

## BỘ Y TẾ

### BỘ Y TẾ

Số: 20/2006/QĐ-BYT

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*Hà Nội, ngày 07 tháng 7 năm 2006*

### QUYẾT ĐỊNH

**Về việc phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia  
về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006 - 2010**

### BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17/3/2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020;

Theo đề nghị của ông Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản và ông Cục trưởng Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam - Bộ Y tế,

### QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006 - 2010 (bản kèm theo) với những nội dung chủ yếu sau:

**1. Mục tiêu Chương trình hành động Quốc gia về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006 - 2010:**

a) Mục tiêu chung:

Không chế tỷ lệ trẻ em bị nhiễm HIV do mẹ truyền sang xuống dưới 10% vào năm 2010.

b) Mục tiêu cụ thể đến năm 2010:

- Không chế tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở mức dưới 0,5%;
- 90% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS và 60% số phụ nữ mang thai được tư vấn tự nguyện xét nghiệm HIV;
- 100% phụ nữ có thai nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV;
- 90% bà mẹ nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được tiếp tục theo dõi và chăm sóc sau khi sinh.

## 2. Các giải pháp thực hiện:

### a) Giải pháp xã hội:

- Tăng cường sự ủng hộ, tham gia chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con của chính quyền các cấp và các ban ngành đoàn thể liên quan;
- Thiết lập hệ thống chăm sóc, hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em bị nhiễm HIV tại cộng đồng trên cơ sở phối hợp hoạt động giữa cơ quan y tế và các cơ quan, ban ngành địa phương;
- Từng bước hoàn chỉnh hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con;
- Củng cố, tăng cường đầu tư cho hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội để tăng cường khả năng tiếp nhận và chăm sóc trẻ mồ côi bị nhiễm HIV không nơi nương tựa tại các tỉnh, thành phố.

### b) Giải pháp kỹ thuật:

- Đẩy mạnh công tác thông tin, giáo dục, truyền thông nhằm nâng cao nhận thức của nam và nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ về nguy cơ lây nhiễm HIV và khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
- Tăng cường các hoạt động dự phòng sớm để phòng tránh lây nhiễm HIV từ mẹ sang con: Khuyến khích hành vi tình dục an toàn đặc biệt đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ; Tư vấn về HIV/AIDS trước khi kết hôn cho cả nam và nữ, đặc biệt với phụ nữ khi mang thai, trước khi đẻ để họ tự nguyện xét nghiệm HIV; Tăng cường quản lý thai nghén sớm để phát hiện nguy cơ nhiễm HIV; Phát hiện và điều trị sớm các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cho phụ nữ ở tuổi sinh sản;
- Cung cấp đủ thuốc dự phòng lây truyền HIV từ tuyến trung ương tới tuyến huyện;

- Điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV lúc mang thai, chuyên dục; áp dụng các biện pháp dự phòng trong khi đẻ. Tư vấn về các biện pháp nuôi con cho bà mẹ nhiễm HIV;

- Chăm sóc trẻ bị nhiễm HIV và trẻ có bố mẹ nhiễm HIV: tăng cường khả năng tiếp cận thuốc kháng vi rút (phối hợp với chương trình ARV), thuốc điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội, và thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội cho các bà mẹ và các cháu bị nhiễm HIV. Hỗ trợ và tư vấn các cơ quan liên quan để xây dựng các trung tâm chăm sóc trẻ mồ côi bị nhiễm HIV không nơi nương tựa tại các tỉnh, thành phố lớn;

- Tiến hành các nghiên cứu trong chương trình dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.

c) Giải pháp nâng cao năng lực về quản lý và tăng cường nguồn lực:

- Tăng cường năng lực cho hệ thống làm công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con: mở các khóa đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở tất cả các tuyến về các nội dung liên quan dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hoạt động của chương trình Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại các tuyến;

- Huy động nguồn lực trong nước từ các chương trình y tế ở Trung ương, địa phương, các tổ chức xã hội, tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ đảm bảo nguồn lực cho chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

## **Điều 2. Tổ chức thực hiện**

1. Vụ Sức khỏe sinh sản chủ trì và phối hợp với Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Vụ Điều trị, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Nhi Trung ương, Viện các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới Quốc gia, Viện Dinh dưỡng, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, Bộ Y tế có nhiệm vụ hướng dẫn lập kế hoạch, phối hợp với các đơn vị tổ chức triển khai các hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng như triển khai các hoạt động theo dõi đánh giá chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2. Trung tâm Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình chủ trì và phối hợp với Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố, các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm lập kế hoạch, tổ chức triển khai và theo dõi đánh giá các hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn tỉnh, thành phố.

3. Trung tâm y tế dự phòng huyện phối hợp với các đơn vị liên quan đến chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong địa bàn huyện tổ chức triển khai các hoạt động tại quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, và các xã, phường, thị trấn.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

**Điều 4.** Các ông, bà Chánh Văn phòng, Cục trưởng Cục Phòng chống HIV/AIDS, Việt Nam, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản, Vụ Điều trị, Vụ Pháp chế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng y tế các ngành và các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**BỘ TRƯỞNG**

**Trần Thị Trung Chiến**

## **BỘ Y TẾ**

### **CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON GIAI ĐOẠN 2006 - 2010**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 20/2006/QĐ-BYT  
ngày 07 tháng 7 năm 2006 của Bộ Y tế)

09694489

LawSoft - Tel: 1046 3812 6681 - www.lawvietrep.com

**HÀ NỘI, THÁNG 6/2006**

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ARV	Thuốc chống vi rút (Antiretrovirus)
BLTQĐTD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexual transmitted infection)
BVBMTE-KHHGD	Trung tâm Bảo vệ bà mẹ trẻ em - Kế hoạch hóa gia đình
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus)
HLHPN	Hội liên hiệp phụ nữ
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
NCKH	Nghiên cứu khoa học
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
PLTMC	Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
TT- GD-TT	Thông tin giáo dục truyền thông
TVXNTN	Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện
UBDSGDTE	Ủy ban dân số, gia đình và trẻ em
UNICEF	Quỹ nhi đồng Liên hiệp quốc (United Nations Children's Fund)
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên hiệp quốc về HIV/AIDS
VSKSS	Vụ Sức khỏe sinh sản

## MỤC LỤC

	trang
<b>PHẦN 1: CƠ SỞ ĐỂ XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH</b>	124
I. Cơ sở pháp lý	124
II. Tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới và ở Việt Nam	124
III. Chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con trên thế giới và Việt Nam	126
<b>PHẦN 2: CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON GIAI ĐOẠN 2006 - 2010</b>	133
I. Mục tiêu chung	133
II. Mục tiêu cụ thể	133
III. Đối tượng can thiệp	133
IV. Nguyên tắc triển khai chương trình	133
V. Các giải pháp thực hiện	134
VI. Kế hoạch hoạt động	138
VII. Bảng kế hoạch hoạt động	145
<b>PHẦN 3: THEO DÕI, GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH</b>	150
I. Một số vấn đề thường quy	150
II. Các chỉ số chính để theo dõi và đánh giá chương trình Phòng lây truyền mẹ con (PLTMC)	151
<b>PHẦN 4: NHU CẦU NGÂN SÁCH</b>	154
<b>PHẦN 5: TỔ CHỨC THỰC HIỆN</b>	155
I. Điều hành quản lý	155
II. Lồng ghép chương trình PLTMC với các chương trình khác	156
III. Lồng ghép hoạt động với các Bộ, ngành, đoàn thể	156
IV. Lộ trình thực hiện	157

## Phần I

# CƠ SỞ ĐỂ XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH

### I. CƠ SỞ PHÁP LÝ

1. Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30/6/1989.
2. Pháp lệnh phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) ngày 31/5/1995.
3. Chỉ thị số 02/2003/CT-TTg ngày 24/2/2003 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường công tác phòng chống HIV/AIDS.
4. Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17/3/2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.
5. Quyết định số 2538/QĐ-BYT ngày 27/7/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế "Về việc phân công xây dựng Chương trình hành động của Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020".

## II. TÌNH HÌNH DỊCH HIV/AIDS TRÊN THẾ GIỚI VÀ Ở VIỆT NAM

### 1. Tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới

Theo ước tính của Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), đến cuối năm 2005 trên thế giới có khoảng 40,3 triệu người sống chung với HIV/AIDS, trong đó phụ nữ chiếm khoảng 46% (17,5 triệu người) và trẻ em dưới 15 tuổi là 2,3 triệu. Cận Sahara - Châu Phi vẫn là khu vực chịu ảnh hưởng nặng nề nhất với 25,8 triệu người sống chung với HIV/AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai ở Châu Phi rất cao: ở Swaziland là 39%, ở Nam Phi là 27,9% vào năm 2003.

Ước tính đến cuối năm 2005 Châu Á có 8,3 triệu người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống trong đó có 2 triệu là phụ nữ trưởng thành (15 - 49 tuổi). Ở khu vực Châu Á, Campuchia, Thái Lan và Myanmar được đánh giá là những nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất trong khu vực, tiếp theo là Indonesia, Nepal, Việt Nam và Trung Quốc. Theo báo cáo dịch tễ học năm 2004, tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai ở Myanmar tại 12/29 điểm giám sát trọng điểm là 2%, có nơi lên đến 7,5%. Ở Thái Lan, tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ có thai ở một số tỉnh ở miền Nam vượt



quá 2%. Một số nơi ở Ấn Độ, tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai vượt quá 1%, có nơi như Minapur tỷ lệ này tăng từ 1% lên 5%.

## 2. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

### 2.1. Khái quát về dịch HIV/AIDS

Dịch HIV/AIDS xuất hiện muộn ở Việt Nam và cho đến nay vẫn được coi là dịch tập trung với tỷ lệ nhiễm cao ở nhóm người tiêm chích ma túy, gái mại dâm và thấp dưới 1% ở nhóm phụ nữ mang thai. Kể từ khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam được phát hiện vào tháng 12/1990, đến 30/4/2006 lũy tích các trường hợp nhiễm HIV được báo cáo trên toàn quốc là 106.288 người, trong đó có 17.829 trường hợp đã chuyển thành bệnh nhân AIDS và 10.378 bệnh nhân đã tử vong do AIDS.

Tốc độ dịch đang tăng nhưng không tăng nhanh so với các năm trước đây: năm 2001 tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy là 29,4%, có xu hướng giảm xuống 25,5% trong năm 2005; năm 2002 tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm gái mại dâm là 5,9%, giảm xuống còn 3,55% trong năm 2005.

Dự báo trong vài năm tới, hàng năm sẽ có khoảng 40.000 người mới nhiễm HIV tại Việt Nam và trong tương lai sẽ có khoảng 311.500 người chung sống với HIV/AIDS vào năm 2010.

### 2.2. Tình hình nhiễm HIV trong phụ nữ và trẻ em ở Việt Nam

Nhiễm HIV trong phụ nữ ở nước ta đang có dấu hiệu gia tăng. Giám sát trọng điểm tiến hành hàng năm cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai trong toàn quốc cũng đã tăng xấp xỉ 20 lần, từ 0,02% vào năm 1994 lên 0,37% vào năm 2005. Tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ có thai khá cao ở một số tỉnh trong năm 2005: trên 1% ở Hà Nội, Quảng Ninh. Ở Thái Nguyên tỷ lệ này là 2%.

Kết quả giám sát trọng điểm cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ bán dâm tiếp tục tăng, tăng gấp 10 lần trong giai đoạn 1994 - 2002 (tăng từ 0,6% năm 1994 lên tới 6% vào năm 2002). Tỷ lệ này còn đặc biệt cao tại đồng bằng sông Cửu Long và các tỉnh có đường biên giới với Cam-pu-chia trong nhiều năm qua. Ví dụ năm 2002 giám sát trọng điểm cho thấy tỷ lệ HIV dương tính trong phụ nữ bán dâm tại An Giang là 14,7% và tại Cần Thơ là 6,1%. Kết quả nghiên cứu hành vi gần đây cũng cho thấy hơn 40% phụ nữ bán dâm tại Hà Nội có tiêm chích ma túy. Điều này đã làm tăng gấp bội nguy cơ bị nhiễm HIV trong nhóm này. Việc dùng chung bơm kim tiêm trong tiêm chích ma túy và không dùng bao cao su trong quan

964489  
Tel: +84-8-3845 6684 \* www.ThuVienPhapLuat.com  
LawSvit

hệ tình dục trong phụ nữ bán dâm cũng vẫn tiếp tục là một vấn đề khó giải quyết và cũng đang bị nhiều yếu tố tác động.

Do tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai ngày càng gia tăng nên số trẻ em nhiễm HIV từ mẹ cũng ngày càng gia tăng. Theo số liệu của Bộ Y tế, đến tháng 12/2004 toàn quốc đã có 607 trường hợp trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm HIV do mẹ truyền sang. Ước tính hiện nay toàn quốc có khoảng 8.500 trẻ em trong độ tuổi 0 - 15 đang sống với HIV và 22.000 trẻ mồ côi do mất cha mẹ vì AIDS.

Ước tính ở Việt Nam mỗi năm có 1,8 - 2 triệu phụ nữ sinh con, với tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ có thai hiện nay khoảng 0,35% thì mỗi năm sẽ có khoảng 5.000 - 7.000 phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con. Theo các nghiên cứu trên thế giới nếu không được dự phòng thì tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con vào khoảng 30%, do đó nếu tất cả những phụ nữ mang thai nhiễm HIV đều sinh con mà không được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng vi rút (ARV) để phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì ước tính mỗi năm có thêm khoảng 1.800 trẻ nhiễm HIV; nếu được điều trị dự phòng mỗi năm chỉ có khoảng 600 trẻ bị lây truyền HIV từ mẹ.

Ngoài những nguy cơ lây nhiễm HIV, phụ nữ và trẻ em là những người chịu ảnh hưởng nặng nề nhất do HIV/AIDS gây ra. Đại dịch tấn công gia đình đã tạo ra gánh nặng vô cùng lớn đè nặng lên đôi vai người phụ nữ. Gánh nặng sẽ càng lớn khi chính người phụ nữ bị nhiễm HIV và gia đình không còn khả năng chi trả các chi phí chăm sóc sức khỏe và không được cộng đồng, xã hội hỗ trợ.

### **III. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG LÂY NHIỄM HIV TỪ MẸ SANG CON TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM**

#### **1. Chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con trên thế giới**

Ở Châu Âu chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã làm giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con: dưới 2% trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV.

Tại Thái Lan, năm 1990 bắt đầu triển khai hoạt động tư vấn và xét nghiệm HIV tại các bệnh viện lớn và đến năm 1997 triển khai thí điểm chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Từ năm 1998, Thái Lan triển khai chương trình PLTMC trên toàn quốc. Tính đến tháng 7/2001 tại Thái Lan đã có 93% số phụ nữ mang thai đã được xét nghiệm HIV; 69% trong số 3958 sản phụ nhiễm HIV được dùng ARV; 86% trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV được dùng ARV, 80% được hỗ trợ thức ăn thay thế. Chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã có tác

động rõ rệt làm giảm đáng kể tỷ lệ bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS tại Thái Lan, số bệnh nhi bị AIDS từ 0 đến 4 tuổi giảm từ 1250 ca vào năm 1997 xuống 680 ca vào năm 2001.

Tại Malaysia bắt đầu triển khai chương trình PLTMC trên toàn quốc từ năm 1998. Thông qua các hoạt động của chương trình như xét nghiệm phát hiện sớm HIV cho phụ nữ mang thai bằng test nhanh, tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện, điều trị bằng thuốc ARV cho mẹ và con; chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV; tư vấn cho chồng hoặc bạn tình của bà mẹ nhiễm HIV và sau khi sinh bà mẹ nhiễm HIV và con của họ được tiếp tục theo dõi, chăm sóc và điều trị theo các chương trình điều trị HIV/AIDS của quốc gia, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con chỉ còn 4,06% vào năm 2003.

Bên cạnh những kết quả đã đạt được, chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con trên toàn cầu vẫn còn gặp nhiều khó khăn, thách thức:

- Việc chăm sóc thai sản còn hạn chế, phụ nữ mang thai thường chỉ được khám thai 1 lần trong suốt quá trình mang thai. Ở những nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của dịch HIV/AIDS, việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản có chất lượng cao còn hạn chế;

- Hệ thống y tế chưa đáp ứng được nhu cầu về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cả về sự sẵn có cũng như chất lượng của dịch vụ;

- Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV là rào cản chính khiến người phụ nữ không muốn làm xét nghiệm HIV hoặc khi làm xét nghiệm lại không quay trở lại lấy kết quả xét nghiệm, hạn chế phụ nữ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc điều trị;

- Thiếu sự chăm sóc và hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV;

- Thiếu nguồn lực cho chương trình PLTMC.

## **2. Chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở Việt Nam**

### **2.1. Những kết quả đã đạt được**

a) Về quản lý, chỉ đạo, tổ chức thực hiện chương trình PLTMC:

- Về tổ chức hệ thống làm công tác phòng, chống lây truyền HIV từ mẹ sang con:

+ Ở tuyến Trung ương: Tiểu ban bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh - Bệnh viện phụ sản Trung ương (trước đây là Viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh) được thành lập từ

năm 1995 trực thuộc Ban phòng, chống HIV/AIDS (Nay là Ban điều hành dự án phòng, chống HIV/AIDS quốc gia);

+ Ở tuyến tỉnh: Tiểu ban bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được thành lập trên cơ sở bệnh viện phụ sản tỉnh hoặc khoa sản bệnh viện đa khoa tỉnh trực thuộc Ban phòng, chống HIV/AIDS hoặc Văn phòng thường trực phòng, chống HIV/AIDS của tất cả 64 Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

+ Ở tuyến huyện: Cơ sở y tế chuyên ngành sản phụ khoa là nơi được giao trách nhiệm thực hiện công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

- Về quản lý, chỉ đạo:

Trong những năm qua, với nhiệm vụ là cơ quan đầu mối về phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế đã xây dựng và trình cấp có thẩm quyền ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền nhiều văn bản quan trọng, tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS nói chung và công tác PMCT nói riêng. Đó là:

+ Nghị quyết số 46/NQ-TW của Bộ Chính trị về tăng cường công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới;

+ Chỉ thị số 54/CT-TW ngày 11/3/1995 của Ban bí thư trung ương Đảng cộng sản Việt Nam về lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS;

+ Pháp lệnh phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được Ủy ban Thường vụ Quốc hội thông qua vào tháng 5/1995;

+ Nghị định số 34/CP ngày 01/6/1996 của Chính phủ hướng dẫn thi hành Pháp lệnh trên;

+ Chỉ thị số 02/2003/CT-TTg ngày 24/02/2003 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS, trong đó có quy định cụ thể về trách nhiệm tổ chức triển khai các biện pháp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

+ Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17/3/2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, trong đó dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con là một trong các chương trình hành động quan trọng để thực hiện thành công Chiến lược;

+ Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT ngày 07/3/2005 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV, trong đó có nội dung hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV cho phụ nữ mang thai, trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ em nhiễm HIV.

**b) Các hoạt động chuyên môn:**

- Thông tin - giáo dục - truyền thông: tiến hành các hoạt động truyền thông, in ấn và phân phát các tài liệu truyền thông về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho cán bộ y tế các tuyến từ Trung ương đến xã, phường;

- Tập huấn, đào tạo: tổ chức tập huấn cho các bác sỹ chuyên ngành sản phụ khoa tuyến tỉnh/huyện về nội dung phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

- Hệ thống về tư vấn, xét nghiệm, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được hình thành và triển khai các hoạt động. Số lượng phụ nữ mang thai được tư vấn, xét nghiệm và điều trị dự phòng cũng tăng lên hàng năm. Tại một số cơ sở lớn tỷ lệ làm xét nghiệm ở phụ nữ đến sinh đạt 100% (Viện BVBMSTSS, BV Phụ sản Hà Nội, Nam Định, Hải Phòng, Từ Dũ, Hùng Vương...);

- Chương trình phòng, chống HIV/AIDS hàng năm cung cấp trang thiết bị cần thiết cho chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

- Trong năm 2004 trên toàn quốc đã điều trị ARV cho 257 trường hợp trẻ em bị nhiễm HIV, riêng tại Bệnh viện Nhi trung ương đã điều trị cho 63 trẻ em bị nhiễm HIV;

- Bước đầu đã có các mô hình tốt trong công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con: phối hợp xét nghiệm cho 100% thai phụ đến khám ở bệnh viện phụ sản lớn như Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hải Phòng, tổ chức truyền thông theo nhóm, sản xuất các tài liệu truyền thông, tư vấn cho thai phụ bị nhiễm HIV, phân đầu điều trị dự phòng cho 100% các trường hợp bị nhiễm HIV, chăm sóc trẻ em là con của các bà mẹ bị nhiễm HIV bỏ rơi.

**2.2. Các khó khăn, tồn tại**

a) Công tác tổ chức: Tiểu ban phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được thành lập nhưng hoạt động vẫn còn hạn chế và chưa đồng đều giữa các tỉnh;

**b) Chế độ chính sách:**

- Chưa có chính sách, chế độ cho những bà mẹ mang thai nhiễm HIV có hoàn cảnh gia đình khó khăn;

- Chưa có chế độ, chính sách cho những trẻ em bị nhiễm HIV, trẻ em không bị nhiễm HIV nhưng bị ảnh hưởng bởi HIV.

**c) Các hoạt động chuyên môn:**

- Công tác thông tin, giáo dục truyền thông thay đổi hành vi:

+ Công tác thông tin, giáo dục truyền thông về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa được đẩy mạnh: Các thông tin về HIV/AIDS đặc biệt là thông tin về phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con chưa được phổ biến đến phụ nữ ở tuổi sinh sản nhất là phụ nữ mang thai; thông điệp truyền thông còn mang tính chung chung, chưa có nhiều tài liệu truyền thông đặc thù về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

+ Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS ngay trong mỗi gia đình, cộng đồng và trong các cơ sở y tế vẫn là rào cản khiến phụ nữ mang thai không tìm đến các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện hoặc từ chối làm xét nghiệm HIV hoặc nếu đồng ý xét nghiệm cũng không quay lại lấy kết quả gây khó khăn cho việc theo dõi và điều trị dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con cho những phụ nữ mang thai nhiễm HIV.

- Năng lực của hệ thống y tế trong công tác dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con còn hạn chế:

+ Chương trình PLTMC chủ yếu được tiến hành ở các bệnh viện phụ sản lớn nhưng chủ yếu là xét nghiệm HIV hàng loạt cho phụ nữ đến sinh mà thiếu tư vấn, các cơ sở sản phụ khoa tuyến tỉnh và một số huyện nằm trong các dự án có nội dung PLTMC. Chưa triển khai hoạt động tư vấn xét nghiệm tự nguyện (TVXNTN) ở tuyến xã, do đó số phụ nữ mang thai khó tiếp cận được với dịch vụ PLTMC TVXNTN và hạn chế số phụ nữ mang thai được tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện. Theo điều tra của dự án Quỹ toàn cầu, chỉ có 10% các tỉnh đạt chất lượng tư vấn trước và sau xét nghiệm;

+ Cán bộ y tế còn thiếu kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, công tác đào tạo cho cán bộ y tế hệ phụ sản về các nội dung phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các nội dung liên quan phần lớn mới chỉ dừng ở mức đào tạo cho cán bộ tuyến tỉnh/huyện. Cán bộ y tế còn thiếu kỹ năng tư vấn về HIV/AIDS, thiếu kinh nghiệm trong công tác điều trị dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con. Công tác đào tạo lại hàng năm cũng không phủ hết được 64/64 tỉnh thành trên toàn quốc;

+ Theo điều tra của dự án Quỹ toàn cầu, chỉ có 17,4% trong số phụ nữ mang thai được làm xét nghiệm HIV, trong đó do thầy thuốc yêu cầu chiếm 45,7% nhiều hơn là tự nguyện: 34,8% và có một tỷ lệ không cao nhận được kết quả xét nghiệm: 60,7%;

+ Mặc dù được quan tâm đầu tư nhưng các cơ sở y tế còn nghèo nàn về trang thiết bị phục vụ cho công tác chẩn đoán và điều trị AIDS, kể cả các trang thiết bị

sát khuẩn, vô khuẩn dự phòng lây nhiễm HIV trong các cơ sở y tế như máy hủy bơm kim tiêm, găng tay...;

+ Thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con mới chỉ được cung cấp chủ yếu tại một số bệnh viện phụ sản tuyến Trung ương và bệnh viện phụ sản lớn như: Thanh Hóa, Hải Phòng, Quảng Ninh, Nam Định, Tp. Hồ Chí Minh, Cần Thơ nhưng cũng không được thường xuyên và cũng chưa đáp ứng đủ nhu cầu đối với các bệnh viện trên do kinh phí có hạn;

+ Thiếu sinh phẩm để chẩn đoán HIV; chi phí xét nghiệm vẫn còn cao so với bình quân thu nhập của người dân; nhiều cơ sở sản phụ khoa chưa đáp ứng kịp nhu cầu điều trị do không có phòng xét nghiệm đủ tiêu chuẩn khẳng định HIV(+), thai phụ không được điều trị dự phòng kịp thời do kết quả trả về muộn;

+ Công tác quản lý và chăm sóc thai nghén:

Số phụ nữ mang thai được quản lý thai nghén và được khám thai 3 lần trở lên trong suốt thời kỳ mang thai còn chiếm tỷ lệ thấp, nhiều phụ nữ chỉ đến khám thai vào giai đoạn cuối của thai kỳ, do đó khó có thể chẩn đoán và điều trị dự phòng kịp thời phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con cho những thai phụ nhiễm HIV. Theo điều tra của dự án Quỹ toàn cầu năm 2004 tại 20 tỉnh của dự án, chỉ có 35,4% phụ nữ mang thai được khám thai đầy đủ trong thời kỳ mang thai;

+ Chăm sóc, hỗ trợ bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV:

Cán bộ y tế, các bà mẹ nhiễm HIV thiếu kiến thức về cách nuôi con đối với những bà mẹ nhiễm HIV. Hầu hết các gia đình bị nhiễm HIV đều nghèo nên không có đủ khả năng mua sữa ngoài cho con ăn.

Hệ thống chăm sóc theo dõi sức khỏe cho các bà mẹ nhiễm HIV và con của họ sau khi sinh hiện chưa có. Hầu hết các bà mẹ sau khi sinh về nhà không được theo dõi, điều trị khi bệnh đã tiến triển sang giai đoạn AIDS, trẻ không được xét nghiệm để xác định tình trạng HIV.

Nhiều bà mẹ nhiễm HIV đã khai sai địa chỉ hoặc bỏ con tại các cơ sở y tế vì sợ bị kỳ thị, phân biệt đối xử và vì sợ con mình cũng bị nhiễm HIV. Đó cũng là nguyên nhân gây khó khăn cho ngành y tế trong việc tiếp tục theo dõi và chăm sóc.

Sự gắn kết giữa cơ sở sản khoa và các cơ sở y tế chăm sóc người bị nhiễm HIV hầu như không có. Các bà mẹ sau khi sinh thường không được giới thiệu đến các cơ sở y tế để theo dõi. Trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV cũng chưa được theo dõi và chăm sóc tại các phòng khám hoặc bệnh viện nhi tại các tuyến.

- Sự tham gia của cộng đồng, các ban ngành đoàn thể còn hạn chế:

+ Công tác phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng như các hoạt động hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em bị nhiễm HIV chủ yếu do ngành y tế thực hiện, đã có sự tham gia của cộng đồng nhưng sự phối hợp giữa y tế và các ban ngành chưa chặt chẽ. Việc huy động sự tham gia của các ban ngành đoàn thể liên quan như thanh niên, hội phụ nữ và các tổ chức khác ở địa phương trong công tác tư vấn và hỗ trợ xã hội cho các phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV hoặc phụ nữ có hoàn cảnh khó khăn còn hạn chế;

+ Hội phụ nữ, các ban ngành, đoàn thể còn thiếu phương pháp, kỹ năng truyền thông.

- Thiếu kinh phí cho chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con:

+ Kinh phí của chương trình quốc gia hàng năm dành cho chương trình phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con còn hạn chế. Trong năm 2004, các tỉnh/thành phố dành khoảng 1,2% tổng kinh phí cấp ủy quyền về cho địa phương cho chương trình PLTMC. Kinh phí này chủ yếu tập trung cho hoạt động tuyên truyền và đào tạo;

+ Ngoài ngân sách Quốc gia cho chương trình phòng chống HIV/AIDS, chưa huy động được nguồn lực của các tổ chức xã hội, các ban ngành đoàn thể khác cho chương trình PLTMC;

+ Mặc dù chương trình AIDS quốc gia nhận được nhiều nguồn tài trợ từ Chính phủ và các tổ chức Quốc tế nhưng đến cuối năm 2004 có rất ít dự án hỗ trợ cho chương trình PMCT ở Việt Nam: Dự án do UNICEF hỗ trợ đã và đang triển khai xây dựng mô hình điểm tại 5 huyện của 5 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất là: Lạng Sơn, Quảng Ninh, Hải Phòng, TP. Hồ Chí Minh và An Giang. Dự án LIFEGAP (của CDC) mới triển khai chương trình PLTMC tại 3 huyện điểm của Quảng Ninh, TP. Hồ Chí Minh và An Giang, dự án Quỹ toàn cầu triển khai chương trình PLTMC ở 20 tỉnh/thành phố, nhưng cũng mới chỉ bắt đầu năm 2004.

- Hệ thống theo dõi, đánh giá hiệu quả của chương trình còn yếu:

Công tác theo dõi chương trình hiện nay chủ yếu dựa vào hệ thống báo cáo của hệ thống sản phụ khoa, chưa có các chỉ số thống nhất về HIV và PMTCT, chưa xây dựng được đơn vị theo dõi và đánh giá chương trình.



## Phần II

# CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON GIAI ĐOẠN 2006 - 2010

## I. MỤC TIÊU CHUNG

Không chế tỷ lệ trẻ em bị nhiễm HIV do mẹ truyền sang xuống dưới 10% vào năm 2010.

## II. MỤC TIÊU CỤ THỂ ĐẾN NĂM 2010

1. Không chế tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở mức dưới 0,5%.
2. 90% số phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS và 60% số phụ nữ mang thai được tư vấn tự nguyện xét nghiệm HIV.
3. 100% phụ nữ có thai nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
4. 90% bà mẹ nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được tiếp tục theo dõi và chăm sóc sau khi sinh.

## III. ĐỐI TƯỢNG CAN THIỆP

1. Trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV.
2. Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
3. Thành viên gia đình của phụ nữ có thai nhiễm HIV.

## IV. NGUYÊN TẮC TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH

1. Gia đình và cộng đồng là các nhân tố chính trong chăm sóc, hỗ trợ bà mẹ, trẻ em nhiễm HIV.
2. Lồng ghép hoạt động Chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con với chương trình sức khỏe sinh sản và với các chương trình phòng, chống HIV/AIDS khác.
3. Huy động xã hội, các tổ chức cộng đồng tham gia công tác chăm sóc, hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em bị nhiễm HIV tại cộng đồng.

4. Huy động nguồn lực trong nước và nước ngoài cho công tác PLTMC. Đầu tư có trọng điểm, ưu tiên triển khai chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở những vùng có tỷ lệ nhiễm HIV cao trong giai đoạn đầu và triển khai rộng trên toàn quốc trong những năm tiếp theo.

## V. CÁC GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

### 1. Giải pháp về xã hội

1.1. Tăng cường sự ủng hộ, tham gia chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của Chính quyền các cấp và các ban ngành đoàn thể liên quan.

a) Tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động tuyên truyền, vận động lãnh đạo chính quyền địa phương và các ban ngành đoàn thể liên quan như: Lao động - Thương binh và Xã hội, Hội chữ thập đỏ, Hội phụ nữ, Hội nông dân... ủng hộ và tham gia chăm sóc, hỗ trợ bà mẹ và trẻ em bị nhiễm HIV tại cộng đồng;

b) Khuyến khích các tổ chức tôn giáo, tổ chức phi Chính phủ và các tổ chức xã hội khác, đặc biệt là bản thân người nhiễm HIV và gia đình họ tham gia vào hoạt động chăm sóc, hỗ trợ bà mẹ, trẻ em nhiễm HIV;

1.2. Thiết lập hệ thống chăm sóc, hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV tại cộng đồng trên cơ sở phối hợp hoạt động giữa cơ quan y tế và các cơ quan, ban ngành địa phương.

1.3. Từng bước hoàn chỉnh hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

1.4. Củng cố, tăng cường đầu tư cho hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội để tăng cường khả năng tiếp nhận và chăm sóc trẻ mồ côi bị nhiễm HIV không nơi nương tựa tại các tỉnh, thành phố.

### 2. Giải pháp kỹ thuật

2.1. Đẩy mạnh công tác thông tin - giáo dục - truyền thông về phòng, chống lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Phối hợp và phát triển các hình thức truyền thông, tài liệu truyền thông thích hợp cho chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.2. Tăng cường các hoạt động dự phòng sớm phòng tránh lây truyền HIV từ mẹ sang con.

a) Vận động sử dụng và tạo điều kiện tiếp cận với bao cao su để khuyến khích hành vi tình dục an toàn đặc biệt đối với nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ;

b) Khuyến khích xét nghiệm HIV trước khi kết hôn cho cả nam và nữ. Tư vấn cho 100% phụ nữ khi mang thai và trước khi đẻ để họ tự nguyện xét nghiệm HIV. Đối với phụ nữ nhiễm HIV dương tính có mong muốn sinh con phải tư vấn để họ chấp nhận và tuân thủ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

c) Tăng cường quản lý thai nghén sớm để phát hiện nguy cơ và điều trị sớm dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

d) Phát hiện và điều trị sớm các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cho nữ giới và nam giới ở trong độ tuổi sinh sản.

2.3. Tăng cường năng lực cho hệ thống làm công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

a) Thiết lập mạng lưới tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện cho phụ nữ có thai và chồng của họ tại tất cả các cơ sở sản phụ khoa các tuyến;

b) Đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác PLTMC ở tất cả các tuyến về các nội dung liên quan đến dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

c) Cung cấp đủ trang thiết bị chẩn đoán xác định HIV cho các bệnh viện sản phụ khoa tuyến Trung ương, cơ sở sản phụ khoa của Nhà nước ở các tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao;

d) Cung cấp đủ thuốc dự phòng lây truyền HIV từ tuyến Trung ương tới tuyến huyện;

đ) Điều trị dự phòng lúc mang thai, chuyên dạ; áp dụng các biện pháp dự phòng trong khi đẻ;

e) Tư vấn về các biện pháp nuôi con cho bà mẹ nhiễm HIV. Hỗ trợ sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV trong các trường hợp đặc biệt.

2.4. Chăm sóc trẻ bị nhiễm HIV và trẻ có bố hoặc mẹ nhiễm HIV

a) Tăng cường khả năng tiếp cận thuốc kháng vi rút, thuốc điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội và nhiễm trùng cơ hội cho bà mẹ và trẻ em bị nhiễm HIV;

b) Thực hiện quy trình khám, xét nghiệm định kỳ cho trẻ đến 18 tháng tuổi để khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

2.5. Phối hợp hệ thống y tế các cấp trong theo dõi và chăm sóc cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV.

a) Hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chủ yếu tập trung cho

tuyển quận, huyện và xã phường, lấy tuyển quận huyện làm nòng cốt. Những trường hợp có bệnh cảnh phức tạp sẽ được chuyển lên tuyển trên.

b) Quy định rõ hệ thống chuyển tuyển để các bà mẹ nhiễm HIV và con của họ được theo dõi, điều trị chăm sóc sau khi sinh (chăm sóc mẹ và con, điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội cho mẹ và con, xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm HIV cho con khi 18 tháng tuổi...).

2.6. Tiến hành các nghiên cứu trong chương trình dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.

2.7. Theo dõi, đánh giá chương trình PLTMC.

a) Phối hợp với chương trình giám sát trọng điểm trong việc theo dõi chiến lược hướng nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có thai và trẻ em.

b) Phối hợp với chương trình theo dõi và đánh giá của chương trình quốc gia xây dựng những chỉ số đánh giá phù hợp với Việt Nam về chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

### **3. Giải pháp nâng cao năng lực về quản lý và tăng cường nguồn lực**

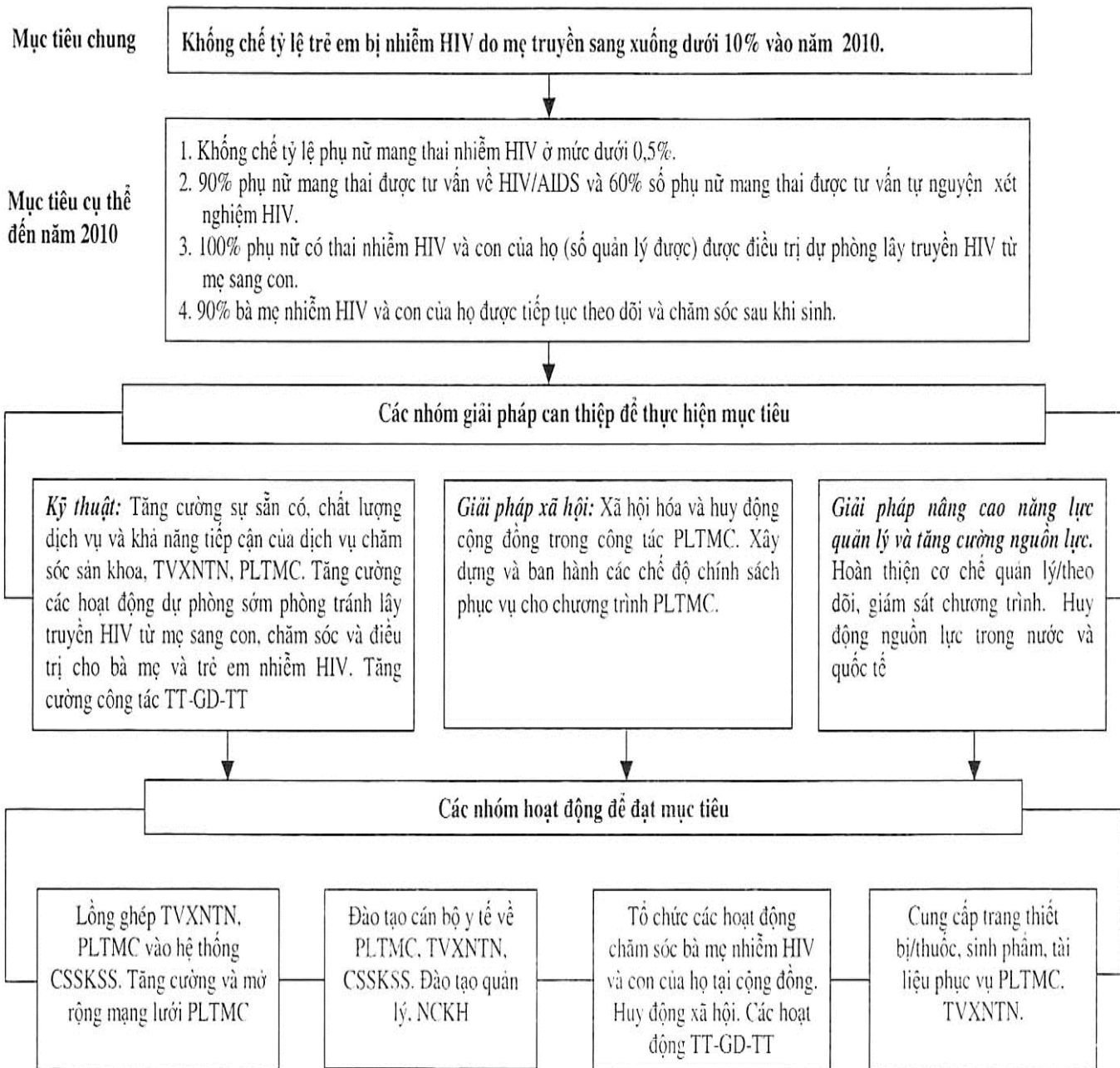
3.1. Hoàn thiện cơ chế quản lý, điều hành chương trình phù hợp. Nâng cao năng lực theo dõi, đánh giá và lập kế hoạch cho cán bộ các tuyến.

3.2. Hoàn thiện hệ thống thu thập số liệu, báo cáo và quản lý chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

3.3. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hoạt động của chương trình PLTMC tại các tuyến.

3.4. Huy động nguồn lực trong nước từ các chương trình y tế ở Trung ương, địa phương, các tổ chức xã hội, tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ để đảm bảo nguồn lực cho chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

# SƠ ĐỒ TÓM TẮT KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON



## VI. KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG

### 1. Mục tiêu 1: Không chế tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở mức dưới 0,5%

#### 1.1. Chỉ tiêu đến năm 2010

- Không chế tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai trên toàn quốc ở mức dưới 0,5%.

- 100% phụ nữ mang thai đến khám tại các cơ sở y tế tuyến huyện, tỉnh có biểu hiện triệu chứng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) được điều trị bệnh LTQĐTD và xét nghiệm HIV.

- 90% phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh sản (từ 15 - 49 tuổi) có kiến thức về phòng lây truyền HIV/AIDS/STI.

#### 1.2. Hoạt động

a) Triển khai các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi:

- Điều tra đánh giá kiến thức của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản về HIV/AIDS/STI.  
 - Xây dựng các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi thích hợp với chương trình PLTMC. Nội dung truyền thông chủ yếu bao gồm: Phòng, chống lây truyền HIV/AIDS/STI, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chăm sóc và hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV, vai trò của công tác tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện, các cách lựa chọn nuôi con cho bà mẹ nhiễm HIV...;

- Tiến hành các hoạt động truyền thông:

+ Truyền thông vận động: vận động chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể liên quan tham gia công tác tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS;

+ Truyền thông đại chúng: Phát động cuộc thi tìm hiểu về HIV/AIDS, tổ chức triển lãm, tuyên truyền lưu động, tổ chức các sự kiện truyền thông, văn nghệ quần chúng, các chiến dịch truyền thông phòng chống HIV/AIDS; Truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng;

+ Tổ chức các hoạt động truyền thông trực tiếp: Tổ chức các buổi nói chuyện (chú ý tăng cường sự tham gia của người nhiễm HIV vào các hoạt động này) về HIV/AIDS, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, sức khỏe sinh sản, tình dục an toàn, phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kế hoạch hóa gia đình... cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản tại các xã, phường, khu dân cư, trường

học... Vận động sử dụng và tạo điều kiện dễ tiếp cận với bao cao su; Lòng ghép hoạt động truyền thông về phòng chống HIV/AIDS, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con với hoạt động tuyên truyền của chương trình sức khỏe sinh sản, Hội phụ nữ, Hội nông dân, Hội chữ thập đỏ...;

+ Phối hợp với chương trình giảm thiểu tác hại tổ chức các hoạt động truyền thông trực tiếp cho phụ nữ tại các cơ sở dịch vụ giải trí, các điểm nóng có hoạt động mại dâm.

- Tuyển chọn và đào tạo cộng tác viên truyền thông. Xây dựng mạng lưới truyền thông tại các thôn bản. Dựa vào mạng lưới cán bộ y tế thôn bản và Hội phụ nữ để đưa các nội dung truyền thông về phòng chống HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đến từng hộ gia đình.

- Sản xuất và phân phối các tài liệu truyền thông: tờ rơi, áp phích, pano, sách nhỏ...

b) Triển khai hoạt động chăm sóc bà mẹ và trẻ em tại các cơ sở sản phụ khoa

- Tổ chức quản lý thai nghén theo hướng dẫn chuẩn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, bảo đảm cho phụ nữ có thai được khám thai ít nhất 3 lần trong thời kỳ mang thai;

- Cung cấp thông tin về chăm sóc cho phụ nữ có thai, nuôi con bằng sữa mẹ, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, các cách lựa chọn nuôi trẻ sơ sinh cho bà mẹ nhiễm HIV v.v... cho phụ nữ đến khám thai và sinh con tại các cơ sở sản phụ khoa.

c) Tổ chức tốt dịch vụ KHHGĐ nhằm hạn chế các trường hợp mang thai ngoài ý muốn đặc biệt với phụ nữ nhiễm HIV.

d) Phối hợp với chương trình quản lý và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD), các nhiễm khuẩn đường sinh sản để quản lý và điều trị BLTQĐTD cho phụ nữ, phụ nữ mang thai.

- Tại tuyến xã: chủ yếu chẩn đoán và điều trị BLTQĐTD bằng tiếp cận hội chứng.

- Tại các tuyến cao hơn: chẩn đoán và điều trị BLTQĐTD cho phụ nữ và phụ nữ mang thai dựa vào tiếp cận hội chứng phối hợp với các kỹ thuật xét nghiệm tại các trung tâm da liễu, các cơ sở sản phụ khoa, Trung tâm BVBMTE & KHHGĐ.

d) Phối hợp với chương trình giảm thiểu tác hại, tiếp cận, khám và điều trị BLTQĐTD cho phụ nữ có nguy cơ cao: tiếp viên tại các cơ sở dịch vụ giải trí, gái mại dâm.

**2. Mục tiêu 2: 90% số phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS và 60% số phụ nữ mang thai được tư vấn tự nguyện xét nghiệm HIV.**

2.1. Chỉ tiêu đến năm 2010:

- 90% nhà hộ sinh, trạm y tế xã, phường có thể cung cấp dịch vụ tư vấn HIV/AIDS và 50% trạm y tế xã phường có thể sàng lọc HIV cho phụ nữ có thai bằng test nhanh.

- 90% các phòng khám thai tuyến quận, huyện, các cơ sở sản phụ khoa y tế ngành có trang thiết bị tối thiểu phục vụ công tác tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện.

- 100% cơ sở sản phụ khoa tuyến Trung ương, tuyến tỉnh có trang thiết bị phục vụ công tác tư vấn và xét nghiệm HIV.

- 90% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS.

- 60% phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV tự nguyện trong thời gian mang thai.

2.2. Hoạt động:

Củng cố và mở rộng các phòng tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện tại các cơ sở sản phụ khoa, trung tâm BVBMTE & KHHGD các tuyến, trong đó tuyến huyện làm nòng cốt cho công tác tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện và từng bước triển khai xuống tuyến xã phường.

a) Đánh giá thực trạng công tác TVXNTN tại các cơ sở sản phụ khoa.

b) Xây dựng các hướng dẫn Quốc gia về lồng ghép dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện trong hệ thống sản phụ khoa và kế hoạch hóa gia đình.

c) Tập huấn, đào tạo:

- Hoàn thiện các tài liệu tập huấn về PLTMC, TVXNTN.

- Đào tạo và đào tạo lại về tư vấn HIV/AIDS cho cán bộ làm công tác tư vấn tại các cơ sở sản phụ khoa, trung tâm BVBMTE-KHHGD các tuyến (bao gồm cả y tế các ngành), các cộng tác viên truyền thông tại tuyến xã.

- Tập huấn về các kỹ thuật xét nghiệm HIV cho các cán bộ làm công tác xét nghiệm tại các cơ sở sản phụ khoa từ Trung ương đến huyện và y tế ngành.



d) Cung cấp trang thiết bị, sinh phẩm chẩn đoán HIV.

- Cung cấp đủ trang thiết bị xét nghiệm chẩn đoán xác định HIV cho các cơ sở sản phụ khoa tuyến Trung ương và ở các tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao.

- Cung cấp sinh phẩm chẩn đoán HIV cho các cơ sở y tế sản phụ khoa. Đảm bảo xét nghiệm HIV cho 100% phụ nữ có thai tại các địa phương có tỷ lệ nhiễm HIV cao.

đ) Lồng ghép hoạt động TVXNTN với các hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản.

- Hoạt động TVXNTN tại các cơ sở sản phụ khoa:

+ Tổ chức kiểm tra, quản lý thai sản tất cả phụ nữ có thai tại xã;

+ Tư vấn cho phụ nữ mang thai về: cách chăm sóc mẹ và thai nhi tại nhà, khám thai hàng tháng, tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, lao động, và về HIV/AIDS;

+ Tiến hành xét nghiệm HIV (cho phụ nữ mang thai tự nguyện làm xét nghiệm HIV), tư vấn sau xét nghiệm theo đúng các quy định của pháp luật về tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện;

+ Xây dựng hồ sơ quản lý và theo dõi thai sản đặc biệt là các trường hợp HIV(+) để có chỉ định thích hợp trong điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

+ Theo dõi các phụ nữ có thai xét nghiệm HIV dương tính để kịp thời điều trị dự phòng trong lúc mang thai và lúc chuyển dạ đẻ, tạo điều kiện cho bà mẹ sinh tại bệnh viện tuyến huyện hoặc tỉnh;

+ Thiết lập hệ thống quản lý bà mẹ nhiễm HIV và con của họ sau khi ra viện, giới thiệu họ đến các cơ sở chăm sóc điều trị người nhiễm HIV.

- Hoạt động tại các trung tâm BVBMTE&KHHGD

+ Tư vấn về HIV/AIDS;

+ Tư vấn lựa chọn các biện pháp tránh thai cho những phụ nữ hoặc các cặp vợ chồng nhiễm HIV;

+ Cung cấp các dịch vụ tránh thai, bao cao su miễn phí cho người nhiễm HIV;

+ Giới thiệu phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến các cơ sở sản phụ khoa để được theo dõi, chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

### **3. Mục tiêu 3: 100% phụ nữ có thai nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.**

#### 3.1. Chỉ tiêu:

- 100% cơ sở sản phụ khoa tuyến Trung ương và tuyến tỉnh đủ khả năng cung cấp dịch vụ PLTMC;
- 90% Trung tâm y tế, bệnh viện quận, huyện và các cơ sở y tế ngành cung cấp dịch vụ PLTMC;
- 60% trạm y tế xã theo dõi tuân thủ điều trị dự phòng cho các phụ nữ nhiễm HIV mang thai và chăm sóc cho mẹ, con sau sinh;
- 100% cán bộ y tế công tác trong hệ thống sản khoa được đào tạo về PLTMC;
- 100% phụ nữ có thai nhiễm HIV và trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

#### 3.2. Hoạt động:

a) Tập huấn cho cán bộ y tế công tác trong các cơ sở sản phụ khoa các tuyến các nội dung:

- Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện;
- Điều trị và chăm sóc cho phụ nữ có thai nhiễm HIV trước, trong và sau chuyển dạ. Dinh dưỡng cho mẹ nhiễm HIV;
- Chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục;
- Dự phòng phổ cập phòng lây nhiễm HIV;
- Tư vấn về nuôi con cho các bà mẹ bị nhiễm HIV.

b) Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ nhiễm HIV có thai và con của họ:

- Người phụ nữ có thai nhiễm HIV chưa được điều trị ARV cần được dự phòng lây truyền mẹ con bằng phác đồ phù hợp với thời điểm đến thăm khám thai sản và thời điểm xác định nhiễm HIV. Những phụ nữ mang thai đang được điều trị ARV không cần dự phòng lây truyền mẹ con độc lập. Tất cả trẻ sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) phải được dự phòng bằng thuốc ARV sau sinh.

- Phác đồ và chỉ định điều trị chi tiết: thực hiện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV ban hành kèm theo Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07/3/2005.

c) Bảo đảm an toàn các thủ thuật sản khoa đối với sản phụ và trẻ mới sinh trong giai đoạn sản phụ sinh con.

d) Giới thiệu bà mẹ nhiễm HIV và con của họ đến cơ sở chăm sóc, điều trị thích hợp sau khi sinh:

- Phối hợp với các bệnh viện đa khoa, bệnh viện nhi, Trung tâm chăm sóc người bị nhiễm HIV để tạo điều kiện cho các bà mẹ nhiễm HIV và con họ được theo dõi, chăm sóc và điều trị sau khi sinh;

- Phối hợp với chương trình điều trị để chăm sóc và điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV khi có chỉ định điều trị;

- Cung cấp thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai và con của họ.

#### **4. Mục tiêu 4: 90% bà mẹ nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được tiếp tục theo dõi, chăm sóc sau khi sinh.**

##### 4.1. Chỉ tiêu:

- 100% trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội và được theo dõi và xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

- 90% trẻ em dưới 15 tuổi nhiễm HIV (số quản lý được) có chỉ định điều trị bằng thuốc ARV được điều trị bằng thuốc ARV.

- 90% các bà mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) có chỉ định điều trị bằng thuốc ARV được điều trị bằng thuốc ARV.

##### 4.2. Hoạt động:

a) Tất cả trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV đều được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole từ tuần thứ 4 theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế.

b) Chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV:

- Trẻ < 18 tháng tuổi: xét nghiệm kháng nguyên p24, PCR (ADN hoặc ARN) dương tính, nếu có thể thực hiện được.

- Trẻ ≥ 18 tháng tuổi: xét nghiệm kháng thể HIV dương tính bằng phương cách 3 như đối với người lớn ở thời điểm 18 tháng tuổi. Đối với trẻ có bú mẹ, cần xét nghiệm sau khi trẻ ngừng bú mẹ hoàn toàn 6 tuần.

c) Các hoạt động chăm sóc cho trẻ sơ sinh khác:

- Tiêm vắc xin, điều trị các nhiễm trùng thông thường...

- Trong trường hợp trẻ đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV, trẻ cần được chăm sóc đặc biệt bao gồm theo dõi về tình trạng miễn dịch và lâm sàng, dự phòng và điều trị các nhiễm trùng cơ hội, điều trị bằng ARV (*tham khảo tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV ban hành kèm theo Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07/3/2005*).

d) Chăm sóc, điều trị cho bà mẹ: phối hợp với chương trình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS tiến hành các hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS (bao gồm cả điều trị bằng thuốc kháng vi rút ARV và điều trị nhiễm trùng cơ hội) theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV ban hành kèm theo Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 07/3/2005.

đ) Tư vấn cho tất cả các bà mẹ HIV(+) lựa chọn phương pháp nuôi con phù hợp. Trong các trường hợp đặc biệt: các gia đình có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, mẹ không có sữa, trẻ bị bỏ rơi... chương trình có thể cung cấp sữa thay thế để bà mẹ nuôi con trong 12 tháng.

e) Xây dựng, thực hiện các chính sách hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV

- Ban hành các chế độ, chính sách cho những bà mẹ mang thai nhiễm HIV có hoàn cảnh gia đình khó khăn, trẻ em bị nhiễm HIV, trẻ nhiễm HIV bị bỏ rơi, trẻ em không bị nhiễm HIV nhưng bị ảnh hưởng bởi HIV (trẻ mồ côi do cha/mẹ chết do HIV/AIDS).

- Ban hành các quy định quy định rõ vai trò, trách nhiệm để thực hiện chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại các cơ sở y tế: sản phụ khoa, điều trị và chăm sóc trẻ em, kế hoạch hóa gia đình và các cơ sở y tế khác.

g) Các hoạt động hỗ trợ khác:

- Phối hợp và tư vấn cho Bộ LĐTBXH, UBDSGDTE trong việc xây dựng các trung tâm chăm sóc trẻ mồ côi bị nhiễm HIV không nơi nương tựa tại các tỉnh, thành phố lớn.

- Huy động sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể vào công tác chăm sóc, hỗ trợ trẻ em nhiễm HIV, trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS và đưa các cháu về sống, chăm sóc tại cộng đồng;

- Huy động nguồn lực của các cơ quan, phối hợp với các chương trình, dự án hỗ trợ vốn cho gia đình người nhiễm HIV/AIDS.

## VII. BẢNG KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG

Chỉ tiêu	Đối tượng tác động	Chỉ số đánh giá	Hoạt động can thiệp	Thời gian thực hiện
<b>Mục tiêu 1: Không chế tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở mức dưới 0,5%</b>				
Đến năm 2010:				
1. Không chế tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai trên toàn quốc ở mức dưới 0,5%.	3	% nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai	1. Triển khai các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi.  a) Điều tra đánh giá kiến thức của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản về HIV/AIDS/STI.	2006, 2008
2. 100% phụ nữ mang thai có biểu hiện triệu chứng của bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) đến khám tại các cơ sở y tế được điều trị bệnh LTQĐTD và xét nghiệm HIV.	3	% phụ nữ mang thai có dấu hiệu bệnh LTQĐTD được điều trị bệnh LTQĐTD và xét nghiệm HIV	b) Xây dựng các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi thích hợp với chương trình PLTMC.  c) Tiến hành các hoạt động truyền thông  d) Sản xuất và phân phối các tài liệu truyền thông: tờ rơi, áp phích, pano, sách nhỏ...	Hàng năm  Hàng năm  Hàng năm
3. 90% phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh sản (15 - 49 tuổi) có kiến thức về phòng lây truyền HIV/AIDS/STI.	3	% phụ nữ, nam giới 15 - 49 có kiến thức tốt về HIV/AIDS/STI	2. Triển khai hoạt động chăm sóc bà mẹ và trẻ em tại các cơ sở sản phụ khoa.  3. Tổ chức tốt dịch vụ KHHGĐ.	Thường xuyên  Thường xuyên

			4. Phối hợp với chương trình quản lý và điều trị các BLTQĐTD để quản lý và điều trị BLTQĐTD cho phụ nữ, phụ nữ mang thai.	Thường xuyên
--	--	--	---	--------------

**Mục tiêu 2: 90% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS và 60% số phụ nữ mang thai được tư vấn tự nguyện xét nghiệm HIV**

Đến năm 2010.				
1. 90% nhà hộ sinh/trạm y tế xã/phường có thể cung cấp dịch vụ tư vấn HIV/AIDS. 50% trạm y tế xã, phường có khả năng sàng lọc HIV cho phụ nữ có thai bằng test nhanh.	1	% nhà hộ sinh, trạm y tế xã phường có thể cung cấp dịch vụ tư vấn HIV/AIDS và sàng lọc HIV cho phụ nữ có thai bằng test nhanh.	1. Đánh giá thực trạng công tác TVXNTN tại các cơ sở sản phụ khoa. 2. Phát triển các hướng dẫn Quốc gia về lồng ghép dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện trong hệ thống sản phụ khoa và kế hoạch hóa gia đình. 3. Tập huấn, đào tạo cho cán bộ y tế hệ sản phụ khoa về PLTMC, TVXNTN:	2006, 2008 2006 Hàng năm
2. 90% các phòng khám thai tuyến quận/huyện/cơ sở sản phụ khoa, y tế ngành có trang thiết bị tối thiểu phục vụ công tác TVXNTN.	1	% các phòng khám thai tuyến quận/huyện, y tế ngành có trang thiết bị tối thiểu phục vụ công tác TVXNTN.	4. Cung cấp trang thiết bị, sinh phẩm chẩn đoán HIV.	Hàng năm, bổ sung kịp thời
3. 100% cơ sở sản phụ khoa tuyến trung ương/tỉnh có trang thiết bị phục vụ công tác TVXNTN.	1	% các cơ sở sản phụ khoa tuyến trung ương/tỉnh có trang thiết bị tối thiểu phục vụ công tác TVXNTN	5. Lồng ghép các hoạt động TVXNTN với các hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản.	Thường xuyên

4. 90% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS.	3	% phụ nữ mang thai được tư vấn về HIV/AIDS		
5. 60% phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV tự nguyện trong thời gian mang thai.	3	% phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV tự nguyện		

**Mục tiêu 3: 100% phụ nữ có thai bị nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con**

Đến năm 2010,				
1. 100% cơ sở sản phụ khoa tuyến Trung ương, tuyến tỉnh cung cấp dịch vụ PLTMC.	1	% cơ sở sản phụ khoa tuyến trung ương cung cấp dịch vụ PLTMC.	1. Tập huấn cho cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở sản phụ khoa tuyến tỉnh/huyện các nội dung PLTMC, TVXNTN và các nội dung liên quan.	Hàng năm
2. 90% Trung tâm y tế, bệnh viện quận/huyện/cơ sở y tế ngành cung cấp dịch vụ PLTMC.	1	% trung tâm y tế, bệnh viện quận/huyện và y tế ngành cung cấp dịch vụ PLTMC.	2. Điều trị dự phòng lây truyền mẹ con cho phụ nữ có thai nhiễm HIV và con của họ.	Thường xuyên
3. 60% trạm y tế xã theo dõi tuân thủ điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và chăm sóc cho mẹ, con sau sinh.	1	% trạm y tế xã theo dõi tuân thủ điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và chăm sóc cho mẹ, con sau sinh.	3. Đảm bảo an toàn các thủ thuật sản khoa. 4. Giới thiệu bà mẹ nhiễm HIV và con của họ đến cơ sở chăm sóc, điều trị thích hợp sau khi sinh.	Thường xuyên Thường xuyên

4. 100% cán bộ y tế làm việc trong hệ thống sản khoa được đào tạo về PLTMC.	2	% cán bộ y tế làm việc trong hệ thống sản khoa được đào tạo về PLTMC.		
5. 100% phụ nữ có thai nhiễm HIV (quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.	3	% phụ nữ có thai nhiễm HIV (quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.		
6. 100% trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.	3	% trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (quản lý được) được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.		

**Mục tiêu 4: 90% bà mẹ bị nhiễm HIV và con của họ (số quản lý được) được tiếp tục theo dõi, chăm sóc sau khi sinh.**

Đến năm 2010				
1. 100% trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội.	3	% trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội.	1. Điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole cho trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV.	Thường xuyên



<p>2. 90% trẻ nhiễm HIV dưới 15 tuổi (số quản lý được) có chỉ định điều trị được điều trị thuốc ARV</p>	<p>3</p>	<p>% trẻ nhiễm HIV dưới 15 tuổi (số quản lý được) có chỉ định điều trị được điều trị thuốc ARV.</p>	<p>2. Chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.</p> <p>3. Các hoạt động chăm sóc cho trẻ sơ sinh khác: tiêm vac xin, điều trị các nhiễm trùng thông thường...</p>	<p>Thường xuyên</p> <p>Thường xuyên</p>
<p>3. 90% số bà mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) có chỉ định điều trị được điều trị thuốc ARV</p>	<p>3</p>	<p>% số bà mẹ nhiễm HIV (số quản lý được) có chỉ định điều trị được điều trị thuốc ARV.</p>	<p>4. Bảo đảm đủ thuốc điều trị đặc hiệu và điều trị nhiễm trùng cơ hội cho các cháu bị nhiễm HIV/AIDS.</p> <p>5. Chăm sóc, điều trị cho bà mẹ: phối hợp với chương trình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS tiến hành các hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS.</p> <p>6. Tư vấn cho tất cả các bà mẹ HIV(+) về thực hành nuôi con. Cung cấp sữa thay thế để bà mẹ nuôi con trong 12 tháng cho các trường hợp đặc biệt.</p> <p>7. Xây dựng, thực hiện các chính sách hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV.</p> <p>8. Các hoạt động hỗ trợ khác.</p> <p>Huy động nguồn lực của các cơ quan, phối hợp với các chương trình, dự án hỗ trợ vốn gia đình người nhiễm.</p>	<p>Thường xuyên</p> <p>Thường xuyên</p> <p>Thường xuyên</p> <p>Hàng năm</p>

(Đối tượng tác động: 1 = tài cơ sở y tế; 2 = tài cán bộ y tế; 3 = phụ nữ nhiễm HIV, con phụ nữ nhiễm HIV, phụ nữ mang thai, phụ nữ, nam giới 15 - 49)

### Phần III

## THEO DÕI, GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH

Theo dõi, giám sát, đánh giá chương trình PLTMC là một nội dung quan trọng cần được củng cố và hoàn thiện để đảm bảo chương trình được thực hiện theo đúng kế hoạch đồng thời giúp cho chương trình PLTMC đề ra các mục tiêu và đánh giá hoạt động một cách có hiệu quả. Theo dõi, giám sát và đánh giá chương trình bao gồm các nội dung sau:

### I. MỘT SỐ VẤN ĐỀ THƯỜNG QUY

1. Lồng ghép công tác theo dõi và đánh giá chương trình PLTMC vào hệ thống theo dõi và đánh giá chung của chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia bao gồm các đơn vị theo dõi và đánh giá từ trung ương đến tỉnh/huyện.

2. Xây dựng các chỉ số để theo dõi, đánh giá chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thống nhất trong toàn quốc.

3. Xây dựng các biểu mẫu báo cáo hoạt động của chương trình (báo cáo tháng/quý/năm). Xây dựng quy chế giám sát cho từng tuyến.

4. Tập huấn cho các cán bộ làm công tác theo dõi, giám sát chương trình về cách sử dụng các chỉ số, thu thập, tổng hợp và phân tích số liệu.

5. Tiến hành các hoạt động theo dõi, đánh giá hoạt động chương trình PLTMC:

5.1. Thông qua hoạt động của các cán bộ theo dõi, đánh giá chương trình.

5.2. Các báo cáo tháng/quý/năm.

5.3. Các đợt điều tra đánh giá hàng năm.

5.4. Các nghiên cứu chuyên sâu, nghiên cứu tác nghiệp.

## II. CÁC CHỈ SỐ CHÍNH ĐỂ THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PLTMC

### 1. Tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ có thai

**Định nghĩa:** Là tỷ lệ phụ nữ mang thai hiện nhiễm HIV

**Công thức:**

$$\text{Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV} = \frac{\text{Tổng số phụ nữ mang thai nhiễm HIV}}{\text{Tổng số phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV}} \times 100$$

**Công cụ** Giám sát trọng điểm, báo cáo hàng năm và điều tra

**Thời gian thu thập** Hàng năm

### 2. Phụ nữ được tư vấn về HIV/AIDS trong khi mang thai

**Định nghĩa:** Là tỷ lệ phần trăm phụ nữ được tư vấn trong khi mang thai lần đầu tiên này nhất trên tổng số phụ nữ đẻ trong 1 năm trước khi điều tra.

**Công thức:**

$$\text{Tỷ lệ phụ nữ được tư vấn về HIV/AIDS thời kỳ mang thai} = \frac{\text{Số phụ nữ trong năm được tư vấn về HIV/AIDS trong khi mang thai}}{\text{Tổng số bà mẹ sinh trong năm}} \times 100$$

**Công cụ** Điều tra/báo cáo VCT/PMTCT

**Thời gian thu thập** Hàng năm

### 3. Phụ nữ có thai xét nghiệm HIV tự nguyện

**Định nghĩa:** Là tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai xét nghiệm HIV tự nguyện trong khi mang thai

**Công thức:**

$$\text{Tỷ lệ phụ nữ có thai xét nghiệm HIV tự nguyện trong khi mang thai} = \frac{\text{Số phụ nữ sinh trong năm xét nghiệm HIV tự nguyện trong khi mang thai}}{\text{Tổng số phụ nữ sinh trong năm}} \times 100$$

<i>Công cụ</i>	Báo cáo
<i>Thời gian thu thập</i>	Hàng năm

#### 4. Quận/Huyện có các dịch vụ PLTMC

*Định nghĩa:* Là tỷ lệ phần trăm quận/huyện cung cấp dịch vụ PLTMC

*Công thức:* Tỷ lệ phần trăm quận/huyện cung cấp dịch vụ PLTMC =  $\frac{\text{Số quận, huyện cung cấp dịch vụ PLTMC tại tỉnh}}{\text{Tổng số quận, huyện của tỉnh (trong đợt điều tra)}} \times 100$

<i>Công cụ</i>	Báo cáo, điều tra
<i>Thời gian thu thập</i>	Hàng năm

#### 5. Nhân viên y tế tại các cơ sở sản phụ khoa được đào tạo về PLTMC

*Định nghĩa:* Là tỷ lệ phần trăm cán bộ y tế làm việc trong hệ thống sản khoa được đào tạo về PLTMC trong 12 tháng qua.

*Công thức:* Nhân viên y tế được đào tạo về PLTMC =  $\frac{\text{Số cán bộ sản phụ khoa của đơn vị được đào tạo về PLTMC trong năm qua}}{\text{Tổng số cán bộ sản phụ khoa của đơn vị}} \times 100$

<i>Công cụ</i>	Điều tra, báo cáo
<i>Thời gian thu thập</i>	Hàng năm

#### 6. Tỷ lệ phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV trong thời gian mang thai và khi chuyển dạ

*Định nghĩa:* Là tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo hướng dẫn của Bộ Y tế trong năm qua.

Số phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV/từ mẹ sang con trong năm

**Công thức:** Tỷ lệ phụ nữ có thai được cung cấp thuốc điều trị dự phòng lây nhiễm HIV

$$= \frac{\text{Số phụ nữ có thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV/từ mẹ sang con trong năm}}{\text{Tổng số bà mẹ sinh trong năm bị nhiễm HIV}} \times 100$$

**Công cụ** Báo cáo

**Thời gian thu thập** Hàng năm

**7. Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV sau sinh**

**Định nghĩa:** Là tỷ lệ phần trăm trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV sau khi sinh trên tổng số trẻ em sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV trong năm.

Số trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV sau sinh trong năm

**Công thức:** Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng sau sinh

$$= \frac{\text{Số trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng ARV sau sinh trong năm}}{\text{Tổng số trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV trong năm}} \times 100$$

**Công cụ** Báo cáo

**Thời gian thu thập** Hàng năm

**8. Tỷ lệ trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng cotrimoxazole**

**Định nghĩa:** Là tỷ lệ trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị NTCH bằng cotrimoxazole

**Công thức:** Tỷ lệ trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng NTCH

$$= \frac{\text{Số trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị NTCH bằng cotrimoxazole từ tuần thứ 4 sau sinh}}{\text{Tổng số trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV trong năm điều tra}}$$

**Công cụ** Báo cáo, điều tra

**Thời gian thu thập** Hàng năm

09194489  
 LawSoft \* Tel: +84-8-3845 6684 \* www.ThuVienPhapLuat.com

## Phần IV

### NHU CẦU NGÂN SÁCH

Sử dụng mô hình nguồn lực của Future Group để ước tính kinh phí cho chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006 - 2010.

Định mức chi phí được tính theo 2 định mức cơ bản (để hình thành mức ước tính cao và mức ước tính thấp).

- Mức ước tính thấp: định mức và các hoạt động được ước tính chủ yếu dựa theo Thông tư liên tịch số 51/2002/TTLT-BTC-BYT ngày 03 tháng 6 năm 2002 của liên bộ: Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn nội dung và mức chi Chương trình mục tiêu Quốc gia Phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS.

- Mức ước tính cao: Định mức chi theo tình hình nhu cầu thực tế, áp dụng từ một số dự án hợp tác quốc tế được xem là có hiệu quả, thuốc điều trị kháng vi rút (ARV) được tính theo giá do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo.

	Ước tính nhu cầu kinh phí qua các năm					
	2006	2007	2008	2009	2010	Cộng
<b>Ước tính thấp</b>						
(1.000 đ)	59.521.800	74.925.194	92.098.090	110.651.388	130.933.516	468.129.988
(USD)	(3.840.000)	(4.834.000)	(5.942.000)	(7.139.000)	(8.447.000)	(30.202.000)
<b>Ước tính cao</b>						
(1.000 đ)	60.161.800	75.565.194	92.738.090	111.291.388	131.573.516	471.329.988
(USD)	(3.881.000)	(4.875.000)	(5.983.000)	(7.181.000)	(8.489.000)	(30.409.000)

Ngân sách ước tính này chưa tính đến chi phí xây dựng cơ bản, chi phí duy tu, bảo dưỡng, chi thường xuyên, chi phí cho phương tiện ô tô, xe máy đi lại kiểm tra giám sát, chi phí lương thưởng cho đội ngũ cán bộ Nhà nước, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, công tác phí, các chi phí hành chính khác.

## Phần V

### TỔ CHỨC THỰC HIỆN

#### I. ĐIỀU HÀNH QUẢN LÝ

Xây dựng mạng lưới phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ Trung ương đến địa phương.

##### 1. Tuyển Trung ương

Thành lập ban chỉ đạo chương trình PLTMC Trung ương do Lãnh đạo Vụ Sức khỏe sinh sản làm trưởng ban, Lãnh đạo Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam và Bệnh viện Phụ sản Trung ương làm phó ban. Các thành viên bao gồm đại diện của các Vụ/cục/viện liên quan: Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Vụ Điều trị, Vụ Sức khỏe sinh sản, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Nhi Trung ương, Viện các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới Quốc gia, Viện dinh dưỡng, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, Hội LHPN Việt Nam. Ban quản lý chương trình có nhiệm vụ hướng dẫn lập kế hoạch, phối hợp với các đơn vị tổ chức triển khai các hoạt động PLTMC cũng như triển khai các hoạt động theo dõi đánh giá chương trình PLTMC.

Thành lập nhóm hỗ trợ kỹ thuật cho chương trình PLTMC gồm các chuyên gia trong lĩnh vực Phòng chống HIV/AIDS, Sản khoa, sơ sinh, Nhi khoa, Vi sinh truyền nhiễm và dinh dưỡng...

Nhóm hỗ trợ kỹ thuật có nhiệm vụ xây dựng:

- Xây dựng các tài liệu tập huấn về chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn thực hành điều trị dự phòng cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai, trẻ sinh ra từ các bà mẹ HIV dương tính;
- Xây dựng ban hành các tài liệu truyền thông về phòng chống HIV từ mẹ sang con;
- Xây dựng các tài liệu hướng dẫn về xét nghiệm HIV cho phụ nữ có thai và trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV;
- Phối hợp với các Vụ/cục, các Bộ ngành liên quan xây dựng chế độ chính sách cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ em nhiễm HIV bị bỏ rơi;
- Phối hợp với chương trình theo dõi, giám sát HIV/AIDS của chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia xây dựng quy trình theo dõi, giám sát, đánh giá, các biểu mẫu báo cáo.

## 2. Tuyển tỉnh

Trung tâm BVSKBMTE&KHHGD tuyển tỉnh dưới sự chỉ đạo của Sở Y tế phối hợp với các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm lập kế hoạch, tổ chức triển khai các hoạt động PLTMC và theo dõi đánh giá hoạt động PLTMC trên địa bàn tỉnh.

## 3. Tuyển huyện

Trung tâm y tế dự phòng huyện phối hợp với các đơn vị liên quan đến PLTMC trong địa bàn huyện tổ chức triển khai các hoạt động PLTMC tại quận/huyện và các xã/phường.

## II. LỒNG GHÉP CHƯƠNG TRÌNH PLTMC VỚI CÁC CHƯƠNG TRÌNH KHÁC

Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) cần được lồng ghép với các hoạt động của hệ thống y tế cũng như lồng ghép với các hoạt động khác của chương trình phòng chống HIV/AIDS, Chăm sóc sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn, dinh dưỡng...

Đây cũng là chương trình mang tính đa ngành (liên quan đến nhiều chuyên ngành trong y tế như sản khoa, nhi khoa, truyền nhiễm) và là một vấn đề mang tính xã hội cao. Bởi vậy, việc tạo cơ chế phối hợp và tổ chức triển khai thực hiện là vấn đề mang tính then chốt, quyết định sự thành công của chương trình. Chương trình cần được thực hiện với sự phối hợp giữa các chương trình y tế, các cơ sở y tế và huy động sự tham gia của các tổ chức cộng đồng.

## III. LỒNG GHÉP HOẠT ĐỘNG VỚI CÁC BỘ NGÀNH, ĐOÀN THỂ

Trong quá trình triển khai chương trình PLTMC các hoạt động sẽ được phối hợp chặt chẽ với các Bộ, ngành liên quan như: Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em v.v... vì vấn đề bà mẹ nhiễm HIV và trẻ em liên quan chặt chẽ đến nhiều lĩnh vực hoạt động của các Bộ, ngành trên.

Ngoài ra, chương trình PLTMC cũng không thể thành công nếu thiếu sự liên kết, phối hợp với các đoàn thể quần chúng như: Hội LHPNVN, Đoàn Thanh niên, Hội Chữ thập đỏ, Hội Nông dân VN .v.v... Chính vì vậy trong các hoạt động của chương trình, bên cạnh các hoạt động về y tế luôn có các hoạt động tại cộng đồng nhằm không ngừng nâng cao nhận thức của cộng đồng về phòng chống lây truyền



HIV từ mẹ sang con đồng thời tăng cường sự tham gia và hỗ trợ của cộng đồng đối với các hoạt động của chương trình cũng như đối với phụ nữ nhiễm HIV và con của họ.

Thông qua các hoạt động phối hợp với các ban ngành, đoàn thể và cộng đồng để dần xóa đi sự mặc cảm của những người nhiễm HIV nhất là chị em phụ nữ nhiễm HIV, ngoài ra cũng dần xóa bỏ sự kỳ thị của gia đình và xã hội đối với phụ nữ nhiễm HIV nói riêng và tất cả những người nhiễm HIV nói chung.

Cụ thể là:

Tại Trung ương: đại diện của các bộ, ngành, đoàn thể như: Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội; Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em; Bộ Giáo dục và Đào tạo; Hội LHPNVN; Đoàn Thanh niên.... sẽ tham gia xây dựng các văn bản pháp quy về chế độ chính sách, các tài liệu tập huấn, truyền thông, các điều tra nghiên cứu về PLTMC.

Tại địa phương: Ủy ban nhân dân các cấp là cơ quan điều phối các hoạt động của chương trình PLTMC của ngành y tế với hoạt động của các ban, ngành và các tổ chức đoàn thể khác trong địa phương.

#### IV. LỘ TRÌNH THỰC HIỆN

Chương trình sẽ được chia làm 2 giai đoạn 2006 - 2007 và 2008 - 2010, do các ưu tiên về thời gian và hoạt động khác nhau.

##### 1. Giai đoạn 2006 - 2007

Do tình hình dịch tễ và dự báo số phụ nữ nhiễm HIV chưa cao, nên số lượng cụ thể các trường hợp lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa nhiều, bởi vậy các hoạt động chính của giai đoạn này sẽ là:

- Hoàn thiện các chính sách, chế độ quy định chuyên môn trong ngành y tế, với người nhiễm và các bên liên quan đến vấn đề phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV;

- Hoàn thiện các tài liệu chuyên môn, hướng dẫn quản lý để phục vụ công tác đào tạo lớp giảng viên tuyển Quốc gia, tỉnh về PLTMC;

- Tiến hành các nghiên cứu dịch tễ, nghiên cứu xã hội học để dự báo dịch tễ về PLTMC, các yếu tố xã hội, văn hóa ảnh hưởng đến các nội dung của PLTMC và tác động đến nhu cầu sinh sản, nuôi con của phụ nữ nhiễm HIV, làm nền tảng cho việc điều chỉnh và xây dựng các kế hoạch tiếp theo;

- Hoàn thiện mô hình PLTMC thí điểm và mở rộng triển khai hoạt động PLTMC tại những nơi có tỷ lệ nhiễm HIV trong phụ nữ mang thai cao, triển khai đồng bộ công tác thông tin giáo dục truyền thông trên toàn quốc;

- Hoàn thiện hệ thống tổ chức, theo dõi, giám sát, đánh giá chương trình.

## **2. Giai đoạn 2008 - 2010**

- Tập trung các hoạt động can thiệp ở cơ sở y tế và cộng đồng, nhằm giảm tối đa tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV có thai ngoài ý muốn. Điều trị dự phòng và nhiễm trùng cơ hội cho phụ nữ và trẻ em sinh ra từ phụ nữ nhiễm HIV;

- Mở rộng hoạt động PLTMC tại các trung tâm BVBMTE&KHHGD, cơ sở sản phụ khoa có khả năng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV;

- Nhân rộng các mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng, các cơ sở từ thiện, tư nhân chăm sóc phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV;

- Phối hợp tốt hơn với các cơ sở sản khoa, bệnh viện tư nhân trong cả chẩn đoán điều trị và chăm sóc trẻ em và phụ nữ nhiễm HIV./.

**BỘ TRƯỞNG**

**Trần Thị Trung Chiến**