, công chức cấp xã và người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã, ở thôn, tổ dân phố
2023	Thông tư 12/2023/TT-BYT ngày 06 tháng 06 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 10/2022/TT-BYT ngày 22 tháng 9 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn triển khai nội dung Đầu tư, hỗ trợ phát triển vùng trồng dược liệu quý thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng

	đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2023	Thông tư 03/2023/TT-BTTTT ngày 30 tháng 05 năm 2023 hướng dẫn thực hiện một số nội dung về thông tin và truyền thông trong Tiểu dự án 1 và Tiểu dự án 2 thuộc Dự án 10 của Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: Từ năm 2021 đến năm 2025
2023	Quyết định 1300/QĐ-BYT ngày 09 tháng 3 năm 2023 Ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2030
2022	Thông tư 05/2022/TT-UBDT ngày 30 tháng 12 năm 2022 quy định Hệ thống chỉ tiêu thống kê công tác dân tộc
2022	Thông tư 06/2022/TT-UBDT ngày 30 tháng 12 năm 2022 quy định chế độ báo cáo công tác dân tộc
2022	Nghị định 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế
2022	Thông tư 10/2022/TT-BYT ngày 22 tháng 09 năm 2022 hướng dẫn triển khai nội dung Đầu tư, hỗ trợ phát triển vùng trồng dược liệu quý thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2022	Thông tư 12/2022/TT-BNNPTNT ngày 20 tháng 9 năm 2022 hướng dẫn một số hoạt động về lâm nghiệp thực hiện Chương trình phát triển lâm nghiệp bền vững và Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021- 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2022	Nghị định số 66/2022/NĐ-CP ngày 20 tháng 9 năm 2022 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, trách nhiệm và cơ cấu tổ chức của Ủy ban Dân tộc.
2022	Thông tư 02/2022/TT-UBDT ngày 30 tháng 06 năm 2022 hướng dẫn thực hiện một số dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025

2022	Thông tư 01/2022/TT-UBND ngày 26 tháng 05 năm 2022 quy định quy trình giám sát, đánh giá thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế-xã hội vùng đồng bào đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030; giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2022	Nghị định số 27/2022/NĐ-CP ngày 19/4/2022 của Chính phủ quy định cơ chế quản lý, tổ chức thực hiện các Chương trình MTQG.
2022	Nghị định 28/2022/NĐ-CP ngày 26 tháng 04 năm 2022 về chính sách tín dụng ưu đãi thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế-xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn từ năm 2021 đến năm 2030, giai đoạn 1: từ năm 2021 đến năm 2025.
2022	Thông tư 15/2022/TT-BTC ngày 04 tháng 03 năm 2022 quy định quản lý và sử dụng kinh phí sự nghiệp thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia Phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025
2022	Quyết định 263/QĐ-TTg ngày 22 tháng 02 năm 2022 Phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2021 - 2025
2022	Quyết định số 90/QĐ-TTg ngày 18/01/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia giảm nghèo bền vững giai đoạn 2021 - 2025
2022	Quyết định số 02/QĐ-TTg ngày 05/01/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045
2021	Quyết định số 39/2021/QĐ-TTg ngày 30 tháng 12 năm 2021 của Thủ tướng Chính phủ quy định nguyên tắc, tiêu chí, định mức phân bổ vốn ngân sách trung ương và tỷ lệ vốn đối ứng của ngân sách địa phương thực hiện Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: Từ năm 2021 đến năm 2025
2021	Thông tư 32/2021/TT-BGDĐT ngày 22 tháng 11 năm 2021 hướng dẫn thực hiện một số điều Nghị định số 82/2010/NĐ-CP ngày 15 tháng 7 năm 2010 của Chính phủ quy định việc dạy và học tiếng nói, chữ viết của dân tộc thiểu số trong các cơ sở giáo dục phổ thông và trung tâm giáo dục thường xuyên

2021	Quyết định 1719/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2021 Phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025.
2021	Quyết định 612/QĐ-UBND ngày 16 tháng 09 năm 2021 phê duyệt danh sách các thôn đặc biệt khó khăn vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 – 2025
2021	Quyết định 861/QĐ-TTg ngày 4 tháng 6 năm 2021 Phê duyệt danh sách các xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2025
2020	Nghị định 141/2020/NĐ-CP ngày 08 tháng 12 năm 2020 quy định chế độ cử tuyển đối với học sinh, sinh viên dân tộc thiểu số.
2020	Nghị định 117/2020/NĐ-CP ngày 28 tháng 9 năm 2020 Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế.
2020	Quyết định 3532/QĐ-BYT ngày 12 tháng 8 năm 2020 của Bộ Y tế Quy định về việc xây dựng và triển khai Hệ thống thông tin quản lý Trạm y tế xã, phường, thị trấn.
2019	Thông tư 37/2019/TT-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2019 Quy định chế độ báo cáo thống kê ngành y tế.
2019	Quyết định số 5349/QĐ-BYT ngày 12 tháng 11 năm 2019 của Bộ Y tế về việc phê duyệt Kế hoạch triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử.
2018	Quyết định số 775/QĐ-TTg ngày 27/6/2018 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu Giáo dục miền núi, vùng dân tộc thiểu số và vùng khó khăn giai đoạn 2016 – 2020.
2017	Thông tư 58/2017/TT-BTC ngày 13/6/2017 hướng dẫn chính sách hỗ trợ tài chính cho tổ chức, đơn vị sử dụng lao động là người dân tộc thiểu số ở miền núi, vùng đặc biệt khó khăn.
2017	Thông tư 24/2017/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2017 của Bộ Y tế Quy định về quy trình tiếp nhận, khám bệnh, chữa bệnh và thống kê, báo cáo đối với người bệnh là nạn nhân bạo lực gia đình tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2016	Quyết định số 2085/QĐ-TTg ngày 31/10/2016 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chính sách đặc biệt hỗ trợ phát triển kinh tế - xã hội vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2017 – 2020.
2016	Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 về việc cấp chứng chỉ hành nghề cho người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
2016	Quyết định số 822/QĐ-BYT ngày 10 tháng 3 năm 2016 của Bộ Y tế phê duyệt Kế hoạch hành động về bình đẳng giới trong ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020.
2015	Nghị định 75/2015/ND-CP ngày 9 tháng 9 năm 2015 về cơ chế, chính sách bảo vệ và phát triển rừng gắn với chính sách giảm nghèo nhanh, bền vững và hỗ trợ đồng bào dân tộc thiểu số giai đoạn 2015 – 2020.
2015	Nghị định số 39/2015/ND-CP ngày 27/4/2015 của Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ phụ nữ hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con theo chính sách dân số.
2014	Thông tư 37/2014/TT-BGDDT ngày 02 tháng 12 năm 2014 ban hành Danh mục thiết bị giáo dục thiết yếu dạy tiếng dân tộc thiểu số ở cơ sở giáo dục phổ thông.
2010	Nghị định số 82/2010/ND-CP ngày 20/7/2010 của Chính phủ về dạy và học bằng tiếng dân tộc thiểu số trong trường học.

B. Chính sách và các chương trình phát triển người DTTS

11. Chính phủ đã ban hành và triển khai nhiều chính sách và chương trình hỗ trợ các nhóm dân tộc thiểu số và nâng cao mức sống của họ. Các nhóm dân tộc thiểu số nhận được lợi ích từ các chương trình và chính sách sau đây:

- Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025. Đây là Chương trình hỗ trợ toàn diện cho sự phát triển kinh tế-xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi, bao gồm 10 dự án liên quan đến tất cả các lĩnh vực kinh tế-xã hội quan trọng như:

- Dự án 1: Giải quyết trình trạng thiếu đất ở, nhà ở, đất sản xuất, nước sinh hoạt;
 - Dự án 2: Quy hoạch, sắp xếp, bố trí, ổn định dân cư ở những nơi cần thiết;
 - Dự án 3: Phát triển sản xuất nông, lâm nghiệp bền vững, phát huy tiềm năng, thế mạnh của các vùng miền để sản xuất hàng hóa theo chuỗi giá trị;
 - Dự án 4: Đầu tư cơ sở hạ tầng thiết yếu, phục vụ sản xuất, đời sống trong vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi và các đơn vị sự nghiệp công lập của lĩnh vực dân tộc;
 - Dự án 5: Phát triển giáo dục đào tạo nâng cao chất lượng nguồn nhân lực;
 - Dự án 6: Bảo tồn, phát huy giá trị văn hóa truyền thống tốt đẹp của các dân tộc thiểu số gắn với phát triển du lịch;
 - Dự án 7: Chăm sóc sức khỏe Nhân dân, nâng cao thể trạng, tầm vóc người dân tộc thiểu số; phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em;
 - Dự án 8: Thực hiện bình đẳng giới và giải quyết những vấn đề cần thiết đối với phụ nữ và trẻ em;
 - Dự án 9: Đầu tư phát triển nhóm dân tộc thiểu số rất ít người và nhóm dân tộc còn nhiều khó khăn;
 - Dự án 10: Truyền thông, tuyên truyền, vận động trong vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi.
- Chương trình mục tiêu quốc gia giảm nghèo và an sinh xã hội bền vững giai đoạn 2021-2025. Chương trình này gồm 7 dự án quan trọng sau:
- Dự án 1: Hỗ trợ đầu tư phát triển hạ tầng kinh tế - xã hội các huyện nghèo, các xã đặc biệt khó khăn vùng bãi ngang, ven biển và hải đảo;

- Dự án 2: Đa dạng hóa sinh kế, phát triển mô hình giảm nghèo;
 - Dự án 3: Hỗ trợ phát triển sản xuất, cải thiện dinh dưỡng;
 - Dự án 4: Phát triển giáo dục nghề nghiệp, việc làm bền vững;
 - Dự án 5: Hỗ trợ nhà ở cho hộ nghèo, hộ cận nghèo trên địa bàn các huyện nghèo;
 - Dự án 6: Truyền thông và giảm nghèo về thông tin;
 - Dự án 7: Nâng cao năng lực và giám sát, đánh giá Chương trình.
- Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2021-2025, gồm 10 thành phần, trong đó thành phần số 4 là về giảm nghèo bền vững, đặc biệt là vùng đồng bào dân tộc thiểu số, miền núi, vùng bãi ngang ven biển và hải đảo; thành phần số 5 là về nâng cao chất lượng giáo dục, y tế và chăm sóc sức khỏe người dân nông thôn; thành phần số 6 là về nâng cao chất lượng đời sống văn hóa của người dân nông thôn; bảo tồn và phát huy các giá trị văn hóa truyền thống theo hướng bền vững gắn với phát triển du lịch nông thôn; và thành phần số 7 về nâng cao chất lượng môi trường; xây dựng cảnh quan nông thôn sáng – xanh – sạch – đẹp, an toàn; giữ gìn và khôi phục cảnh quan truyền thống của nông thôn Việt Nam;

Ngoài các chương trình/chính sách đặc thù dành cho đồng bào dân tộc thiểu số và vùng có đồng bào dân tộc thiểu số, người dân tộc thiểu số còn được lợi từ các chương trình, chính sách phát triển khác dành cho người dân nói chung, bao gồm cả người dân tộc thiểu số. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, có thể kể ra một số văn bản chính sách quan trọng như Quyết định 155/QĐ-TTg ngày 29 tháng 1 năm 2022 Phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025, Quyết định 4485/QĐ-BYT ngày 20 tháng 09 năm 2021 Phê duyệt Kế hoạch triển khai thực hiện Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25

/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030, Quyết định 5658/QĐ-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2021 ban hành Kế hoạch thực hiện chiến lược quốc gia về bình đẳng giới trong ngành y tế giai đoạn 2021-2030, và nhiều văn bản chính sách khác.

Bên cạnh các chương trình mục tiêu quốc gia và các chính sách nêu trên, các nhóm dân tộc thiểu số còn được hưởng lợi từ nhiều chương trình, chính sách của Chính phủ trong thời gian trước đây mà nhiều chương trình/chính sách còn hiệu lực cho đến ngày nay. Đáng chú ý là các chương trình/chính sách sau:

- Chương trình được đầu tư theo Nghị quyết 30a/2008/NQ-CP ngày 27/12/2008 của Chính phủ về hỗ trợ cây giống, công cụ làm việc và nguồn vốn
- Chương trình mục tiêu quốc gia về vệ sinh nông thôn và cung cấp nước sạch.
- Chương trình mục tiêu quốc gia về dân số và kế hoạch hóa gia đình
- Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống các bệnh xã hội nguy hiểm, dịch bệnh và HIV / AIDS.
- Chương trình mục tiêu quốc gia về giáo dục và đào tạo.
- Chính sách cấp thẻ bảo hiểm y tế cho đồng bào dân tộc thiểu số thuộc các nhóm sau: hộ nghèo, cận nghèo, người sống ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, người dân sống ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn theo Luật Bảo hiểm Y tế.
- Chính sách hỗ trợ chi phí khám chữa bệnh (bao gồm thực phẩm, tự vận chuyển, vận chuyển khẩn cấp và tử vong nhà) cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống trong điều kiện kinh tế xã hội khó cung cấp khám, chữa bệnh nội trú tại các cơ sở y tế cấp huyện theo mức quy định tại Quyết định số 14/2012 /

QĐ-TTg ngày 01 tháng 3 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ sửa đổi Quyết định 139/2002 / QĐ-TTg về khám, chữa bệnh cho người nghèo.

- Chính sách hỗ trợ phụ nữ nghèo là người dân tộc thiểu số khi có con theo chính sách dân số theo Nghị định số 39/2015 / NĐ-CP ngày 27/4/2015 của Chính phủ.
- Chính sách đào tạo nguồn nhân lực cho vùng khó khăn, miền núi theo trình độ tuyển dụng tại Quyết định số 1544 / QĐ-TTg ngày 14 tháng 11 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án đào tạo nguồn nhân lực cho cán bộ y tế đối với vùng khó khăn, vùng núi phía Bắc và miền Trung, đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên theo chế độ đề cử.

c. Chính sách an toàn của ADB về người DTTS

12. Mục tiêu bảo vệ người dân bản địa như được nêu trong Tuyên bố chính sách an toàn của ADB (SPS) 2009 là đảm bảo rằng các dự án được thiết kế và thực hiện theo cách tôn trọng đầy đủ bản sắc dân tộc, nhân phẩm, nhân quyền, hệ thống sinh kế và tính độc đáo về văn hóa khi họ xác định chúng. Điều này là để người dân bản địa: i) nhận được các lợi ích kinh tế và xã hội thích hợp về mặt văn hóa; ii) không bị ảnh hưởng bất lợi do các dự án và iii) có thể tham gia tích cực vào các dự án ảnh hưởng đến chúng.

13. Theo Chính sách an toàn của ADB, thuật ngữ người bản địa được sử dụng theo nghĩa chung để chỉ một nhóm riêng biệt, dễ bị tổn thương, xã hội và văn hóa sở hữu các đặc điểm sau ở các mức độ khác nhau: (i) tự xác định là thành viên của một nền văn hóa bản địa riêng biệt nhóm và công nhận danh tính này bởi những người khác; (ii) gắn kết tập thể với môi trường sống địa lý riêng biệt hoặc lãnh thổ tổ tiên trong khu vực dự án và tài nguyên thiên nhiên trong các môi trường sống và vùng lãnh thổ này; (iii) các thể chế văn hóa, kinh tế, xã hội, hoặc chính trị theo phong tục riêng biệt với các tổ chức và xã hội thống trị; và (iv) một ngôn ngữ riêng biệt, thường khác với

ngôn ngữ chính thức của quốc gia hoặc khu vực. Khi xem xét các đặc điểm này, luật pháp quốc gia, luật tục, và bất kỳ công ước quốc tế nào mà quốc gia đó là một bên sẽ được xem xét. Một nhóm đã mất đi tính gắn kết tập thể với môi trường sống địa lý riêng biệt hoặc lãnh thổ tổ tiên nằm trong khu vực dự án bởi sự ép buộc vẫn đủ điều kiện được áp dụng theo chính sách này.

D. Các nguyên tắc của chính sách an toàn (SPS 2009) đối với người bản địa:

1) Sàng lọc sớm để xác định (i) liệu người dân bản địa có hiện diện hay có gắn bó tập thể với khu vực dự án; và (ii) liệu các tác động của dự án đối với người dân bản địa có khả năng xảy ra.

2) Thực hiện đánh giá về tác động xã hội và nhạy cảm về mặt văn hóa và giới hoặc sử dụng các phương pháp tương tự để đánh giá các tác động tiềm tàng của dự án, cả tích cực và tiêu cực đối với người dân tộc bản địa.

3) Thực hiện các cuộc tham vấn thiết thực với các cộng đồng dân tộc thiểu số bị ảnh hưởng và các tổ chức người bản địa có liên quan để thu hút sự tham gia của họ (i) trong thiết kế, thực hiện và giám sát các biện pháp để tránh tác động bất lợi hoặc không thể tránh được, giảm thiểu, giảm thiểu hoặc bù đắp các tác động đó ; và (ii) trong việc điều chỉnh các lợi ích của dự án cho các cộng đồng dân tộc thiểu số bị ảnh hưởng theo cách phù hợp về mặt văn hóa;

4) Xác định sự đồng ý của cộng đồng người bản địa bị ảnh hưởng đối với các hoạt động dự án sau đây: (i) phát triển các nguồn lực văn hóa và kiến thức của người bản địa; (ii) chuyển dịch vật chất từ các vùng đất truyền thống hoặc tập quán; và (iii) phát triển tài nguyên thiên nhiên trong các vùng đất thông thường đang được sử dụng.

5) Tránh, đến mức tối đa có thể, bất kỳ hạn chế tiếp cận và di dời từ các khu vực được bảo vệ và tài nguyên thiên nhiên. Trường hợp không thể tránh được, hãy đảm

bảo rằng các cộng đồng dân tộc thiểu số bị ảnh hưởng được tham gia vào việc thiết kế, thực hiện và giám sát và đánh giá các cơ chế quản lý đối với các khu vực và tài nguyên thiên nhiên và các lợi ích chia sẻ tương xứng.

6) Chuẩn bị Kế hoạch người bản địa (IPP) dựa trên [đánh giá tác động xã hội] với sự trợ giúp của các chuyên gia giàu kinh nghiệm và có trình độ và thu thập các kiến thức về người bản địa và sự tham gia của cộng đồng người bản địa bị ảnh hưởng. Kế hoạch người bản địa bao gồm một khung kế hoạch để tiếp tục tham vấn với các cộng đồng dân tộc thiểu số bị ảnh hưởng trong quá trình thực hiện dự án; quy định cụ thể các biện pháp để đảm bảo rằng người dân bản địa nhận được các lợi ích phù hợp về mặt văn hóa; xác định các biện pháp để tránh, giảm thiểu, giảm thiểu hoặc bồi thường cho bất kỳ tác động bất lợi nào của dự án; và bao gồm các thủ tục khiếu nại phù hợp về văn hóa, sắp xếp giám sát và đánh giá, và một ngân sách và các hành động ràng buộc thời gian để thực hiện các biện pháp đã lên kế hoạch;

7) Phổ biến kế hoạch người bản địa dự thảo, bao gồm tài liệu về quy trình tham vấn và kết quả của [đánh giá tác động xã hội] một cách kịp thời, trước khi thẩm định dự án, ở nơi dễ tiếp cận và ở dạng và ngôn ngữ dễ hiểu đối với cộng đồng người bản địa bị ảnh hưởng và các bên liên quan khác. Kế hoạch người bản địa cuối cùng và các cập nhật của kế hoạch người bản địa cũng sẽ được phổ biến cho các cộng đồng người bản địa bị ảnh hưởng và các bên liên quan khác;

8) Chuẩn bị một kế hoạch hành động để công nhận quyền pháp lý đối với đất đai và vùng lãnh thổ hoặc tổ tiên khi dự án bao gồm (i) các hoạt động có liên quan đến việc thiết lập quyền được thừa nhận hợp pháp đối với đất đai và lãnh thổ mà người bản xứ sở hữu hoặc thường xuyên sử dụng hoặc chiếm đóng, hoặc (ii) thu hồi đất bắt buộc;

9) Giám sát việc thực hiện kế hoạch người bản địa bởi các chuyên gia có kinh nghiệm và đủ điều kiện; áp dụng cách tiếp cận giám sát có sự tham gia, bất cứ nơi nào có

thể; và đánh giá liệu kết quả khách quan và mong muốn của kế hoạch người bản địa đã đạt được, có tính đến các điều kiện cơ sở và kết quả giám sát kế hoạch người bản địa hay không. Công bố các báo cáo giám sát.

III. Đánh giá tác động xã hội

A. Phương pháp

14. Một số phương pháp đã được sử dụng trong quá trình chuẩn bị Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số (EMDP) bao gồm đánh giá các tài liệu¹ sẵn có về người dân tộc thiểu số để xác định tình trạng và điều kiện của các nhóm dân tộc thiểu số liên quan đến vấn đề sức khỏe và tiếp cận các dịch vụ y tế. Các cuộc thảo luận nhóm tập trung và phỏng vấn chuyên sâu cũng được thực hiện để xác định các rào cản và khó khăn mà người dân tộc thiểu số phải đối mặt trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản và đề xuất các biện pháp tăng cường tác động tích cực của dự án

15. Các cuộc thảo luận nhóm tập trung tại Kon Tum ở Tây Nguyên và Sóc Trăng ở Đồng bằng sông cửu long, nằm trong số các tỉnh mục tiêu của dự án và được lựa chọn vì đây là những tỉnh tương đối nghèo với tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao, và do yêu cầu về thời gian. Các địa điểm cho chuyến đi thực địa ở mỗi tỉnh được lựa chọn dựa trên những cân nhắc sau:

- Ưu tiên cho những nơi nghèo khó (các xã thuộc loại 3 được phân loại theo Quyết định 4667 / QĐ-BYT ngày 7/11/2014);
- Ưu tiên cho các xã có nhiều người dân tộc thiểu số;

16. Tổng cộng, nhóm đã đến thăm 4 huyện và 4 xã ở Kon Tum và Sóc Trăng

¹ (i) Báo cáo Tiềm khả thi - FS, (ii) Niên giám y tế 2015, (iii) Cơ sở dữ liệu của Vụ Tổ chức cán bộ, BHYT, năm 2016 và báo cáo 53 dân tộc được thực hiện bởi Ủy ban dân tộc năm 2016.

B. Thông tin chung về người DTTS tại Việt Nam

17. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê về điều tra Dân số và nhà ở năm 2019, tổng dân số 53 dân tộc thiểu số ở Việt Nam là 14,1 triệu người (chiếm 14,6% dân số cả nước). Vùng Trung du và miền núi phía Bắc có số lượng người dân tộc thiểu số cao nhất (7,03 triệu người), Tây Nguyên (khoảng 2 triệu người), Bắc Trung Bộ và vùng Tây Nam Bộ có khoảng 1,9 triệu người. Phân bố của các dân tộc cũng có nhiều khác biệt giữa các vùng và các tỉnh. Mỗi dân tộc sống ở những nơi khác nhau và mỗi làng thường bao gồm một số nhóm dân tộc. Phân bố các nhóm dân tộc đã thay đổi do di cư, đặc biệt là ở miền Trung, Tây Nguyên và Nam Bộ.

18. Phân bố tộc người ở các tỉnh là không đồng đều, trong đó, ở các vùng đều có các nhóm dân tộc đặc trưng. Chẳng hạn, ở vùng miền núi phía Bắc có các nhóm dân tộc thuộc chế độ phụ hệ như Hmông, Dao, Tày, Nùng, Thái, ... Ở các tỉnh Tây Nguyên và Tây Nam Bộ có các dân tộc thuộc chế độ mẫu hệ như Ê đê, Ba Na, Gia Rai, Xơ đăng, Mnông, Khơ me, ... Ở một số tỉnh có các dân tộc dân số ít nằm trong nhóm được bảo vệ đặc biệt trong chính sách dân tộc của Chính phủ Việt Nam. Một số dân tộc có dân số rất ít người như Ô đù (441 người, tỉnh Nghệ An); dân tộc Si La (592 người, tỉnh Lai Châu); dân tộc Mảng (4.501, tỉnh Lai Châu); Dân tộc Brâu, Rơ Măm (tỉnh Kon Tum), ...

19. Chia theo giới tính, tỷ lệ nam và nữ DTTS tương đối cân bằng (50,4% nam và 49,6% nữ) ngoại trừ nhóm dân tộc Sán Chay, Thổ, Pu Páo, Sán Dìu, Ngái và Ô Đu có tỷ lệ nam giới cao (trên 52%) so với nữ.

20. Về quy mô hộ gia đình, hộ DTTS có từ 3,4 đến 5,6 thành viên tùy theo từng dân tộc, bình quân một hộ có 4,4 người. Nhóm dân tộc có quy mô hộ nhỏ (dưới 4 thành viên/hộ) bao gồm Brâu, Hrê, Rơ Măm, Ngái, Gié Triêng, và Tày. Các dân tộc có quy mô hộ lớn (5 thành viên trở lên) bao gồm Pà Thẻn, Hà Nhì, La Chí, Mông.

21. Tỷ lệ người DTTS sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh không cao. Theo quy định, đồng bào DTTS được hưởng các chính sách ưu đãi trong khám chữa bệnh, được nhà nước cấp thẻ BHYT miễn phí và được hưởng 100% chi phí khám chữa bệnh theo BHYT. Kết quả Điều tra 53 DTTS năm 2019 cho thấy tỷ lệ người DTTS có thẻ BHYT là 93,5%²; tỷ lệ này ở khu vực thành thị là 86,6% và ở nông thôn là 94,4%; không có khác biệt đáng kể giữa nam và nữ về tỷ lệ tham gia BHYT. Tuy nhiên, tỷ lệ khám chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người DTTS trung bình chỉ đạt 43,7% (thấp hơn năm 2015 là 44,8%); tỷ lệ nữ DTTS sử dụng BHYT khám chữa bệnh là 46,8% và tỷ lệ của nam DTTS sử dụng thẻ BHYT để khám chữa bệnh là 40,5%. Có 17/53 dân tộc có tỷ lệ khám chữa bệnh sử dụng BHYT dưới 40%. Dân tộc Lô Lô có tỷ lệ khám chữa bệnh sử dụng BHYT thấp nhất, chỉ là 28,8% (nam 26,1% và nữ 31,6%)³.

22. Ngày 04 tháng 06 năm 2021 Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định 861/QĐ-TTg phê duyệt danh sách các xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025; tiếp đó Ủy ban Dân tộc ra Quyết định số 612/QĐ-UBND ngày 16 tháng 9 năm 2021 phê duyệt danh sách các thôn đặc biệt khó khăn vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025. Hai quyết định này đã khiến cho nhiều người dân tộc thiểu số và nhiều gia đình người dân tộc thiểu số ở các địa phương mà trước đó được phân loại là xã thuộc khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn (những người thuộc diện được nhà nước hỗ trợ bảo hiểm y tế) nhưng nay không nằm trong diện này nên không còn được nhà nước hỗ trợ như trước. Điều này khiến tỷ lệ người dân tộc thiểu số có thẻ BHYT giảm mạnh. Trước tình hình đó, căn cứ vào đề xuất của các địa phương, ngày 19 tháng 10 năm 2023, Chính phủ ban hành Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi

² Tỷ lệ dân số có BHYT chung năm 2019 chỉ là 89,1% (Niên giám Thống kê Y tế 2019-2020).

³ Ủy ban Dân tộc (2021). Số liệu về phụ nữ và nam giới các dân tộc ở Việt Nam giai đoạn 2015-2019. Hà Nội, UN Women.

bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quyết định hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại địa bàn các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016-2020 mà các xã này không còn trong danh sách xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025; thời gian hỗ trợ là 36 tháng kể từ ngày 01 tháng 11 năm 2023. Việc ban hành Nghị định số 75/2023/NĐ-CP đã phần nào giảm bớt khó khăn cho người dân tộc thiểu số ở các vùng bị ảnh hưởng trong việc tiếp cận bảo hiểm y tế.

23. Về tỷ lệ sử dụng thẻ bảo hiểm y tế thấp, một số điều tra do Ủy ban dân tộc thực hiện năm 2016 cho thấy tình trạng này là do: (i) sử dụng phương pháp điều trị thay thế bao gồm tự điều trị dựa trên phương pháp truyền thống (y học dân gian, mê tín dị đoan). Các thành viên cộng đồng dân tộc thiểu số chỉ đến TYTX hoặc huyện khi bệnh đã trở nên quá nghiêm trọng, trong khi năng lực và điều kiện điều trị tại xã và huyện còn yếu; (ii) không hiểu rõ lợi ích của thẻ bảo hiểm y tế; (iii) điều kiện kinh tế khó khăn; (iv) khoảng cách đến các cơ sở y tế rất xa: khó khăn về giao thông (xe cộ, điều kiện đường xá) kết hợp với nỗi sợ đi quá xa. Các cuộc khảo sát của Ủy ban dân tộc cho thấy khoảng cách từ nhà đến các cơ sở y tế tương đối xa, đặc biệt đối với một số nhóm dân tộc như Mạ, Cống, Lô Lô, La Hủ, La Ha. Trung bình, nhà cách trạm y tế 3,8 km và cách bệnh viện 16,7 km, một số dân tộc sống xa các bệnh viện như: Ô Du - 72km, Rơ Măm - 60,1km, Hà Nhì - 53,8km, Chứt - 48km. Ngoài ra, có khoảng 24 dân tộc, nơi khoảng cách từ nhà đến bệnh viện từ 20 km đến 40 km.

24. Báo cáo Tổng kết công tác Y tế năm 2023 của Sở Y tế Kon Tum cũng cho thấy mặc dù số lượt người khám chữa bệnh trong 11 tháng đầu năm 2023 tăng 18% so với cùng kỳ năm trước, tuy nhiên công suất sử dụng giường bệnh của nhiều bệnh

viện, trung tâm y tế khá thấp so với kế hoạch được giao: 53,4% ở bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi; 33% ở bệnh viện Y dược cổ truyền-Phục hồi chức năng; 47,7% ở Trung tâm Y tế huyện Đắk Glei; 64,7% ở Trung tâm Y tế huyện Đắk Hà; 47,9% ở Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô, 28,4% ở Trung tâm Y tế huyện Ia H'Drai; 18,6% ở Trung tâm Y tế huyện Kon Plông; 27,1% ở Trung tâm Y tế huyện Kon Rẫy; 58,7% ở Trung tâm Y tế huyện Sa Thầy, và 31,6% ở Trung tâm Y tế huyện Tu Mơ Rông. Theo Sở Y tế Kon Tum, có 3 nguyên nhân chính của tình trạng này, bao gồm: (1) một số xã đạt chuẩn nông thôn mới nên nhiều người dân không được cấp thẻ BHYT miễn phí và không được Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo hỗ trợ như trước nữa, khiến họ phải tự túc mọi chi phí đi lại và khám chữa bệnh, làm giảm sức hút người dân đến các cơ sở y tế của tỉnh; (2) những người có điều kiện kinh tế có xu hướng đi khám chữa bệnh ở tuyến trên, chưa tin tưởng chất lượng dịch vụ tại tuyến huyện và xã, nơi còn nhiều hạn chế về cơ sở vật chất và thiếu cán bộ có kinh nghiệm; và (3) việc triển khai khám chữa bệnh bằng phương pháp y học cổ truyền, phục hồi chức năng tại các trạm y tế gặp nhiều khó khăn do nhân lực và trang thiết bị chưa đảm bảo.

25. Ở Sóc Trăng, theo số liệu Niên giám Thống kê tỉnh Sóc Trăng năm 2022, trong năm đó có 1.123.551 người trong tổng số dân là 1.197.823 người có BHYT (chiếm 98%), và có 2.403.243 lượt người được hưởng BHYT. Như vậy, trung bình mỗi người dân có BHYT được hưởng 2,1 lần được BHYT hỗ trợ.

Bảng 2. Phân bố tộc người chia theo tỉnh

	Tày	Thái	Mường	Nùng	Mông	Dao	Sán Chay	Khơ mú	Sán Dìu	Nhóm dân tộc có dân số ít
Tuyên Quang	205624	798	1579	16902	21310	105359	70636	34	15440	1258 (Pà Thẻn)
Bắc Giang	59008	2252	2234	95806	498	12379	30283	51	33846	
Phú Thọ	5229	1830	218404	1375	1267	15702	4278	62	329	
Điện Biên	1683	213714	1292	908	228279	6659	182	19785	42	Kháng (5224) Hà Nhì (4555) Phù Lá (247)

	Tày	Thái	Mường	Nùng	Mông	Dao	Sán Chay	Khơ mú	Sán Dìu	Nhóm dân tộc có dân số ít
										Cống (1145) Sila (243)
Lai Châu	1793	142898	1707	334	110323	58849	146	7778	80	Hà Nhì (15.952) La Hủ (12002) Lự (6693) Mảng (4501) Cống (1513) Si la (592)
Nghệ An	1068	338559	1247	511	33957	120	31	43139	38	Ơ đu (411)
Hà Tĩnh	258	801	776	99	9	43	15	9	6	
Quảng Nam	697	291	815	425	22	73	Xơ đăng	Cơ tu	Gié Triêng	Co
							47268	55091	23222	6479
Phú Yên	2349	298	231	2283	192	1031	Ê đê	Ba Na	Chăm	Hre
							25225	4680	22813	164
Bình Thuận	5978	230	788	2529	2	47	Hoa	Cơ ho	Chăm	Raglai
							9917	13531	39557	17382
Kon Tum	3552	8905	8114	2830	14	545	Gia Rai	Ba Na	Xơ Đăng	Gié Triêng
							25883	68799	133117	39515
Gia Lai	11412	5440	8283	12420	3386	4825	459738	189367	964	70
Đắk Nông	24751	11250	5446	31063	34976	19786	Ê Đê	Mnông	Mạ	Hoa
							6726	50718	8087	5779
Bình Phước	24862	1536	3286	23917	823	3104	Khơ me	Mnông	Xtiêng	Hoa
							19315	10879	96649	8049
Sóc Trăng	54	48	98	49	3	16	362029	0	0	62389
Cà Mau	148	119	198	59	11	11	26110	5	7	6343

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra Dân số và Nhà ở, 1.4.2019.

C. Các nhóm DTTS tại các tỉnh của dự án

26. Nhìn chung, tỷ lệ người dân tộc thiểu số ở các tỉnh dự án tương đối cao, trung bình 25,5%, cao hơn mức trung bình toàn quốc là 14,6%. Các nhóm dân tộc thiểu số cũng đa dạng và bao gồm Thái, Khơ Mú, Tày, Dao, Sán Chay (Cao Lan), Nùng,

Hoa, H'Mông, Sán Dìu, Xê Đăng, Khmer, Xơ Đăng; Ba na; Gia Rai; Gie Trieng; Brau; Ro Nam; Hrê; Mường. Thông tin thêm về các dân tộc thiểu số ở các tỉnh dự án được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 3. Thông tin về người DTTS tại các tỉnh của dự án

ST T	Tỉnh	Dân số	DTTS	% DTTS	% DTTS nghèo	% DTTS cận nghèo
1	Tuyên Quang	784.811	445.504	57%	24,3%	17,4%
2	Bắc Giang	1.803.950	252.273	14%	18,2%	13,3%
3	Phú Thọ	1.463.726	249.564	17%	14,7%	13,2%
4	Điện Biên	598.856	494.795	83%	46,9%	11,6%
5	Lai Châu	460.196	386.963	84%	31,5%	13,8%
6	Nghệ An	3.327.791	491.295	15%	29,2%	26,1%
7	Hà Tĩnh	1.288.866	3.112	0,24%	10,2%	4,4%
8	Quảng Nam	1.495.812	140.590	9,4%	47,3%	5,0%
9	Phú Yên	872.964	60.134	6,9%	38,4%	20,1%
10	Bình Thuận	1.230.808	97.006	7,9%	12,7%	16,0%
11	Kon Tum	540.438	296.866	55%	31,0%	11,4%
12	Gia Lai	1.513.847	699.791	46%	21,2%	17,9%
13	Đắk Nông	622.186	202.360	33%	28,6%	9,9%
14	Bình Phước	994.679	195.659	20%	9,6%	6,3%
15	Sóc Trăng	1.199.653	424.846	35%	13,6%	15,5%
16	Cà Mau	1.194.476	33.624	2,8%	16,7%	5,9%

ST T	Tỉnh	Dân số	DTTS	% DTTS	% DTTS nghèo	% DTTS cận nghèo
	Tổng	19.393.059	4.474.382	23%		
	Toàn quốc	96.575.342	14.100.000	14,6%	22,3%	13,2%

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra Dân số và Nhà ở, 1.4.2019; Ủy ban Dân tộc và Tổng cục Thống kê (2020), Kết quả điều tra thu thập thông tin về thực trạng kinh tế-xã hội của 53 dân tộc thiểu số năm 2019. Hà Nội, NXB Thống kê.

Bảng 4. Dân số, % EM và TYT tại 6 tỉnh mục tiêu và 12 huyện mục tiêu vào năm 2023

	Dân số	% DTTS	Trạm y tế xã	Trạm y tế xã có bác sĩ
Phú Thọ	1551033	27	225	201
Đoan Hùng	127208	5.2	22	22
Yên Lập	100005	78.1	17	2
Tuyên Quang				
Sơn Dương	210469	46.9	28	28
Yên Sơn	160880	57.1	27	24
Quảng Nam				
Hiệp Đức	45760	11.3	11	3
Quế Sơn				
Gia Lai	1613895	45.8	220	179
Ia Pa	60508	78.7	9	7
Krong Pa	93345	72.2	14	12
Dak Nong	197011	31.3	19	19
Dak R'Lap	94146	12.1	8	8
Cu Jut	102865	48.8	11	11
Sóc Trăng	1296995		109	95
Long Phú	93435	50.6	11	11
Cù Lao Dung	57713	8	8	7

Nguồn: PPMUs.

D. Nguồn nhân lực cán bộ y tế trong khu vực nghiên cứu

a) Nguồn nhân lực y tế tỉnh Kon Tum

27. Tại tỉnh Kon Tum, tính đến cuối năm 2023 có 2.739 công chức, viên chức và người lao động đang làm việc trong ngành y tế, trong đó có 266 người có trình độ sau đại học y dược (9,7%), 939 người có trình độ đại học y dược (34,3%), 888 người có trình độ cao đẳng y dược (32,4%), 399 người có trình độ trung cấp y dược (14,6%), và 247 người có trình độ sơ cấp và các cán bộ khác (9%)⁴. Năm 2023 Sở Y tế Kon Tum đã cử 10 bác sĩ đang công tác tại vùng đặc biệt khó khăn, vùng biên giới tham gia đào tạo chuyên khoa I tại Đại học Y Dược Huế theo Đề án 585 của Bộ Y tế và tổ chức tuyển dụng 93 viên chức ngành Y tế. Số bác sĩ trên 1 vạn dân là 10,5 bác sĩ (mức trung bình trong cả nước là 12,5 bác sĩ trên 10.000 dân⁵). 100% xã, phường, thị trấn có bác sĩ. Khoảng một nửa số nhân viên y tế và bác sĩ làm việc tại các bệnh viện cấp tỉnh (1.244 nhân viên trong đó có 253 bác sĩ). Phần còn lại của nhân lực y tế làm việc ở cấp huyện và xã.

28. Cán bộ y tế dân tộc thiểu số chiếm 20% tổng nhân lực y tế ở cấp huyện và cấp xã. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với mức 53% người dân tộc thiểu số trong tổng dân số của tỉnh. Tuy nhiên, đại diện của các dân tộc thiểu số trong số các bác sĩ lại khá ấn tượng, với tỷ lệ 54% bác sĩ là người dân tộc thiểu số trong tổng số bác sĩ ở tuyến huyện và xã - quy mô tương ứng với tỷ lệ người dân tộc thiểu số trong dân số nói chung. Ở cấp huyện, bác sĩ dân tộc thiểu số chiếm 34% (54/161 bác sĩ), nhưng tại TYTX, các bác sĩ dân tộc thiểu số chiếm tới 90% tổng số bác sĩ ở cấp xã (84 trong số 93 bác sĩ làm việc trong các trạm y tế). Tỷ lệ cao của các bác sĩ dân tộc thiểu số ở cấp xã có lẽ là kết quả của chính sách ưu tiên của chính phủ và điều kiện thuận lợi cho việc tuyển người DTTS từ các vùng khó khăn cho đào tạo y tế (họ không cần thi tuyển đại học) theo Quyết định 1544 / QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 14 tháng 11 năm 2007. Đối với các bằng cấp khác, tỷ lệ là người dân tộc thiểu số

⁴ Sở Y tế tỉnh Kon Tum (2023). Báo cáo số 4622/BC-SYT ngày 17 tháng 12 năm 2023 Tổng kết công tác y tế năm 2023; nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu năm 2024. Kon Tum.

⁵ Bộ Y tế (2024). Báo cáo số 11/BC-BYT ngày 04 tháng 01 năm 2024 Tổng kết công tác y tế năm 2023 và nhiệm vụ, giải pháp năm 2024. Hà Nội.

thấp hơn nhiều so với tỷ lệ người DTTS trong dân số nói chung. Vui lòng xem bảng dưới đây để biết thêm thông tin về nhân viên y tế là người DTTS tại tỉnh Kon Tum.

b) Nguồn nhân lực y tế tại tỉnh Sóc Trăng

29. Theo Niên giám Thống kê y tế tỉnh Sóc Trăng năm 2022 tổng số nhân lực ngành y tại tỉnh Sóc Trăng là 4.017 người, trong đó có 1.088 bác sĩ, 895 y sĩ, 1.399 điều dưỡng viên, 372 hộ sinh, và 263 kỹ thuật viên; nhân lực ngành dược có 548 người, bao gồm 251 dược sĩ và 297 dược sĩ cao đẳng/trung cấp. Trong số lực lượng lao động ngành y tế ở các xã vùng dân tộc thiểu số, bác sĩ chiếm 10,5%, y sĩ/y tá/điều dưỡng viên chiếm 54,1%, hộ sinh chiếm 14,6% , dược sĩ chiếm 15%, dược tá chiếm 0,7% và 5% là các nhân viên khác⁶. Tỷ lệ người dân tộc thiểu số trong lực lượng lao động y tế chỉ là 21,8% (21,7% là nhân viên thường trực và 0,1% đang làm việc trên cơ sở hợp đồng), thấp hơn nhiều so với tỷ lệ người dân tộc thiểu số trong dân số nói chung.

30. Theo Niên giám Thống kê tỉnh Sóc Trăng năm 2022, 93,5% số xã/phường/thị trấn có bác sĩ, 100% có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi. Số lượng cán bộ y tế tại Trạm y tế xã dao động từ 8 đến 12 người/trạm y tế tùy thuộc vào quy mô dân số xã: Chỉ tiêu 8 cán bộ y tế cho các Trạm y tế đối với những xã có dưới 10 nghìn dân; 9 cán bộ y tế cho trạm y tế đối với những xã có từ 10 đến 12 nghìn dân; 10 cán bộ y tế đối với các xã có từ 12-14 nghìn dân; 11 cán bộ y tế đối với các xã có từ 14-16 nghìn dân; và 12 cán bộ y tế đối với các xã có hơn 16 nghìn dân. Năm 2020 Sóc Trăng có 97,3% số thôn/bản/ấp có nhân viên y tế hoạt động (Niên giám Thống kê Y tế 2019-2020).

⁶ Ủy ban Dân tộc and Tổng cục Thống kê (2020). Kết quả điều tra thu thập thông tin về thực trạng kinh tế-xã hội của 53 dân tộc thiểu số năm 2019. Hà Nội, NXB Thống kê.

E. Phổ biến thông tin và tham vấn cộng đồng.

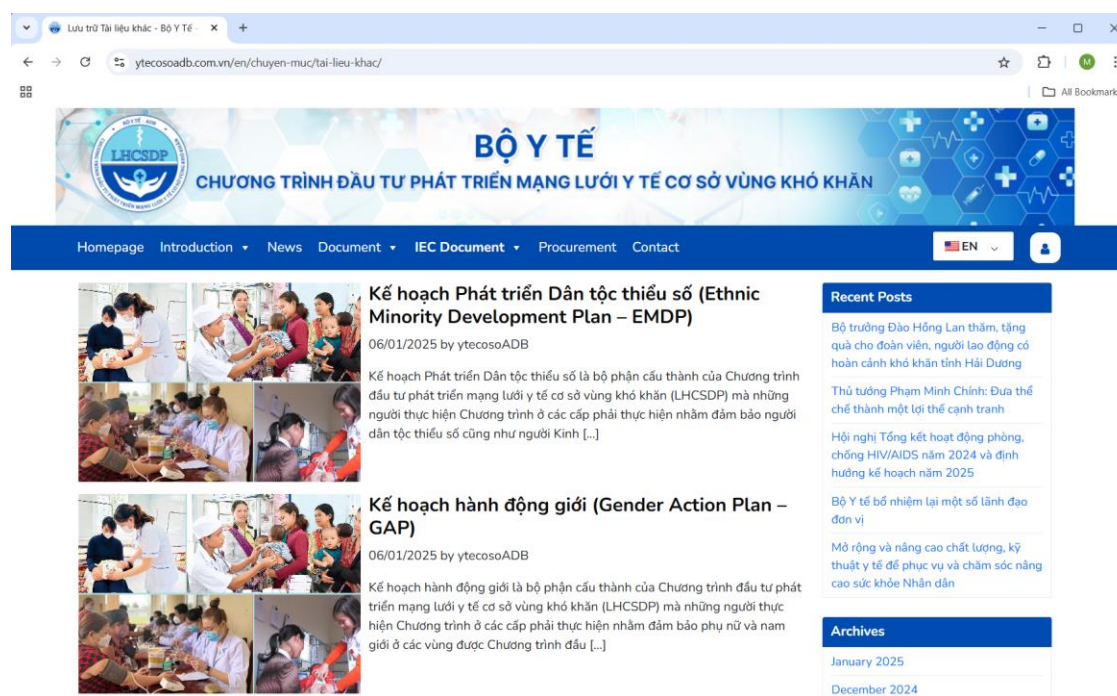
31. Trong quá trình chuẩn bị dự án, bốn cuộc thảo luận nhóm / tham vấn (FGD) đã được thực hiện với 43 hộ DTTS ở 4 xã, bao gồm hai nhóm dân tộc thiểu số (Khmer và Xê Đăng) từ ngày 26 đến ngày 29 /12/2017 tại các tỉnh Sóc Trăng và Kon Tum. Ngoài ra, 6 cuộc thảo luận nhóm khác với 36 cán bộ của Sở y tế và Trạm y tế xã của tỉnh Kon Tum và Sóc Trăng đã được tiến hành. (Danh sách những người tham gia được liệt kê tại Phụ lục 1).

32. Trong năm 2023, một cuộc khảo sát ban đầu đã được tiến hành từ ngày 01 tháng 4 đến ngày 30 tháng 8 năm 2023. Mẫu khảo sát được lấy từ 48 xã thuộc 12 huyện mục tiêu của 6 tỉnh mục tiêu là Tuyên Quang, Phú Thọ, Quảng Nam, Gia Lai, Đắk Nông và Sóc Trăng. Nhóm khảo sát đã tiến hành 163 cuộc phỏng vấn sâu với các cán bộ/nhân viên của CPMU, PPMU, Trung tâm Y tế huyện (TTYT), và Trạm Y tế xã, và 13 cuộc thảo luận nhóm tập trung (FGD), bao gồm 12 cuộc thảo luận nhóm của cán bộ TTYT huyện. Nhóm đã sử dụng 77 biểu mẫu thu thập dữ liệu, 48 danh mục kiểm tra, 20 hướng dẫn IDI và 2 hướng dẫn FGD để thu thập tất cả các dữ liệu cần thiết được đề cập trong DMF, GAP và EMDP, bao gồm dữ liệu về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ và chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số (xem báo cáo khảo sát giữa kỳ để biết thêm chi tiết).

33. Vào tháng 6 và tháng 7 năm 2024, một nhóm gồm các chuyên gia tư vấn về Giới và Dân tộc thiểu số mới được tuyển dụng, chuyên gia tư vấn về Đào tạo và chuyên gia tư vấn về M&E đã tiến hành giám sát thực địa tại 6 tỉnh mục tiêu. Nhóm giám sát đã tiến hành 6 FGD với sự tham gia của 29 cán bộ/nhân viên PPMU tại 6 tỉnh, 12 FGD với 46 nhân viên của các TTYT và 24 FGD với sự tham gia của 141 nhân viên y tế từ 24 trạm y tế xã mà nhóm đã đến thăm tại 6 tỉnh, bao gồm 95 phụ nữ và 32 người dân tộc thiểu số. Trong các cuộc tham vấn FGD này, chuyên gia tư vấn về Giới và Dân tộc thiểu số đã cung cấp cho họ GAP và EMDP đã cập nhật và thảo

luận với những người tham gia về GAP và EMDP. Kết quả của các cuộc thảo luận này được sử dụng để cập nhật bảng giám sát GAP (xem bảng giám sát GAP được cập nhật đến ngày 30 tháng 9 năm 2024).

34. Trong quý 4 năm 2024, GAP và EMDP cập nhật (cả phiên bản tiếng Anh và tiếng Việt) đã được đăng trên trang web của Chương trình: <https://ytecosoadb.com.vn/chuyen-muc/tai-lieu-khac/>



35. Một tư vấn IEC đã được tuyển dụng vào ngày 05 tháng 8 năm 2024. Tư vấn này chịu trách nhiệm quản lý và giám sát các hoạt động IEC của Chương trình. Tư vấn IEC đã đề xuất hủy gói tiếp thị vì không đủ thời gian và đề xuất phương án thay thế để thay thế gói này nhằm đạt được các mục tiêu chương trình có liên quan (T2, T3, T4, T5, A6). Vào ngày 26 tháng 9 năm 2024, phương án thay thế đã được đệ trình lên ADB để xin ý kiến không phản đối. Vào ngày 02 tháng 10 năm 2024, ADB đã trả lời đề xuất của CPMU rằng “CPMU cần lập kế hoạch mua sắm (phiên bản 8) để ADB chấp thuận. Trong kế hoạch mua sắm được cập nhật, vui lòng nêu rõ số tiền đã sửa đổi (phải thấp hơn 250.000 đô la) và đổi CQBS thành RFQ. Vì vậy, CPMU

đã đệ trình TOR đã sửa đổi để ADB không phản đối kèm theo PP đã cập nhật. Vào ngày 20 tháng 12 năm 2024, CPMU đã nhận được NOL của ADB. Do đó, CPMU dự kiến sẽ trao hợp đồng này vào quý 1 năm 2025. Công ty IEC dự kiến sẽ được tuyển dụng vào quý 1 năm 2025. Nhóm IEC sẽ thiết kế tài liệu IEC vào quý 2 năm 2025. Vì vậy, tất cả các xã trong các huyện mục tiêu sẽ có được kiến thức từ các tài liệu IEC về các mô hình dịch vụ mới của LHC vào quý 3 năm 2025. Do không đủ thời gian nên sẽ chỉ có việc xây dựng tài liệu IEC và TOT cho nhân viên trung tâm y tế huyện. Tất cả các tài liệu IEC được sử dụng cho các hoạt động phòng ngừa và giáo dục sức khỏe ở cấp độ chăm sóc sức khỏe địa phương tại các huyện mục tiêu sẽ nhạy cảm về giới và văn hóa (DTTS).

36. Dưới đây là tóm tắt các kết quả từ các cuộc họp tham vấn và thảo luận nhóm tập trung với các nhóm dân tộc thiểu số và các bên liên quan khác trong quá trình chuẩn bị dự án.

a) Đặc điểm nhóm DTTS Xơ Đăng và Kơ Me

Nhóm DTTS Xơ Đăng

37. Dân tộc Xơ Đăng tập trung nhiều ở tỉnh Kon Tum, với một số thành viên cũng cư trú ở miền núi Quảng Ngãi và Quảng Nam. Người Xơ Đăng có mối quan hệ mật thiết với người Giẻ Triêng, người Cơ, Hêrê và người Ba Na. Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, dân số người Xơ Đăng ở Việt Nam có 212.277 người và hiện diện ở 41/63 tỉnh, thành phố. Người Xơ Đăng sống chủ yếu ở Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (67.385 người), và ở Tây Nguyên (143.991 người). Ở tỉnh Kon Tum, dân số của người Xơ Đăng chiếm khoảng gần ¼ dân số toàn tỉnh.

38. Mỗi thôn Xơ Đăng có một ngôi đình và bia mộ để đánh dấu các khu vực chôn cất. Các ngôi nhà nằm gần nhau để dân làng có thể giúp đỡ lẫn nhau. "Già làng" được tôn trọng nhất là người điều hành tất cả các hoạt động của làng và phục vụ như

là đại diện của dân làng. Tên của người Xê Đăng là chỉ dẫn về giới: nam là A, nữ là Y (như A Nhung, Y Hon).

39. Trong thời kỳ mang thai, phụ nữ thường xuyên đến các TYTX. Tuy nhiên đến lúc sinh đẻ, họ thường không đến trạm y tế vì (i) tâm lý lo âu, (ii) Đường xa đi lại khó khăn và (iii) Có một số nữ hộ sinh giàu kinh nghiệm trong làng.

40. Bởi các chiến dịch truyền thông đã được thực hiện khá tốt cho người dân tộc Xê Đăng, nên người Xê Đăng cũng có những thay đổi về nhận thức về sức khỏe, và người Xơ Đăng luôn đi đến TYTX thay vì hỏi thầy cúng. Bên cạnh đó, cán bộ y tế thôn bản định kỳ thông báo và nhắc nhở các hộ gia đình tiêm chủng tại TYTX, do đó, hầu hết người Xê Đăng đều tiêm phòng vắc xin cho con họ.

41. Khoảng cách từ làng đến TYTX khoảng 4-5 km. Đường đi lại rất khó khăn, nhưng mọi người trong làng luôn đi đến trạm y tế để điều trị bệnh. Hầu hết người Xê Đăng có thẻ bảo hiểm y tế, nên người Xê Đăng hoàn toàn được miễn chi phí khám chữa bệnh tại TYTX. Người Xê Đăng ở tỉnh Kon Tum hoàn toàn hài lòng với dịch vụ hiện tại của trạm y tế. Tuy nhiên, người Xê Đăng cũng muốn có thêm cơ sở chăm sóc sức khỏe để họ có thể điều trị bệnh nặng tại trạm y tế và họ sẽ không phải đi đến trung tâm y tế huyện vì khó tiếp cận do điều kiện đường xá khó khăn.

Nhóm DTTS Khơ Me

42. Người Khmer ở Việt Nam (còn được gọi là Khmer Krom, Khmer-Crom và Khmer-hạ) là một nhóm dân tộc sống chủ yếu ở Đồng bằng sông Cửu Long, như Sóc Trăng, Trà Vinh, Bạc Liêu, Cà Mau, Kiên Giang, An Giang, Hậu Giang, Cần Thơ, Vĩnh Long và Đồng Tháp, Long An, Tiền Giang.

43. Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, dân số Khmer ở Việt Nam có 1.319.652 người và hiện diện ở nhiều tỉnh ở miền Nam, chủ yếu ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long (1.141.241 người), Đông Nam Bộ (172.477 người), Tây Nguyên

(23.058 người), và Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (16.616 người). Dân số Khmer ở tỉnh Sóc Trăng chiếm khoảng 30% dân số toàn tỉnh.

44. Người Khmer thường đến TYTX khi họ bị bệnh và họ khá hài lòng với dịch vụ và thái độ của cán bộ y tế xã. Trong thời gian mang thai, phụ nữ thường đến trạm chăm sóc tiền sản và sinh con tại TYTX. Bệnh nhân cao tuổi mắc các bệnh mãn tính như tăng huyết áp cũng thường xuyên đến TYTX để điều trị và nhận thuốc trong các chương trình do cán bộ y tế tổ chức tại mỗi thôn và áp cho người cao tuổi hai lần một năm. Về hoạt động truyền thông chăm sóc sức khỏe, cán bộ y tế và cộng tác viên y tế tại các thôn thường xuyên thăm các hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo và có bệnh để khuyến khích và hỗ trợ họ đến chữa bệnh tại TYTX.

b) Các rào cản của người DTTS đối với dịch vụ y tế cơ sở.

45. Theo các cuộc tham vấn được thực hiện với các hộ gia đình dân tộc thiểu số và với Ủy ban dân tộc, người dân tộc thiểu số thường sống ở các khu vực biệt lập; do đó giao thông và di chuyển là những hạn chế trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế chuyên biệt, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trên. Hơn nữa, điều kiện kinh tế rất khó khăn, thu nhập thấp nên khó trả tiền khám chữa bệnh do chi phí khám chữa bệnh bổ sung (chi phí không được thanh toán trong bảo hiểm y tế) và chi phí ăn uống đi lại.

46. Ngoài ra, do trình độ học vấn thấp, thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe ở một số dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu, vùng xa, cũng hạn chế tiếp cận với các dịch vụ y tế

47. Do hạn chế trong cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt ở cấp xã do thiếu cơ sở hạ tầng và trang thiết bị, thiếu kỹ năng và trình độ hạn chế của nhân viên y tế cũng là yếu tố ngăn cản người dân tộc tiếp cận dịch vụ y tế.

48. Ngoài ra, nhiều người dân tộc thiểu số di cư từ nơi này sang nơi khác mà không đăng ký với cán bộ xã. Những người DTTS này không có thể bảo hiểm y tế. Vì vậy, họ gặp khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ bảo hiểm y tế

c) Các tiềm năng của dự án trong tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người DTTS

49. Dựa trên đánh giá tác động, có thể kết luận rằng các hoạt động tài trợ của dự án; đặc biệt là các hợp phần liên quan đến việc cung cấp trang thiết bị cho các trạm y tế; phát triển các mô hình nâng cao và giới thiệu dịch vụ chăm sóc y tế cơ sở; và đào tạo nguồn nhân lực y tế đảm bảo sự tiếp cận cho nhân viên y tế nữ và dân tộc thiểu số; có khả năng cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các dân tộc thiểu số. Các biện pháp giúp đảm bảo lợi ích của dự án đến được với cộng đồng dân tộc thiểu số được thảo luận chi tiết trong phần tiếp theo.

IV. Các biện pháp đề xuất nhằm phá các rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế và tăng cường lợi ích từ dự án đối với người DTTS.

50. Một chiến lược truyền thông sẽ được xây dựng và triển khai trong quá trình thực hiện dự án dựa trên đặc điểm cụ thể của các dân tộc thiểu số trong khu vực dự án. Chiến lược truyền thông được xây dựng dựa trên kinh nghiệm truyền thông tại địa phương và dựa trên sự phân tích các yếu tố hạn chế tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế cơ sở. Chiến lược này bao gồm việc lồng ghép các hoạt động phổ biến thông tin với các cuộc họp thôn; phát triển các tài liệu truyền thông đơn giản, dễ hiểu bằng ngôn ngữ dân tộc thiểu số; và sự tham gia của trưởng thôn, già làng hoặc người có uy tín trong cộng đồng dân tộc thiểu số. Đặc biệt:

- Tất cả các tài liệu truyền thông sửa đổi / phát triển và sao chép / chuẩn bị cho dự án sẽ được phổ biến ở các huyện mục tiêu trên mô hình dịch vụ mới của y tế cơ sở sẽ đề cập đến các khía cạnh giới và tập quán của người DTTS.

- Tất cả các tài liệu truyền thông được sử dụng cho các hoạt động y tế dự phòng và giáo dục sức khỏe ở cấp y tế cơ sở tại các huyện mục tiêu sẽ xét đến tính nhạy cảm về giới và tập quán văn hóa của người DTTS.

51. Ngân sách cho việc chuẩn bị và thực hiện chiến lược truyền thông của dự án được bao gồm trong kinh phí chung của dự án. Xây dựng chiến lược này sẽ do một chuyên gia truyền thông (Chuyên gia trong nước, 5 tháng công), và với sự hỗ trợ của một chuyên gia về giới và dân tộc thiểu số.

52. Sự tham gia của nhân viên y tế nữ và DTTS trong tất cả các hoạt động tăng cường năng lực được hỗ trợ bởi dự án cũng sẽ được đảm bảo. Tỷ lệ phụ nữ và nhân viên y tế là người DTTS tham gia vào tất cả các hoạt động đào tạo, nghiên cứu và các hoạt động phát triển chuyên môn khác được hỗ trợ bởi dự án không ít hơn tỷ lệ của nhân viên y tế là phụ nữ và DTTS trong tổng số nhân viên y tế của cấp cơ sở. Sự tham gia của các nhân viên y tế là người DTTS trong các hoạt động tăng cường năng lực sẽ được đưa vào các báo cáo giám sát xã hội thường niên nửa năm một lần.

53. Bảng dưới đây cung cấp các chỉ số và tỷ lệ giới và cán bộ y tế là người dân tộc thiểu số trong trạm y tế cơ sở hiện tại ở 6 tỉnh tham gia dự án. Dựa trên các chỉ số này, việc thực hiện dự án, đặc biệt là các hoạt động đào tạo cần chú ý đến các nhân viên y tế dân tộc thiểu số sẽ được đánh giá, và sự tham gia của các cán bộ dân tộc thiểu số trong hoạt động đào tạo hoặc điều chỉnh để đảm bảo hiệu quả của dự án cho người dân tộc thiểu số.

Bảng 5. Tình hình nguồn nhân lực y tế tại 12 huyện mục tiêu ở 6 tỉnh mục tiêu đến năm 2024

T T	Tỉnh	Tổng cán bộ TYT	Cán bộ y tế nữ tại TYT	% nữ	Cán bộ y tế là DTTS	% Cán bộ y tế là DTTS	Tổng bác sỹ tại TYT	Nữ bác sỹ tại TYT	% Nữ bác sỹ tại TYT
1	Tuyên Quang	719	515	71.6	360	50.1	57	26	45.6
2	Phú Thọ	238	149	62.6	68	28.6	44	13	29.5
3	Quảng Nam	139	116	83.5	83	60.0	5	3	60.0
4	Gia Lai	143	89	62.2	61	42.7	20	9	45.0
5	Đắk Nông	560	432	77.0	278	49.6	20	12	60.0
6	Sóc Trăng	126	63	50.0	21	16.7	19	5	26.3
	Toàn quốc	1,925	1,364	68.5	871	45.2	165	68	41.2

Bảng 6. Đầu ra của dự án và các biện pháp đề xuất để tăng cường tác động tích cực

Không có tác động tiêu cực; do đó, không cần phải có cột về tác động tiêu cực dự kiến.

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
Đầu ra 1: Tăng cường quản lý đầu tư công cho y tế địa phương				
Nâng cao năng lực mạng lưới y tế cơ sở Hoạt động:	Người dân tộc thiểu số tiếp cận	Nhân viên y tế, đặc biệt là Nhân viên	Thực hiện các chiến dịch truyền thông để	Giới tính và dân tộc được lồng ghép vào tất cả các tài liệu

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
(i) Bổ sung TTB, bao gồm TTBYT, truyền thông, CNTT, phòng chống dịch, khám chữa bệnh lưu động, thiết bị giám sát, hệ thống cảnh báo nhanh... cho các TTYT huyện 2 chức năng, trong đó có 12 TTYT huyện trọng điểm có các xã được đầu tư xây dựng mới, nâng cấp sửa chữa cơ sở vật chất từ nguồn vốn vay của Hợp phần I, đảm bảo ngay sau khi được đầu tư sẽ đủ điều kiện và năng lực để triển khai mô hình y học gia đình tại địa phương; đảm bảo không trùng lặp với các nội dung đầu tư của Dự án “An ninh y tế khu vực tiểu vùng sông Mê Công mở rộng” của ADB, đáp ứng nhu cầu của người dân trong vùng. (ii) Thực hiện Gói dịch vụ y tế cơ bản chăm sóc sức khỏe ban đầu (theo	tốt hơn với các dịch vụ y tế, Giảm chi phí đi lại và các chi phí liên quan khác khi người dân tộc thiểu số tiếp cận các trung tâm y tế	y tế, nhất là nhân viên y tế DTTS tại 12 huyện mục tiêu sẽ được hưởng lợi từ việc cải thiện trang thiết bị và cơ sở vật chất. Người dân địa phương, đặc biệt người dân tộc thiểu số địa phương sẽ được hưởng lợi từ chất lượng dịch vụ tốt hơn của hệ thống	CPMU sẽ thuê một công ty IEC vào quý 1 năm 2025 để xây dựng chiến lược và tài liệu IEC và cung cấp TOT để sử dụng tài liệu cho nhân viên của PPMU và 12 huyện mục tiêu tại 6 tỉnh mục tiêu Chiến lược nâng cao nhận thức và tài liệu truyền thông có tính đến giới và dân tộc thiểu số TOT được tổ chức cho nhân viên của PPMU và 12 huyện tại 6 tỉnh mục tiêu vào quý 3 năm 2025. PPMU phổ biến các hoạt động của dự án thông qua	truyền thông (Quý 3/2025). EMDP được đưa lên trang web của Dự án (Quý 4/2024) Tỷ lệ cán bộ dân tộc thiểu số tham gia TOT trong Quý 3/2025 để sử dụng tài liệu truyền thông không thấp hơn đại diện của họ trong lực lượng lao động tại hệ thống chăm sóc sức khỏe địa phương (xem Bảng 6 để tham khảo). Các TTYT và TYT tại 12 huyện thuộc 6 tỉnh mục tiêu sẽ thực hiện chiến lược và hoạt động truyền

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
Chương trình Sức khỏe Việt Nam do Bộ Y tế ban hành). (iii) Trang bị xe cho các đơn vị quản lý dự án để giám sát việc thực hiện dự án.		chăm sóc sức khỏe địa phương.	các cuộc họp thôn, hoặc thông qua các già làng, trưởng thôn hoặc người có uy tín, để phổ biến các hoạt động dự án và các dịch vụ y tế cơ bản	thông của dự án trong các chuyến thăm thường xuyên đến các làng dân tộc thiểu số bắt đầu từ Quý 4/2025.

Đầu ra 2: Cải thiện các mô hình dịch vụ mạng lưới y tế cơ sở

Cải cách cơ chế hoạt động của hệ thống y tế cơ sở, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tại TYTX Hoạt động: (i) Cung cấp thêm thiết bị y tế tại 12 huyện trọng điểm thuộc 6 tỉnh thí điểm đáp ứng yêu cầu hoạt động của TYTX trong phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe, chăm sóc sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe người già ở địa phương.	Nâng cao khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản cho người dân tộc thiểu số Nâng cao năng lực cho cán bộ y tế dân	Nhân viên y tế, nhất là nhân viên y tế DTTS tại 12 huyện mục tiêu sẽ được hưởng lợi từ việc cải thiện trang thiết bị và cơ sở vật chất. Người dân địa phương,	Đảm bảo hồ sơ y tế có ghi nhận thông tin về nhóm dân tộc và có tách theo giới. Thông qua các cuộc họp thôn, hoặc thông qua các già làng, trưởng thôn hoặc người có uy tín, để phổ biến các hoạt động dự án và các dịch vụ y tế nâng cao tại TYTX.	Hầu hết các hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm bảo hiểm y tế, HIS và các hồ sơ sức khỏe khác, chẳng hạn như bệnh lao, HIV, bệnh không lây nhiễm, bệnh truyền nhiễm, chương trình chăm sóc sức khỏe dân số và sinh sản, tai nạn và thương tích, v.v. đều chứa thông tin về
---	---	---	---	--

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
(ii) Kế hoạch phát triển mô hình bác sỹ gia đình; (iii) Hướng dẫn nhân rộng các mô hình thí điểm đổi mới hoạt động cung ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở và cơ chế tài chính trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trong đó, một số hoạt động sẽ được thực hiện như: - Thực hiện các mô hình cải thiện chất lượng y tế cơ sở hoạt động theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã của 6 tỉnh đại diện cho 3 miền Bắc Trung Nam (bao gồm cả hoạt động khám sàng lọc, chăm sóc sức khỏe ban đầu); - Truyền thông nâng cao nhận thức nhằm tăng cường thu thập và quản lý thông tin y tế và lập kế hoạch dựa trên bằng chứng;	tộc thiểu số	đặc biệt người dân tộc thiểu số địa phương sẽ được hưởng lợi từ chất lượng dịch vụ tốt hơn của hệ thống chăm sóc sức khỏe địa phương.	Đảm bảo sự tham gia công bằng của cán bộ dân tộc thiểu số trong hoạt động đào tạo / nâng cao năng lực. Năm 2022 CPMU đã tổ chức 5 khóa tập huấn 3-ngày về nguyên lý y học gia đình cho 198 nhân viên y tế ở Tuyên Quang, Phú Thọ, Quảng Nam, Sóc Trăng và Gia Lai (Đắk Nông không tham gia vì đã được tập huấn ở dự án HPET), trong đó 65,6% là nữ và 31,3% là người DTTS. Năm 2023 tập huấn cho 331 người (50,5% nữ và 31% DTTS) về phòng chống dịch bệnh và an toàn	dân tộc thiểu số như đã nêu trong Thông tư 37/2019/TT-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2019. Tăng tỷ lệ người dân tộc thiểu số sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại địa phương trong tổng số người sử dụng lên 10% vào cuối dự án. Tỷ lệ cán bộ y tế dân tộc thiểu số tham gia đào tạo năng lực không thấp hơn tỷ lệ đại diện của họ trong lực lượng lao động tại hệ thống chăm sóc sức khỏe địa phương (xem Bảng 6 để

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
- Triển khai mô hình thí điểm đổi mới hoạt động y tế cơ sở theo nguyên lý y học gia đình; - Thực hiện các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tăng nhận thức về dự phòng, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.. (v) Tập huấn về nguyên lý y học gia đình cho cán bộ y tế TYTX, bệnh viện trong vùng dự án.			sinh học (epidemic prevention, disease and biosafety). Tập huấn phòng chống bệnh tang huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng cho 207 học viên, trong đó 113 học viên nữ (chiếm 55%), 52 học viên DTTS (chiếm 25%).	biết thông tin tham khảo).
Hỗ trợ kỹ thuật cho Bộ Y tế về việc xây dựng và ban hành các chính sách phát triển hệ thống y tế cơ sở trong tình hình mới Hoạt động: (i) Tổ chức hội thảo nhằm xây dựng và ban hành các văn bản chính sách về cải cách cơ chế tài chính, cơ chế hoạt động của y tế cơ sở như sau: Lồng ghép mô hình	Cải thiện việc xây dựng chính sách ở BHYT	Người làm chính sách ở BHYT. Người làm ngành y được hưởng lợi gián tiếp từ các chính sách có chất lượng tốt hơn.	Không áp dụng	(i) Hội thảo được tổ chức. (ii) Ban hành hướng dẫn về quy trình kỹ thuật, nghiệp vụ, nâng cao chất lượng dịch vụ, quy chế quản lý và đảm bảo chất lượng.

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
phòng khám bác sĩ gia đình, phương án thanh toán cho dịch vụ bảo hiểm, hồ sơ quản lý sức khỏe. (ii) Ban hành các hướng dẫn về quy trình kỹ thuật và nghiệp vụ, nâng cao chất lượng dịch vụ, quy định về quản lý, đảm bảo chất lượng (iii) Hỗ trợ cho các hoạt động vận động chính sách: huy động Đảng, Quốc hội, Chính phủ hỗ trợ các cơ chế, chính sách mới nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động y tế cơ sở.				(iii) tiến hành các hoạt động vận động chính sách.

Đầu ra 3: Tăng cường phát triển và quản lý lực lượng lao động chăm sóc sức khỏe địa phương

Nâng cao năng lực của nhân viên y tế Hoạt động: (i) Đào tạo về nguyên lý y học gia đình áp dụng	Tăng cường năng lực cho nhân viên y tế dân tộc	Nhân viên y tế dân tộc thiểu số sẽ được hưởng lợi từ hoạt	Sự tham gia công bằng của nhân viên y tế DTTS vào mọi hoạt động nâng cao năng lực - tỷ lệ nhân viên y tế là	Tỷ lệ cán bộ y tế dân tộc thiểu số tham gia đào tạo năng lực không thấp hơn tỷ lệ đại diện của họ trong
---	---	--	--	--

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
cho cán bộ y tế tuyến huyện để thực hiện mô hình y học gia đình, áp dụng khung chương trình và tài liệu đào tạo sẵn có đã được BYT phê duyệt (như Dự án HPET). (ii) Đào tạo về phòng dịch, phòng chống bệnh truyền nhiễm và tiêu chuẩn an toàn sinh học. (iii) Đào tạo về quản lý các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng, tập trung vào các nội dung can thiệp của Chương trình. (iv) Tập huấn/Đào tạo các lớp về kỹ năng quản lý mạng lưới y tế cơ sở (kỹ năng truyền thông, quản lý TTB, quản lý tài chính, quản lý dự án,...). (v) Tổ chức các hội thảo triển khai, hướng dẫn, đánh giá, tổng kết mô hình TYTX điểm hoạt	thiếu số, tăng cường dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở những vùng xa xôi nơi người DTTS sinh sống xa các trạm y tế	động đào tạo và/hoặc các hoạt động xây dựng năng lực khác.	người dân tộc thiểu số tham gia đào tạo / các hoạt động tăng cường năng lực khác sẽ không thấp hơn tỷ lệ cán bộ y tế DTTS tại các trạm y tế cơ sở	lực lượng lao động tại hệ thống chăm sóc sức khỏe địa phương (xem Bảng 6 để biết thông tin tham khảo).

Đầu ra của dự án	Tác động tích cực	Người hưởng lợi	Các biện pháp tăng cường tác động tích cực (bởi đầu ra và các nhóm đầu ra)	Chỉ báo
động theo nguyên lý y học gia đình. (vi) Hỗ trợ Bộ Y tế và các tỉnh thăm quan, học tập nước ngoài về mô hình chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám sàng lọc sức khỏe cho người dân.				
Hỗ trợ kỹ thuật và quản lý dự án Hoạt động: (i) Thiết lập và vận hành các hoạt động của Ban trung ương và Ban QLCT tỉnh. (ii) Tuyển công ty tư vấn, chuyên gia để hỗ trợ thực hiện dự án (iii) Giám sát và đánh giá hàng năm các hoạt động của dự án và chất lượng dịch vụ của TYTX (iv) Các hoạt động kiểm toán của dự án	Đảm bảo sự tham gia của cộng đồng dân tộc thiểu số và nhận được lợi ích từ dự án	Đảm bảo các hoạt động quản lý nhạy cảm với lợi ích của phụ nữ và người dân tộc thiểu số.	Bổ trí cán bộ có kiến thức về DTTS và các vấn đề liên quan đến người DTTS Khuyến khích người DTTS tham gia các hoạt động hỗ trợ của dự án	Một tư vấn mới về giới và dân tộc thiểu số đã được tuyển dụng vào tháng 12 năm 2023 để hỗ trợ CPMU thực hiện EMDP.

v. Cơ chế giải quyết khiếu nại

54. Cơ chế giải quyết khiếu nại sẽ được đưa ra để đảm bảo rằng các cộng đồng dân tộc thiểu số có thể (i) truyền đạt nhu cầu của họ liên quan đến các hoạt động của dự án; (ii) báo cáo bất kỳ tác động tiêu cực nào; và (iii) thông báo cho những người thực hiện dự án về bất kỳ khác biệt nào về các lợi ích của dự án đối với họ. Thông tin về cơ chế giải quyết khiếu nại sẽ được cung cấp cho tất cả các cộng đồng bị ảnh hưởng theo phương pháp/ ngôn ngữ phù hợp về mặt văn hóa trong quá trình thực hiện dự án. Cộng đồng dân tộc thiểu số không phải trả bất kỳ khoản phí nào trong bất kỳ thủ tục nào liên quan đến việc tìm kiếm giải quyết khiếu nại, bao gồm cả việc giải quyết đòi hỏi phải có hành động pháp lý được thực hiện tại tòa án. Khiếu nại sẽ đi qua bốn (04) giai đoạn được mô tả dưới đây. Người khiếu nại có thể, nếu cần thiết, đưa vấn đề ra tòa án. Cần lưu ý rằng cơ chế giải quyết khiếu nại này không cản trở việc tiếp cận hệ thống pháp luật của quốc gia, có nghĩa là người khiếu nại được tự do tiếp cận đến tòa án ngay cả ở giai đoạn đầu với những khiếu nại của họ.

55. Cơ chế giải quyết khiếu nại sẽ được thành lập dựa trên Luật khiếu nại số 02/2011/QH13 và Nghị định số 124/2020/NĐ-CP hướng dẫn thi hành luật khiếu nại như sau:

- a. Khiếu nại đến Ủy ban nhân dân xã (CPC)** - Một người DTTS bị ảnh hưởng có thể khiếu nại với bất kỳ thành viên nào của UBND xã, thông qua Chủ tịch hoặc trực tiếp lên UBND xã, bằng văn bản hoặc bằng lời nói. Trường hợp người khiếu nại đến khiếu nại trực tiếp thì người tiếp nhận khiếu nại hướng dẫn người khiếu nại viết đơn khiếu nại hoặc người tiếp nhận khiếu nại ghi lại việc khiếu nại bằng văn bản theo Mẫu số 01 ban hành kèm theo Nghị định 124/2020/NĐ-CP. Thời hạn giải quyết khiếu nại lần đầu không quá 30 ngày, kể từ ngày thụ lý; đối với vụ việc phức tạp thì thời hạn giải quyết có thể kéo dài hơn nhưng không quá 45 ngày, kể từ

ngày thụ lý. Ở vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn thì thời hạn giải quyết khiếu nại không quá 45 ngày, kể từ ngày thụ lý; đối với vụ việc phức tạp thì thời hạn giải quyết có thể kéo dài hơn nhưng không quá 60 ngày, kể từ ngày thụ lý (Điều 28, Luật Khiếu nại 2011). Trong quá trình giải quyết khiếu nại, người giải quyết khiếu nại phải tổ chức đối thoại. Người chủ trì đối thoại phải tiến hành đối thoại trực tiếp với người khiếu nại, người bị khiếu nại và người có quyền, lợi ích liên quan. Việc đối thoại được lập thành biên bản, ghi rõ thời gian, địa điểm, thành phần tham gia (ghi rõ người dự và người vắng mặt; trường hợp người khiếu nại không tham gia đối thoại thì ghi rõ có lý do hoặc không có lý do), nội dung, ý kiến của những người tham gia, những nội dung đã được thống nhất, những vấn đề còn có ý kiến khác nhau và có chữ ký của các bên. Biên bản được lập thành ít nhất ba bản, mỗi bên giữ một bản. Biên bản đối thoại được thực hiện theo Mẫu số 14 ban hành kèm theo Nghị định 124/2020/NĐ-CP. UBND xã sẽ gặp hộ gia đình có khiếu nại để giải quyết và có trách nhiệm lập hồ sơ và lưu giữ tất cả các khiếu nại mà họ xử lý.

- b. Khiếu nại lần hai đến Ủy ban nhân dân huyện / thị xã (DPC)** - Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày hết thời hạn giải quyết khiếu nại quy định tại Điều 28 của Luật Khiếu nại mà khiếu nại lần đầu không được giải quyết hoặc kể từ ngày nhận được quyết định giải quyết khiếu nại lần đầu mà người khiếu nại không đồng ý thì có quyền khiếu nại đến người có thẩm quyền giải quyết khiếu nại lần hai; đối với vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn thì thời hạn có thể kéo dài hơn nhưng không quá 45 ngày (Điều 33 Luật Khiếu nại 2011 và Điều 4 Nghị định 124/2020/NĐ-CP). Hộ gia đình có khiếu nại có thể đưa vụ việc, được viết bằng văn bản hoặc bằng miệng, cho bất kỳ thành viên nào của UBND huyện. Thời hạn giải quyết khiếu nại

lần hai không quá 45 ngày, kể từ ngày thụ lý; đối với vụ việc phức tạp thì thời hạn giải quyết khiếu nại có thể kéo dài hơn nhưng không quá 60 ngày, kể từ ngày thụ lý. Ở vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn thì thời hạn giải quyết khiếu nại không quá 60 ngày, kể từ ngày thụ lý; đối với vụ việc phức tạp thì thời hạn giải quyết khiếu nại có thể kéo dài hơn, nhưng không quá 70 ngày, kể từ ngày thụ lý (Điều 37 Luật Khiếu nại 2011). Trong quá trình giải quyết khiếu nại lần hai, người giải quyết khiếu nại phải tổ chức đối thoại. Người chủ trì đối thoại phải tiến hành đối thoại trực tiếp với người khiếu nại, người bị khiếu nại và người có quyền, lợi ích liên quan. Việc đối thoại được lập thành biên bản, ghi rõ thời gian, địa điểm, thành phần tham gia (ghi rõ người dự và người vắng mặt; trường hợp người khiếu nại không tham gia đối thoại thì ghi rõ có lý do hoặc không có lý do), nội dung, ý kiến của những người tham gia, những nội dung đã được thống nhất, những vấn đề còn có ý kiến khác nhau và có chữ ký của các bên. Biên bản được lập thành ít nhất ba bản, mỗi bên giữ một bản. Biên bản đối thoại được thực hiện theo Mẫu số 14 ban hành kèm theo Nghị định 124/2020/NĐ-CP. UBND huyện chịu trách nhiệm giải quyết khiếu nại và lập hồ sơ và lưu giữ tất cả các khiếu nại đã xử lý. UBND huyện phải đảm bảo quyết định của họ được thông báo cho người khiếu nại theo quy định của pháp luật.

- c. Khiếu nại lần hai đến Ủy ban nhân dân tỉnh (PPC)** – Nếu thẩm quyền giải quyết khiếu nại lần hai là UBND tỉnh, thì trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày hết thời hạn giải quyết khiếu nại quy định tại Điều 28 của Luật Khiếu nại mà khiếu nại lần đầu không được giải quyết hoặc kể từ ngày nhận được quyết định giải quyết khiếu nại lần đầu mà người khiếu nại không đồng ý thì có quyền khiếu nại đến người có thẩm quyền giải quyết

khiếu nại lần hai; đối với vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn thì thời hạn có thể kéo dài hơn nhưng không quá 45 ngày (Điều 33 Luật Khiếu nại 2011 và Điều 4 Nghị định 124/2020/NĐ-CP). Trong quá trình giải quyết khiếu nại lần hai, người giải quyết khiếu nại phải tổ chức đối thoại. Người chủ trì đối thoại phải tiến hành đối thoại trực tiếp với người khiếu nại, người bị khiếu nại và người có quyền, lợi ích liên quan. Việc đối thoại được lập thành biên bản, ghi rõ thời gian, địa điểm, thành phần tham gia (ghi rõ người dự và người vắng mặt; trường hợp người khiếu nại không tham gia đối thoại thì ghi rõ có lý do hoặc không có lý do), nội dung, ý kiến của những người tham gia, những nội dung đã được thống nhất, những vấn đề còn có ý kiến khác nhau và có chữ ký của các bên. Biên bản được lập thành ít nhất ba bản, mỗi bên giữ một bản. Biên bản đối thoại được thực hiện theo Mẫu số 14 ban hành kèm theo Nghị định 124/2020/NĐ-CP. UBND tỉnh chịu trách nhiệm giải quyết và lập hồ sơ và lưu giữ hồ sơ của tất cả các khiếu nại mà họ xử lý. UBND tỉnh phải đảm bảo quyết định của họ được thông báo cho người khiếu nại theo quy định của pháp luật.

- d. **Khởi kiện vụ án hành chính tại Tòa án nhân dân** - Hết thời hạn giải quyết khiếu nại quy định tại Điều 28 của Luật này mà khiếu nại lần hai không được giải quyết hoặc người khiếu nại không đồng ý với quyết định giải quyết khiếu nại lần hai thì có quyền khởi kiện vụ án hành chính tại Tòa án theo quy định của Luật tổ tụng hành chính (Điều 33 Luật Khiếu nại 2011).

56. Người khiếu nại có thể gửi vụ việc của họ bằng văn bản trực tiếp đến Vụ Đông Nam Á của Ngân hàng Phát triển châu Á - ADB (SERD) thông qua Văn phòng thường trú của ADB tại Việt Nam. Nếu các hộ gia đình vẫn không hài lòng với phản hồi của Vụ Đông Nam Á của ADB, họ có thể liên hệ trực tiếp với Văn phòng Trợ lý

Dự án Đặc biệt của ADB: <https://www.adb.org/site/accountability-mechanism/main>.

VI. Bố trí thực hiện.

A. Cơ quan chủ quản (EA)

57. Bộ Y tế là cơ quan thực hiện và chủ dự án, chịu trách nhiệm điều phối các nhiệm vụ và phối hợp với UBND các tỉnh liên quan, các Bộ, ngành liên quan để thực hiện dự án theo quy định của Chính phủ.

B. Ban Quản lý Chương trình Trung ương (CPMU)

58. Ban Quản lý Chương trình Trung ương sẽ được thành lập tại Bộ Y tế. CPMU sẽ hỗ trợ Ban Chỉ đạo/ Bộ Y tế trong việc tổ chức và thực hiện dự án đầu tư, hỗ trợ Bộ Y tế trong việc giám sát chính sách và đánh giá tiến độ đầu tư và phát triển mạng lưới y tế cấp xã với sự hỗ trợ của Tư vấn thực hiện dự án.

C. Ban Quản lý Chương trình tỉnh (PPMU – Đơn vị thực hiện)

59. Ủy ban nhân dân tỉnh sẽ thành lập Ban Quản lý Chương trình cấp tỉnh (PPMU) tại 6 tỉnh sử dụng vốn viện trợ không hoàn lại của ADB. PPMU sẽ chịu trách nhiệm thực hiện dự án, giám sát và báo cáo định kỳ về tiến độ dự án.

D. Tư vấn hỗ trợ thực hiện dự án (PIC)

60. Tư vấn hỗ trợ thực hiện dự án (PIC) sẽ được thành lập với nhiều vị trí chuyên môn khác nhau, mục tiêu của nhóm Tư vấn hỗ trợ thực hiện dự án là để đảm bảo tính hiệu quả của việc thực hiện dự án. Họ sẽ hỗ trợ CPMU và PPMU trong việc thực hiện Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số nhằm đảm bảo các biện pháp tăng cường các tác động tích cực đến đồng bào dân tộc thiểu số, đồng thời đảm bảo người dân tộc thiểu số có thể tiếp cận và nhận được lợi ích từ các hoạt động của dự án. Một chuyên gia về giới và dân tộc thiểu số (15 tháng công) và chuyên gia truyền thông

(5 tháng công) sẽ được huy động để hỗ trợ dự án triển khai và giám sát các biện pháp được mô tả trong Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số.

VII. Giám sát và báo cáo

A. Báo cáo

61. Các đơn vị thực hiện (PPMU) sẽ chịu trách nhiệm giám sát nội bộ thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS. Báo cáo giám sát nửa năm sẽ được chuẩn bị và nộp cho Ban Quản lý Trung ương/Bộ Y tế cho đến khi hoàn thành dự án. Tư vấn giới và DTTS có trách nhiệm tổng hợp và xây dựng báo cáo giám sát mỗi 6 tháng với sự hỗ trợ của Ban Quản lý Trung ương/Bộ Y tế.

62. Các báo cáo giám sát sẽ tóm tắt tiến độ thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS, so sánh với các chỉ số giám sát; và khi được yêu cầu, đề xuất các thay đổi để đảm bảo rằng các mục tiêu của kế hoạch phát triển DTTS được đáp ứng. Ban Quản lý Trung ương/Bộ y tế sau khi thông qua báo cáo giám sát mỗi 6 tháng sẽ gửi báo cáo giám sát cho ADB để công bố trên trang web của ADB.

B. Các chỉ số giám sát

63. Báo cáo giám sát nửa năm sẽ bao gồm thông tin về các chỉ số dưới đây:

Bảng 7. Các chỉ số giám sát trong kế hoạch phát triển DTTS

Vấn đề trong giám sát và đánh giá	Các chỉ số cơ bản
1. Tiến độ thực hiện kế hoạch phát triển DTTS	- Kế hoạch đã được chia sẻ với cộng đồng. - Kế hoạch phù hợp với điều kiện thực hiện của đồng bào dân tộc thiểu số và người DTTS đã tham gia trong quá trình thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS. - Kế hoạch có liên quan đến tiến độ của các hoạt động dự án khác.

Vấn đề trong giám sát và đánh giá	Các chỉ số cơ bản
	- Có đủ nguồn nhân lực để thực hiện kế hoạch. - Có đủ kinh phí để thực hiện kế hoạch.
2. Thuê tuyển tư vấn truyền thông	- Chuyên gia tư vấn IEC đã được tuyển dụng vào ngày 05 tháng 8 năm 2024. Chuyên gia tư vấn này chịu trách nhiệm quản lý và giám sát các hoạt động IEC của Chương trình.
3. Thực hiện tham vấn cộng đồng và sự tham gia của người dân địa phương	- Theo kế hoạch ban đầu, CPMU sẽ tuyển dụng một công ty tư vấn IEC vào quý 4 năm 2024 để triển khai các hoạt động tiếp thị và nâng cao nhận thức có tính nhạy cảm về giới nhằm đảm bảo phụ nữ và nam giới ở mọi lứa tuổi và nhóm dân tộc trong cộng đồng các huyện mục tiêu biết đến và hiểu về các mô hình dịch vụ mới của hệ thống LHC. Tuy nhiên, tư vấn IEC đề xuất hủy gói thầu này vì không đủ thời gian để triển khai kế hoạch ban đầu và đề xuất phương án thay thế để thay thế gói thầu này nhằm đạt được các mục tiêu chương trình có liên quan (T2, T3, T4, T5, A6). Tư vấn IEC đề xuất hủy gói thầu tiếp thị vì không đủ thời gian và đề xuất phương án thay thế để thay thế gói thầu này nhằm đạt được các mục tiêu chương trình có liên quan (T2, T3, T4, T5, A6). Ngày 26 tháng 9 năm 2024, phương án thay thế đã được trình lên ADB để có ý kiến không phản đối. Ngày 02 tháng 10 năm 2024, ADB đã trả lời đề xuất của CPMU rằng “CPMU cần lập kế hoạch đấu thầu (phiên bản 8) để ADB phê duyệt. Trong kế hoạch mua sắm được cập nhật, vui lòng chỉ ra số tiền đã sửa đổi (phải thấp hơn 250.000 đô la) và đổi CQBS thành RFQ.

Vấn đề trong giám sát và đánh giá	Các chỉ số cơ bản
	Vì vậy, CPMU đã nộp TOR đã sửa đổi để ADB không phản đối kèm theo PP đã cập nhật. Vào ngày 20 tháng 12 năm 2024, CPMU đã nhận được NOL của ADB. Do đó, CPMU dự kiến sẽ trao hợp đồng này vào quý 1 năm 2025. Công ty IEC dự kiến sẽ được tuyển dụng vào quý 1 năm 2025. Nhóm IEC sẽ thiết kế tài liệu IEC vào quý 2 năm 2025. Vì vậy, tất cả các xã ở các huyện mục tiêu sẽ có được kiến thức từ tài liệu IEC về các mô hình dịch vụ mới của LHC vào quý 3 năm 2025. Do không đủ thời gian nên sẽ chỉ có việc phát triển tài liệu IEC và TOT cho nhân viên trung tâm y tế huyện. Tất cả các tài liệu IEC được sử dụng cho các hoạt động phòng ngừa và giáo dục sức khỏe ở cấp độ chăm sóc sức khỏe địa phương tại các huyện mục tiêu sẽ nhạy cảm về giới và văn hóa (DTTS).
4. Thực hiện các can thiệp phát triển cụ thể cho người dân tộc thiểu số địa phương	- Tất cả các hoạt động hỗ trợ phát triển người DTTS như được nêu trong Kế hoạch phát triển DTTS đều được triển khai hiệu quả. - Các ngành khác nhau có phối hợp hiệu quả trong việc thực hiện các hoạt động được mô tả trong Kế hoạch phát triển DTTS.
5. Cơ chế khiếu nại	- Cộng đồng dân tộc thiểu số hiểu rõ cơ chế khiếu nại. - Trung tâm Y tế huyện, các tổ chức xã hội cấp xã và ủy ban nhân dân xã có sự hiểu biết rõ ràng về cơ chế khiếu nại và có thể hỗ trợ người DTTS thực hiện các cơ chế đó.

VIII. Kinh phí thực hiện kế hoạch phát triển DTTS

64. Ngân sách cho việc thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS bao gồm (i) phát triển chiến lược truyền thông và (ii) đào tạo nguồn nhân lực y tế và giám sát được bao gồm trong ngân sách tổng thể của dự án theo các mục sau:

a) Hội thảo và tập huấn

65. Điều này nhằm nâng cao năng lực và quản lý của nhân lực trong lĩnh vực y tế cơ sở bao gồm các khóa đào tạo sau:

- Đào tạo về nguyên lý y học gia đình áp dụng cho cán bộ y tế tuyến huyện để thực hiện mô hình y học gia đình, áp dụng khung chương trình và tài liệu đào tạo sẵn có đã được BHYT phê duyệt (như Dự án HPET).
- Đào tạo về phòng dịch, phòng chống bệnh truyền nhiễm và tiêu chuẩn an toàn sinh học.
- Đào tạo về quản lý các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng, tập trung vào các nội dung can thiệp của Chương trình.
- Tập huấn/Đào tạo các lớp về kỹ năng quản lý mạng lưới y tế cơ sở (kỹ năng truyền thông, quản lý TTB, quản lý tài chính, quản lý dự án,...).
- Tổ chức các hội thảo triển khai, hướng dẫn, đánh giá, tổng kết mô hình TYTX điểm hoạt động theo nguyên lý y học gia đình.
- Hỗ trợ Bộ Y tế và các tỉnh thăm quan, học tập nước ngoài về mô hình chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám sàng lọc sức khỏe cho người dân..

b) Phát triển hệ thống

- Truyền thông và vận động cộng đồng, giới và chiến lược DTTS.
 - o BQLDA tỉnh, TTYT huyện và TYT xã cần có các hoạt động tiếp thị xã hội đối với các dịch vụ khám chữa bệnh, bao gồm việc cập nhật thông tin danh mục dịch vụ, thuốc và sản phẩm y tế, phương tiện tránh thai, cung cấp thông tin, cả cho những người dân sống ở

các thôn, bản xa trạm. Điều này có thể được thực hiện thông qua việc sử dụng mạng xã hội (như Facebook, Zalo) hoặc thông qua trao đổi trực tiếp khi cán bộ y tế TYT xã đến thôn bản định kỳ.

- BQLDA tỉnh, TTYT huyện và TYT xã cần có các hoạt động truyền thông và nâng cao nhận thức phù hợp với từng nhóm dân tộc (ví dụ: không nói về tảo hôn ở nhóm dân tộc không tảo hôn), ưu tiên đầu tư cho các nhóm dân tộc trong các thôn ưu tiên (ví dụ, có các tài liệu truyền thông và nâng cao nhận thức được dịch sang ngôn ngữ của các nhóm dân tộc ưu tiên mục tiêu).
 - Lòng ghép quảng bá BHYT tự nguyện vào các hoạt động truyền thông CSSK khác ở những vùng người dân không được chính phủ hỗ trợ BHYT do phân loại nông thôn mới.
 - Cán bộ đầu mối về giới và DTTS của BQLDA tỉnh nên làm việc với TTYT huyện và TYT xã và cán bộ đầu mối về phát triển DTTS để lãnh đạo việc thực hiện Kế hoạch hành động về phát triển DTTS của Dự án tỉnh.
- Lòng ghép giới và các vấn đề DTTS trong các hoạt động hội thảo và đào tạo;
 - Hỗ trợ các cơ sở y tế trong vùng dự án trong việc lòng ghép giới và các vấn đề DTTS trong hoạt động thường xuyên của cơ sở y tế (truyền thông nâng cao nhận thức về giới và DTTS, nâng cao chất lượng đáp ứng giới và DTTS trong cung cấp dịch vụ, nâng cao chất lượng thống kê và quản lý có tính nhạy cảm giới và DTTS).
 - BQLDA tỉnh, TTYT huyện và TYT xã cần sửa đổi thực hành báo cáo để có số liệu thống kê sức khỏe định kỳ phân theo giới tính và các nhóm dân tộc ưu tiên (như người Khmer ở Sóc Trăng hay người Xơ Đăng ở Kon

Tum) nhằm theo dõi tiến trình của thực hiện các chương trình y tế cho các nhóm dân tộc ưu tiên này theo thời gian.

IX. Kế hoạch triển khai

66. Việc thực hiện Kế hoạch phát triển DTTS đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các tổ chức và cơ quan từ cấp tỉnh đến cấp địa phương, cũng như với cộng đồng dân tộc thiểu số. Kế hoạch phát triển DTTS sẽ được thực hiện song song với các hoạt động khác trong quá trình thực hiện dự án như được thể hiện trong bảng 8 dưới đây:

Bảng 8. Kế hoạch triển khai

Hoạt động	Thời gian dự kiến
Cập nhật EMDP và phổ biến cho các tỉnh	Quý III/2024 (đã làm)
Công ty IEC dự kiến được tuyển dụng vào quý 1 năm 2025.	Quý I/2025
Nhóm IEC sẽ thiết kế tài liệu IEC vào quý 2 năm 2025.	Quý II/2025
TOT for district health center staff. All IEC materials used for health prevention and education activities at local health care level in the target districts will be gender and culturally (EM) sensitive.	Q3/2025
Phát triển chiến lược truyền thông	Quý II/2025
Thực hiện chiến lược truyền thông	Quý III/2025 trở đi
Các hoạt động phát triển năng lực	Liên tục
Giám sát và đánh giá (báo cáo giám sát 6 tháng hàng năm)	Tháng 1 và tháng 7 hàng năm



Ảnh 1: Thảo luận ở Sở Y tế Sóc Trăng



Ảnh 2: Thảo luận ở TTYT Krong Pa, Gia Lai



Ảnh 3: TYT xã Dak Wer, Đắk R'lấp, Đắk Nông



Ảnh 4: Thảo luận ở TYT xã Bằng Đoàn, Đoàn Hùng, Phú Thọ



Ảnh 5: Thảo luận ở TYT xã Phúc Lai, Đoàn Hùng, Phú Thọ



Ảnh 6: Phòng siêu âm ở TTYT Sơn Dương với bảng thông báo không tư vấn giới tính thai nhi (bảng xanh treo trên tường).