

Số: 4486/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 08 tháng 11 năm 2013

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc cho phép công bố nội dung các Dự thảo: Khung quản lý Môi trường – xã hội và Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số của Dự án « Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế »
nguồn vốn vay Ngân hàng Thế giới (WB)**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 131/2006/NĐ-CP ngày 09 tháng 11 năm 2006 của Chính phủ ban hành Quy chế quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức;

Căn cứ Nghị định số 29/2011/NĐ-CP ngày 18 tháng 4 năm 2011 của Chính phủ quy định về đánh giá môi trường chiến lược, đánh giá tác động môi trường, cam kết bảo vệ môi trường;

Căn cứ Thông tư số 04/2007/TT-BKH ngày 30 tháng 7 năm 2007 của Bộ Kế hoạch và Đầu tư hướng dẫn thực hiện Quy chế quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức ban hành kèm theo Nghị định số 131/2006/NĐ-CP ngày 09/11/2006 của Chính Phủ;

Căn cứ Quyết định số 302/QĐ-BYT ngày 08 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thành lập Tổ chuẩn bị Dự án Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế nguồn vốn vay WB;

Xét tờ trình số 700/K2ĐT ngày 07 tháng 11 năm 2013 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo về việc đề nghị cho phép công bố nội dung Dự thảo Khung Quản lý Môi trường – Xã hội và Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số của Dự án Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế vốn vay WB,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Cho phép công bố nội dung Dự thảo Khung Quản lý Môi trường – Xã hội và Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số của Dự án Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế, vay vốn Ngân hàng Thế giới theo nội dung ban hành tại Phụ lục 1 và 2 kèm theo Quyết định này.

Điều 2. Tổ trưởng Tổ chuẩn bị Dự án Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế thành lập theo Quyết định số 302/QĐ-BYT ngày 08 tháng 01 năm 2013 của Bộ Trưởng Bộ Y tế có trách nhiệm phối hợp với Thủ trưởng các đơn vị để phổ biến Dự thảo các nội dung của tài liệu nêu tại điều 1 Quyết định này đến cơ quan, tổ chức và cá nhân liên quan.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các Ông, Bà Chánh văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Cục trưởng Cục Quản lý Môi trường Y tế, Vụ trưởng các Vụ: Kế hoạch – Tài chính, Hợp tác Quốc tế, Pháp chế và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 2,4;
- Bộ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến (để b/c);
- Ngân hàng Thế giới;
- Website Bộ Y tế (để công bố);
- Lưu: VT, K2ĐT (2).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG**



Lê Quang Cường

www.LuatVietnam.vn

BỘ Y TẾ

DỰ ÁN GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO NHÂN LỰC Y TẾ PHỤC VỤ CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ

Phụ lục 1

KHUNG QUẢN LÝ MÔI TRƯỜNG – XÃ HỘI

(Được phép công bố theo QĐ số 4486/QĐ-BYT ngày 08 tháng 11 năm 2013)

www.LuatVietnam.vn

Việt Nam, tháng 11 năm 2013

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BKHCN:	Bộ Khoa học Công nghệ
BQLDA:	Ban quản lý dự án
BYT:	Bộ Y tế
BTNMT:	Bộ Tài nguyên Môi trường
ECOPs:	Quy tắc thực hành về môi trường (Environmental Code of Practices)
ESMF:	Khung quản lý môi trường - xã hội (Environmental and Social Management Framework)
FS:	Báo cáo nghiên cứu khả thi (Feasibility Study)
HzHCW:	Chất thải y tế nguy hại (Hazardous Healthcare Waste)
IDA:	Hiệp hội phát triển quốc tế (International Development Association)
HPET:	Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế (Health Professional Education and Training)
ODA:	Hỗ trợ phát triển chính thức (Official Development Assistance)
QCVN:	Quy chuẩn Việt Nam
TCVN:	Tiêu chuẩn Việt Nam
TYT:	Trạm Y tế
WB:	Ngân hàng Thế giới (The World Bank)

MỤC LỤC

I. GIỚI THIỆU.....	4
1.1 MÔ TẢ DỰ ÁN.....	4
1.2 ĐỊA BÀN TRIỂN KHAI DỰ ÁN.....	6
1.3 QUẢN LÝ DỰ ÁN VÀ NHÂN SỰ.....	8
II. PHẠM VI CỦA KHUNG QUẢN LÝ MÔI TRƯỜNG - XÃ HỘI.....	8
III. CÁC CHÍNH SÁCH VÀ MÔI TRƯỜNG ÁP DỤNG CHO DỰ ÁN.....	9
3.1. Các quy định về môi trường của Việt Nam.....	9
3.2. Các chính sách an toàn môi trường của Ngân hàng Thế giới.....	10
IV. SÀNG LỌC BẢO VỆ MÔI TRƯỜNG.....	10
V. NHỮNG TÁC ĐỘNG MÔI TRƯỜNG TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP GIẢM THIỂU.....	10
5.1 Những tác động môi trường tiềm ẩn.....	10
5.1.1 Tác động tiềm ẩn do các hoạt động sửa chữa, xây dựng nhỏ cơ sở vật chất.....	10
5.1.2 Tác động tiềm ẩn trong giai đoạn vận hành.....	10
5.2 Các biện pháp giảm thiểu điển hình.....	12
IV. QUI TRÌNH QUẢN LÝ MÔI TRƯỜNG.....	16
4.1 Vai trò và trách nhiệm.....	16
4.2. Theo dõi và báo cáo.....	17
4.3. Kế hoạch đào tạo.....	17
4.4 Chi phí triển khai các biện pháp an toàn.....	18
V. THAM VẤN CỘNG ĐỒNG VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN.....	18

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1. Mẫu chuẩn quy trình phân loại chất thải y tế.....	19
PHỤ LỤC 2. Mẫu chuẩn quy trình thu gom chất thải y tế.....	21
PHỤ LỤC 3. Mẫu chuẩn quy trình lưu trữ chất thải y tế.....	23
PHỤ LỤC 4.1. Hướng dẫn lựa chọn phương pháp xử lý và tiêu hủy chất thải y tế.....	24
PHỤ LỤC 4.2. Mẫu chuẩn quy trình xử lý và tiêu hủy chất thải y tế.....	27
PHỤ LỤC 5. Mẫu chuẩn quy trình xử lý thương tích do chất thải sắc nhọn.....	28
PHỤ LỤC 6. Danh sách đánh giá quản lý chất thải y tế.....	30
PHỤ LỤC 7. Góp ý chi tiết Dự thảo của 27 trường đại học, cao đẳng y dược.....	34

I. GIỚI THIỆU

1.1 MÔ TẢ DỰ ÁN

Tên Dự án: Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế

Mục tiêu Dự án: Nâng cao chất lượng giáo dục và đào tạo nhân lực y tế, quản lý y tế và tăng cường năng lực chăm sóc sức khỏe ban đầu, và thực hiện các chiến lược, chính sách quốc gia của Đảng và Nhà nước về phát triển hệ thống y tế đạt mục tiêu thiên niên kỷ (MDG) và xây dựng nông thôn mới.

Các hợp phần của dự án: Dự án gồm 04 hợp phần

Hợp phần 1: Cải thiện chất lượng giáo dục nhân lực y tế (63 triệu USD). Hợp phần này dự kiến sẽ hỗ trợ Bộ Y tế thực hiện Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020 nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ nhân lực y tế thông qua cải thiện chất lượng các chương trình giáo dục. Hợp phần 1 gồm 2 tiểu hợp phần chính:

Tiểu hợp phần 1.1: Tăng cường hệ thống đảm bảo chất lượng giáo dục nhân lực y tế (dự kiến 20 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ hỗ trợ thiết lập một hệ thống đảm bảo chất lượng cho giáo dục đào tạo nhân lực y tế dưới sự giám sát của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế. Dự án sẽ hỗ trợ phát triển các quy định, quy trình và các hướng dẫn kiểm định và đảm bảo chất lượng; Đổi mới phương pháp lượng giá sinh viên dựa trên năng lực đầu ra và tiêu chuẩn thi tốt nghiệp; Tăng cường chính sách và vai trò quản lý của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế trong quản lý chất lượng đào tạo y khoa và điều dưỡng.

Tiểu hợp phần 1.2: Các giải pháp hỗ trợ giúp các trường đào tạo nhân lực y tế đáp ứng được tiêu chuẩn giáo dục của cơ sở đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam (dự kiến 43 triệu USD). Các hoạt động thuộc tiểu hợp phần này sẽ phụ thuộc vào đề xuất của các trường, dựa trên hoàn cảnh cụ thể của từng trường. Các hoạt động có thể bao gồm nhưng không giới hạn trong nhóm hoạt động dưới đây: Tăng cường hệ thống quản lý và đảm bảo chất lượng giáo dục tại các trường; Tăng cường chất lượng của các chương trình đào tạo; Đổi mới phương pháp dạy và học dựa trên chuẩn năng lực - đào tạo đội ngũ giáo viên đạt chuẩn khu vực và quốc tế; và tăng cường chất lượng lượng giá sinh viên. Dự án sẽ cải thiện việc thực hiện chương trình giảng dạy y khoa và điều dưỡng, ví dụ thiết lập mạng lưới hoạt động của các địa điểm thực hành lâm sàng ở bệnh viện tỉnh, bệnh viện huyện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Bên cạnh hỗ trợ kỹ thuật, dự án sẽ tài trợ các thiết bị phục vụ giảng dạy và học tập, ví dụ mua sắm trang bị cho các phòng kỹ năng lâm sàng, phòng xét nghiệm thực hành, hiện đại hóa và nâng cấp thư viện, cải thiện kết nối mạng/điện tử để tạo điều kiện học tập thông qua thư viện điện tử và mạng lưới giữa các trường đại học y khoa. Dự án sẽ hỗ trợ sửa chữa, xây dựng nhỏ cho các cơ sở đào tạo.

Hợp phần 2: Nâng cao năng lực quản lý y tế và quản lý, sử dụng nhân lực y tế (12 triệu USD). Hợp phần này sẽ hỗ trợ Bộ Y tế triển khai các nhóm giải pháp nêu trong "Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020". Hợp phần sẽ hỗ trợ: (i) đào tạo, nâng cao năng lực quản lý và xây dựng, thực hiện chính sách y tế cho cán bộ quản lý tại các tuyến từ trung ương tới tuyến cơ sở, và (ii) xây dựng, thực hiện các chính sách tăng

cường nhân lực nhằm bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ cao tại các khu vực khó khăn. Hợp phần này gồm 2 tiểu hợp phần.

Tiểu hợp phần 2.1: Nâng cao năng lực quản lý y tế (6 triệu USD). Dự án sẽ nâng cao năng lực cho hai trung tâm đào tạo bồi dưỡng cán bộ quản lý y tế tại Đại học Y tế công cộng và Viện vệ sinh y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh. Hai trung tâm này sẽ được hỗ trợ sửa chữa nhỏ để nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị giảng dạy, tài liệu giảng dạy, đào tạo giảng viên, phát triển chương trình giảng dạy. Dự án cũng hỗ trợ hai trung tâm đào tạo phát triển các khóa đào tạo quản lý cho cán bộ quản lý y tế tuyến trung ương, tỉnh và huyện.

Tiểu hợp phần 2.2: Tăng cường năng lực quản lý và sử dụng nhân lực y tế (6 triệu USD). Dự án sẽ hỗ trợ Bộ Y tế thực hiện thí điểm chương trình đưa bác sỹ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn để giảm bớt sự thiếu hụt của bác sỹ tại các vùng này. Dự án sẽ tài trợ để đào tạo các bác sỹ trẻ mới tốt nghiệp các lĩnh vực chuyên môn: nội khoa, nhi khoa, phẫu thuật, sản khoa...Việc đào tạo được thực hiện trong 18 tháng và 6 tháng làm việc tại TYT sau đó được cấp bằng Chuyên khoa 1. Khoảng 500 bác sỹ trẻ tình nguyện sau khi được đào tạo sẽ về làm việc tại 62 huyện nghèo nhất. Bên cạnh đó, Dự án sẽ hỗ trợ xây dựng chính sách và các quy định nhằm tăng cường hiệu quả quản lý và sử dụng nguồn nhân lực y tế như xây dựng mô tả vị trí việc làm cho cán bộ y tế tại tuyến huyện và ở TYT, lập kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế và thực hiện một số chính sách quản lý và sử dụng nguồn nhân lực y tế.

Hợp phần 3: Tăng cường năng lực và mức độ bao phủ của các đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở (41 triệu USD). Hợp phần này hỗ trợ cho các xã dự án đạt chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020. Hợp phần 3 gồm 2 tiểu hợp phần.

Tiểu hợp phần 3.1: Đào tạo cho cán bộ làm công tác CSSKBD ở tuyến xã (20 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ tập trung vào hỗ trợ hoạt động đào tạo liên tục, đào tạo về chuyên môn nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành và đào tạo về quản lý cho đội ngũ cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện đang công tác ở tuyến xã tại một số tỉnh, bao gồm bác sỹ gia đình, bác sỹ đa khoa, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sỹ trung cấp, cán bộ dân số - kế hoạch hóa gia đình, nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản. Mục tiêu của tiểu hợp phần nhằm đảm bảo đội ngũ cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến xã có đủ kỹ năng để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu mang tính toàn diện, liên tục và có sự lồng ghép giữa các tuyến, giữa dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng nhằm đáp ứng tốt hơn với sự thay đổi về mô hình bệnh tật với gánh nặng bệnh tật kép – bao gồm cả bệnh lây nhiễm và bệnh không lây nhiễm cũng như sự thay đổi về cơ cấu dân số với tỷ lệ người cao tuổi tăng cao.

Tiểu hợp phần 3.2: Cung cấp trang thiết bị y tế cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (22 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ tập trung đầu tư bổ sung trang thiết bị y tế cho TYT xã dựa trên quy định danh mục trang thiết bị của Bộ Y tế để hỗ trợ cho TYT xã đủ điều kiện đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020 tại các tỉnh dự án. Các trạm y tế xã sẽ được cung cấp trang thiết bị y tế để tạo môi trường có điều kiện

làm việc thuận lợi cho cán bộ y tế trong việc cung cấp dịch vụ CSSKBD. Dự án sẽ cung cấp trang thiết bị y tế cho các TYT xã được lựa chọn dựa trên danh sách nhu cầu cung cấp trang thiết bị y tế do các tỉnh dự án xác định và cung cấp túi y tế thôn bản cho nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản tại các xã của các tỉnh dự án nơi có cán bộ y tế tham gia các khoá đào tạo CSSKBD. Bên cạnh đầu tư trang thiết bị cho TYT xã, dự án cũng có thể hỗ trợ trang thiết bị cho các cơ sở đào tạo tại chỗ (ví dụ trung tâm y tế huyện) nhằm đảm bảo cho các Đội CSSKBD có điều kiện thực hành tốt ở địa phương. Các cơ sở thực hành, thực tập (trung tâm y tế huyện, phòng khám đa khoa khu vực v.v) được cung cấp các trang thiết bị phục vụ cho công tác giảng dạy thực hành lâm sàng

Hợp phần 4: Quản lý dự án (5 triệu USD)

Các hoạt động chính trong phần 4 bao gồm: các hoạt động chuẩn bị, xây dựng văn kiện dự án; nâng cao năng lực quản lý dự án (đào tạo trong và ngoài nước); nâng cao năng lực đánh giá kết quả, tài trợ dựa trên kết quả; hội thảo đánh giá hàng năm, giữa kỳ và cuối kỳ; tư vấn kỹ thuật; cung cấp thiết bị văn phòng và phương tiện phục vụ giám sát và đánh giá; kiểm định, quan trắc các hệ thống kỹ thuật được đầu tư; kiểm toán (nội bộ và độc lập). Ngoài ra, hợp phần này sẽ hỗ trợ thực hiện một số nghiên cứu phân tích chính sách về nhân lực y tế, đào tạo nhân lực y tế và hệ thống y tế.

Thời gian thực hiện dự án: 6 năm: 2014-2019

Tổng vốn dự án: 121 triệu USD, trong đó 106 triệu USD từ khoản vay IDA, 10 triệu USD từ Liên minh Châu Âu (EU) và 5 triệu USD vốn đối ứng.

1.2 ĐỊA BÀN TRIỂN KHAI DỰ ÁN

Hợp phần 1, Dự án sẽ cung cấp tài chính hỗ trợ cho 27 trường đào tạo y khoa và điều dưỡng như sau:

Các trường đại học:

1. Trường Đại học Y Hà Nội,
2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,
3. Trường Đại học Dược Hà Nội,
4. Trường Đại học Y tế công cộng,
5. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế,
6. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,
7. Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên,
8. Trường Đại học Y Thái Bình,
9. Trường Đại học Y Hải Phòng,
10. Trường Đại học Y Khoa Vinh,
11. Khoa Y, Đại học Tây Nguyên,
12. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định,

13. Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương,
14. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,
15. Trường Đại học Kỹ thuật y dược Đà Nẵng,
16. Khoa Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội,
17. Khoa Y, Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.

Các trường cao đẳng:

1. Trường Cao đẳng Y Sơn La,
 2. Trường Cao đẳng Y Lạng Sơn,
 3. Trường Cao đẳng Y Quảng Ninh,
 4. Trường Cao đẳng Y Hà Tĩnh,
 5. Trường Cao đẳng Y Quảng Nam,
 6. Trường Cao đẳng Y Khánh Hòa,
 7. Trường Cao đẳng Y Đồng Nai,
 8. Trường Cao đẳng Y Lâm Đồng,
 9. Trường Cao đẳng Y Đồng Tháp,
 10. Trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai.
- Hợp phần 2.1, Dự án sẽ hỗ trợ 2 trung tâm đào tạo quản lý cán bộ y tế ở trường Đại học Y tế công cộng và Viện vệ sinh y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh.
 - Hợp phần 2.2, Dự án sẽ hỗ trợ Bộ Y tế đào tạo và gửi bác sỹ trẻ tình nguyện đến 62 huyện nghèo nhất theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ký ngày 27/12/2008 của Thủ tướng Chính phủ.

Tỉnh	Huyện
Hà Giang	: Đồng Văn, Mèo Vạc, Yên Minh, Quản Bạ, Hoàng Su Phì, Xín Mần
Cao Bằng	: Bảo Lâm, Bảo Lạc, Thông Nông, Hà Quảng, Hạ Lang
Lào Cai	: Si Ma Cai, Mường Khương, Bắc Hà
Yên Bái	: Mù Cang Chải, Trạm Tấu
Bắc Kạn	: Ba Bể, Pác Nặm
Bắc Giang	: Sơn Đông
Phú Thọ	: Tân Sơn
Sơn La	: Sốp Cộp, Phù Yên, Bắc Yên, Mường La, Quỳnh Nhai
Lai Châu	: Mường Tè, Phong Thổ, Sìn Hồ, Tân Yên, Than Uyên
Điện Biên	: Điện Biên Đông, Mường Nhé, Tủa Chùa, Mường Ảng
Thanh Hóa	: Lang Chánh, Thường Xuân, Quan Hóa, Quan Sơn, Mường Lát, Như Xuân, Bá Thước
Nghệ An	: Kỳ Sơn, Tương Dương, Quế Phong
Quảng Bình	: Minh Hóa
Quảng Trị	: Đa Krông

Quảng Ngãi : Sơn Hà, Trà Bồng, Sơn Tây, Minh Long, Tây Trà, Ba Tơ
Quảng Nam : Nam Trà My, Tây Giang, Phước Sơn
Bình Định : An Lão, Vĩnh Thanh, Vân Canh
Ninh Thuận : Bác Ái
Kon Tum : Tu Mơ Rông, Kon Plông
Lâm Đồng : Đam Rông

- Hợp phần 3, Dự án sẽ cung cấp trang thiết bị y tế thiết yếu và các khóa đào tạo lại cho nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến cơ sở cho các tỉnh sau: Lai Châu, Điện Biên, Sơn La, Cao Bằng, Lào Cai, Yên Bái, Hà Giang, Gia Lai, Kontum, Đắk Nông, Thái Bình, Nam Định, Khánh Hòa, Đồng Tháp, Lâm Đồng. Dự kiến khoảng 60% TYT tại các tỉnh này sẽ được đào tạo lại và cũng cấp trang thiết bị

1.3 QUẢN LÝ DỰ ÁN VÀ NHÂN SỰ

Bộ Y tế thành lập Ban Quản lý Dự án TW (QLDATW) đặt tại Hà Nội với các thành phần chủ chốt là lãnh đạo và chuyên viên của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo , Vụ Tổ chức cán bộ và một số Vụ/Cục liên quan đến các Hợp phần của Dự án. Ban QLDATEW đại diện cho Chủ dự án chịu trách nhiệm quản lý, điều hành toàn bộ Dự án từ khi bắt đầu cho đến khi kết thúc. Ban QLDATEW chịu sự hướng dẫn và giám sát về quản lý nhà nước của Bộ Y tế trong suốt quá trình triển khai thực hiện Dự án.

Giám đốc Dự án do Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm với ưu tiên chuyển giao từ cán bộ chịu trách nhiệm chính trong thiết kế, xây dựng Dự án, chuẩn bị điều kiện hiệu lực để đảm bảo sự vận hành thông suốt của Dự án từ khâu chuẩn bị - thực hiện.

BQLDA sẽ có 03 Phó Giám đốc: 01 Phó giám đốc giúp Giám đốc trong các hoạt động kế hoạch, mua sắm đầu thầu, giải ngân và điều phối chung; Một Phó giám đốc phụ trách nghiệp vụ giúp Giám đốc trong các hoạt động đảm bảo chất lượng giáo dục trong các cơ sở đào tạo nhân lực y tế; Một Phó giám đốc hỗ trợ Giám đốc chỉ đạo các hoạt động đào tạo cho tuyến y tế cơ sở, đưa bác sĩ về huyện nghèo, hỗ trợ hai trung tâm đào tạo cán bộ quản lý y tế, xây dựng cơ sở dữ liệu nhân lực y tế.

Nhân viên trong BQLDA sẽ bao gồm: nhân viên ở Tổ Kế hoạch và đào tạo; Tổ quản lý mua sắm và hậu cần; Tổ Kế toán và giải ngân; Tổ Quản lý tài chính và Nhóm tư vấn kỹ thuật.

Đơn vị thực hiện dự án: Tại các trường tham gia dự án đều sẽ thành lập Đơn vị quản lý dự án cấp trường. Trưởng Đơn vị thực hiện DA có thể là đại diện lãnh đạo Trường (làm việc bán thời gian). Các Hợp phần nhân sự khác của Đơn vị thực hiện DA bao gồm 01 kế toán trưởng (là kế toán trưởng của cơ sở đào tạo), 01 kế toán viên (có thể làm việc bán thời gian tùy theo yêu cầu công việc) và 01 điều phối viên Dự án tại trường.

II. PHẠM VI CỦA KHUNG QUẢN LÝ MÔI TRƯỜNG - XÃ HỘI

Dự án HPET sẽ thực hiện theo các chính sách an toàn môi trường của Ngân hàng Thế giới và các quy định về môi trường của Việt Nam để tránh hoặc giảm thiểu tác động đối với con người và môi trường trong quá trình thực hiện. Dự án sẽ hỗ trợ cho 27 trường đại học đào tạo y khoa và điều dưỡng/trường cao đẳng y tế và hỗ trợ nâng cao năng lực

chăm sóc sức khỏe ở các cấp độ khác nhau trong 15 tỉnh và 62 huyện khó khăn. Dự án có thể gây ra một số tác động môi trường bất lợi liên quan đến các hoạt động sửa chữa quy mô nhỏ ở hợp phần 1 và 2 và cung cấp thiết bị y tế ở hợp phần 3. Những khoản đầu tư chi tiết cho 26 trường tham gia và vị trí chính xác của các địa điểm đào tạo lâm sàng và trạm y tế xã (TYT xã) chưa được xác định rõ trong quá trình thẩm định Dự án. Do đó, một khung quản lý môi trường và xã hội (ESMF) được phát triển bởi Bộ Y tế như một phần của quá trình chuẩn bị để giải quyết các tác động tiềm tàng phát sinh từ việc thực hiện và vận hành dự án. Khung quản lý môi trường-xã hội gồm 2 nội dung chính:

(i) Quy tắc thực hành về môi trường (ECOPs) được thực hiện bởi nhà thầu trong quá trình thực hiện các hoạt động sửa chữa, nâng cấp ở hợp phần 1 và 2.

(ii) Kế hoạch quản lý chất thải được thực hiện bởi các cơ sở đào tạo lâm sàng và các TYT xã được hỗ trợ tài chính ở hợp phần 3.

III. CÁC CHÍNH SÁCH VÀ MÔI TRƯỜNG ÁP DỤNG CHO DỰ ÁN

3.1. Các quy định về môi trường của Việt Nam

- Luật Bảo vệ Môi trường (EPL) số. 52/2005/QH11 ngày 29/11/2005 và có hiệu lực từ 01/7/2006. Luật quy định khuôn khổ trách nhiệm của cá nhân và các tổ chức về đánh giá môi trường, bảo vệ môi trường tại bệnh viện và các cơ sở y tế, xử lý chất thải nguy hại, chất thải sinh hoạt, nước thải và khí thải.

Các chính sách liên quan tới đánh giá môi trường:

- Nghị định 29/2011/NĐ-CP ngày 18/4/2011 của Chính phủ Quy định về đánh giá môi trường chiến lược, đánh giá tác động môi trường, cam kết bảo vệ môi trường;
- Thông tư số 26/2011/TT-BTNMT ngày 18/7/2011 của Bộ Tài nguyên và Môi trường Quy định chi tiết một số điều của Nghị định số 29/2011/NĐ-CP ngày 18/4/2011 của Chính phủ về đánh giá môi trường chiến lược, đánh giá tác động môi trường, cam kết bảo vệ môi trường;

Các chính sách liên quan tới chất thải gây hại và quản lý chất thải y tế và an toàn sức khỏe nghề nghiệp:

- Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT ngày 3/12/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về quản lý chất thải y tế;
- Thông tư số 22/2010/TT-BXD ngày 03/12/2010 của Bộ Xây dựng về việc ban hành Quy định về an toàn lao động trong các công trình xây dựng;
- Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn tổ chức thực hiện kiểm soát lây nhiễm tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe;
- Quyết định số 3079/QĐ-BYT, ngày 21/08/2008, của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của hệ thống làm công tác bảo hộ lao động trong các cơ sở y tế

3.2. Các chính sách an toàn môi trường của Ngân hàng Thế giới

- Đánh giá môi trường OP/BP 4.01
- Tham vấn cộng đồng và công khai thông tin
- Hướng dẫn chung về môi trường, sức khỏe và an toàn của Ngân hàng Thế giới

IV. SÀNG LỌC BẢO VỆ MÔI TRƯỜNG

Các hạng mục đầu tư không đủ điều kiện nhận tài chính của dự án gồm:

- Các hoạt động xây dựng mới.
- Các hoạt động sửa chữa/nâng cấp không được thực hiện trong các tòa nhà hiện có. Các hoạt động sửa chữa/nâng cấp ở phần mở rộng diện tích của tòa nhà làm thay đổi kết cấu hạ tầng.
- Các thiết bị y sinh học tạo ra chất thải phóng xạ trong hoạt động chăm sóc sức khỏe.
- Các trang thiết bị được trang bị cho các phòng thực hành kỹ năng lâm sàng tại hợp phần 1 chỉ bao gồm các trang thiết bị không tạo ra chất thải y tế nguy hại trong quá trình hoạt động.

V. NHỮNG TÁC ĐỘNG MÔI TRƯỜNG TIỀM ẨN VÀ BIỆN PHÁP GIẢM THIỂU

5.1 Những tác động môi trường tiềm ẩn

5.1.1 Tác động tiềm ẩn do các hoạt động sửa chữa, xây dựng nhỏ cơ sở vật chất

Dự án sẽ có một vài tác động nhỏ liên quan đến các hoạt động sửa chữa, xây dựng nhỏ cơ sở vật chất tại các trường ở hợp phần 1 và 02 trung tâm đào tạo cán bộ quản lý y tế ở hợp phần 2. Đây là các hoạt động sửa chữa, xây dựng nhỏ được thực hiện trong các cơ sở hiện có và không có xây dựng mở rộng so với cơ sở ban đầu. Các hoạt động sửa chữa, nâng cấp cơ sở vật chất này có thể tạo ra một số tác động xấu đến môi trường như: tạo ra bụi, tiếng ồn, độ rung, chất thải, chất thải rắn và các vấn đề an toàn lao động. Ngoài ra, với các hoạt động sửa chữa, xây dựng cơ sở vật chất có những thay đổi về kết cấu so với ban đầu tiềm ẩn nguy cơ về sự ổn định và an toàn của các tòa nhà hiện có. Những tác động này được đánh giá có quy mô từ nhỏ đến trung bình, cục bộ, trong thời gian ngắn, có thể kiểm soát, quản lý thông qua thiết kế tốt và giám sát trong quá trình xây dựng.

5.1.2 Tác động tiềm ẩn trong giai đoạn vận hành

Dự án sẽ hỗ trợ nâng cao năng lực cho đội chăm sóc sức khỏe ở tuyến cơ sở cũng như cung cấp các trang thiết bị y tế cơ bản cho họ. Do đó, chất thải và nước thải y tế trong quá trình thực hiện có phát sinh ở mức độ không đáng kể.

Chất thải rắn y tế: Phần lớn chất thải y tế là chất thải thông thường tương tự như chất thải sinh hoạt. Chỉ có 20% chất thải rắn y tế là nguy hại. Theo khảo sát của Bộ Y tế,

Chất thải rắn y tế phát sinh từ một TYT khoảng 0,08 kg/giường/ngày. Một TYT xã chuẩn phát sinh khoảng 0,5 kg chất thải rắn y tế mỗi ngày và một phòng khám đa khoa khu vực phát sinh khoảng 1 kg đến 2 kg chất thải rắn y tế mỗi ngày.

Tại các TYT xã và các cơ sở đào tạo cán bộ chăm sóc sức khỏe ban đầu, chất thải y tế nguy hại chủ yếu là chất thải lây nhiễm bao gồm các nhóm sau:

- Chất thải sắc nhọn: là chất thải có thể cắt, đục thủng bao gồm kim tiêm, dao mổ, dao, móng tay, kính vỡ và các vật sắc nhọn khác được sử dụng trong các dịch vụ y tế.
- Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn là chất thải tiếp xúc với máu và dịch cơ thể như bông, băng dính máu.
- Chất thải giải phẫu bao gồm các bộ phận của cơ thể con người, các mô, nhau thai và xác động vật.

Nước thải y tế được thải ra từ các TYT xã có khối lượng không đáng kể khoảng 1 m³ mỗi ngày và có thành phần cơ bản giống như nước thải sinh hoạt.

Chất thải y tế nguy hại. Tiếp xúc với chất thải y tế có thể dẫn đến bệnh tật hoặc chấn thương. Tất cả các cá nhân tiếp xúc với chất thải y tế nguy hại đều là nguy cơ tiềm tàng, bao gồm cả những người trong và ngoài cơ sở chăm sóc sức khỏe. Các nhóm chính có nguy cơ như sau:

- Nhân viên y tế: bác sỹ, y tá, kỹ thuật viên...
- Bệnh nhân
- Người nhà bệnh nhân và khách
- Người lao động trong các cơ sở xử lý chất thải bao

Mầm bệnh trong chất thải và nước thải lây nhiễm có thể xâm nhập vào cơ thể con người qua một số đường: bị kim đâm, xây sát ngoài da, vết cắt, qua niêm mạc, hít phải khí, do ăn uống. Các vi khuẩn kháng thuốc và hóa chất khử khuẩn cũng có thể tạo ra các nguy cơ khi chất thải y tế không được quản lý an toàn. Vật sắc nhọn không chỉ có thể gây ra các vết cắt, vết đâm mà còn có thể làm lây nhiễm bệnh nếu chúng bị nhiễm mầm bệnh. Chấn thương do vật sắc nhọn là tai nạn phổ biến nhất trong các cơ sở y tế. Chấn thương do vật sắc nhọn là đường lây truyền chính của một số bệnh truyền nhiễm như: HIV, HBV, and HCV. Khoảng 80% nhiễm trùng nghề nghiệp làm lây nhiễm HIV, HBV, HCV là do thương tích từ kim tiêm bị nhiễm mầm bệnh. Với nước thải, nguy cơ chủ yếu là do có nhiều vi sinh vật gây bệnh dễ dàng lây truyền qua nước.

Bên cạnh những tác động sức khỏe và môi trường, công chúng còn rất nhạy cảm khi nhìn thấy chất thải giải phẫu như bộ phận cơ thể, rau thai. Chất thải giải phẫu không thể tiêu hủy thiếu an toàn.

Chất thải y tế nếu không được quản lý tốt sẽ dễ dàng gây ra ô nhiễm môi trường và tác động sức khỏe. Tuy nhiên, căn cứ vào khối lượng nhỏ rác thải và nước thải phát sinh

từ các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, những tác động môi trường và sức khỏe trong dự án là cục bộ và có thể quản lý được.

5.2 Các biện pháp giảm thiểu điển hình

5.2.1 Các biện pháp giảm thiểu trong giai đoạn chuẩn bị cho các hoạt động xây dựng, sửa chữa

Trước khi tiến hành sửa chữa, các trường thụ hưởng dự án cần thuê cán bộ tư vấn xây dựng và thẩm định thiết kế. Thiết kế xây dựng cần được cơ quan quản lý có thẩm quyền phê duyệt theo đúng quy định.

5.2.2 Các biện pháp giảm thiểu chuẩn trong quá trình triển khai các khoản hỗ trợ tài chính. Nhà thầu có trách nhiệm thực hiện các Quy tắc thực hành về môi trường (ECOPs). Những quy tắc thực hành về môi trường này cần được đưa vào trong Hợp đồng xây dựng.

Bảng 1. Quy tắc thực hành về môi trường

Vấn đề môi trường	Biện pháp giảm thiểu	Quy định tham chiếu
1. Bụi, tiếng ồn và độ rung tạo ra từ công trường xây dựng và các hoạt động thi công	<ul style="list-style-type: none"> - Nhà thầu chịu trách nhiệm tuân thủ các quy định hiện hành của Việt Nam về chất lượng môi trường không khí xung quanh, tiếng ồn và độ rung. - Nhà thầu phải đảm bảo việc phát sinh bụi được tối thiểu hóa và triển khai kế hoạch kiểm soát bụi để duy trì môi trường làm việc an toàn và giảm thiểu sự phiền phức cho khu vực có người sinh sống xung quanh. - Nhà thầu phải thực hiện các biện pháp kiểm soát bụi (như rửa công trường hay đường đi để giảm bụi, phủ kín các kho bãi chứa vật liệu, vv.) theo yêu cầu. Phương tiện vận chuyển vật liệu phải được phủ và buộc chặt trong quá trình vận chuyển để tránh làm rơi vãi đất, cát, vật liệu hoặc bụi. Các nguyên vật liệu và đất không được che phủ cần được bảo vệ khỏi xói mòn do gió và việc chọn địa điểm làm bãi chứa vật liệu phải cần nhắc cần thận tránh hướng gió thổi vào phòng gần đó. - Nhà thầu phải đảm bảo vệ sinh tại chỗ được vận hành và duy trì để thu gom và xử lý nước thải từ công nhân. - Nhà thầu không được thực hiện các 	<p>QCVN 05:2009/BTNMT: Chất lượng không khí - Chất lượng môi trường không khí xung quanh</p> <p>QCVN 26:2010/BTNMT - Tiếng ồn tại nơi công cộng và khu vực có con người sinh sống</p> <p>QCVN 27:2010/ BTNMT: Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về độ rung phát sinh bởi cơ sở sản xuất, xây dựng</p>

	<p>hoạt động phát ra tiếng ồn ở mức độ cao trong thời gian dạy và học tại các trường.</p>	
<p>2. Chất thải xây dựng phát sinh từ các hoạt động xây dựng và các hoạt động thi công</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhà thầu phải xây dựng một quy trình kiểm soát chất thải rắn (nơi cất chứa, cung cấp thùng rác, lịch vệ sinh công trường, lịch thu gom rác, vv...) trước khi bắt đầu thi công và nghiêm túc tuân thủ quy trình đã xây dựng trong suốt quá trình thi công. - Nhà thầu phải cung cấp thùng rác, thùng rác lớn và phương tiện thu gom rác tại tất cả các điểm thi công. - Nhà thầu phải lưu giữ tạm thời chất thải rắn tại hiện trường ở nơi được quy định riêng trước khi vận chuyển ra ngoài và thải bỏ thông qua phương tiện thu gom chất thải được cấp phép. - Nhà thầu phải thải bỏ chất thải đúng nơi quy định và được Chuyên gia giám sát thi công hoặc chính quyền địa phương đồng ý. Việc thải bỏ bằng phương pháp đốt ngoài trời hoặc chôn lấp chất thải rắn là không được phép. Trong bất kỳ hoàn cảnh nào, nhà thầu không được thải bất cứ vật liệu nào ra khu vực nhạy cảm về môi trường như sông hồ, dòng nước. - Các vật liệu có thể tái chế như ván gỗ bắc qua rãnh nước, sắt, vật liệu làm giàn giáo, chống đỡ công trình, vật liệu bao bì, vv... sẽ phải được phân loại và thu gom ngay tại công trường tách riêng khỏi các nguồn chất thải khác để tái sử dụng hoặc tái chế (bán). - Việc loại bỏ các vật liệu chứa a-miăng hoặc các chất gây độc khác cần phải được thực hiện và thải bỏ bởi công nhân được đào tạo và có chứng nhận. 	<p>Nghị định số 59/20078/NĐ-CP về quản lý chất thải rắn</p>
<p>3. Rủi ro an toàn cho công nhân, nhân viên y tế và người thân của họ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhà thầu phải tuân thủ tất cả các quy định của Việt Nam về an toàn cho người lao động. - Nhà thầu phải xây dựng và thực hiện kế hoạch hành động để đối phó với rủi ro và tình huống khẩn cấp. - Nhà thầu phải tổ chức tập huấn cho 	<p>Nghị định số 22/2010/TT-BXD về quy định an toàn xây dựng</p> <p>Chỉ thị số 02/2008/CT-BXD Về</p>

	<p>công nhân về các quy định về an toàn lao động và cung cấp các trang thiết bị bảo hộ lao động cá nhân.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhà thầu phải cung cấp các biện pháp an toàn như lắp đặt hàng rào, rào chắn, sử dụng khu vực hạn chế người ra vào, các biển báo nguy hiểm, hệ thống ánh sáng để bảo vệ công nhân, nhân viên bệnh viện và người bệnh khỏi các mảnh vật liệu vỡ rơi vào người và các rủi ro khác. 	<p>việc chấn chỉnh và tăng cường các biện pháp đảm bảo an toàn lao động, vệ sinh lao động trong các đơn vị thuộc ngành Xây dựng</p>
--	--	---

5.2.3 Các biện pháp giảm thiểu chuẩn trong giai đoạn vận hành - phát triển một kế hoạch quản lý chất thải đơn giản

Kế hoạch này sẽ mô tả các phương pháp quản lý chất thải rắn y tế phát sinh tại các trạm y tế xã. Những phương pháp này được chỉ ra trong bảng dưới đây:

Các vấn đề môi trường	Các biện pháp giảm thiểu	Quy định áp dụng
1. Chất thải rắn y tế phát sinh từ các hoạt động chăm sóc sức khỏe	<p>Trạm y tế xã sẽ thực hiện theo một quy trình quản lý chất thải y tế bao gồm: phân loại, thu gom, xử lý và tiêu hủy chất thải rắn y tế. Quy trình quản lý chất thải y tế rắn được mô tả tại Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT quy định về Quy chế quản lý chất thải y tế. Các quy trình chuẩn quản lý chất thải y tế được thể hiện trong Phụ lục 1.</p> <p>Phân loại chất thải rắn y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần phân loại chất thải ngay tại nơi phát sinh chất thải. - Chất thải rắn y tế sẽ được phân loại thành 5 nhóm: chất thải lây nhiễm (chất thải sắc nhọn, chất thải lây nhiễm không sắc nhọn, chất thải bệnh phẩm, chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao), chất thải hóa học, chất thải phóng xạ, bình chứa áp suất và chất thải sinh hoạt <p>Thu gom chất thải rắn y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mỗi TYT xã phải định rõ vị trí đặt thùng đựng chất thải y tế cho từng loại chất thải, nơi phát sinh chất thải phải có loại thùng thu gom tương ứng - Nơi đặt thùng đựng chất thải phải có 	<p>Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT: Quy định về quản lý chất thải y tế;</p>

	<p>hướng dẫn cách phân loại và thu gom.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mỗi loại chất thải y tế phải được thu gom vào các dụng cụ thu gom theo mã màu quy định và phải có nhãn hoặc ghi bên ngoài túi nơi phát sinh chất thải (theo quy định về quản lý chất thải y tế tại Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT) <p>Xử lý và tiêu hủy chất thải rắn y tế: Các TYT xã có thể áp dụng một trong các biện pháp tiêu hủy như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vận chuyển đến nơi xử lý gần nhất - Xử lý ngay bằng các phương pháp thân thiện môi trường như máy cắt kim, bể bê tông - Xem phụ lục giới thiệu các phương pháp xử lý và tiêu hủy chất thải y tế. 	
2. Nước thải phát sinh từ các cơ sở y tế	<ul style="list-style-type: none"> - Nước thải phải được thu gom bởi hệ thống riêng tách khỏi hệ thống gom nước mưa. - Nhà tiêu hợp vệ sinh phải có sẵn và dễ tiếp cận đối với bệnh nhân, cán bộ y tế và khách đến TYT. - Nước thải chủ yếu được xử lý tại chỗ và được khử trùng trước khi thải ra môi trường. Nước thải khi thải ra môi trường phải đáp ứng các tiêu chuẩn theo quy định. 	<p>Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT: Quy định về quản lý chất thải y tế;</p> <p>QCVN 28:2010/BTNMT: Quy chuẩn kỹ thuật Quốc gia về nước thải y tế</p>
3. Rủi ro liên quan đến tiếp xúc với các chất nguy hại trong môi trường y tế	<ul style="list-style-type: none"> - Tất cả nhân viên y tế sẽ được cung cấp các thiết bị bảo hộ lao động - Có giải pháp cho các tình huống bất ngờ (bị thương do kim tiêm) - Xem phụ lục giới thiệu quy trình điều trị tai nạn do chất thải sắc nhọn. 	<p>Hướng dẫn của Bộ Y tế để chẩn đoán và điều trị HIV / AIDS (Ban hành theo Quyết định số 3003/QĐ - BYT ngày 19/8/2009)</p>

VI. QUI TRÌNH QUẢN LÝ MÔI TRƯỜNG

6.1 Vai trò và trách nhiệm

6.1.1 Các trường đại học và cao đẳng

27 trường đại học/cao đẳng và 02 trung tâm đào tạo quản lý cán bộ y tế nhận được hỗ trợ tài chính của Dự án trong hợp phần 1 và 2 chịu trách nhiệm đảm bảo tuân thủ quy trình an toàn trong quá trình thực hiện các hoạt động sửa chữa/nâng cấp. Trách nhiệm của từng trường đại học, cao đẳng và trung tâm đào tạo quản lý cán bộ y tế tham gia dự án gồm:

- Đảm bảo các thiết kế cho các hoạt động sửa chữa/nâng cấp cơ sở vật chất được chuẩn bị hợp lý bởi các kỹ sư thiết kế và được sự chấp thuận của cơ quan có thẩm quyền.
- Kết hợp Quy tắc thực hành môi trường (ECOPs) vào tài liệu hợp đồng với nhà thầu.
- Giám sát nội bộ việc thực hiện các biện pháp giảm thiểu của nhà thầu
- Báo cáo việc tuân thủ thực hiện quy trình an toàn môi trường của các cơ sở và nhà thầu cho BQLDA.

Các trường đại học và cao đẳng tham gia dự án thực hiện chương trình đào tạo của hợp phần 3 chịu trách nhiệm đào tạo cả quản lý chất thải rắn y tế và an toàn sức khỏe nghề nghiệp trong các mô đun đào tạo của mình. Các trường cũng chịu trách nhiệm giám sát thực hiện kế hoạch quản lý chất thải rắn y tế bởi các đội chăm sóc y tế ban đầu. Phụ lục 6 giới thiệu danh sách kiểm tra giám sát quản lý chất thải rắn y tế.

6.1.2 Trạm Y tế xã và đội chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các đội chăm sóc sức khỏe ban đầu và TYT xã được nhận hỗ trợ về đào tạo và trang thiết bị y tế trong hợp phần 3 có trách nhiệm thực hiện kế hoạch quản lý chất thải y tế trong giai đoạn vận hành. Kế hoạch này sẽ bao gồm phân loại, thu gom, xử lý và tiêu hủy chất thải y tế cũng như có giải pháp khẩn cấp khi phải tiếp xúc với các vật nguy hiểm như chấn thương do kim tiêm (Phụ lục 1-5, kế hoạch quản lý chất thải rắn y tế).

6.1.3 Ban quản lý dự án trung ương

BQLDA sẽ điều phối các hoạt động để đảm bảo các khoản đầu tư của dự án được thực hiện theo đúng các yêu cầu về quản lý môi trường của Việt Nam và chính sách an toàn môi trường của Ngân hàng Thế giới. Trách nhiệm của BQLDA sẽ bao gồm nhưng không giới hạn ở những nội dung sau:

- Giám sát thực hiện biện pháp an toàn môi trường của các trường đại học, cao đẳng và 2 trung tâm đào tạo quản lý cán bộ y tế.
- Chuẩn bị báo cáo môi trường định kỳ 6 tháng theo mẫu đã được thỏa thuận và gửi cho Ngân hàng trước khi thực hiện nhiệm vụ giám sát.

6.1.4 Ngân hàng Thế giới

Ngân hàng Thế giới sẽ cung cấp hướng dẫn và hỗ trợ kỹ thuật cho BQLDA thực hiện dự án bao gồm cả thực hiện biện pháp an toàn môi trường - xã hội.

6.1.5 Nhà thầu và nhà cung cấp thiết bị

Thực hiện các biện pháp giảm thiểu và tự giám sát trong quá trình thực hiện các công trình dân dụng nhỏ và cung cấp thiết bị.

6.1.6 Tư vấn thiết kế

Sửa chữa/nâng cấp các công trình của đơn vị phải có mẫu thiết kế phù hợp với các tiêu chuẩn xây dựng và các văn bản quy phạm pháp luật.

6.2. Theo dõi và báo cáo

Trong quá trình thực hiện các hoạt động sửa chữa/nâng cấp công trình trong tiểu hợp phần 1.2 và 2.1, các trường đại học, cao đẳng và các trung tâm đào tạo có trách nhiệm giám sát hàng ngày việc triển khai các biện pháp giảm thiểu tác hại đến môi trường của nhà thầu theo quy định tại Quy tắc thực hành về môi trường (ECOPs) và các văn bản hợp đồng. Các trường, trung tâm đào tạo tham gia dự án có trách nhiệm gửi báo cáo định kỳ 6 tháng về việc thực hiện các biện pháp an toàn cho BQLDA như một phần của báo cáo tiến độ.

Trong quá trình thực hiện hợp phần 3, các đơn vị thực hiện chương trình đào tạo có trách nhiệm giám sát việc thực hiện kế hoạch quản lý chất thải rắn y tế của các TYT xã. Các đơn vị này có trách nhiệm gửi báo cáo định kỳ 6 tháng cho BQLDA về việc thực hiện kế hoạch quản lý chất thải rắn y tế của các TYT xã.

Cộng đồng địa phương được khuyến khích tham gia theo dõi. Nếu có phàn nàn từ các nhóm địa phương bị ảnh hưởng bởi dự án thì BQLDA cần có kế hoạch sớm cử nhân viên tới đánh giá tính xác thực của những phàn nàn đó và tiến hành các giải pháp cần thiết để khắc phục tình hình.

BQLDA có trách nhiệm hướng dẫn kỹ thuật khi cần thiết để giúp các trường đại học, cao đẳng và các trung tâm đào tạo thực hiện trách nhiệm giám sát và các yêu cầu về tài liệu và báo cáo có liên quan. BQLDA có trách nhiệm tổng hợp và báo cáo cho Ngân hàng Thế giới về việc triển khai các quy định an toàn của tỉnh trước các chuyến giám sát định kỳ 6 tháng/lần của Ngân hàng.

6.3. Kế hoạch đào tạo

Chương trình đào tạo về chất thải rắn y tế và an toàn sức khỏe nghề nghiệp được bổ sung vào chương trình đào tạo được cung cấp cho đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các TYT xã. Học viên sẽ được học 2 khóa học bao gồm:

- Mô-đun quản lý chất thải y tế
- Mô-đun về An toàn sức khỏe nghề nghiệp

6.4 Chi phí triển khai các biện pháp an toàn

Chi phí triển khai chính sách an toàn được lấy từ ngân sách quản lý của các đơn vị tham gia dự án.

- Tại BQLDA trung ương: Chi phí thực hiện an toàn môi trường được lấy từ chi phí quản lý dự án (hợp phần 4)

- Nhà thầu thực hiện ECOPs: chi phí được bao gồm trong hợp đồng với nhà thầu

- Các trường giám sát nhà thầu: chi phí giám sát lấy từ chi phí quản lý hoặc trong hợp phần 1.2

- Các trường giám sát các TYT xã: Chi phí giám sát được lồng ghép trong các hoạt động đào tạo đội cán bộ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Tại các TYT xã: chi phí thực hiện các biện pháp an toàn môi trường được lấy từ hợp phần 3.1 và vốn đối ứng.

VII. THAM VẤN CỘNG ĐỒNG VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN

7.1. Tham vấn với các trường tham gia dự án

Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo) đã có công văn số 560/K2ĐT-VP ngày 30/9/2013 gửi 27 trường đại học, cao đẳng y dược dự kiến tham gia dự án đề nghị góp ý và đồng thuận với dự thảo "Khung quản lý môi trường - xã hội". Đến nay, Bộ Y tế đã nhận được các góp ý và đồng thuận của tất cả 27 trường bằng văn bản, trong đó:

- 26 trường nhất trí đồng ý với nội dung của dự khảo "Khung quản lý môi trường" và chỉ có một số góp ý về lỗi chính tả cần chỉnh sửa trong dự thảo.

- Trường Cao đẳng Y tế Hà Tĩnh có góp ý tại mục 3 của phụ lục 5 (Mẫu chuẩn Quy trình xử lý thương tích do chất thải sắc nhọn): *"Sau khi xử lý vết thương, Trạm trường TYT có trách nhiệm báo cáo lên Phòng y tế và Trường phòng y tế có trách nhiệm tư vấn và cung cấp liệu pháp điều trị là chưa phù hợp. Hiện nay, chức năng quản lý nhà nước các chương trình y tế chủ yếu do Trung tâm Y tế dự phòng quản lý và có chuyên trách, vì vậy nên báo cáo về Trung tâm Y tế dự phòng thì hợp lý hơn"*.

Góp ý chi tiết của 27 trường được đính kèm trong phụ lục số 7.

Sau khi nhận được các ý kiến góp ý cho dự thảo của 27 trường, Bộ Y tế đã nghiên cứu, chỉnh sửa và bổ sung để hoàn thiện dự thảo "Khung quản lý môi trường - xã hội" trước khi làm thủ tục công bố trên trang web của Bộ y tế.

7.2. Công bố thông tin trên trang web của Bộ Y tế và Ngân hàng Thế giới

Sau khi có thư không phản đối của WB về dự thảo "Khung quản lý môi trường - xã hội" và "Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số", Bộ Y tế sẽ ban hành Quyết định công bố bản dự thảo trên trang web của Bộ Y tế.

PHỤ LỤC 1. MẪU CHUẨN QUY TRÌNH PHÂN LOẠI CHẤT THẢI Y TẾ

Trạm y tế xã (Tên...)	QUY TRÌNH PHÂN LOẠI CHẤT THẢI Y TẾ	Mã hiệu	
		Lần ban hành	
		Ngày hiệu lực	

- Mục đích:** Đảm bảo phân loại chính xác chất thải y tế.
- Phạm vi áp dụng:** các phòng trong TYT xã có hoạt động phát sinh chất thải y tế.
- Trách nhiệm:** tất cả mọi người trong TYT xã (bao gồm nhân viên, sinh viên y, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân) có hoạt động làm phát sinh chất thải y tế.

4. Vật tư, thiết bị:

Túi đựng chất thải phải đáp ứng được các yêu cầu sau: mã màu sắc (vàng, xanh, đen, trắng); Túi màu vàng và màu đen phải làm bằng nhựa PE hoặc PP, không dùng nhựa PVC; Túi đựng chất thải y tế có thành dày tối thiểu 0,1mm, kích thước túi phù hợp với lượng chất thải phát sinh, thể tích tối đa của túi là 0,1 m³; Bên ngoài túi phải có đường kẻ ngang ở mức 3/4 túi và có dòng chữ “KHÔNG ĐƯỢC ĐỰNG QUÁ VẠCH NÀY”; Các túi đựng chất thải phải tuân theo hệ thống màu quy định tại Điều 7, Quyết định Số 43/2007/QĐ-BYT ngày 30/11/2007 và sử dụng đúng mục đích. Mặt ngoài túi, thùng đựng một số loại chất thải nguy hại và chất thải để tái chế phải có biểu tượng chỉ loại chất thải phù hợp như sau: Túi, thùng màu vàng đựng chất thải lây nhiễm có biểu tượng nguy hại sinh học. Túi, thùng màu trắng đựng chất thải để tái chế có biểu tượng chất thải có thể tái chế.

Hộp đựng chất thải sắc nhọn phải đáp ứng các yêu cầu sau: thành và đáy cứng không bị xuyên thủng, có khả năng chống thấm, kích thước phù hợp, có nắp đóng mở dễ dàng, miệng hộp đủ lớn để cho vật sắc nhọn vào mà không cần dùng lực đẩy, có dòng chữ “CHỈ ĐỰNG CHẤT THẢI SẮC NHỌN” và có vạch báo hiệu ở mức 3/4 hộp và có dòng chữ “KHÔNG ĐƯỢC ĐỰNG QUÁ VẠCH NÀY”, màu vàng, có quai hoặc kèm hệ thống cố định, đảm bảo khi di chuyển vật sắc nhọn bên trong không bị đổ ra ngoài.

5. Cách thực hiện:

- Định nghĩa chất thải y tế

Chất thải phát sinh từ TYT xã được phân thành các loại sau: chất thải lây nhiễm, chất thải hóa học và chất thải thông thường.

Chất thải lây nhiễm gồm nhóm như sau:

Chất thải sắc nhọn (loại A): Là chất thải có thể gây ra các vết cắt hoặc chọc thủng, có thể nhiễm khuẩn, bao gồm: bơm kim tiêm, đầu sắc nhọn của dây chuyền, lưỡi dao mổ, đinh mổ, cưa, các ống tiêm, mảnh thủy tinh vỡ và các vật sắc nhọn khác sử dụng trong các loại hoạt động y tế.

Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn (loại B): Là chất thải bị thấm máu, thấm dịch sinh học của cơ thể và các chất thải phát sinh từ buồng bệnh cách ly.

Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao (loại C): Là chất thải phát sinh trong các phòng xét nghiệm như: bệnh phẩm và dụng cụ đựng, dính bệnh phẩm.

Chất thải giải phẫu (loại D): Bao gồm các mô, cơ quan, bộ phận cơ thể người; rau thai, bào thai và xác động vật thí nghiệm.

Chất thải hóa học gồm dược phẩm quá hạn, kém phẩm chất không còn khả năng sử dụng và các chất hóa học nguy hại sử dụng trong y tế.

Chất thải thông thường là chất thải không chứa các yếu tố lây nhiễm, hóa học nguy hại...gồm chất thải không thể tái chế và có thể tái chế.

- Phân loại:

- Chất thải y tế phải được phân loại ngay tại nơi phát sinh chất thải.
- Từng loại chất thải phải đựng trong các túi và thùng có mã màu kèm biểu tượng theo đúng quy định.
- Chất thải lây nhiễm được đựng trong túi màu vàng
- Chất thải sắc nhọn được đựng trong hộp đựng chất thải sắc nhọn
- Chất thải hóa học được đựng trong túi màu đen
- Chất thải thông thường được đựng trong túi màu xanh
- Chất thải tái chế được đựng trong túi màu trắng

www.LuatVietnam.vn

PHỤ LỤC 2. MẪU CHUẨN QUY TRÌNH THU GOM CHẤT THẢI Y TẾ

Trạm y tế xã (Tên...)	QUY TRÌNH THU GOM CHẤT THẢI Y TẾ	Mã hiệu	
		Lần ban hành	
		Ngày hiệu lực	

- Mục đích:** Đảm bảo thu gom đúng chất thải y tế.
- Phạm vi áp dụng:** các phòng trong TYT xã có hoạt động phát sinh chất thải y tế.
- Trách nhiệm:** Người phụ trách về môi trường của TYT xã
- Vật tư, thiết bị:**

Túi đựng chất thải phải đáp ứng được các yêu cầu sau: mã màu sắc (vàng, xanh, đen, trắng); Túi màu vàng và màu đen phải làm bằng nhựa PE hoặc PP, không dùng nhựa PVC; Túi đựng chất thải y tế có thành dày tối thiểu 0,1mm, kích thước túi phù hợp với lượng chất thải phát sinh, thể tích tối đa của túi là 0,1 m³; Bên ngoài túi phải có đường kẻ ngang ở mức 3/4 túi và có dòng chữ “KHÔNG ĐƯỢC ĐUNG QUÁ VẠCH NÀY”; Các túi đựng chất thải phải tuân theo hệ thống màu quy định tại Điều 7, Quyết định Số 43/2007/QĐ-BYT ngày 30/11/2007 và sử dụng đúng mục đích. Mặt ngoài túi, thùng đựng một số loại chất thải nguy hại và chất thải để tái chế phải có biểu tượng chỉ loại chất thải phù hợp như sau: Túi, thùng màu vàng đựng chất thải lây nhiễm có biểu tượng nguy hại sinh học. Túi, thùng màu trắng đựng chất thải để tái chế có biểu tượng chất thải có thể tái chế.

Thùng đựng chất thải phải làm bằng nhựa có tỷ trọng cao, thành dày và cứng hoặc làm bằng kim loại có nắp đậy mở bằng đạp chân. Những thùng thu gom có dung tích từ 50 lít trở lên cần có bánh xe đẩy; Thùng màu vàng để thu gom các túi, hộp chất thải màu vàng; Thùng màu đen để thu gom các túi chất thải màu đen; Đối với chất thải phóng xạ, thùng đựng phải làm bằng kim loại; Thùng màu xanh để thu gom các túi chất thải màu xanh; Thùng màu trắng để thu gom các túi chất thải màu trắng; Dung tích thùng tùy vào khối lượng chất thải phát sinh, từ 10 lít đến 250 lít. Bên ngoài thùng phải có vạch báo hiệu ở mức 3/4 thùng và ghi dòng chữ “KHÔNG ĐƯỢC ĐUNG QUÁ VẠCH NÀY”.

5. Cách thực hiện:

- Nơi đặt túi đựng chất thải và các thùng chứa:
 - Tất cả các phòng của TYT xã phải định rõ vị trí đặt thùng đựng chất thải y tế cho từng loại chất thải, nơi phát sinh chất thải phải có loại thùng thu gom tương ứng.
 - Nơi đặt thùng đựng chất thải phải có hướng dẫn cách phân loại và thu gom.
 - Sử dụng thùng đựng chất thải theo đúng tiêu chuẩn quy định và phải được vệ sinh hàng ngày.

- Túi sạch thu gom chất thải phải luôn có sẵn tại nơi chất thải phát sinh để thay thế cho túi cùng loại đã được thu gom chuyển về nơi lưu giữ tạm thời chất thải của cơ sở y tế.
- Mỗi loại chất thải được thu gom vào các dụng cụ thu gom theo mã màu quy định và phải có nhãn hoặc ghi bên ngoài túi nơi phát sinh chất thải.
- Các chất thải y tế nguy hại không được để lẫn trong chất thải thông thường. Nếu vô tình để lẫn chất thải y tế nguy hại vào chất thải thông thường thì hỗn hợp chất thải đó phải được xử lý và tiêu hủy như chất thải y tế nguy hại.
- Lượng chất thải chứa trong mỗi túi chỉ đầy tới 3/4 túi, sau đó buộc cổ túi lại.
- Tần suất thu gom: Hộ lý hoặc nhân viên được phân công hàng ngày chịu trách nhiệm thu gom các chất thải y tế nguy hại và chất thải thông thường từ nơi chất thải phát sinh về nơi tập trung chất thải của TYT xã ít nhất 1 lần trong ngày và khi cần.
- Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao trước khi thu gom về nơi tập trung chất thải của cơ sở y tế phải được xử lý ban đầu tại nơi phát sinh chất thải.

www.LuatVietnam.vn

PHỤ LỤC 3. MẪU CHUẨN QUY TRÌNH LƯU TRỮ CHẤT THẢI Y TẾ

Trạm y tế xã (Tên...)	QUY TRÌNH LƯU TRỮ CHẤT THẢI Y TẾ	Mã hiệu	
		Lần ban hành	
		Ngày hiệu lực	

1. Mục đích: Đảm bảo lưu trữ an toàn chất thải y tế.

2. Phạm vi áp dụng: Khu vực/ phòng lưu trữ của TYT xã

3. Trách nhiệm: Người phụ trách khu vực lưu trữ chất thải y tế của TYT xã

4. Vật tư, thiết bị:

Nơi lưu giữ chất thải tại các TYT xã phải có đủ các điều kiện sau: cách xa nhà ăn, buồng bệnh, lối đi công cộng và khu vực tập trung đông người tối thiểu là 10m; nơi lưu giữ chất thải phải có mái che, có cửa và có khóa. Không để súc vật, các loài gặm nhấm và người không có nhiệm vụ tự do xâm nhập, diện tích nơi lưu trữ phải phù hợp với lượng chất thải phát sinh của TYT, có hệ thống cống thoát nước, tường và nền chống thấm, thông khí tốt.

Thùng đựng chất thải sắc nhọn phải được làm bằng nhựa có tỷ trọng cao, thành và đáy cứng và dày, dung tích 70 lít, màu vàng. Bên ngoài thùng có biểu tượng chất thải nguy hại, có dòng chữ “CHỈ ĐỰNG CHẤT THẢI SẮC NHỌN” và có vạch báo hiệu ở mức 3/4 hộp và có dòng chữ “KHÔNG ĐƯỢC ĐỰNG QUÁ VẠCH NÀY”.

5. Cách thực hiện:

- Các chất thải khác nhau được lưu trữ riêng biệt
- Chất thải y tế được lưu trữ trong các thiết bị lưu trữ chuẩn
- Thời gian lưu trữ chất thải y tế không được vượt quá 48 giờ
- Chất thải phẫu thuật phải được chôn lấp hoặc xử lý hàng ngày
- Khu vực và thiết bị lưu trữ phải được làm sạch và khử trùng thường xuyên

PHỤ LỤC 4.1. HƯỚNG DẪN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ VÀ TIÊU HỦY CHẤT THẢI Y TẾ

Mô hình xử lý chất thải y tế:

Theo quy định về quản lý chất thải y tế tại công văn số 7164/BYT-KCB ngày 20/10/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế, các cơ sở y tế được phép áp dụng một trong các mô hình xử lý chất thải y tế như sau:

- Đối với các thành phố trực thuộc Trung ương có mật độ cơ sở y tế lớn tập trung trên địa bàn, giao thông thuận lợi áp dụng mô hình xử lý chất thải rắn y tế tập trung, một cơ sở xử lý chất thải rắn y tế xử lý toàn bộ lượng chất thải rắn y tế nguy hại trên địa bàn, nhằm tiết kiệm chi phí đầu tư và vận hành thiết bị xử lý chất thải.
- Đối với các tỉnh và thành phố khác, áp dụng mô hình xử lý chất thải cho cụm bệnh viện đối với các bệnh viện, cơ sở y tế trong thành phố, thị xã và các bệnh viện huyện gần trung tâm thành phố, thị xã (khoảng cách dưới 30 km).
- Các cơ sở y tế ở xa trung tâm, vùng sâu, vùng xa, giao thông khó khăn không thể áp dụng xử lý chất thải rắn y tế nguy hại tập trung thì áp dụng xử lý chất thải tại chỗ, sử dụng công nghệ xử lý chất thải phù hợp.

Các công nghệ xử lý chất thải y tế

Sử dụng công nghệ lò đốt xử lý được nhiều loại chất thải y tế, các biện pháp công nghệ không đốt chỉ xử lý được một số loại chất thải. Khử trùng bằng hơi nước, lò vi sóng hoặc các hóa chất được áp dụng cho hầu hết cho chất thải lây nhiễm nhưng không phù hợp để xử lý chất thải giải phẫu, bông dính máu, vật sắc nhọn và chất thải hóa học. Hồ chôn lấp bê tông chỉ áp dụng cho chất thải phẫu thuật và chất thải sắc nhọn.

Trong khi đốt là đủ đối với các loại chất thải y tế, công nghệ không đốt là đủ để một số loại chất thải. Khử trùng bằng hơi nước, lò vi sóng hoặc các hóa chất được áp dụng cho hầu hết các chất thải lây nhiễm, nhưng không phù hợp để xử lý chất thải giải phẫu, tẩm và chất thải hóa học. Bê tông chôn hồ chỉ áp dụng cho chất thải giải phẫu và vật nhọn. Phương pháp đóng rắn chỉ sử dụng để xử lý chất thải hóa học và dược phẩm (xem bảng 1). Căn cứ vào điều kiện kinh tế-xã hội và sự sẵn có của các công nghệ, trạm y tế xã chọn công nghệ xử lý phù hợp nhất với hoàn cảnh cụ thể của trạm (xem bảng 2).

Bảng 1: Các phương pháp xử lý và tiêu hủy phù hợp với các loại chất thải y tế

	Lò đốt nhiệt phân	Khử khuẩn bằng hơi nóng ẩm	Khử khuẩn bằng vi sóng	Khử khuẩn bằng hóa chất	Chôn lấp an toàn	Đóng rắn	Khác
Chất thải lây nhiễm							
Chất thải sắc nhọn	Có	Có	Có	Có	Có	Không	-
Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	Có	Có	Có	Có	Có	Không	-
Chất thải lây nhiễm cao	Có	Có	Có	Có	Có	Không	-
Chất thải giải phẫu	Có	Không	Không	Không	Có	Không	-
Chất thải hóa học							
Chất thải dược phẩm	Với khối lượng nhỏ	Không	Không	Không	Có	Có	Trả lại nhà cung cấp

Các biện pháp xử lý và tiêu hủy chất thải y tế thường được sử dụng tại TYT xã là chôn lấp an toàn

Bảng 2: Các ưu điểm và nhược điểm của các công nghệ xử lý chất thải y tế

Công nghệ	Ưu điểm	Nhược điểm
Các công nghệ không đốt		
Máy cắt kim tiêm	- Ngăn ngừa tái sử dụng kim tiêm - Dễ vận hành, chi phí thấp - Xi lanh có thể tái chế	- Kim tiêm cần được xử lý tiếp sau khi cắt và phân loại
Máy hủy kim tiêm	- Khử trùng và phá hủy kim tiêm bằng điện - Dễ vận hành, chi phí thấp - Xi lanh có thể tái chế	- Cần có điện - Gốc kim tiêm vẫn còn sau khi hủy
Đóng rắn	- Có thể áp dụng cho chất thải hóa học và chất thải dược phẩm - Dễ vận hành, chi phí thấp	- Không áp dụng cho các loại chất thải khác
Hố chôn xi măng	- Có thể áp dụng cho chất thải sắc nhọn và chất thải bệnh phẩm - Dễ vận hành, chi phí thấp	- Đòi hỏi đất và khoảng trống - Tiềm ẩn nguy cơ gây ô nhiễm nước ngầm nếu thiết kế và xây dựng không đảm bảo
Chôn lấp an toàn	- Tương đối an toàn nếu hạn chế được tiếp cận và thẩm thấu qua	- Chỉ áp dụng cho bệnh viện ở miền núi hoặc nông thôn

	<p>thành hố chôn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chi phí đầu tư và vận hành thấp 	
<p>Khử khuẩn bằng hơi nước hay vi sóng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hiệu suất khử trùng cao - Giảm được thể tích chất thải nếu có máy nghiền - Chi phí vận hành thấp - Thân thiện với môi trường - Công nghệ phổ biến trong bệnh viện 	<ul style="list-style-type: none"> - Không phù hợp đối với chất thải giải phẫu, chất thải dược phẩm và chất thải hóa học và những chất thải không thể hấp - Đòi hỏi nhân công có trình độ - Chi phí đầu tư cao, đòi hỏi túi chịu nhiệt
<p>Các công nghệ đốt</p>		
<p>Lò đốt nhiệt phân hay lò đốt hai buồng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Phù hợp với tất cả chất thải lây nhiễm, hầu hết chất thải hóa học và chất thải dược phẩm - Giảm đáng kể khối lượng và thể tích chất thải 	<ul style="list-style-type: none"> - Không phá hủy được toàn bộ chất thải gây độc tế bào - Chi phí đầu tư tương đối cao - Chi phí vận hành cao - Đòi hỏi công nhân có trình độ - Phát sinh khí thải gây ô nhiễm không khí nếu vận hành và bảo dưỡng không đảm bảo

PHỤ LỤC 4.2. MẪU CHUẨN QUY TRÌNH XỬ LÝ VÀ TIÊU HỦY CHẤT THẢI Y TẾ

Trạm y tế xã (Tên...)	QUY TRÌNH XỬ LÝ VÀ TIÊU HỦY CHẤT THẢI Y TẾ	Mã hiệu	
		Lần ban hành	
		Ngày hiệu lực	

1. **Mục đích:** Đảm bảo xử lý và tiêu hủy chất thải y tế an toàn
2. **Phạm vi áp dụng:** Xử lý và tiêu hủy chất thải y tế tại địa phương
3. **Trách nhiệm:** Người phụ trách về xử lý và tiêu hủy chất thải y tế tại TYT
4. **Lựa chọn mô hình và phương pháp xử lý, tiêu hủy:**

(đánh dấu X để lựa chọn mô hình và phương pháp xử lý, tiêu hủy)

	Mô hình xử lý và tiêu hủy		Phương pháp xử lý và tiêu hủy						
	Tại TYT	Ngoài TYT	Lò đốt nhiệt phân	Máy hủy hoặc máy cắt kim tiêm	Khử khuẩn hơi nước hoặc	Khử khuẩn bằng hóa chất	Chôn lấp an toàn	Đóng rắn	Khác
Chất thải lây nhiễm									
Chất thải sắc nhọn									
Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn									
Chất thải lây nhiễm cao									
Chất thải giải phẫu									
Chất thải dược phẩm									
Chất thải dược phẩm									

PHỤ LỤC 5. MẪU CHUẨN QUY TRÌNH XỬ LÝ THƯƠNG TÍCH DO CHẤT THẢI SẮC NHỌN

Trạm y tế xã (Tên...)	QUY TRÌNH XỬ LÝ THƯƠNG TÍCH DO CHẤT THẢI SẮC NHỌN	Mã hiệu	
		Lần ban hành	
		Ngày hiệu lực	

1. Mục đích: Xử lý đúng cách và dự phòng hiệu quả các trường hợp thương tích do vật hoặc chất thải sắc nhọn

2. Phạm vi áp dụng: tất cả các phòng của TYT xã

3. Trách nhiệm:

- Người bị thương tích do vật sắc nhọn có trách nhiệm xử lý vết thương tại chỗ, báo cáo người phụ trách và làm biên bản, tuân thủ các quy trình xét nghiệm và điều trị sau phơi nhiễm nếu có.
- Trưởng trạm: báo cáo lên Trung tâm Y tế dự phòng huyện
- Trung tâm Y tế dự phòng huyện: có trách nhiệm tư vấn và cung cấp liệu pháp điều trị
- Trưởng trạm: cập nhật vụ việc và có biện pháp phòng ngừa các trường hợp tương tự.

4. Phương tiện:

- Phương tiện xử lý vết thương tại chỗ
- Phương tiện chẩn đoán HIV, HBV, HCV
- Thuốc ARV

5. Cách thực hiện:

- Bước 1: Xử lý vết thương tại chỗ: xối ngay vết thương dưới vòi nước: để vết thương tự chảy máu trong một thời gian ngắn (không nặn máu) từ 3 – 5 phút; rửa kỹ bằng xà phòng hoặc nước sạch; Sát trùng da bằng các dung dịch sát khuẩn (Dakin, Javel 1/10, cồn 700) trong ít nhất 5 phút.
- Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản: Nêu rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm. Lấy chữ ký của những người chứng kiến và chữ ký của người phụ trách.
- Bước 3: Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm
 - o Có nguy cơ: nếu tổn thương do kim có chứa máu đâm xuyên qua da gây chảy máu: kim nòng rộng cỡ to, chứa nhiều máu, đâm sâu nguy cơ cao hơn kim nòng nhỏ, chứa ít máu và đâm xuyên nông; Tổn thương da sâu do dao mổ hoặc các ống nghiệm chứa máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bị vỡ đâm phải; Máu và

chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da, niêm mạc bị tổn thương viêm loét hoặc xây sát từ trước (thậm chí ngay cả khi không biết có bị viêm loét hay không): nếu viêm loét hoặc xây sát rộng thì nguy cơ cao hơn.

- Không có nguy cơ: máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành.
- Bước 4: Xác định tình trạng HIV, viêm gan B, viêm gan C của nguồn gây phơi nhiễm: Nếu người bệnh đã được xác định HIV (+), HbsAg (+), Anti HCV (+): Tìm hiểu các thông tin về tiền sử và kết quả xét nghiệm; Nếu chưa biết về tình trạng HIV, viêm gan B, viêm gan C của nguồn gây phơi nhiễm: tư vấn và lấy máu xét nghiệm HIV, viêm gan B, viêm gan C. Trường hợp không thể xác định được nguồn gây phơi nhiễm (bị phơi nhiễm trong trường hợp đang làm nhiệm vụ, đối tượng trốn thoát) thì xử lý giống như trường hợp đã xác định HIV (+), HbsAg (+), Anti HCV (+).
- Bước 5: Xác định tình trạng HIV, viêm gan B, viêm gan C của người bị phơi nhiễm: Nếu ngay sau khi bị phơi nhiễm, người bị phơi nhiễm có HIV (+), HbsAg (+), Anti HCV (+) thì chứng tỏ người đó đã bị nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C từ trước, không phải do phơi nhiễm; Nếu HIV (-), viêm gan B (-), viêm gan C (-): kiểm tra lại sau 3 và 6 tháng.
- Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm. Nội dung tư vấn bao gồm: nguy cơ nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C; dự phòng phơi nhiễm, lợi ích và nguy cơ; giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc và triệu chứng của nhiễm trùng tiên phát: sốt, phát ban, buồn nôn hoặc nôn, thiếu máu, nổi hạch v.v...; tư vấn phòng lây nhiễm cho người khác: người bị phơi nhiễm có thể làm lây truyền HIV cho người khác dù xét nghiệm HIV âm tính (thời kỳ cửa sổ), vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm; tư vấn tuân thủ điều trị và hỗ trợ tâm lý.
- Bước 7: Điều trị dự phòng bằng thuốc ARV cho người phơi nhiễm có chỉ định: Tiến hành điều trị bằng thuốc ARV càng sớm càng tốt từ 2-6 giờ và trước 72 giờ sau khi bị phơi nhiễm cho tất cả các trường hợp phơi nhiễm có nguy cơ, đồng thời tiến hành đánh giá tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm và người bị phơi nhiễm. Nếu nguồn gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV (+): tiếp tục điều trị theo hướng dẫn. Nếu nguồn gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV (-): có thể xem xét dừng điều trị. Nếu nghi ngờ nguồn gây phơi nhiễm có yếu tố nguy cơ lây nhiễm và đang ở trong giai đoạn cửa sổ thì tiếp tục điều trị theo hướng dẫn. Nếu người bị phơi nhiễm có xét nghiệm HIV (+): không điều trị dự phòng sau phơi nhiễm, chuyển đến các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS để được theo dõi và điều trị như những người đã nhiễm HIV khác. Nếu người bị phơi nhiễm có nguy cơ và xét nghiệm HIV (-): tiếp tục điều trị theo hướng dẫn; Phơi nhiễm không có nguy cơ: không cần điều trị; Trường hợp không xác định được tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm: xử lý như là trường hợp phơi nhiễm với nguồn HIV (+).

PHỤ LỤC 6. DANH SÁCH ĐÁNH GIÁ QUẢN LÝ CHẤT THẢI Y TẾ

1. Đánh giá tình trạng hiện tại

TT	Tiêu chí	Tình trạng	Ghi chú
1	Chất thải y tế được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh		
1.1	Chất thải sắc nhọn được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
1.2	Chất thải lây nhiễm được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
1.3	Chất thải hóa học được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
1.4	Chất thải thông thường được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
1.5	Chất thải tái chế được phân loại chính xác và an toàn tại nguồn phát sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
1.6	Hình ảnh hoặc áp phích hướng dẫn phân loại chất thải y tế được treo tại TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2	Chất thải y tế được thu gom an toàn ở TYT		
2.1	TYT có phòng hoặc khu vực để thu gom chất thải	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.2	Tại nơi thu gom, có các hướng dẫn thu gom chất thải	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.3	Chất thải lây nhiễm được thu gom an toàn ở TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.4	Chất thải hóa học được thu gom an toàn ở TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.5	Chất thải thông thường được thu gom an toàn ở TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.6	Chất thải tái chế được thu gom an toàn ở TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
2.7	Thùng chứa chất thải được làm sạch và khử trùng hàng ngày, không để có bụi bẩn và mùi hôi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3	Chất thải y tế được lưu trữ an toàn tại TYT		
3.1	Có khu vực lưu trữ chất thải y tế tại TYT	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3.2	Khu vực lưu trữ chất thải y tế (nếu có) phải đáp ứng các yêu cầu theo quy định	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3.3	Chất thải lây nhiễm được lưu trữ an toàn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3.4	Chất thải hóa học được lưu trữ an toàn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3.5	Chất thải thông thường được lưu trữ an toàn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3.6	Khu vực và thiết bị lưu trữ chất thải được làm sạch và khử trùng hàng ngày	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
4	Chất thải y tế được xử lý và tiêu hủy an toàn tại TYT hoặc ở ngoài TYT		
4.1	Trong trường hợp xử lý ở ngoài TYT, chất thải y tế nguy hại được vận chuyển tới các cơ sở xử lý và tiêu hủy hợp pháp bằng các phương tiện chuyên dụng đảm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khả năng áp dụng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

TT	Tiêu chí	Tình trạng	Ghi chú
	bảo tuân theo đúng quy định quản lý chất thải y tế nguy hại		
4.2	Trong trường hợp xử lý tại TYT, chất thải lây nhiễm được tiệt trùng và cắt nhỏ, sau đó tiếp tục tiêu hủy như chất thải thông thường	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khả năng áp dụng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.3	Trong trường hợp xử lý tại TYT, một số chất thải y tế nguy hại (chất thải giải phẫu, vật sắc nhọn, một số chất thải hóa học) được đóng gói hoặc chôn trong hố bê tông được thiết kế và vận hành theo các quy định về quản lý chất thải nguy hại	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khả năng áp dụng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.4	Trong trường hợp xử lý tại TYT, một số chất thải hóa học trong y tế được làm đông cứng bằng xi măng, sau đó vận chuyển đến bãi chôn lấp để tiêu hủy	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khả năng áp dụng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.5	Trong trường hợp xử lý tại TYT, chất thải y tế được xử lý an toàn bằng lò đốt, có áp dụng các biện pháp kiểm soát và tránh được ô nhiễm thứ cấp do khí thải lò đốt và tro.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khả năng áp dụng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5	Nước thải từ TYT được thu gom và xử lý đúng cách		
5.1	Nước thải y tế được thu gom riêng theo hệ thống thu gom đáp ứng các yêu cầu theo quy định	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
5.2	Nhà vệ sinh đảm bảo để phục vụ nhân viên y tế và người bệnh. Nhà vệ sinh đáp ứng các tiêu chuẩn kỹ thuật về thiết kế, vận hành và bảo trì đảm bảo hợp vệ sinh.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
5.2	Nước thải được xử lý trước khi thải ra môi trường	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
6	Quy trình quản lý chất thải y tế được phát triển chính xác và có hệ thống.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
7	Nhân viên của TYT xã được cung cấp thiết bị bảo vệ cá nhân đầy đủ và biết sử dụng đúng cách	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

2. Các vấn đề chính và khuyến nghị

Vấn đề chính	Khuyến nghị

**PHỤ LỤC 7. GÓP Ý CHI TIẾT CỦA 27 TRƯỜNG ĐẠI HỌC, CAO ĐẲNG
ĐÀO TẠO Y, DƯỢC**

www.LuatVietnam.vn

BỘ Y TẾ

DỰ ÁN GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO NHÂN LỰC Y TẾ PHỤC VỤ CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ

Phụ lục 2

KẾ HOẠCH PHÁT TRIỂN NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ

(Được phép công bố theo QĐ số 4486/QĐ-BYT ngày 08 tháng 11 năm 2013)

Hà Nội, tháng 11, 2013

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BKHCN:	Bộ Khoa học Công nghệ
BQLDA:	Ban quản lý dự án
BYT:	Bộ Y tế
BTNMT:	Bộ Tài nguyên Môi trường
DTTS:	Dân tộc thiểu số
FS:	Báo cáo nghiên cứu khả thi (Feasibility Study)
IDA:	Hiệp hội phát triển quốc tế (International Development Association)
HPET:	Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế (Health Professional Education and Training)
ODA:	Hỗ trợ phát triển chính thức (Official Development Assistance)
TYT:	Trạm Y tế
WB:	Ngân hàng Thế giới (The World Bank)

www.LuatVietnam.vn

PHỤ LỤC

I. GIỚI THIỆU	4
1.1 MÔ TẢ DỰ ÁN	4
1.2 ĐỊA BÀN TRIỂN KHAI DỰ ÁN	6
II. KHUNG PHÁP LÝ VỀ DÂN TỘC THIỂU SỐ	8
2.1 Khung pháp lý và chính sách của Việt Nam	8
2.1.1 Các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số	8
2.1.2 Chính sách giáo dục và đào tạo	10
2.2 Chính sách của Ngân hàng Thế giới	13
2.3. Thống nhất giữa mục tiêu dự án đối với các chính sách và ưu tiên của nhà tài trợ	14
III. DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI VIỆT NAM	14
3.1. Dân tộc thiểu số tại Việt Nam	14
3.2. Dân tộc thiểu số trong phạm vi dự án (tổng quan)	15
3.3. Tỷ lệ cán bộ y tế là người dân tộc	19
3.4. Tỷ lệ về giới trong các cán bộ y tế	21
3.5. Tiêu chí lựa chọn dân tộc thiểu số	22
IV. ĐÁNH GIÁ VÀ TƯ VẤN	22
4.1. Phương pháp đánh giá	22
4.2. Những trở ngại cho cán bộ y tế dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận nhưng lợi ích của dự án	23
4.3. Đề xuất các biện pháp giảm thiểu	24
4.4. Tham vấn cộng đồng và công bố thông tin	27
V. Tổ chức thực hiện	27
VI. Báo cáo, giám sát và đánh giá	28
VII. Kinh phí	28

I. GIỚI THIỆU

1.1 MÔ TẢ DỰ ÁN

Tên Dự án: Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế

Mục tiêu Dự án: Nâng cao chất lượng giáo dục và đào tạo nhân lực y tế, quản lý y tế và tăng cường năng lực chăm sóc sức khỏe ban đầu, và thực hiện các chiến lược, chính sách quốc gia của Đảng và Nhà nước về phát triển hệ thống y tế đạt mục tiêu thiên niên kỷ (MDG) và xây dựng nông thôn mới.

Các hợp phần của dự án: Dự án gồm 04 hợp phần

Hợp phần 1: Cải thiện chất lượng giáo dục nhân lực y tế (63 triệu USD). Hợp phần này dự kiến sẽ hỗ trợ Bộ Y tế thực hiện Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020 nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ nhân lực y tế thông qua cải thiện chất lượng các chương trình giáo dục. Hợp phần 1 gồm 2 tiểu hợp phần chính:

Tiểu hợp phần 1.1: Tăng cường hệ thống đảm bảo chất lượng giáo dục nhân lực y tế (dự kiến 20 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ hỗ trợ thiết lập một hệ thống đảm bảo chất lượng cho giáo dục đào tạo nhân lực y tế dưới sự giám sát của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế. Dự án sẽ hỗ trợ phát triển các quy định, quy trình và các hướng dẫn kiểm định và đảm bảo chất lượng; Đổi mới phương pháp lượng giá sinh viên dựa trên năng lực đầu ra và tiêu chuẩn thi tốt nghiệp; Tăng cường chính sách và vai trò quản lý của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế trong quản lý chất lượng đào tạo y khoa và điều dưỡng.

Tiểu hợp phần 1.2: Các giải pháp hỗ trợ giúp các trường đào tạo nhân lực y tế đáp ứng được tiêu chuẩn giáo dục của cơ sở đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam (dự kiến 43 triệu USD). Các hoạt động thuộc tiểu hợp phần này sẽ phụ thuộc vào đề xuất của các trường, dựa trên hoàn cảnh cụ thể của từng trường. Các hoạt động có thể bao gồm nhưng không giới hạn trong nhóm hoạt động dưới đây: Tăng cường hệ thống quản lý và đảm bảo chất lượng giáo dục tại các trường; Tăng cường chất lượng của các chương trình đào tạo; Đổi mới phương pháp dạy và học dựa trên chuẩn năng lực - đào tạo đội ngũ giáo viên đạt chuẩn khu vực và quốc tế; và tăng cường chất lượng lượng giá sinh viên. Dự án sẽ cải thiện việc thực hiện chương trình giảng dạy y khoa và điều dưỡng, ví dụ thiết lập mạng lưới hoạt động của các địa điểm thực hành lâm sàng ở bệnh viện tỉnh, bệnh viện huyện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Bên cạnh hỗ trợ kỹ thuật, dự án sẽ tài trợ các thiết bị phục vụ giảng dạy và học tập, ví dụ mua sắm trang bị cho các phòng kỹ năng lâm sàng, phòng xét nghiệm thực hành, hiện đại hóa và nâng cấp thư viện, cải thiện kết nối mạng/điện tử để tạo điều kiện học tập thông qua thư viện điện tử và mạng lưới giữa các trường đại học y khoa. Dự án sẽ hỗ trợ sửa chữa, xây dựng nhỏ cho các cơ sở đào tạo.

Hợp phần 2: Nâng cao năng lực quản lý y tế và quản lý, sử dụng nhân lực y tế (12 triệu USD). Hợp phần này sẽ hỗ trợ Bộ Y tế triển khai các nhóm giải pháp nêu trong "Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020". Hợp phần sẽ hỗ trợ: (i) đào tạo, nâng cao năng lực quản lý và xây dựng, thực hiện chính sách y tế cho cán bộ quản lý tại các tuyến từ trung ương tới tuyến cơ sở, và (ii) xây dựng, thực hiện các chính sách tăng

cường nhân lực nhằm bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ cao tại các khu vực khó khăn. Hợp phần này gồm 2 tiểu hợp phần.

Tiểu hợp phần 2.1: Nâng cao năng lực quản lý y tế (6 triệu USD). Dự án sẽ nâng cao năng lực cho hai trung tâm đào tạo bồi dưỡng cán bộ quản lý y tế tại Đại học Y tế công cộng và Viện vệ sinh y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh. Hai trung tâm này sẽ được hỗ trợ sửa chữa nhỏ để nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị giảng dạy, tài liệu giảng dạy, đào tạo giảng viên, phát triển chương trình giảng dạy. Dự án cũng hỗ trợ hai trung tâm đào tạo phát triển các khóa đào tạo quản lý cho cán bộ quản lý y tế tuyến trung ương, tỉnh và huyện.

Tiểu hợp phần 2.2: Tăng cường năng lực quản lý và sử dụng nhân lực y tế (6 triệu USD). Dự án sẽ hỗ trợ Bộ Y tế thực hiện thí điểm chương trình đưa bác sỹ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn để giảm bớt sự thiếu hụt của bác sỹ tại các vùng này. Dự án sẽ tài trợ để đào tạo các bác sỹ trẻ mới tốt nghiệp các lĩnh vực chuyên môn: nội khoa, nhi khoa, phẫu thuật, sản khoa...Việc đào tạo được thực hiện trong 18 tháng và 6 tháng làm việc tại TYT sau đó được cấp bằng Chuyên khoa 1. Khoảng 500 bác sỹ trẻ tình nguyện sau khi được đào tạo sẽ về làm việc tại 62 huyện nghèo nhất. Bên cạnh đó, Dự án sẽ hỗ trợ xây dựng chính sách và các quy định nhằm tăng cường hiệu quả quản lý và sử dụng nguồn nhân lực y tế như xây dựng mô tả vị trí việc làm cho cán bộ y tế tại tuyến huyện và ở TYT, lập kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế và thực hiện một số chính sách quản lý và sử dụng nguồn nhân lực y tế.

Hợp phần 3: Tăng cường năng lực và mức độ bao phủ của các đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở (41 triệu USD). Hợp phần này hỗ trợ cho các xã dự án đạt chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020. Hợp phần 3 gồm 2 tiểu hợp phần.

Tiểu hợp phần 3.1: Đào tạo cho cán bộ làm công tác CSSKBD ở tuyến xã (19 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ tập trung vào hỗ trợ hoạt động đào tạo liên tục, đào tạo về chuyên môn nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành và đào tạo về quản lý cho đội ngũ cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện đang công tác ở tuyến xã tại một số tỉnh, bao gồm bác sỹ gia đình, bác sỹ đa khoa, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sỹ trung cấp, cán bộ dân số - kế hoạch hóa gia đình, nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản. Mục tiêu của tiểu hợp phần nhằm đảm bảo đội ngũ cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến xã có đủ kỹ năng để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu mang tính toàn diện, liên tục và có sự lồng ghép giữa các tuyến, giữa dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng nhằm đáp ứng tốt hơn với sự thay đổi về mô hình bệnh tật với gánh nặng bệnh tật kép – bao gồm cả bệnh lây nhiễm và bệnh không lây nhiễm cũng như sự thay đổi về cơ cấu dân số với tỷ lệ người cao tuổi tăng cao.

Tiểu hợp phần 3.2: Cung cấp trang thiết bị y tế cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (22 triệu USD). Tiểu hợp phần này sẽ tập trung đầu tư bổ sung trang thiết bị y tế cho TYT xã dựa trên quy định danh mục trang thiết bị của Bộ Y tế để hỗ trợ cho TYT xã đủ điều kiện đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020 tại các tỉnh dự án. Các trạm y tế xã sẽ được cung cấp trang thiết bị y tế để tạo môi trường có điều kiện

làm việc thuận lợi cho cán bộ y tế trong việc cung cấp dịch vụ CSSKBD. Dự án sẽ cung cấp trang thiết bị y tế cho các TYT xã được lựa chọn dựa trên danh sách nhu cầu cung cấp trang thiết bị y tế do các tỉnh dự án xác định và cung cấp túi y tế thôn bản cho nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản tại các xã của các tỉnh dự án nơi có cán bộ y tế tham gia các khoá đào tạo CSSKBD. Bên cạnh đầu tư trang thiết bị cho TYT xã, dự án cũng có thể hỗ trợ trang thiết bị cho các cơ sở đào tạo tại chỗ (ví dụ trung tâm y tế huyện) nhằm đảm bảo cho các Đội CSSKBD có điều kiện thực hành tốt ở địa phương. Các cơ sở thực hành, thực tập (trung tâm y tế huyện, phòng khám đa khoa khu vực v.v) được cung cấp các trang thiết bị phục vụ cho công tác giảng dạy thực hành lâm sàng

Hợp phần 4: Quản lý dự án (5 triệu USD)

Các hoạt động chính trong phần 4 bao gồm: các hoạt động chuẩn bị, xây dựng văn kiện dự án; nâng cao năng lực quản lý dự án (đào tạo trong và ngoài nước); nâng cao năng lực đánh giá kết quả, tài trợ dựa trên kết quả; hội thảo đánh giá hàng năm, giữa kỳ và cuối kỳ; tư vấn kỹ thuật; cung cấp thiết bị văn phòng và phương tiện phục vụ giám sát và đánh giá; kiểm định, quan trắc các hệ thống kỹ thuật được đầu tư; kiểm toán (nội bộ và độc lập). Ngoài ra, hợp phần này sẽ hỗ trợ thực hiện một số nghiên cứu phân tích chính sách về nhân lực y tế, đào tạo nhân lực y tế và hệ thống y tế.

Thời gian thực hiện dự án: 6 năm: 2014-2019

Tổng vốn dự án: 121 triệu USD, trong đó 106 triệu USD từ khoản vay IDA, 10 triệu USD từ EU và 5 triệu USD vốn đối ứng.

1.2 ĐỊA BÀN TRIỂN KHAI DỰ ÁN

Hợp phần 1, Dự án sẽ cung cấp tài chính hỗ trợ cho 26 trường đào tạo y khoa và điều dưỡng như sau:

Các trường đại học:

1. Trường Đại học Y Hà Nội,
2. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,
3. Trường Đại học Dược Hà Nội,
4. Trường Đại học Y tế công cộng,
5. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế,
6. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,
7. Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên,
8. Trường Đại học Y Thái Bình,
9. Trường Đại học Y Hải Phòng,
10. Trường Đại học Y Khoa Vinh,
11. Khoa Y, Đại học Tây Nguyên,
12. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định,

13. Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương,
14. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,
15. Trường Đại học Kỹ thuật y dược Đà Nẵng,
16. Khoa Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội,
17. Khoa Y, Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.

Các trường cao đẳng:

1. Trường Cao đẳng Y Sơn La,
 2. Trường Cao đẳng Y Lạng Sơn,
 3. Trường Cao đẳng Y Quảng Ninh,
 4. Trường Cao đẳng Y Hà Tĩnh,
 5. Trường Cao đẳng Y Quảng Nam,
 6. Trường Cao đẳng Y Khánh Hòa,
 7. Trường Cao đẳng Y Đồng Nai,
 8. Trường Cao đẳng Y Lâm Đồng,
 9. Trường Cao đẳng Y Đồng Tháp,
 10. Trường Cao đẳng Y Bạch Mai.
- Hợp phần 2.1, Dự án sẽ hỗ trợ 2 trung tâm đào tạo quản lý cán bộ y tế ở trường Đại học Y tế công cộng và Viện vệ sinh y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh.
 - Hợp phần 2.2, Dự án sẽ hỗ trợ Bộ Y tế đào tạo và gửi bác sỹ trẻ tình nguyện đến 62 huyện nghèo nhất theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ký ngày 27/12/2008 của Thủ tướng Chính phủ.

Tỉnh	Huyện
Hà Giang	: Đồng Văn, Mèo Vạc, Yên Minh, Quản Bạ, Hoàng Su Phì, Xín Mần
Cao Bằng	: Bảo Lâm, Bảo Lạc, Thông Nông, Hà Quảng, Hạ Lang
Lào Cai	: Si Ma Cai, Mường Khương, Bắc Hà
Yên Bái	: Mù Cang Chải, Trạm Tấu
Bắc Kạn	: Ba Bể, Pác Nặm
Bắc Giang	: Sơn Đông
Phú Thọ	: Tân Sơn
Sơn La	: Sốp Cộp, Phù Yên, Bắc Yên, Mường La, Quỳnh Nhai
Lai Châu	: Mường Tè, Phong Thổ, Sìn Hồ, Tân Yên, Than Uyên
Điện Biên	: Điện Biên Đông, Mường Nhé, Tủa Chùa, Mường Ảng
Thanh Hóa	: Lang Chánh, Thường Xuân, Quan Hóa, Quan Sơn, Mường Lát, Như Xuân, Bá Thước
Nghệ An	: Kỳ Sơn, Tương Dương, Quế Phong
Quảng Bình	: Minh Hóa
Quảng Trị	: Đa Krông

Quảng Ngãi : Sơn Hà, Trà Bồng, Sơn Tây, Minh Long, Tây Trà, Ba Tơ
Quảng Nam : Nam Trà My, Tây Giang, Phước Sơn
Bình Định : An Lão, Vĩnh Thanh, Vân Canh
Ninh Thuận : Bác Ái
Kon Tum : Tu Mơ Rông, Kon Plông
Lâm Đồng : Đam Rông

- Hợp phần 3, Dự án sẽ cung cấp trang thiết bị y tế thiết yếu và các khóa đào tạo lại cho nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến cơ sở cho các tỉnh sau: Lai Châu, Điện Biên, Sơn La, Cao Bằng, Lào Cai, Yên Bái, Hà Giang, Gia Lai, Kontum, Đắk Nông, Thái Bình, Nam Định, Khánh Hòa, Đồng Tháp, Lâm Đồng. Dự kiến khoảng 60% TYT tại các tỉnh này sẽ được đào tạo lại và cũng cấp trang thiết bị.

II. KHUNG PHÁP LÝ VỀ DÂN TỘC THIỂU SỐ

2.1 Khung pháp lý và chính sách của Việt Nam

2.1.1 Các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số

Những năm qua, Chính phủ Việt Nam đã nỗ lực rất lớn trong việc cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số và người dân sống trong khu vực dân tộc thiểu số. Các chính sách chăm sóc sức khỏe của Việt Nam khá toàn diện, bao gồm hỗ trợ phát triển cơ sở hạ tầng y tế, phát triển nguồn nhân lực, giáo dục, truyền thông thông tin cho người dân trong khu vực dân tộc thiểu số để nâng cao nhận thức về dự phòng sức khỏe, hỗ trợ người nghèo tiếp cận dịch vụ y tế thông qua cung cấp thẻ bảo hiểm y tế. Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030 được phê duyệt bởi Thủ tướng Chính phủ tại Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 đã nêu rõ “bảo đảm mọi người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm người dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản có chất lượng”.

Các chính sách phát triển nguồn nhân lực y tế cho người dân tộc thiểu số và các khu vực khó khăn:

- Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 đặt mục tiêu đảm bảo nguồn nhân lực đến năm 2020 như sau: 9 bác sỹ/10000 dân; 90% TYT xã có bác sỹ; 95% TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; hơn 90% số thôn bản có nhân viên y tế thôn bản. Chiến lược quốc gia cũng đề xuất chương trình đào tạo để phát triển chuyên gia y tế ở tuyến cơ sở. Ưu tiên đào tạo các chuyên gia y tế người dân tộc thiểu số tại địa phương.
- Kế hoạch tổng thể phát triển nguồn nhân lực y tế giai đoạn 2011-2012 nhằm phân bổ phù hợp nhân lực y tế. Kế hoạch tổng thể đề xuất xây dựng chính sách về giáo dục, đào tạo, tuyển dụng và sử dụng cán bộ y tế cho các vùng đặc biệt khó khăn, các cơ sở y tế tuyến xã, huyện như cải thiện điều kiện làm việc, môi trường làm việc cho cán bộ y tế, đặc biệt ở khu vực khó khăn, tuyến cơ sở.

- Quyết định số 14/2013/QĐ-TTg ngày 20/2/2013 của Thủ tướng Chính Phủ ban hành thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Quyết định này yêu cầu thực hiện chế độ luân phiên với người hành nghề (gồm bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập từ tuyến cao hơn xuống tuyến thấp hơn, từ vùng có điều kiện kiên tế - xã hội không khó khăn đến vùng có điều kiện khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn ít nhất 06 tháng.
- Quyết định số 1544/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính Phủ phê duyệt Đề án “Đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng Đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển”.
- Kế hoạch hành động quốc gia về sức khỏe sinh sản tập trung vào chăm sóc sơ sinh và làm mẹ an toàn giai đoạn 2011-2015 nhằm mục đích cải thiện nguồn nhân lực chăm sóc sức khỏe sản khoa và nhi khoa ở các vùng khó khăn. Kế hoạch hành động đặt mục tiêu 20% thôn bản ở các vùng đặc biệt khó khăn có nữ hộ sinh người dân tộc thiểu số được đào tạo vào năm 2015.
- Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn, bản. Nhân viên y tế thôn, bản ở vùng sâu, vùng xã có phụ cấp từ ngân sách của Chính phủ.

Chính sách phát triển cơ sở vật chất y tế cho người dân tộc thiểu số và các khu vực khó khăn

- Chương trình 135 giai đoạn II và III đã được phê duyệt theo Quyết định số 07/2006/QĐ-TTg ngày 10/01/2006 và Quyết định số 551/QĐ-TTg ngày 04/4/2013 của Thủ tướng Chính phủ hỗ trợ đầu tư cơ sở hạ tầng và phát triển sản xuất cho các xã đặc biệt khó khăn và khu vực dân tộc thiểu số. Mục tiêu của chương trình là đạt 50% số TYT xã đạt chuẩn vào năm 2015.
- Đề án 47 được phê duyệt theo Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện. Nhờ có dự án, bệnh viện huyện trong cả nước bao gồm cả huyện có đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống được nâng cấp.

Chính sách bảo hiểm y tế cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số:

- Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 về Khám chữa bệnh cho người nghèo và dân tộc thiểu số được ban hành bởi Thủ tướng Chính Phủ hỗ trợ cải thiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số. Đến nay, có khoảng 18 triệu người hưởng lợi đã nhận được thẻ bảo hiểm y tế.

Các chương trình quốc gia hướng tới đồng bào dân tộc thiểu số và các khu vực khó khăn:

- Chương trình phòng chống sốt rét quốc gia. Nhờ những nỗ lực của Chính phủ về phòng chống sốt rét, tình trạng sốt rét tại Việt Nam đã được cải thiện đáng kể. So với năm 2000, tỷ lệ tử vong do sốt rét năm 2008 giảm 86,5%, tỷ lệ mắc bệnh giảm 84,1%.

- Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng, chống bưúu cổ đã được Chính phủ phê duyệt từ năm 1994 tại Quyết định số 148/1994/QĐ-TTg. Kết quả của chương trình, Số trẻ em từ 8-10 tuổi bị bưúu cổ giảm từ 22,4% tổng số trẻ em toàn quốc năm 1993 xuống còn 6% năm 2003 và 3,6% năm 2005. Tỷ lệ bao phủ muối i-ốt tăng từ 82,5% trên toàn bộ dân số năm 2003 lên 93,2% năm 2005, nhưng sau đó giảm xuống còn 88,6% năm 2008.
- Chương trình tiêm chủng mở rộng. Ngay từ năm 1985, chương trình tiêm chủng mở rộng đã được đưa vào chương trình mục tiêu quốc gia. Tỷ lệ trẻ em dân tộc thiểu số được tiếp cận đầy đủ với tiêm chủng không thấp hơn mức trung bình toàn quốc (theo kết quả khảo sát năm 2001 - 2002, 89% hộ gia đình dân tộc thiểu biết về chương trình tiêm chủng mở rộng, trong đó tỷ lệ ở khu vực miền núi phía Đông Bắc là 92,7%, ở khu vực miền núi Tây Bắc là 89,5%, và mức trung bình toàn quốc là 89,7%). Đó là kết quả của việc thành lập các mạng lưới cơ sở y tế xã, huyện tại các khu vực đồng bào dân tộc sinh sống.
- Chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Chương trình sức khỏe sinh sản đã được thực hiện với sự hỗ trợ của các nhà tài trợ quốc tế khác nhau như: UNFPA, UNICEF... Các tỉnh thuộc khu vực miền núi phía Bắc, vùng cao và khu vực đồng bằng sông Cửu Long là các tỉnh được ưu tiên đặc biệt. Tỷ lệ tử vong mẹ đã giảm liên tục trong những năm qua, mặc dù nó vẫn còn tương đối cao ở vùng dân tộc và miền núi.
- Chương trình vệ sinh môi trường và cung cấp nước sạch. Ngoài các chương trình mục tiêu quốc gia về nước sạch và vệ sinh môi trường giai đoạn 2006 - 2010, người dân ở một số vùng dân tộc thiểu số được hưởng lợi từ sự hỗ trợ của một số chương trình mục tiêu quốc gia cụ thể như: NTP-PR, P 135-II, P 134 và Chương trình 30a để cải thiện việc tiếp cận nước sạch và các dịch vụ vệ sinh môi trường.

2.1.2 Chính sách giáo dục và đào tạo

Chính sách tăng cường cơ hội cho học sinh người dân tộc thiểu số ở vùng dân tộc và miền núi thông qua hệ thống nội trú, bán trú và trường trung học cơ sở, trung học phổ thông.

- Năm 1985, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành Quyết định số 661/GD quy định về tổ chức và hoạt động của các trường nội trú để thiết lập hệ thống giáo dục chuyên biệt cho trẻ em ở vùng dân tộc, miền núi và khu vực khó khăn, đó là trường nội trú cho học sinh dân tộc. Mục đích của việc mở các trường nội trú là cung cấp nguồn tuyển sinh cho các trường đại học, cao đẳng, và trung học chuyên nghiệp để đào tạo cán bộ chuyên môn cho các nhóm dân tộc thiểu số, đặc biệt là giáo viên, nhân viên y tế, các nhà quản lý, lãnh đạo và cán bộ kỹ thuật chuyên nghiệp.
- Sau khi được sửa đổi theo Quyết định số 2590/GĐĐT ngày 14/8/1997 của Bộ Giáo dục và Đào tạo quy định tổ chức và hoạt động của hệ thống trường nội trú và có hiệu lực vào năm 1998, với quy định tại Điều 56 của Luật Giáo dục (và Điều 61 - sửa đổi, bổ sung một số quy định của Luật Giáo dục năm 2005). Liên quan đến các trường trung học, trường nội trú đã được thành lập ở cấp huyện. Ở cấp xã tại các vùng phát triển giáo dục còn khó khăn, kiến thức của người dân thấp, và giáo dục tiểu học không phổ cập, các trường bán trú đã được thiết lập theo nhóm các xã cho học sinh ở hai lớp cuối cấp tiểu

học. Nếu không có trường học bán trú theo nhóm các xã của huyện, các trường nội trú địa phương sẽ mở các lớp học thêm cho học sinh ở hai lớp cuối cấp tiểu học.

Các chính sách tuyển sinh đặc biệt vào các trường đại học, cao đẳng, trung cấp đối với đồng bào dân tộc thiểu số:

- Do điều kiện khó khăn, chất lượng giảng dạy ở vùng dân tộc và miền núi thấp hơn so với mức trung bình toàn quốc, kết quả học tập của học sinh dân tộc thiểu số thường được giới hạn trong các vùng dân tộc và miền núi như đã phân tích. Để tạo điều kiện cho học sinh dân tộc thiểu số học tại các trường đại học và cao đẳng, Chính phủ đã có các chính sách về tuyển sinh cho học sinh dân tộc, hoặc người sống trong các khu vực khó khăn được ưu tiên khi thi vào các trường đại học và cao đẳng. Chính sách tuyển sinh này đã được áp dụng từ năm 1990, trong Nghị quyết số 22/NQ-TW ngày 27/11/1989 và Hội đồng Bộ trưởng đã ban hành Quyết định số 72/HĐBT ngày 13/3/1990 về một số chính sách lớn và hướng dẫn cho khu vực phát triển kinh tế-xã hội ở miền núi.

- Nghị định số 134/2006/NĐ-CP ngày 14/11/2006 của Chính phủ quy định các học sinh dân tộc thiểu số được đề cử bởi chính quyền địa phương có thể được đăng ký vào các trường đại học, cao đẳng, trung học mà không cần thi tuyển sinh. Nghị định này cũng bao gồm các quy định về biện pháp hỗ trợ cho các học sinh dân tộc thiểu số được cử tuyển như ăn, ở, đi lại, tài liệu đào tạo, bảo hiểm y tế. Thông tư liên tịch số 13/2008/TTLT-BGDĐT-BLĐTBXH-BTC-BNV-UBND ngày 07/04/2008 của Bộ GD & ĐT, Bộ LĐTBXH, Bộ Tài chính và Hội đồng Dân tộc hướng dẫn chi tiết thực hiện Nghị định 134/2006/NĐ-CP.

Chính sách trợ cấp cho học sinh thuộc hộ gia đình nghèo ở các vùng đặc biệt khó khăn.

- Pháp lệnh số 06/2007/TT-UBND ngày 20/9/2007 về hướng dẫn thực hiện Quyết định số 112/2007/QĐ-TTg quy định học sinh thuộc gia đình hộ nghèo được hưởng ưu tiên từ chính sách trợ cấp.

- Nghị định số 49/2010/NĐ-CP ngày 14/5/2010 của Chính phủ quy định các sinh viên dân tộc thiểu số thuộc gia đình hộ nghèo, có thu nhập tối đa bằng 150% thu nhập của hộ nghèo được miễn giảm học phí.

Chính sách dạy và học tiếng dân tộc thiểu số:

- Tăng cường công tác dạy và học tiếng nói, chữ viết người dân tộc thiểu số, Nghị định số 82/2010/NĐ-CP ngày 15/7/2010 của Chính phủ quy định việc dạy và học tiếng nói, chữ viết của các dân tộc thiểu số trong các cơ sở giáo dục phổ thông và trung tâm giáo dục thường xuyên. Nghị định này quy định rõ việc dạy và học tiếng dân tộc về: điều kiện, nội dung, phương pháp, tổ chức giảng dạy tiếng dân tộc, đào tạo giáo viên, chính sách và biện pháp khuyến khích cho giảng viên và học viên dạy và học tiếng dân tộc thiểu số. Việc áp dụng học các chương trình tiếng dân tộc thiểu số được quyết định dựa trên mong muốn của người dân tộc thiểu số tại địa phương. Ủy ban nhân dân cấp tỉnh có trách nhiệm gửi đề xuất về dạy và học tiếng dân tộc thiểu số tại địa phương lên Bộ Đào tạo và Giáo dục.

Chính sách hỗ trợ giáo viên dạy tiếng dân tộc thiểu số và giáo viên ở miền núi, hải đảo, vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa và vùng bị cô lập

- Trong những năm gần đây, giáo viên tại các tỉnh miền núi và hải đảo đã được hỗ trợ xây dựng nhà ở. Hơn nữa, Chính phủ ban hành các nguyên tắc về sử dụng ngân sách trong khuôn khổ của chương trình mục tiêu quốc gia về xóa đói giảm nghèo và phát triển kinh tế xã hội ở các xã đặc biệt khó khăn, vùng dân tộc và miền núi (CT135II) cho các hoạt động hỗ trợ giáo viên. Căn cứ Nghị định số 82/2010/NĐ-CP được ban hành gần đây quy định giáo viên dạy tiếng dân tộc thiểu số được hưởng trợ cấp trách nhiệm tương đương với 30% mức lương tối thiểu.

Chính sách đào tạo nghề

- Trong các dự án về dạy nghề và tạo việc làm cho thanh niên giai đoạn 2008 - 2015 theo Quyết định số 103/2008/QĐ-TTg ngày 21/7/2008 của Chính phủ và dự án đào tạo nghề cho lao động nông thôn đến năm 2020, lao động trẻ người dân tộc thiểu số cũng được hưởng nhiều ưu tiên cao.

www.LuatVietnam.vn

2.2 Chính sách của Ngân hàng Thế giới

Chính sách an toàn xã hội của WB được thiết lập để đảm bảo rằng các dự án do Ngân hàng Thế giới tài trợ không hủy hoại môi trường hoặc xã hội nơi dự án triển khai. Trong chính sách này, quá trình xây dựng và chuẩn bị dự án phải đảm bảo giảm thiểu nhằm tránh hoặc hạn chế tối đa các rủi ro (nếu có) của dự án đối với đời sống và sự phát triển tại địa bàn triển khai dự án.

Chính sách người bản địa (OP 4.10): Chính sách này thực hiện sứ mệnh của Ngân hàng Thế giới trong công cuộc giảm nghèo và phát triển bền vững bằng việc đảm bảo quá trình phát triển phải tôn trọng đầy đủ nhân phẩm, quyền con người, giá trị kinh tế và bản sắc văn hóa của các dân tộc thiểu số. Đối với tất cả các dự án xin vay vốn của Ngân hàng Thế giới có ảnh hưởng tới người dân tộc thiểu số, Ngân hàng yêu cầu bên vay phải thực hiện tham vấn trước, người dân được cung cấp đầy đủ thông tin và tự do tham gia. Ngân hàng Thế giới sẽ chỉ cấp vốn cho những dự án có ảnh hưởng tới dân tộc thiểu số sau khi đã tiến hành tham vấn trước, người dân được cung cấp thông tin và tự do tham gia và kết quả cho thấy phần lớn người dân tộc thiểu số bị ảnh hưởng bởi dự án ủng hộ. Những dự án được tài trợ bằng nguồn vốn của Ngân hàng Thế giới sẽ có các biện pháp để: a) tránh những ảnh hưởng bất lợi có thể xảy ra cho cộng đồng người dân tộc thiểu số; hoặc b) nếu không thể tránh được thì phải giảm thiểu, giảm nhẹ hoặc đền bù cho những ảnh hưởng đó. Những dự án do Ngân hàng Thế giới tài trợ phải được thiết kế làm sao để đảm bảo rằng người dân tộc thiểu số được hưởng thụ những lợi ích kinh tế và xã hội phù hợp với bản sắc văn hóa đồng thời có bao gồm cả vấn đề về giới và thuộc tính đa thế hệ.

Ngân hàng Thế giới nhận thấy đặc tính và bản sắc văn hóa của người dân tộc thiểu số có mối liên hệ chặt chẽ tới vùng đất sinh sống và tài nguyên thiên nhiên. Chính những đặc tính đó khiến người dân tộc thiểu số dễ phải chịu rủi ro và các loại tác động từ những dự án phát triển bao gồm mất đi bản sắc, văn hóa và tập quán sinh sống cũng như nguy cơ phải đối mặt với bệnh tật. Vấn đề giới và đặc tính đa hệ trong cộng đồng người dân tộc thiểu số cũng là một vấn đề khá phức tạp. Do các nhóm xã hội với đặc tính riêng thường khác với nhóm đa số trong xã hội, nên thông thường họ là những đối tượng chịu thiệt thòi nhiều nhất và cũng dễ bị tổn thương nhất so với nhóm chiếm đại bộ phận dân cư. Do vị thế kinh tế, xã hội và địa vị pháp lý như vậy, họ thường bị hạn chế về khả năng bảo vệ quyền và lợi ích của mình và/hoặc bị giới hạn về khả năng tham gia và hưởng lợi từ công cuộc phát triển chung của toàn xã hội. Trong bối cảnh đó, Ngân hàng Thế giới nhận

thấy vai trò to lớn của người dân tộc thiểu số trong sự nghiệp phát triển bền vững và cũng thấy rằng các đạo luật trong nước và quốc tế đang ngày càng quan tâm hơn tới vấn đề quyền lợi của đối tượng này.

2.3. Thống nhất giữa mục tiêu dự án đối với các chính sách và ưu tiên của nhà tài trợ

Ngân hàng Thế giới (WB) nhiều năm tham gia hoạt động với mục tiêu giảm nghèo ở khu vực Châu Á-Thái Bình Dương thông qua các hỗ trợ phát triển kinh tế bền vững, phát triển xã hội. Dự án HPET hoàn toàn phù hợp với Chiến lược quan hệ đối tác quốc gia (CPS) giai đoạn 2007-2011 giữa WB và Chính phủ Việt Nam. Cột trụ thứ 2 của CPS nhấn mạnh tầm quan trọng của “tăng cường hòa nhập xã hội” để đảm bảo tăng trưởng bền vững với các chiến lược hỗ trợ tiếp cận của người nghèo và cận nghèo đến các dịch vụ giáo dục và y tế có chất lượng. Trong các chiến lược này, CPS chú trọng đặc biệt đến các lĩnh vực: tác động bên Cầu, tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng thông qua mở rộng bao phủ của bảo hiểm y tế, trong đó đến các đối tượng người nghèo, cận nghèo, dân tộc thiểu số và cải thiện chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế. Dự án HPET sẽ đóng góp cho lĩnh vực tăng cường tiếp cận dịch vụ và tập trung đáp ứng nhu cầu CSSK của các nhóm dễ bị ảnh hưởng: người nghèo, cận nghèo, dân tộc thiểu số, bà mẹ và trẻ em.

III. DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI VIỆT NAM

3.1. Dân tộc thiểu số tại Việt Nam

Việt Nam là một đất nước đa dân tộc với 54 dân tộc anh em. Dân tộc Kinh chiếm 87% dân số cả nước và tập trung chủ yếu ở vùng đồng bằng sông Hồng, duyên hải miền Trung, đồng bằng sông Cửu Long và các thành phố lớn. 53 dân tộc thiểu số khác với tổng số 8 triệu người nằm rải rác ở vùng núi (chiếm 2/3 lãnh thổ cả nước) trải dài từ Bắc vào Nam. Trong nhóm các dân tộc thiểu số, dân tộc Tày, Thái, Hoa, Khmer và Nùng chiếm số lượng lớn nhất với khoảng 1 triệu người mỗi nhóm. Dân tộc Brau, Roman, Odu có số lượng người ít nhất chỉ với vài trăm người.

Bảng 1: Các dân tộc Việt Nam năm 2009

TT	Dân tộc	Tổng số	(%)
1	Kinh	73,594,427	85.73
2	Tày	1,626,392	1.89
3	Thái	1,550,423	1.81
4	Mường	1,268,963	1.48
5	Khmer	1,260,640	1.47
6	Hoa	823,071	0.96
7	Nùng	968,800	1.13
8	Mông	1,068,189	1.24
9	Dao	751,067	0.87
10	Gia Rai	411,275	0.48
11	Ê đê	331,194	0.39
12	Ba Na	227,716	0.27
13	Khác	1,964,840	2.29
	Tổng	85,846,997	100.0

Ngôn ngữ dân tộc thiểu số Việt Nam bao gồm 8 nhóm ngôn ngữ khác nhau:

- Dân tộc Việt-Mường : Chứt, Kinh, Mường, Thổ;
- Dân tộc Tày-Thái : Bố Y, Giáy, Lào, Lự, Nùng, Sán Chay, Tày, Thái;
- Dân tộc Mon-Khmer : Ba na, Brâu, Bru-Vân kiều, Chơ-ro, Co, Cơ-ho, Cơ-tu, Cơ-tu, Gié-triêng, Hrê, Kháng, Khmer, Khơ mú, Mạ, Mảng, M'Nông, Ơ-đu, Rơ-măm, Tà-ôi, Xinh-mun, Xơ-đăng, Xtiêng;
- Dân tộc Mông-Dao: Dao, Mông, Pà Thẻn;
- Dân tộc Kadai : Cờ Lao, La Chí, La ha, Pu Péo;
- Dân tộc Austro-Polynesian : Chăm, Chu-ru, Ê đê, Gia-rai, Ra-glai;
- Dân tộc Hoa Chinese : Hoa, Ngái, Sán Dìu;
- Dân tộc Tibeto : Cống, Hà Nhì, La Hủ, Lô Lô, Phù Lá, Si La.

Dân tộc Kinh đã có được những thành công trong việc thiết lập chế độ quân chủ tập trung vào thế kỷ X. Người Chăm tự hào vì có nền văn hóa phồn thịnh sớm trong lịch sử. Các dân tộc Tày, Nùng, Khmer và đã đạt được những thành tựu phát triển lớn với sự hiện diện của các tầng lớp xã hội khác nhau. Dân tộc Mường, Mông, Dao, Thái tập trung dưới sự cai trị của người đứng đầu bộ tộc địa phương. Nhiều dân tộc chia dân số theo địa vị xã hội, đặc biệt là những người sống ở khu vực miền núi. Tuy nhiên, tinh thần đoàn kết cơ bản giữa các dân tộc được xây dựng dựa trên sự khác biệt là kết quả của một sự hợp tác lâu dài hàng thế kỷ trên lãnh thổ Việt Nam. Một cộng đồng chung giữa người Kinh và người dân tộc thiểu số khác đã được thành lập và không ngừng củng cố và phát triển.

3.2. Dân tộc thiểu số trong phạm vi dự án (tổng quan)

Trong phạm vi dự án, người dân tộc thiểu số sống chủ yếu ở vùng núi phía Bắc, Tây Nguyên. Ở khu vực miền núi phía Bắc, các dân tộc Tày, Thái, Nùng, Mường, Mông, Dao tập trung chủ yếu ở các tỉnh Lai Châu, Điện Biên, Sơn La, Cao Bằng, Lào Cai, Yên Bái, Hà Giang. Khu vực Tây Nguyên chủ yếu là người dân tộc Gia Rai, Ba Na, Xơ Đăng, Cơ Ho. Bảng 2 mô tả dân tộc thiểu số phổ biến ở các tỉnh tham gia dự án.

Bảng 2: 20 dân tộc phổ biến tại các tỉnh tham gia dự án

Dân tộc	Lai Châu	Điện Biên	Sơn La	Cao Bằng	Lào Cai	Yên Bái	Hà Giang	Gia Lai	Kontum	Đắc Nông	Thái Bình	Nam Định	Khánh Hòa	Đồng Tháp	Lâm Đồng
Dân số	370,502	490,306	1,076,055	507,183	614,595	740,397	724,537	1,274,412	430,133	489,392	1,781,842	1,828,111	1,157,604	1,666,467	1,187,574
1. Kinh	56,630	90,323	189,461	29,189	212,528	342,892	95,969	731,403	201,153	332,431	1,779,506	1,823,801	1,095,981	1,663,718	901,316
2. Tày	1,023	1,581	1,577	207,805	94,243	135,314	168,719	10,107	2,630	20,475	646	690	1,704	17	20,301
3. Thái	119,805	186,270	572,441	73	1,971	53,104	195	3,584	4,249	10,311	558	1,932	217	60	5,277
4. Mường	933	666	81,502	255	958	14,619	468	6,133	5,386	4,070	391	436	612	14	4,445
5. Hoa	802	2,445	195	132	822	597	7,062	653	138	4,686	61	154	3,034	1,855	14,929
6. Nùng	173	702	303	157,607	25,591	14,821	71,338	10,045	1,997	27,333	139	169	1,058	10	24,526
7. Hmông	83,324	170,648	157,253	51,373	146,147	81,921	231,464	1,245	26	21,952	151	575	6	-	2,894
8. Dao	48,745	5,251	19,013	51,124	88,379	83,888	109,708	3,420	98	13,932	144	143	66	1	2,423
9. Sán Chay	58	137	34	7,058	178	8,461	582	309	162	487	20	45	3	-	139
10. Gia Rai	-	1	-	1	-	19	-	372,302	20,606	57	4	-	70	-	47
11. Ê đê	11	15	12	3	-	3	-	431	376	5,271	7	3	3,396	14	182
12. Ba Na	-	-	3	2	-	10	-	150,416	53,997	34	-	5	4	-	36
13. Xơ Đăng	1	-	-	-	3	7	-	705	104,759	4	2	-	11	1	13
14. Hre	1	14	2	1	8	2	4	128	1,547	22	-	-	24	2	84
15. Giẻ - Triêng	-	-	1	2	5	-	-	52	31,644	2	-	2	9	-	8
16. Raglay	1	-	1	-	-	6	-	50	12	14	1	-	45,915	4	1,517
17. M nông	6	-	2	11	60	6	8	93	62	39,964	2	6	28	-	9,099
18. Cơ Ho	-	-	-	-	-	-	-	9	5	163	1	-	4,778	-	145,665
19. Thổ	21	226	92	-	8	15	5	140	119	216	16	18	153	-	966
20. Xtieng	-	1	2	-	-	-	-	4	12	30	-	-	1	2	380

Source: Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009

- **Dân tộc Tày**

Người Tày cư trú ở hầu hết các tỉnh phía Đông Bắc, chiếm tỷ lệ cao trong dân số các tỉnh này : Lạng Sơn (35.38% dân số toàn tỉnh), Tuyên Quang (25.55%), Yên Bái (18, 24%), Thái Nguyên (10.95%). Trình độ học vấn của người Tày cao nhất trong cộng đồng các dân tộc thiểu số tại Việt Nam. Cư trú chủ yếu ở các vùng trung thấp, nơi có truyền thống giáo dục cộng đồng; trẻ em Tày đã sớm được tiếp cận với nền giáo dục. Tỷ lệ mù chữ khá thấp.

- **Dân tộc Hmông**

Dân tộc Hmông cư trú chủ yếu ở các huyện Mù Căng Chải, Trạm Tấu (chiếm 95 % dân số toàn huyện) thuộc tỉnh Yên Bái; tỉnh Lai Châu (83.324); Điện Biên (170.648); tỉnh Sơn La (157.253); tỉnh Lào Cai (146.147) và tỉnh Hà Giang (231.464). Cư trú chủ yếu ở các vùng cao, vùng sâu vùng xa, do vậy trình độ học vấn của người Hmông còn khá thấp. Do thông tin liên lạc và điều kiện còn hạn chế, trẻ em Hmông không được tới trường, phần lớn phụ nữ Hmông và trẻ em gái đều mù chữ. Trẻ em đến tuổi không được đến trường và phải bỏ học giữa chừng sớm. Có rất ít trẻ em được học trung học cơ sở và trung học phổ thông.

- **Dân tộc Nùng**

Dân tộc Nùng chiếm tỷ lệ cao trong tổng dân số vùng Đông Bắc. Cư dân Nùng tập trung chủ yếu ở các tỉnh: Lạng Sơn (35.38% tổng dân số toàn tỉnh), Tuyên Quang (25.55%), Yên Bái (18.24%), Thái Nguyên (10.95%). Người Nùng rất quan tâm đến việc học tập của con em mình. Tuy nhiên, do điều kiện kinh tế của các hộ gia đình còn hạn chế, con em họ không thể hoàn thành chương trình học. Trong những năm gần đây, tỷ lệ trẻ em được tới trường đã được tăng lên đáng kể, họ đã nhận thức được tầm quan trọng của việc học và đi học đúng tuổi.

- **Dân tộc Thái**

Dân tộc Thái cư trú tập trung chủ yếu ở các tỉnh Yên Bái, Hòa Bình và rải rác ở một vài tỉnh khác. Vùng tập trung chủ yếu người dân tộc Thái là tại các thung lũng với cánh đồng lúa rộng lớn tại các huyện Văn Chấn (tỉnh Yên Bái), huyện Mai Châu (tỉnh Hòa Bình). Kể từ có đường giao thông và điều kiện kinh tế gia đình ổn định hơn, trình độ học vấn của người Thái đã được cải thiện đáng kể, tỷ lệ mù chữ còn rất thấp.

- **Dân tộc Mường**

Người dân tộc Mường sống tập trung chủ yếu tại tỉnh Hòa Bình (chiếm 63.8% dân số toàn tỉnh) và tỉnh Phú Thọ (chiếm 13.9% dân số toàn tỉnh và tập trung chủ yếu ở huyện Thanh Sơn). Điều kiện kinh tế của người Mường đã có nhiều thuận lợi hơn so với các dân

tộc khác trong khu vực này. Với địa hình thuận lợi, điều kiện cơ sở hạ tầng giao thông được hình thành tại các vùng cư trú thấp, người Mường có điều kiện thuận lợi hơn trong việc tiếp cận với hệ thống giáo dục và các dịch vụ xã hội khác. Có rất ít người Mường không biết chữ.

- **Dân tộc Dao**

Dân tộc Dao gồm 7 nhóm địa phương nằm rải rác tại các tỉnh vùng núi phía Bắc. Khu vực Đông Bắc có rất nhiều người Dao sinh sống tập trung chủ yếu ở các tỉnh Lai Châu, Yên Bái, Cao Bằng, Hà Giang. Trình độ học vấn của người Dao tương đối đồng đều. Trẻ em người Dao rất mong muốn được đi học và có truyền thống học tập tốt. Tuy nhiên, do điều kiện kinh tế và gia đình còn khó khăn, chỉ có một số trẻ em Dao được đi học, đặc biệt là giáo dục trung học phổ thông và Đại học.

- **Dân tộc Gia Rai**

Dân tộc Gia Rai sống tập trung chủ yếu tại tỉnh Gia Lai province (chiếm 29.2% dân số toàn tỉnh), một phần tỉnh Kontum và Đắk Lắk. Người Gia Lai có ngôn ngữ riêng, trẻ em Gia Rai đang học tiếng Việt như các dân tộc khác. Tỷ lệ mù chữ người Gia Rai tương đối thấp.

- **Dân tộc Ba Na**

Người Ba Na sống chủ yếu ở các tỉnh Gia Lai, Kon Tum, Bình Định, Phú Yên and Khánh Hoà. Giáo dục truyền thống và hướng nghiệp được thực hiện tại nhà của già làng.

- **Dân tộc Xơ Đăng**

Người Xơ Đăng cư trú ở tỉnh Kon Tum và các vùng núi thuộc tỉnh Quảng Ngãi and Quảng Nam. Do điều kiện kinh tế còn kém, nhiều trẻ em phải bỏ học giữa chừng.

- **Dân tộc Cơ Ho**

Dân tộc Cơ Ho tập trung chủ yếu tại tỉnh Lâm Đồng (chiếm 12,3% dân số toàn tỉnh). Trình độ văn hóa người Cơ Ho khá đồng đều. Tỷ lệ mù chữ thấp.

3.3. Tỷ lệ cán bộ y tế là người dân tộc

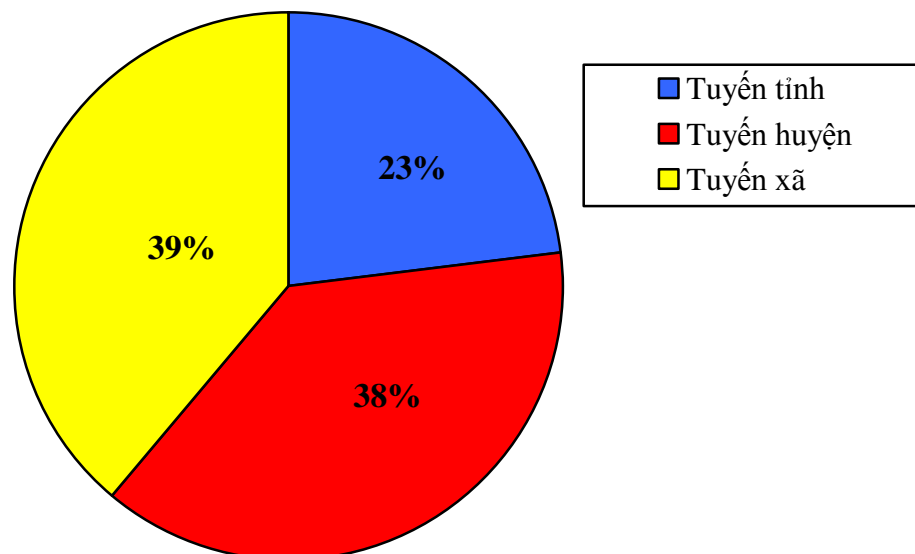
Cán bộ y tế người dân tộc thiểu số chiếm tỷ lệ cao trong tổng số cán bộ y tế khu vực Đông Bắc và Tây Nguyên. .

Bảng 3: Tỷ lệ cán bộ y tế dân tộc thiểu số tại các khu vực

Khu vực	Tổng số cán bộ y tế	Tổng số cán bộ y tế dân tộc thiểu số	Phần trăm %
63 tỉnh	263,256	25,643	9,7
Tây Bắc	11,958	4,950	41,4
Đông Bắc	36,948	12,335	33,4
Đồng bằng sông Hồng	50,262	599	1,2
Bắc Trung Bộ	29,085	2,330	8,0
Nam Trung Bộ	23,358	958	4,1
Tây Nguyên	15,779	1,795	11,4
Đông Nam Bộ	47,284	782	1,7
Đồng bằng sông Cửu Long	48,582	1,894	3,9

Nguồn: Vụ Tổ chức cán bộ, 2012

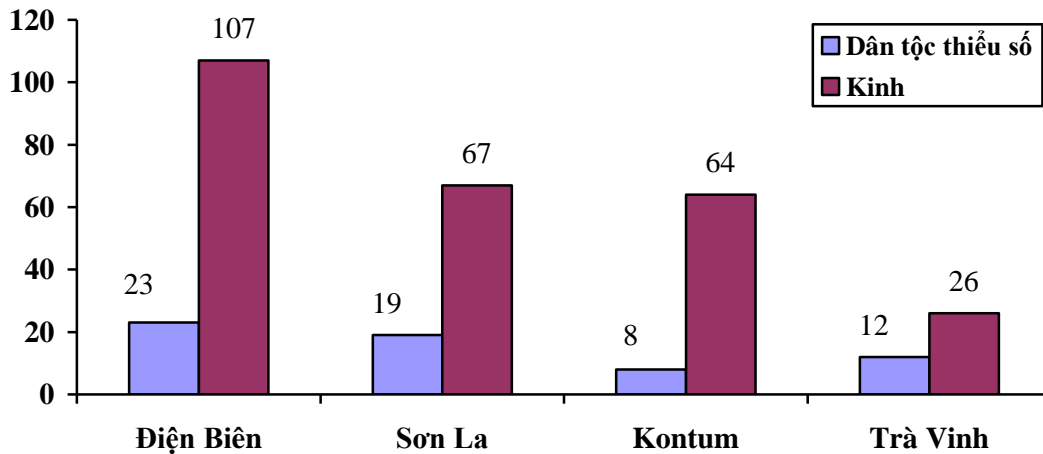
Cán bộ y tế người dân tộc thiểu số công tác chủ yếu ở các trung tâm y tế xã và huyện (biểu đồ 1). Ở các làng, bản có người dân tộc thiểu số sinh sống, hầu hết tất cả cán bộ y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản đều là người dân tộc thiểu số.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phân bổ cán bộ y tế người dân tộc thiểu số tại các tuyến¹

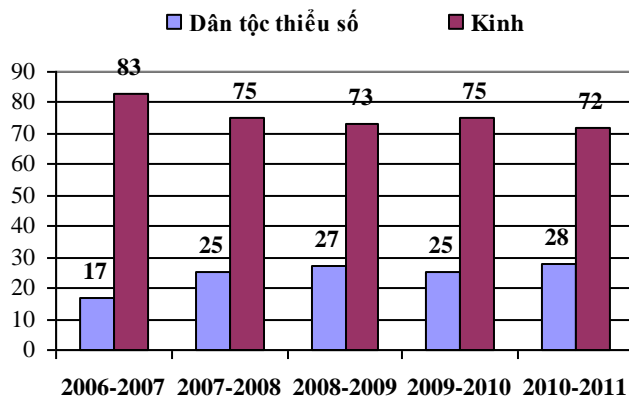
¹ Ma Thế Luận – Hội đồng dân tộc. Đánh giá nhanh về phát triển và sử dụng cán bộ y tế dân tộc thiểu số ở vùng dân tộc thiểu số và miền núi.

Số lượng cán bộ y tế người Kinh trên 10 000 người Kinh cao hơn so với số lượng cán bộ y tế người dân tộc thiểu số trên 10 000 dân tộc thiểu số (biểu đồ 2). Ví dụ: tại tỉnh Điện Biên, có 107 cán bộ y tế người Kinh / 10 000 người Kinh nhưng chỉ có 23 cán bộ người dân tộc thiểu số/ 10 000 người dân tộc thiểu số.

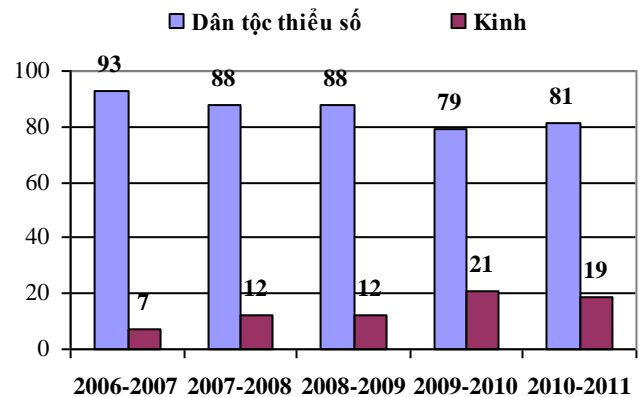


Biểu đồ 2. Số lượng cán bộ y tế dân tộc Kinh và người dân tộc thiểu số trên 10 000 dân

Tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế, tình hình tuyển sinh người dân tộc thiểu số khác so với người dân tộc Kinh. Sinh viên nhập học tại các trường đại học Y thông qua kỳ thi tuyển sinh đầu vào Đại học chủ yếu là người Kinh (biểu đồ 3). Trong khi sinh viên được tuyển sinh vào đại học y thông qua hình thức đào tạo cử tuyển chủ yếu là người dân tộc thiểu số (biểu đồ 4). Tình trạng này vẫn ổn định trong vài năm gần đây với lý do là năng lực học tập của người dân tộc thiểu số vẫn chưa được cải thiện nhiều.

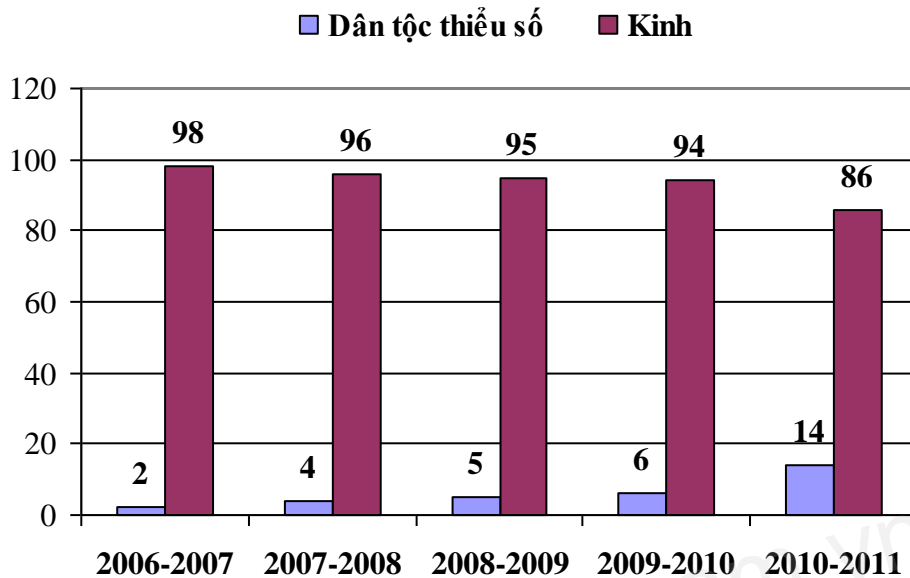


Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuyển sinh thi tuyển theo dân tộc kinh so với DTTS



Biểu đồ 4. Tỷ lệ tuyển sinh cử tuyển theo dân tộc kinh so với DTTS

Sinh viên được tuyển vào các trường Y hệ cao đẳng thông qua kỳ thi tuyển sinh đầu vào phần lớn cũng là dân tộc Kinh (biểu đồ 5).



Biểu đồ 5. Tỷ lệ tuyển sinh thi tuyển hệ cao đẳng theo dân tộc kinh so với DTTD

3.4. Tỷ lệ về giới trong các cán bộ y tế

Phần lớn các tỉnh tham gia dự án có tỷ lệ bác sĩ nữ thấp hơn tỷ lệ bác sĩ nam như tỉnh Lai Châu Lai Châu (16,7%); Sơn La (28,7%); Lào Cai (23,1%); Yên Bái (28,0%); Hà Giang (32,0%); Nam Định (22,3%); Đắk Nông (17,1%); Đồng Tháp (31,5%)...Chỉ có 3 tỉnh với tỷ lệ bác sĩ nữ cao hơn bác sĩ nam.

Tỷ lệ điều dưỡng và y sĩ là nữ giới cao hơn điều dưỡng và y sĩ nam ở hầu hết các tỉnh tham gia dự án. Tuy nhiên, có một số tỉnh có tỷ lệ y sĩ (34,3%) và điều dưỡng (32,8%) nữ thấp hơn so với nam giới.

Tất cả các tỉnh tham gia dự án đều có tỷ lệ dược sĩ nữ cao hơn dược sĩ nam. Tỷ lệ dược sĩ ở một số tỉnh là rất thêm và tất cả đều là nữ giới.

Bảng 4: Số lượng bác sĩ, điều dưỡng, y sĩ, hộ sinh, dược sĩ được phân loại theo giới tính

TT	Tỉnh	Bác sĩ		Y sĩ		Điều dưỡng		Hộ sinh		Dược sĩ	
		Tổng số	Nữ	Tổng số	Nữ	Tổng số	Nữ	Tổng số	Nữ	Tổng số	Nữ
1	Lai Châu	6	1	300	137	185	83	71	71	8	6
2	Điện Biên	8	7	449	217	119	39	106	106	32	20

3	Sơn La	129	37	438	188	390	179	244	244	11	6
4	Cao Bằng	139	87	397	272	178	133	210	210	5	5
5	Lào Cai	26	6	353	121	278	152	187	187	18	9
6	Yên Bái	93	26	366	164	207	109	220	220	4	3
7	Hà Giang	50	16	410	201	219	101	183	164	2	2
8	Thái Bình	206	89	717	460	152	113	218	218	5	5
9	Nam Định	175	39	397	215	402	286	230	230	8	5
10	Khánh Hòa	34	18	322	197	134	97	200	199	24	14
11	Gia Lai	112	40	373	214	402	270	267	267	2	2
12	Kon Tum	82	35	131	81	155	110	86	86	25	18
13	Đắk Nông	35	6	125	66	148	56	89	89	-	-
14	Lâm Đồng	96	43	295	164	188	147	239	239	1	1
15	Đồng Tháp	111	35	591	298	113	65	212	212	6	4

3.5. Tiêu chí lựa chọn dân tộc thiểu số

- Lựa chọn các xã: các xã được lựa chọn chủ yếu là các xã ở vùng khó khăn, vùng sâu vùng xa...nơi mà có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống.
- Lựa chọn các trung tâm y tế xã: trong phạm vi dự án, đối tượng được lựa chọn ở các trạm y tế xã được đào tạo để cải thiện trình độ và kỹ năng chăm sóc sức khỏe ban đầu. Do vậy, việc lựa chọn đối tượng ở các trạm y tế xã không ảnh hưởng đến việc tiếp cận của người dân tộc thiểu số.

IV. ĐÁNH GIÁ VÀ TƯ VẤN

4.1. Phương pháp đánh giá

Phương pháp đánh giá được áp dụng bao gồm 2 phương pháp tiếp cận: tổng hợp các tài liệu có liên quan và phỏng vấn chuyên sâu.

Tổng hợp các tài liệu sẵn có:

- Báo cáo dân số và nhà ở 2009 do Tổng Cục thống kê xuất bản;
- Thống kê y tế 2010 do Bộ Y tế xuất bản;
- Nghiên cứu “Hiện trạng nhân lực dân tộc thiểu số và các giải pháp đề ra cho phát triển nguồn nhân lực dân tộc vùng dân tộc và miền núi đến năm 2020.” Được tiến hành bởi CEMA và UNDP năm 2010 trong khuôn khổ dự án “Tăng cường năng lực trong việc hình thành, thực hiện và giám sát chính sách dân tộc thiểu số.”;
- Nghiên cứu “Đánh giá nhanh sự phát triển và sử dụng cán bộ y tế dân tộc thiểu số ở vùng dân tộc thiểu số và miền núi” được tiến hành bởi Hội đồng Đạo đức.
- Nghiên cứu “Phân tích và hoạch định chính sách tri cán bộ y tế nông thôn tại Việt Nam” được tiến hành bởi Viện Chiến lược và chính sách Y tế năm 2013;

- Đánh giá giữa kỳ dự án “Hỗ trợ y tế miền núi phía Bắc” được thực hiện bởi Bộ Y tế và Ngân hàng Thế giới năm 2012.
- Các tài liệu pháp lý có liên quan được ban hành bởi các Bộ ban ngành (Nghị định, Thông tư, Quyết định và các chiến lược, kế hoạch).

Phòng vấn chuyên sâu: chuyên viên của Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Vụ Tổ chức cán bộ), các viện nghiên cứu và các dự án y tế đang được thực hiện.

4.2. Những trở ngại cho cán bộ y tế dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận nhưng lợi ích của dự án

Trở ngại kinh tế: tỷ lệ đói nghèo cao ở các vùng dân tộc thiểu số và vùng núi là một trong những nguyên nhân gây ra những khó khăn đối với hệ thống giáo dục đại học ở vùng dân tộc thiểu số. Nghèo đói được xem như là một trong 5 nguyên nhân tụt hậu. Nó cũng được coi như là nguyên nhân đầu tiên với sinh viên Hmong, J'rai và Khmer. Cán bộ y tế cơ sở thường không thể tham gia khóa đào tạo dài hạn.

Trở ngại ngôn ngữ: Hầu hết các sinh viên dân tộc thiểu số đều gặp phải vấn đề rào cản về ngôn ngữ trong năm học đầu tiên đi học tại trường. Với những người đã thành thạo tiếng Việt, họ gặp phải những khó khăn trong việc hiểu các thuật ngữ y dược.

Phương pháp giảng dạy không lấy học viên làm trung tâm:

Mặc dù phương pháp giảng dạy tích cực lấy sinh viên làm trung tâm đã được giới thiệu. đặc biệt đã được tích cực phổ biến trong 5 năm qua vừa qua thông qua dự án “Đào tạo giáo viên Việt Nam – Bỉ”. Dự án hỗ trợ thí điểm tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc, đã được hoàn thành vào năm 2010. Do thời lượng bài giảng rất ít và chương trình học tương đối nặng nên nhiều giáo viên chưa thật sự quan tâm đến những sinh viên nhút nhát và tiếp thu còn hạn chế. Ngoài ra do rào cản về ngôn ngữ, hầu hết các sinh viên dân tộc thiểu số gặp nhiều khó khăn trong thời gian đầu tới trường. Những khó khăn này sẽ là những trở ngại đối với sinh viên trong việc tiếp thu bài giảng. Với phương pháp giảng dạy không lấy học viên làm trung tâm làm cho sinh viên có ít cơ hội hơn trong việc tham gia trong lớp và lỗ hổng kiến thức ngày càng lớn hơn.

Phương pháp tiếp cận lấy sinh viên làm trung tâm yêu cầu giáo viên phải được đào tạo về phương pháp giảng dạy và dành nhiều thời gian trong việc chuẩn bị bài giảng. Phương pháp này cũng đòi hỏi giáo viên phải có trình độ và nhiệt tình. Hiện tại, nhiều giáo viên tiểu học đạt chuẩn (tốt nghiệp cao đẳng). 37% giáo viên tiểu học với trình độ trung học và thấp hơn giáo dục chuyên nghiệp, trong khi số liệu này cao hơn giáo viên giảng dạy tại các lớp học thôn bản (78%). Các tỉnh có tỷ lệ giáo viên đạt chuẩn cao Kon Tum (15.72%), Daklak (13.98%), Dak Nong (7.37%), Trà Vinh (7.23%)... 66.48% và 90% giáo viên trung học cơ sở và 59.8% và 85% giáo viên trung học phổ thông qua đáp ứng các tiêu chuẩn về kiến thức môn học và phương pháp giảng dạy.

Chương trình giảng dạy thật sự không liên quan nhiều đến các dân tộc thiểu số:

Tính đến thời điểm này, chỉ có một chương trình giảng dạy áp dụng trong cả nước, bất kể thành thị hay nông thôn, cho đa số sinh viên hay sinh viên dân tộc thiểu số. Mặc dù

gần đây Bộ Giáo dục và Đào tạo đã xây dựng phòng miễn phí cho 30% chương trình giảng dạy được thiết kế bởi những sáng kiến tại địa phương với mục đích sở giáo dục địa phương có thể điều chỉnh chương trình sao cho phù hợp hơn với điều kiện địa phương và nhu cầu của sinh viên. Tuy nhiên, những chương trình này vẫn chưa liên quan nhiều đến nhóm sinh viên dân tộc thiểu số. Một vài môn học còn khó, chưa thật sự hữu ích với sinh viên nông thôn; bởi vậy nhiều sinh viên rơi vào tình trạng chán học. Sẽ hiệu quả hơn nếu giảng dạy các môn học bằng ngôn ngữ địa phương cho các sinh viên dân tộc thiểu số. Những bài học về hướng nghiệp sẽ được đưa vào chương trình giảng dạy một tháng một buổi từ năm học lớp 9 (cấp trung học cơ sở) và tất cả các năm học (bậc trung học phổ thông). Những bài giảng về hướng nghiệp được lựa chọn bởi hiệu trưởng nhà trường và các cán bộ giảng dạy được phân công bởi lãnh đạo nhà trường. Các giáo viên giảng dạy hướng nghiệp hiện nay chưa được đào tạo bài bản, ngoại trừ những khóa tập huấn ngắn hạn về định hướng phát triển kinh tế xã hội toàn huyện, tỉnh. Do vậy, những bài học của sinh viên còn chưa được phù hợp với thực tế. Hầu hết học sinh trung học cơ sở đều chưa nhận thức rõ được giáo dục và đào tạo bậc cao hơn, ngoại trừ việc thi vào bậc trung học phổ thông. Sinh viên tốt nghiệp trung học phổ thông thi vào các trường cao đẳng và đại học, thông qua hệ đào tạo cử tuyển hoặc tham gia thi tuyển sinh đầu vào, đã được hiểu là cách duy nhất để học tập ở bậc cao hơn. Chi phí học đại học đối với nhiều sinh viên không có khả năng được cho các khoản chi không hiệu quả đối với nhiều gia đình và toàn thể cộng đồng. Tỷ lệ học sinh dân tộc thiểu số và miền núi thi đỗ vào các trường đại học và cao đẳng là rất thấp. Chỉ có 6 sinh viên trúng tuyển vào các trường đại học và cao đẳng trong năm học 2009 – 2010.

Mối quan hệ giữa giáo viên và sinh viên:

Mỗi dân tộc thiểu số đều có truyền thống và văn hóa riêng, do vậy giáo viên gặp nhiều khó khăn trong việc hiểu được tâm lý của các sinh viên. Kết quả của các phiếu điều tra từ 6 tỉnh trong dự án, bao gồm các tỉnh Hà Giang, Lai Châu, Nghệ An, Quảng Ninh, Đaklak và An Giang cho thấy khoảng 50% giáo viên không phải là người bản địa. Tỷ lệ này cao hơn các tỉnh Hà Giang và Lai Châu với 85.7% và 61.1% là giáo viên người Việt. Thậm chí các giáo viên là người dân tộc thiểu số, nhưng những sinh viên dân tộc thiểu số cũng vẫn phải đối mặt với những khó khăn trong quá trình giao tiếp với sinh viên, bởi lý do các sinh viên trong cùng một lớp có thể đến từ những dân tộc thiểu số khác nhau.

Khoảng cách khá xa tới các cơ sở đào tạo:

Khoảng cách từ nhà tới trường khá xa là một trong những trở ngại đối với sinh viên ở vùng dân tộc thiểu số và vùng núi để tiếp cận với nền giáo dục.

4.3. Đề xuất các biện pháp giảm thiểu

Trở ngại	Đề xuất giải pháp
Trở ngại về kinh tế	Dự án sẽ hỗ trợ học phí, tài liệu đào tạo, ăn ở và chi phí đi lại cho các bộ y tế được cử đi học trong quá trình học tại các cơ sở đào tạo và thực hành.

	<p>Đối với các bác sỹ trẻ tình nguyện làm việc tại các huyện nghèo nhất nơi có người dân tộc thiểu số sinh sống sẽ nhận được các gói hỗ trợ như sau: (i) thanh toán đầy đủ tiền lương, phụ cấp và các quyền lợi khác (nếu có) từ bệnh viện; (ii) hưởng phụ cấp ưu đãi, phụ cấp độc hại, phụ cấp khu vực, hỗ trợ chính sách thu hút (nếu có) tương ứng với trách nhiệm và khu vực được cử xuống công tác; (iii) được thanh toán tiền đi lại hai chiều theo quy định hiện hành; (iv) được thanh toán phụ cấp phụ mổ, phụ cấp mổ, phụ cấp trực đêm, phụ cấp làm thêm giờ...theo quy định; (v) được hưởng các chính sách ưu tiên khác của địa phương (nếu có).</p> <p>Dự án sẽ hỗ trợ kinh phí để đào tạo các thành viên của đội chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến xã. Vì vậy, tất cả các cán bộ y tế là người dân tộc thiểu số đang làm việc ở tuyến xã sẽ được hưởng lợi bởi hoạt động này.</p>
Trở ngại về ngôn ngữ	<p>Chương trình đào tạo cho đội chăm sóc sức khỏe ban đầu nên gồm các phần giải thích thuật ngữ y học.</p> <p>Các sinh viên không đỗ đại học hoặc cao đẳng được đề cử sẽ phải học dự bị một năm.</p>
Phương pháp giảng dạy không tập trung vào sinh viên	<p>Đào tạo dựa trên các module được sử dụng thay vì đào tạo theo lớp học. Đào tạo thực tế nên được thực hiện ít hơn 70% tổng số thời lượng giảng dạy. Chuyên gia giảng dạy thực hành có kỹ năng (giám sát thực hành lâm sàng) được bố trí ở gần nơi làm việc của y sĩ và điều dưỡng để giúp đỡ và giám sát trực tiếp trên công việc, Một nhóm các bác sĩ lâm sàng địa phương được lựa chọn để tham gia kỳ thi và huấn luyện để trở thành cán bộ giám sát thực hành. Những chuyên gia này đến từ các bệnh viện huyện và xã để giám sát và hướng dẫn sự tiến bộ của các nhân viên y tế ngay tại nơi làm việc của họ.</p>
Chương trình đào tạo không liên quan nhiều đến nhóm dân tộc thiểu	<p>Để tạo điều kiện cho các cán bộ y tế dân tộc thiểu số lấy bằng chương trình đào tạo, các trường đại học và cao đẳng tham gia dự án sẽ hỗ trợ họ cộng điểm ưu tiên khu vực trong kỳ thi</p>

số	<p>tuyển sinh đầu vào đại học, cao đẳng. Các trường cũng dành một số chỉ tiêu cho hệ đào tạo cử tuyển dựa trên nhu cầu thực tế của các tỉnh.</p> <p>Dự án sẽ hỗ trợ kinh phí để đào tạo các thành viên của đội chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến xã. Vì vậy, tất cả các cán bộ y tế là người dân tộc thiểu số đang làm việc ở tuyến xã sẽ được hưởng lợi bởi hoạt động này.</p> <p>Chương trình đào tạo y 4 năm từ hệ y sĩ chuyển lên bác sĩ đã được chứng minh là cũng liên quan đến dân tộc thiểu số. Chương trình này cũng được sử dụng trong dự án.</p> <p>Chương trình đào tạo cho cán bộ y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản của được chỉnh sửa lại sao cho phù hợp với cán bộ y tế dân tộc thiểu số.</p>
Mối quan hệ giữa giáo viên – sinh viên và cán bộ y tế dân tộc thiểu số	<p>Một nhóm các bác sĩ lâm sàng là các chuyên gia từ các bệnh viện tỉnh và huyện đã được lựa chọn để tham gia giám sát thực hành lâm sàng nhằm mục đích hỗ trợ người học phát triển các kỹ năng.</p> <p>Để giúp đỡ các bác sĩ trẻ tình nguyện xây dựng mối quan hệ với cộng đồng các dân tộc thiểu số, dự án sẽ tổ chức lớp tập huấn về phong tục tập quán, văn hóa của đồng bào dân tộc thiểu số cho các bác sĩ trẻ.</p>
Khoảng cách đến các trung tâm đào tạo là khá xa	<p>Trung tâm đào tạo chăm sóc sức khỏe ban đầu là một phần của các trường đại học và cao đẳng y dược được thành lập để tạo điều kiện cho việc đào tạo thực hành. Trung tâm đào tạo chăm sóc sức khỏe ban đầu được thiết lập ở tuyến cơ sở, y sĩ và điều dưỡng là những nhóm đối tượng được đào tạo đầu tiên. Nếu được đào tạo thêm họ sẽ trở thành những cán bộ giám sát thực hành. Phương pháp đào tạo dựa trên Internet, phương pháp giảng dạy tiền lâm sàng được sử dụng rộng rãi ở các trường đại học. Dự án sẽ hỗ trợ để xây dựng quỹ thành lập trung tâm đào tạo chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như</p>

	đánh giá cán bộ giảng dạy, cơ sở đào tạo và phương pháp giảng dạy để đảm bảo và tiếp tục cải thiện chất lượng đào tạo.
--	--

4.4. Tham vấn cộng đồng và công bố thông tin

- **Các hoạt động trong quá trình xây dựng kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số**
 - o Tổng hợp số liệu sẵn có về tỷ lệ cán bộ y tế phân theo dân tộc và giới tính tại các tỉnh của Dự án.
 - o Phòng vấn chuyên viên và lãnh đạo Vụ Tổ chức cán bộ và Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo về kế hoạch phát triển người dân tộc thiểu số. Thống nhất, trong tất cả các hoạt động của dự án đều có ưu tiên lựa chọn người dân tộc thiểu số và đảm bảo công bằng về giới. Các báo cáo định kỳ, giữa kỳ và cuối kỳ đều đưa các chỉ số về dân tộc và giới tính để đánh giá việc thực hiện ưu tiên người dân tộc thiểu số và công bằng về giới.
 - o Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo) đã có công văn số 560/K2ĐT-VP ngày 30/9/2013 gửi 27 trường đại học, cao đẳng y dược dự kiến tham gia dự án đề nghị góp ý và đồng thuận với dự thảo "Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số". Đến nay, Bộ Y tế đã nhận được các góp ý của tất cả 27 trường bằng văn bản. Tất cả các trường đều có công văn trả lời nhất trí với nội dung của dự thảo "Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số" và không có góp ý bổ sung.

- **Các hoạt động trong quá trình thực hiện dự án**

Trong quá trình thực hiện dự án, tất cả các hoạt động liên quan đều ưu tiên người dân tộc thiểu số. Việc ưu tiên người dân tộc thiểu số sẽ được nêu rõ trong công văn, kế hoạch triển khai gửi các đơn vị tham gia dự án.

- **Công bố thông tin**

Sau khi có thư không phản đối của WB về dự thảo "Khung quản lý môi trường - xã hội" và "Kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số", Bộ Y tế sẽ ban hành Quyết định công bố bản dự thảo trên trang web của Bộ Y tế.

V. Tổ chức thực hiện

Bộ Y tế là cơ quan quản lý dự án. Bộ Y tế chịu trách nhiệm hướng dẫn tổng thể, điều phối và phối hợp với Ủy ban nhân dân các tỉnh, các Bộ, ngành liên quan để thực hiện quản lý nhà nước phù hợp với các quy định của pháp luật. Bộ Y tế thành lập Ban Quản lý Dự án TW (QLDATW) đặt tại Hà Nội với các thành phần phần chủ chốt là lãnh đạo và chuyên viên của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Vụ Tổ chức cán bộ và một số Vụ/Cục liên quan đến các Hợp phần của Dự án. Một phó giám đốc sẽ được chỉ định để hỗ trợ Giám đốc chỉ đạo các hoạt động đào tạo cho tuyến y tế cơ sở và đưa bác sĩ về các huyện nghèo. Sẽ có một nhân viên chịu trách nhiệm lập kế hoạch đào tạo, một nhân viên chịu trách nhiệm giám sát và đánh giá và chuyên gia tư vấn kỹ thuật trong BQLDA.

Mỗi trường đại học và cao đẳng tham gia Dự án sẽ thành Đơn vị quản lý dự án cấp trường. Đơn vị quản lý dự án cấp trường sẽ chịu trách nhiệm (i) xây dựng cơ chế ưu tiên xét điểm tuyển sinh đầu vào các trường đại học cao đẳng cho người dân tộc thiểu số, (ii) cung cấp khóa đào tạo cho người dân tộc thiểu số theo danh sách được đề xuất theo nhu cầu của địa phương, (iii) thực hiện chương trình đào tạo cho các cán bộ y tế người dân tộc thiểu số, (iv) đưa bác sĩ trẻ tình nguyện đã được đào tạo về phong tục, tập quán cũng như văn hóa của mỗi địa phương về các khu vực khó khăn có người dân tộc thiểu số sinh sống, (v) Các cơ sở đào tạo đội chăm sóc sức khỏe ban đầu sẽ được thành lập ở tuyến cơ sở; (vi) lựa chọn các giám sát viên giám sát thực hành lâm sàng phải là người có chuyên môn cao từ các cơ sở y tế địa phương.

Các cơ quan y tế địa phương cử các cán bộ y tế người dân tộc thiểu số và đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tham gia các khóa đào tạo ngắn hạn không cấp bằng. Các trung tâm y tế và bệnh viện huyện ở các huyện nghèo nhất quản lý các bác sĩ trẻ tình nguyện và đảm bảo họ các bác sĩ này phục vụ đồng bào dân tộc thiểu số một cách hiệu quả. Các cơ quan y tế địa phương cũng chịu trách nhiệm thực hiện chính sách nguồn nhân lực y tế tại địa phương.

VI. Báo cáo, giám sát và đánh giá

Giám sát thực hiện kế hoạch phát triển dân tộc thiểu số là một phần trong các hoạt động giám sát các hợp phần hoạt động của dự án. Các chỉ số được đề xuất trong kế hoạch này cần được cụ thể hóa trong các chỉ số theo dõi và giám sát chung cho toàn dự án. Các chỉ số đánh giá được xác lập bằng bộ công cụ đánh giá với các biểu mẫu cụ thể nhằm đánh giá hiệu quả của dự án mang lại đối với người dân tộc thiểu số.

Các chỉ số về phát triển dân tộc thiểu số cần được đo lường để đánh giá lợi ích của dự án đem lại cho cán bộ y tế người dân tộc thiểu số và đồng bào dân tộc thiểu số trong vùng dự án. Các chỉ số liên quan đến việc tiếp cận với giáo dục và đào tạo của cán bộ y tế người dân tộc thiểu số, năng lực kỹ thuật của cán bộ y tế người dân tộc thiểu số, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của đồng bào dân tộc thiểu số cần được đo lường trong đánh giá giữa kỳ và cuối kỳ của Dự án.

Trong báo cáo đánh giá giữa kỳ và cuối kỳ, các chỉ số về dân tộc và giới sẽ được sử dụng để đánh giá hiệu quả của dự án mang lại cho đồng bào dân tộc thiểu số và bình đẳng giới.

VII. Kinh phí

Kinh phí cho các hoạt động phát triển dân tộc thiểu số được lồng ghép trong các hoạt động khác của dự án.