राष्ट्रिय एचआईभी
रणनीतिक योजना
२०१६-२०२१

नेपाल एचआईभी भिजन २०२०

जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र

मा. गगन कुमार थापा
स्वास्थ्य मन्त्री

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रीज्यूको
निजी सचिवालय
फोन नं. : ०१-४२६२५३४
फ्याक्स : ०१-४२६२५६५

प.सं. :
च.नं. :

सन्देश

संयुक्त राज्य अमेरिकाको न्यूयोर्कमा ८ जुन २०१६ का दिन सम्पन्न संयुक्त राष्ट्रसंघको साधारणसभामा एड्सको अन्त्यका लागि उच्चस्तरीय बैठकमा नेपाल लगायतका सदस्य राष्ट्रहरूद्वारा एड्सको अन्त्यका लागि प्रगतिशील र व्यवहारिक राजनीतिक घोषणापत्र अङ्गीकार गरियो । उक्त घोषणापत्रमा २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्नका लागि २०२० सम्ममा पूरा गर्नुपर्ने दिगो विकासका लक्ष्यहरूको ढाँचा अनुकूलका स्पष्ट र समयबद्ध गन्तव्यहरू निर्धारण गरिएको छ ।

एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने प्रतिबद्धतामा हामी विश्व समुदायका साथमा छौं र सन् २०१६ देखि २०२१ सम्मका लागि तयार गरिएको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले हाम्रो देशमा एचआईभीद्वारा प्रभावित सबैका लागि अहिलेका तुलनामा उत्तम परिणामहरू उपलब्ध गराई भविष्यमा आइपर्ने चुनौतीको सामना गर्नसक्ने बनाउनेछ ।

नेपाल एचआईभी भिजन २०२० ले हामीलाई नवीन, प्रमाणमा आधारित एवम् सामाजिक दृष्टिबाट न्यायपूर्ण योजना लागू गर्नका लागि रणनीतिक दिशा दिन्छ, जसबाट २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने निश्चित आधारहरू उपलब्ध हुनेछन् ।

माननीय गगन कुमार थापा
स्वास्थ्य मन्त्री

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
(...शाखा)
फोन नं. ४२६२५९० ४२६२८०२ ४२६२७०६ ४२६२९३५ ४२६२८६२ ४२२३५८०
रामशाहपथ, काठमाडौं, नेपाल ।

प्राप्त पत्र संख्या :-
पत्र संख्या :-
चलानी नं. :-

मिति : ....

सन्देश

३० जनवरी २०१५ मा ब्याङ्कमा सम्पन्न एसिया र प्यासिफिक क्षेत्रका लागि राष्ट्रसंघीय आर्थिक तथा सामाजिक आयोगको अन्तर-सरकारी बैठकमा नेपालले एचआईभी सम्बन्धी आफ्ना कार्यक्रमहरूलाई द्रुतगति दिने प्रतिबद्धता व्यक्त गऱ्यो । ८ जुन २०१६ मा संयुक्त राष्ट्रसंघको साधारण सभामा सम्पन्न एड्सको अन्त्यका लागि उच्चस्तरीय बैठकमा २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा अन्त्य गर्ने आफ्नो प्रतिबद्धतालाई हामीले पुनर्पुष्टि गऱ्यौं । नेपाल एचआईभी भिजन २०२० सेवा पाएका र सेवा नपाएका व्यक्तिहरूका बीचको खाडल पुर्ने हाम्रो द्रुतगतिको उपक्रम हो, जसले एचआईभीका नयाँ सङ्क्रमणहरूलाई रोक्न र जीवन रक्षा गर्नका लागि तत्काले प्रत्यक्ष लगानी गर्नुका साथै यसका लागि सम्पूर्ण आर्थिक भार बेहोर्नुपर्ने छ ।

२०१६ देखि २०२१ सम्मका लागि तयार गरिएको यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना नेपालको विगत ३० वर्षको एचआईभी सम्बन्धी कामको अनुभव तथा नयाँ तथ्य, विधि र प्रविधिहरूबाट खारिएको छ । नेपाल एचआईभी भिजन २०२० को मर्म बमोजिम २०२० सम्ममा ९०-९०-९० को उपचारको लक्ष्य हासिल गर्नु हाम्रो जिम्मेवारी हो । यसको अर्थ अनुमानित एचआईभी संक्रमित मध्ये ९० प्रतिशतलाई आफ्नो स्थिति थाहा होस, आफ्नो स्थिति थाहा भएका मध्ये ९० प्रतिशतले एन्टीरेट्रोभाइरल उपचार पाऊन् र उपचार पाएकामध्ये ९० प्रतिशतको शरीरमा भाइरल भार नगण्य होस् भन्ने हो । यसका अतिरिक्त शिशुहरुमा हुने सङ्क्रमणलाई शून्यमा झार्ने तथा मूलतः युवाहरू र उच्च जोखिमयुक्त ठाउँका बासिन्दा लगायत ९० प्रतिशत महिला र पुरुषले एचआईभीको सङ्क्रमण रोकथाम तथा यौन र प्रजनन स्वास्थ्यका लागि लाभदायक सेवा तथा साधनहरू प्राप्त गरून् भन्ने पनि हाम्रो लक्ष्य हो । यी लक्ष्यहरू कोही पनि नछुटून् भन्ने दृढ अवधारणामा र मानव अधिकारका सिद्धान्तहरूमा आधारित छन् । यसलाई यथार्थमा परिणत गर्नका लागि हामी वैदेशिक सहायतामा मात्र निर्भर रहन सक्दैनौं, एचआईभीका लागि हामी क्रमिकरूपले आफ्ना आन्तरिक स्रोतहरू पनि बढाउँदै जानेछौं ।

नेपाल एचआईभी भिजन २०२० स्वास्थ्य मन्त्रालयको मात्र परिकल्पना होइन । यो नेपाल सरकारका सबै क्षेत्रहरू, हाम्रा गैरसरकारी संस्थाहरू, अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारहरू तथा सबै नेपालीहरूको चासोको विषय हो । नेपाल सरकार २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने परिकल्पना साकार गर्न प्रतिबद्ध छ । यो हाम्रो साझा लक्ष्य हो र यो अवश्य हासिल हुनेछ भन्ने कुरामा म विश्वस्त छु ।

....
(डा. सेनेन्द्रराज उप्रेती)
सचिव

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
....महाशाखा

४-२६१७१२
४-२६१४३६
फ्याक्स: ४-२६२२६८

पचली, टेकु
काठमाण्डौं, नेपाल ।

पत्र संख्या:-

चलानी नम्बर:-

मिति:.......................................

परिचय

१९९७ मा आफ्नो पहिलो एचआईभी रणनीति लागु गरेपछि नेपाल एचआईभी इपिडेमिकलाई सम्बोधन गर्ने दिशामा सफलतापूर्वक अघि बढिरहेको छ । २००२, २००६ र २०११ का रणनीतिहरू सँगसँगै नेपालले ग्लोबल फन्ड, अमेरिकी सहयोग नियोग लगायत राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय साझेदार र दाताहरूबाट आवश्यक प्राविधिक र आर्थिक सहायता पाइआएको छ । नागरिक समाजका संस्थाहरू, मुख्यरूपले प्रभावित व्यक्तिहरू तथा तिनका संस्था सञ्जालहरूले राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियालाई सहयोग गरेर र त्यसमा सहभागी भएर महत्वपूर्ण र सकारात्मक भूमिका निर्वाह गरेका छन् ।

२०२० का लागि उपचार र रोकथामका निर्धारित राष्ट्रिय लक्ष्यहरू हासिल गरेर जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रुपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने दिशामा अघि बढ्नका लागि अहिले र २०२० का बीचको पाँच वर्षको समय सदुपयोग गर्दै नेपालले आफ्ना स्रोतहरूलाई लगानी गर्नमा अझ रणनीतिक र विवेकशील हुनु आवश्यक छ ।

यसका लागि महत्वाकांक्षी , नवीनतम कार्यक्रमहरूको प्राथमिकताका साथ केन्द्रिकृत रुपमा संचालन गर्न आवश्यक छ । त्यसरी नै कार्यक्षेत्र विस्तार गर्दै उच्चतम प्रतिफल दिनसक्ने रणनीतिहरूलाई घनीभूत रूपमा लागु गर्दै मानव अधिकारको सम्मान र सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु पर्नेछ । यसका लागि बढ्दो दरमा आन्तरिक स्रोतबाट दिगो लगानी गर्नु सबभन्दा महत्वपूर्ण हुन्छ ।

डा पुष्पा चौधरी
महानिर्देशक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र

४२६१६५३
४२६२७५३
४२५८२१९
फ्याक्सः ४२६१४०६

ईमेल : ncasc@ncasc.gov.np
वेबसाइट : www.ncasc.gov.np
टेकु, काठमाडैं., नेपाल

पत्र संख्याः-

चलानी नं.

मितिः ....

प्राक्कथन

एचआईभी अनुक्रियाका क्षेत्रमा भएको वर्षौंको कामबाट जुटेका प्रमाणहरूका आधारमा हामीलाई यस क्षेत्रमा के कुरा प्रभावकारी हुन्छन् र के प्रभावकारी हुँदैनन् भन्ने कुरा सप्रमाण थाहा छ र हामीसित अध्ययन र सर्वेक्षणहरूबाट प्राप्त भरपर्दा परिणामहरू पनि उपलब्ध छन् ।

एड्स इपिडेमिक मोडलले हाम्रासामु हाम्रो आफ्नै सन्दर्भबाट प्राप्त विभिन्न किसिमका लगानीका परिदृश्यहरू चयनका लागि प्रस्तुत गरेको छ । यस अभ्यासले लगानीको अधिकतम प्रतिफल हासिल गर्न तथा राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियालाई बुद्धिमत्तापूर्वक र रणनीतिक हिसाबले अघि बढाउँदै नेपालको राष्ट्रिय तथ्याङ्कलाई विश्लेषण गरेर जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रुपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने दिशामा अघि बढ्न हामीलाई मदत गरेको छ ।

नेपालको राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुत गति दिएर राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ मार्फत आगामी पाँच वर्षमा नेपाल एचआईभी भिजन २०२० हासिल गर्न राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र तयार र पूर्ण प्रतिबद्ध छ ।

दिगो विकासका लक्ष्यहरूले जस्तै नेपालको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले पनि समानता, भेदभावरहित व्यवहार र कोही पनि नछुटोस् भन्ने नयाँ प्रतिबद्धताहरू अङ्गीकार गरेको छ । यी नवीकरण गरिएका प्रतिबद्धताहरूले उत्तरदायित्व र राष्ट्रिय ऐक्यबद्धतालाई धेरै समक्ष पुऱ्याउँछन् र लक्ष्यहरूको प्राप्तिका लागि लगानीमा जोड दिदै मानव अधिकारलाई ध्यानमा राखेर काम गर्छन्, जसबाट सबै व्यक्तिले आफ्नो जीवनमा कल्याणको र सम्मानको अवसर हासिल गर्नेछन् ।

यो कठीन अभ्यास सम्पन्न गरेकोमा हाम्रो स्टेयरिङ कमिटि तथा रणनीतिक योजना विकास टोलीप्रति कृतज्ञता व्यक्त गर्छौं । हामी यो अभ्यासलाई सफल बनाउनका लागि हाम्रा अन्तर्राष्ट्रिय विकास साझेदारहरूबाट प्राप्त सहयोगको पनि सराहना गर्दछौं । यो परिकल्पनाको प्राप्तिका लागि, यी गतिविधि र रणनीतिहरूको पूर्ण कार्यान्वयनका लागि, र तथ्यमा आधारित लगानीका लागि नेपाल सरकार र नेपाली जनताले अन्तर्राष्ट्रिय प्राविधिक र आर्थिक सहयोग पाई नै रहनेछन् भन्नेमा हामी विश्वस्त छौं ।

डा. तरुण पौडेल
निर्देशक, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र

समुदायको भनाई

समुदायको सहभागिता बिना एचआईभीका लागि गरिएका कुनै पनि गतिविधि प्रभावकारी हुन सक्दैनन् । एचआईभीसित सम्बन्धित प्रसङ्गमा समुदायमा एचआईभी सङ्क्रमित तथा प्रभावितहरू यसबाट सबभन्दा धेरै कुरा गुमाउने र सबभन्दा धेरै लाभ पाउनेमा पर्दछन् ।

विगत वर्षहरूमा एचआईभीका लागि गरिएका गतिविधिहरूमा समुदायहरूको भूमिका प्राथमिक हेरचाह र सहयोगबाट विस्तार भएर स्वास्थ्य र सामाजिक सेवा, सम्पर्क-सञ्जाल तथा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू तथा अन्य मुख्य समूहहरूको अधिकारको पैरवी जस्ता विषयहरू समेट्दै सुपरिचित हुन पुगेको छ । एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूलाई प्रभाव पर्ने निर्णय र नीतिहरूका समान साझेदार भएका नाताले एचआईभीसित सम्बन्धित त्रास, पूर्वाग्रह र भेदभाव कम गराउन तथा मानव अधिकार उल्लङ्घन एवं लैङ्गिक अन्याय सम्बन्धित विषयहरूमा पनि समुदायको महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ ।

जनस्वास्थ्य र अन्य प्रणालीहरूसित सँगसँगै कार्यरत भएकोले पनि नेपालका एचआईभीसित सम्बन्धित गतिविधिहरूको सफलता र दिगोपनका लागि सामुदायिक गतिविधिहरू विशेष महत्वपूर्ण छन् । सामुदायिक अनुक्रियाहरू व्यावहारिक हुन्छन् त्यसैले तिनमा नौलोपन हुन पनि आवश्यक हुन्छ । नेपालमा एचआईभीसित सम्बन्धित सामाजिक, राजनीतिक र सांस्कृतिक सन्दर्भका जटीलताहरूको समाधान फेलापार्नका लागि चाहिने दक्षता नागरिक समाजसित छ । उदाहरणका लागि २०१५ को विनाशकारी भूकम्प पछि मानवीय सहायताका सन्दर्भमा कुनै कुरालाई अनुकूलन गर्ने क्षमता, गतिशीलता, प्रभावित व्यक्तिहरूसम्म पुग्ने समाधानको विकास गर्ने दक्षता, अनुक्रियात्मक गतिविधि र पूर्ववत् अवस्थामा फर्किन सक्ने लचिलोपनका कारण समुदायको भूमिका बहुप्रशंसनीय रह्यो ।

हामीले राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ लाई कार्यान्वयन गरेको यो समय नेपालमा एचआईभीसित सम्बन्धित गतिविधिहरूको इतिहासमा महत्वपूर्ण छ । जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रुपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्नका लागि हामीसित आवश्यक ज्ञान, साधन र प्रतिबद्धता छ । त्यसका लागि आगामी पाँच वर्षसम्म हामी द्रुतगति विधिको प्रयोग गर्छौं, जसलाई २०३० सम्म दिगोपन सहितको कार्यक्रमबाट अनुगमन गरिनेछ ।

समुदायको सबल उपस्थिति, आवाज र गतिविधि भएमा मात्र सफल परिणामका लागि द्रुतगति विधिबाट गरिने आधारभूत काम पूरा हुन्छ । यसले आवश्यकतामा रहेका व्यक्तिहरूको सेवा प्राप्तिको सम्भावनालाई फराकिलो पार्छ, कार्यक्रमहरूमा नवीनता ल्याउँछ र समुदायमा आधारित र समुदायको नेतृत्वमा चलेका, खासगरी परीक्षण र उपचारको माग बढाउने, गुणस्तरको निरीक्षण गर्ने, एचआईभी भएकाहरूलाई सेवा उपलब्ध गराउने, तथा मानवअधिकारको हनन, लैङ्गिक अन्याय, पूर्वाग्रह र भेदभाव जस्ता सफलतामा अवरोध गराउनसक्ने तत्वहरूलाई प्रभावकारीरूपले सम्बोधन गर्छ ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ समुदायहरूको सहभागिता र नेतृत्वमा भएको द्रुतगति विधिमा आईपर्ने चुनौतीहरूलाई समाधान गर्ने अभिव्यक्ति हो । जसअन्तर्गत रणनीतिक लगानीका लागि

पैरवी र जवाफदेहिता, मुख्य समूहहरूका लागि मानव अधिकारको पहुँच र पैरवी, स्वस्थ तथा निरोगी हुनका लागि सांस्कृतिक र अन्य विषयवस्तु, उपचार पालनामा सहयोग, सेवाहरूको माग सृजना, रोकथाम-उपचारको अविच्छिन्नतामा सामुदायिक संस्था तथा कार्यकर्ताहरू मार्फत हुने सेवा प्रदान तथा सान्दर्भिक सार्वजनिक-निजी सहकार्य मार्फत कामको साझेदारी आदी रहेका छन् । संक्षेपमा यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको "पहिचान, पहुँच, सिफारिस" को अवधारणा सम्पूर्णरूपमा हामी, अर्थात् समुदायमा निर्भर हुन्छ ।

समुदायमा आधारित सेवा तथा स्वास्थ्य प्रणालीहरूलाई दिगो, व्यापक र लचिलो किसिमले एकीकृत गर्न आवश्यक छ । हाम्रा समुदायमा आधारित सेवाहरू उपयुक्त तरिकाले संचालन भएर नै गुणस्तरीय र अपेक्षित सुस्वास्थ्यका परिणामहरू हासिल गर्नका लागि सदैव तत्पर रहेका छन् ।

समुदायको सक्रिय सहभागितामा तयार भएको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले नेपाल सरकार, निजी क्षेत्र र विकासका वाह्य साझेदारहरूसित सहकार्य गर्न आह्वान गरेको छ । यसले एचआईभी रोकथाम, उपचार र हेरचाहको लागि लचिलो र दिगो प्रणालीमा सहभागी हुने हाम्रो विशिष्ट क्षमतालाई स्वीकार गरेको छ । यस अर्थमा समुदायको अनुक्रिया राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६- २०२१ ले अभिन्न अङ्गको रुपमा लिएको छ । समुदायको अनुक्रियाले यस रणनीतिक योजनाको प्रारम्भ देखिनै एचआईभी भिजन २०२० का लागि योजना निर्माण, लगानीहरूको छनोट तथा समन्वयमा सहयोग पुऱ्याउने छ ।

श्री अच्युत सिटौला, अध्यक्ष, राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ, नेपाल

श्री मथुरा कुँवर, अध्यक्ष, एचआईभी र एड्स सङ्क्रमित महिलाहरूको राष्ट्रिय महासंघ

श्री मनिषा ढकाल, अध्यक्ष, यौनिक तथा लैङ्गिक अल्पसङ्ख्यकहरूको महासंघ, नेपाल

श्री बिजया ढकाल, जागृती महिला महासंघ

श्री बिष्णु फुँयाल शर्मा, अध्यक्ष, रिकभरिङ नेपाल, लागूपदार्थ प्रयोगकर्ताहरूको राष्ट्रिय सञ्जाल

श्री सोनाम शेर्पा, अध्यक्ष, नेपाल ड्रग युजर्स प्रिभेन्सन एसोसिएशन फर वीमन इन नेपाल

श्री गणेश लोहनी, अध्यक्ष, एड्स विरुद्ध राष्ट्रिय नेटवर्क समूह, नेपाल

श्री ऋषि ओझा, अध्यक्ष, नेपाल एचआईभी एड्स अलाइन्स

श्री टुका देवी रेग्मी, अध्यक्ष, न्याशनल माइग्रेन्टस् नेटवर्क अन एचआईभी एड्स एन्ड एसआरएचआर

श्री सारा थापा मगर, संयोजक, योङ की एफेक्टेड पपुलेशन इन नेपाल

विषयसूची

संक्षिप्त शब्दहरू क

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना, एक परिचय ख

१. परिचय १
- १.१ सन्दर्भ १
- १.२ विश्वव्यापी र स्थानीय प्रतिबद्धता ४
- १.३ राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६ - २०२१ को तयारी प्रक्रिया ५
- १.४ विषयगत, क्षेत्रीय तथा राष्ट्रिय परामर्श बैठकका सिफारिसहरू ७

२. स्थिति विश्लेषण ८
- २.१ इपिडेमोलोजी ८
- २.२ सेवाहरू ११
- २.३ एन्टिरेट्रोभाइरल रेजिमेनहरूको आवधिक समीक्षा तथा जानकारी १२
- २.४ आर्थिक परिदृश्य १२
- २.५ चुनौतीहरू तथा प्राथमिकताका क्षेत्रहरू १३
- २.६ एड्स इपिडेमिक मोडलका प्रक्षेपणहरू १५

३. रणनीतिक दिशाहरू १८
- ३.१ परिकल्पना: जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रुपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने १८
- ३.२ नेपालमा राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियाका लागि लक्षित लगानीका क्षेत्रहरू २२
- ३.३ सुशासन, संरचना तथा उत्तरदायित्व ३२
- ३.४ लक्षित लगानीको सारांश ३५

कृतज्ञता ३७

शब्दावली ४०

परिशिष्ट: यूएनएड्सको विश्वव्यापी रणनीति - दिगो विकास लक्ष सम्बन्धी आठवटा परिणामका क्षेत्र, ३, ५, १०, १६ र १७ ४७

सन्दर्भ सामग्रीहरू ५०

थप पाठ्यसामग्रीहरू ५१

संक्षेप शब्दावली

एड्स (AIDS)	अक्वायर्ड इम्युनोडेफिसियन्सी सिन्ड्रोम
असएड (AusAID)	अन्तर्राष्ट्रिय सहयोगका लागि अस्ट्रेलियन नियोग
डीएफआईडी (DFID)	अन्तर्राष्ट्रिय विकासका लागि संयुक्त अधिराज्यको निकाय
ई-हेल्थ (e-Health)	इलेक्ट्रोनिक हेल्थ टेक्नोलोजिज
ईभीटी (eVT)	आमाबाट बच्चाहरुमा हुने सङ्क्रमणको निवारण
एचआईभी (HIV)	ह्युमन इम्युनोडेफिसियन्सी भाइरस
एमडीजी (MDG)	सहस्राब्दी विकास लक्ष्य
एम-हेल्थ (M-Health)	मोबाइल हेल्थ टेक्नोलोजिज
एसडीजी (SDG)	दिगो विकास लक्ष्य
टीबी (TB)	क्षयरोग
यूएनएड्स (UNAIDS)	संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी एड्स कार्यक्रम
यूएसएआईडी (USAID)	अमेरिकी सहयोग नियोग
डब्लूएचओ (WHO)	विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना, एक परिचय

सन् २०१५ को अन्त्यमा नेपालमा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको अनुमानित सङ्ख्या ३९,३९७ थियो । त्यसै वर्ष थप १,३३१ जना (अनुमानित) एचआईभीबाट सङ्क्रमित भएका थिए र २,२६३ जना (अनुमानित) को मृत्युको कारण एड्ससित सम्बन्धित थियो । नेपालमा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू मध्ये ३०% मात्र उपचारका लागि दर्ता भएका छन् सुधारको गति स्थीर हुँदाहुँदै पनि ९०% लाई उपचारको दायरामा ल्याउने विश्वव्यापी लक्ष्य हासिल गर्न धेरै बाँकी छ । यस राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले सन् २०२० सम्ममा ९०-९०-९० को उपचार लक्ष्य द्रुतगतिमा हासिल गरी जनस्वास्थ्यको समस्याका रुपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने चुनौतीको रुपमा स्वीकार गरेको छ ।

सन् २०१६-२०२१ को अवधिका लागि तयार गरिएको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना एउटा तथ्यद्वारा सूचित रणनीतिहरूको सँगालो हो । यो मजबूत, एकीकृत, अधिकारमा आधारित तथा विकेन्द्रित सेवा सहितको एचआईभी कार्यक्रमहरू निर्माण गर्नमा केन्द्रित छ । यी कार्यक्रमका गतिविधिहरू जनस्वास्थ्यका अन्य सेवाहरूसित एकीकृत हुनेछन् । यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०११-२०१६ तथा नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ बाट सिकिएका पाठहरू, रणनीतिक एचआईभी योजना २०११-२०१६ को मध्यकालीन समीक्षाका सुझावहरूमा आधारित छ । यसले एड्स इपिडेमिक मोडल (AIDS Epidemic Model) तथा विभिन्न अध्ययन, सर्वेक्षण एवं मूल्याङ्कनका सिफारिसहरू लागू गर्दछ ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको तयारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको नेतृत्वमा नेपाल सरकार, नागरिक समाज सञ्जाल, अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारहरू, सेवा प्रदायकहरू जस्ता विविध क्षेत्रका साझेदारहरूको श्रृङ्खलाबद्ध परामर्शहरूबाट भएको हो । राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले यस्ता परामर्शहरूबाट प्राप्त सिफारिसहरूलाई रणनीतिक दिशानिर्देशका रूपमा समावेश गरेको छ । ती रणनीतिक दिशानिर्देशहरूबाटः

- एचआईभी रोकथामका लागि मुख्य समूहहरुको (key population) पहिचान गरेर विविध कार्यक्रमहरूसहित ती समुहहरुसम्म पुग्न,
- वाह्य सम्पर्क (out-reach) मार्फत मुख्य समूहसम्म पुग्न हुनेछ तथा आन्तरिक सम्पर्क (In-reach) मार्फत समुदायद्वारा मुख्य समूहको भित्र पुग्न,
- "परिक्षण र उपचार" को अवधारणा बमोजिम सीडी फोर गणना जति भए पनि एचआईभीको उपचार सेवा उपलब्ध गराउन,
- एचआईभी सङ्क्रमितलाई उपचारमा कायम राखेर उनीहरूको भाइरल भार नगण्य अवस्थामा ल्याउन,
- अधिकतम प्रभावका लागि, द्रुतगतिका प्राथमिकता प्राप्त लगानीहरूलाई परिणाम, क्षेत्र, सघनता, गुणस्तर, नवीनता र गतिका साथ (scope, scale, intensity, quality, innovation and speed) संचनलन गर्न,
- क्रिटिकल प्रोग्राम तथा क्रिटिकल सोसल इनाबलर्सलाई बढावा दिने,

- कामको बाँडफाँडका माध्यमबाट रोकथाम र उपचारका बीचको अन्तरसम्बन्ध निर्माण गर्न क्रियाशील सार्वजनिक-निजी साझेदारीको स्थापना गर्न, तथा
- मुख्य समूहहरूमा र उनीहरूकै लागि प्राथमिक एचआईभी रोकथामका निमित्त श्रृजनशील, सुसंयोजित र एकीकृत सेवा पुऱ्याउन ।

नेपालमा राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको केन्द्रमा मुख्य समूहहरू रहेका छन्, जसमा महिला यौनकर्मी, तेस्रोलिङ्गी यौनकर्मी, पुरुष यौनकर्मी, यौनकर्मीका ग्राहक, समलिङ्गी पुरुष र पुरुषसित यौन कार्यमा संलग्न हुने अन्य पुरुष, सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्ति, कैदीबन्दीहरू, चलायनमान समूह, आप्रवासी र विस्थापित व्यक्तिहरू, युवा तथा वर्दीधारी सेवामा रहेका व्यक्तिहरू पर्दछन् । त्यसका अतिरिक्त आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारणका लागि राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरूमा ध्यान दिएको छ ।

मुख्य समुहहरुमा पहुँच बढाउनका लागि नवीन शैलीमा सेवा प्रदान गर्ने तरीकामा, संस्थामा आधारित वाह्य सम्पर्क तथा समुदायमा आधारित आन्तरिक सम्पर्कमार्फत सघन परीक्षण पनि सामेल छ । परीक्षणलाई छरितो र नवीनतापूर्ण प्रेषण प्रणाली सहितको उपचार तथा बिरामीलाई उपचारमा कायम राख्ने काम सार्वनजिक, निजी तथा गैरसरकारी सङ्गठनहरूद्वारा सञ्चालित केन्द्रहरूबाट हुन्छ ।

समुदायको नेतृत्वमा गरिने एचआईभी छनौट परीक्षणका (HIV screening) लागि “टेस्ट फर ट्रायएज” को शुरूवात गरिनेछ । “पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र उपचारमा कायम” (identify, reach, recommend, test, treat and retain) का लागि कामको बाँडफाँड यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको मुख्य विशेषता हो । केस पहिचान तथा केस व्यवस्थापन माध्यमबाट रोकथाम-उपचार अविच्छिन्नताको अवधारणा (Prevention - Treatment Continuum) लाई सफल बनाउनका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू र समुदायका तालीमप्राप्त सदस्यहरूको क्षमता तथा दक्षतालाई अद्यावधिक गरिनुका साथै उद्देश्यका लागि सुहाउँदो बनाइनेछ ।

एचआईभीको नयाँ सङ्क्रमणहरूको रोकथाम गर्ने कार्यक्रममा कुल एचआईभी बजेटको कम्तिमा ७३% लगानी गरेर नेपालले रोकथामको खाडललाई पुर्नेछ ।

नैतिक दायित्वको दृष्टिकोणबाट हेर्दा आमाबाट बच्चामा हुने संक्रमणको निवारण गर्न सकिन्छ र यो संभव छ, जसले गर्दा नेपालमा कुनै पनि शिशुहरू एचआईभी संक्रमित भएर जन्मने छैनन् र आमाहरू पनि स्वस्थ्य र जीवित रहने छन् ।

नेपाल एचआईभी भिजन २०२० को कार्यान्वयनबाट शून्य नयाँ एचआईभी सङ्क्रमण हासील गर्ने संभावना विगतमा भन्दा प्रवल देखिन्छ । नयाँ साधन र आविष्कारहरूका साथ समयसापेक्ष विधिहरूद्वारा एचआईभी सङ्क्रमणबाट जोगिने र कसैलाई पछाडि नछाडी अरूलाई जोगाउने वास्तविक मौका आएको छ ।

परिचय १

१.१ सन्दर्भ

सन् १९८८ मा नेपालको पहिलो एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्ति फेला परेपछि सन् १९९० को दशकमा सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूमा यो इपिडेमिक द्रुत गतिमा फैलियो । त्यसलाई सफलतापूर्वक नियन्त्रणमा लिइयो । नेपालमा एचआईभी प्रशारणका लागि सुईद्वारा लागूपदार्थ प्रयोग अझ पनि महत्वपूर्ण प्रशारणका माध्यम हो तापनि हाल एचआईभी प्रशारणको मुख्य माध्यम यौनजन्य रहेको छ, जुन नयाँ सङ्क्रमणको ८५ प्रतिशत छ । यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको तयारी हुँदाका बखत नेपालमा वयस्कहरूमा एचआईभीको व्याप्तता ०.२% (Adult HIV Prevalence of 0. 2%) रहेको तथा कुल ३९,३९७ जना एचआईभी सङ्क्रमित रहेको अनुमान गरिएको छ । सन् २००० मा नयाँ एचआईभी सङ्क्रमणको सङ्ख्या सबैभन्दा उच्चतम थियो । सन् २००० मा ७,५०० भन्दा माथि रहेको नयाँ सङ्क्रमण त्यसपछि द्रुत गतिमा र उल्लेखनीय ढङ्गले कम हुँदै सन् २०१५ मा १,३३१ मा झ¥यो (१) ।

नेपालमा हुने एचआईभी तथा यौनजन्य सङ्क्रमणसित सम्बन्धित गतिविधिहरू राष्ट्रिय एड्स् रणनीतिबाट निर्देशित हुन्छन्, जसको पछिल्लो संस्करण राष्ट्रिय एचआईभी/एड्स रणनीति २०११-२०१६ हो । राष्ट्रिय विकास योजनाले एचआईभीलाई प्रथम वर्गको प्राथमिकतामा राखेको छ र राष्ट्रिय एचआईभी नीतिले एचआईभी तथा यौनजन्य गतिविधिहरूबाट फैलिने सङ्क्रमणहरूका बारेमा राष्ट्रिय अनुक्रियाहरूका लागि नीति र व्यवस्थापकीय ढाँचा स्थापना गरेको छ । उक्त ढाँचाहरूमा सन् २०१५ - सन् २०२० अवधिलाई समेट्ने हालको नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (NHSS) (२) लगायत नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रका योजना र रणनीतिहरू संलग्न छन् । निर्माणाधीन राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण रणनीति २०१६-२०२१ ले पनि क्षयरोग (टीबी) र एचआईभी अनुक्रियाको पाटोलाई समावेश गरेको छ ।

नेपालको संविधानले नेपाली नागरिकहरूका लागि निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्यसेवाको प्रत्याभूति गरेको छ । एचआईभी नियन्त्रण उच्च प्राथमिकताप्राप्त राष्ट्रिय विकास कार्यक्रम भएकाले राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ ले पनि सबै नागरिकको मौलिक हकका रूपमा रहेको आधारभूत स्वास्थ्यसेवामा पहुँचको प्रत्याभूतिको संवैधानिक भावनालाई समाहित गरेको छ । नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको (NHSS) सन् २०२० सम्ममा हासिल गर्ने लक्ष्य तथा सूचकहरूले आवश्यक उपचारका रूपमा फर्स्ट लाइन एन्टिरेट्रोभाइरल औषधीहरूको निशुल्क उपलब्धता र निशुल्क एचआईभी परीक्षणलाई पनि समावेश गरेको छ । सम्बन्धित अन्य मन्त्रालयहरूले पनि आफ्ना रणनीति र कार्यक्रमहरूमा एचआईभीलाई सम्बोधन गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेका छन् । एचआईभीसित सम्बन्धित यस्ता बहुक्षेत्रीय कार्यक्रमहरूलाई नेतृत्व गर्न राष्ट्रिय योजना आयोगले प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको छ । नेपालले एचआईभी/एड्सका लागि राष्ट्रसंघीय संयुक्त कार्यक्रम (यूएनएड्स) को रणनीति २०१६-२०२१ तथा संयुक्त राष्ट्रसंघको साधारणसभाद्वारा अनुमोदन गरिएको दिगो विकासका लक्षहरू अन्तर्गत जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्नका लागि एचआईभीसित सम्बन्धित कार्यक्रमहरूलाई द्रुतगति प्रदान गर्न पनि प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको छ ।

राष्ट्रिय, क्षेत्रीय, जिल्ला र गाउँ तहमा रहेका जनस्वास्थ्यसेवाका पूर्वाधारहरूका माध्यमबाट राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना लागू गर्नु राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको जिम्मेवारी हो । नागरिक समाजले उपलब्ध गराएको सेवा तथा गैरसरकारी सञ्जाल तथा संस्था लगायत अन्य सार्वजनिक निकाय तथा निजी क्षेत्रसितको संयोजनमा यसको कार्यान्वयन हुन्छ । नेपालमा एचआईभी अनुक्रिया मुख्यरूपले बाह्य आर्थिक स्रोतमा निर्भर छन् र त्यो स्रोत द्रुतगतिमा घटिरहेकाले पारस्परिक लाभ हुने किसिमका सार्वजनिक निजी सहभागिताका कार्यक्रमहरूको स्थापना गर्न तथा त्यसलाई निरन्तरता दिन र तथ्यद्वारा सुचित उपयुक्त लगानीहरुको छनौट गर्न अत्यन्त जरूरी छ । राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ को उद्देश्य प्राथमिकता तथा लगानीको मार्ग निर्देशन गर्नु हो ।

राष्ट्रिय एचआईभी/एडस् रणनीति २०११-२०१६, सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू तथा संयुक्त राष्ट्रसंघको साधारणसभाद्वारा सन् २००६ र सन् २०११ का एड्ससित सम्बन्धित राजनीतिक घोषणापत्रहरूको आधारमा निर्माण भएको हो । यसले सन् २०१० का तुलनामा सन् २०१६ सम्मका लागि निम्न लक्षहरू निर्धारण गरेको थियो:

- एचआईभीका नयाँ सङ्क्रमण ५०% ले कम गराउने;
- एड्ससित सम्बन्धित मृत्यु २५% ले कम गराउन;
- बालबालिकामा नयाँ सङ्क्रमण ९०% ले कम गराउने ।

सन् २०१५ को अन्त्यसम्ममा उपलब्धि यसप्रकार थिए:

- नयाँ सङ्क्रमणमा ४३ % ले कमी आएको ;
- एड्ससित सम्बन्धित मृत्युमा १२ % ले मात्र कमी आएको (१२ % मात्र कमी हुनुको एउटा कारण एचआईभीको निदान र उपचारमा हुने ढिलाइ हो । सन् २०१५ मा उपचारमा दर्ता भएका ४६% सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमा सुरूको सीडी ४ (सीडी फोर) गणना गर्दा प्रतिघन मिलिमिटरमा २०० सेलभन्दा कम थियो);
- बालबालिकामा नयाँ सङ्क्रमण ५७ % ले कमी आएको ।

२०१६ को अन्त्यसम्ममा २०११-२०१६ रणनीतिका लक्ष्यहरू हासिल गर्नका लागि यी निष्कर्षहरू महत्वपूर्ण हुनुको साथै सम्पूर्ण प्रयासहरूलाई द्रुतगतिमा लैजानका लागि जोडदार आग्रह पनि हो ।

एचआईभीका लागि राष्ट्रिय अनुक्रिया (३) को समीक्षाले राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको कार्यान्वयनका दिशामा नेपालले उपलब्धिहरू हासिल गर्दागर्दै पनि निम्न चुनौतीहरू लाई स्पष्टरूपमा औंलाएका छन् ।

- एचआईभीसित सम्बन्धित सेवाहरूको आपसी सम्बन्ध, एकीकरण, उपलब्धता तथा गुणस्तर;
- मुख्य समूह तथा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको सहभागिता;
- आप्रवासीहरू तथा तिनका परिवारहरूका लागि एचआईभी अनुक्रिया नीति;
- सेवा प्रदायकहरूको भूमिकामा स्पष्टता;

- सामुदायिक र निजी क्षेत्रको सेवा, सार्वजनिक क्षेत्रको सेवासित एकीकरण;
- आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण सम्बन्धी सेवाहरू मातृशिशु स्वास्थ्यसेवासँग एकीकृत रूपमा साथै निजी तथा सामुदायिक सेवामार्फत सेवा प्रदान;
- रणनीतिक सूचना, तथ्याङ्कहरूको गुणस्तर तथा प्रयोग ।

नेपालमा एचआईभीका लागि राष्ट्रिय अनुक्रियाको समीक्षाले यी चुनौतीहरूको सामना गर्नका लागि निम्नानुसारका सिफारिसहरू गरेको छः

- मुख्य समूहहरूका लागि गुणस्तरीय सेवामा ध्यान केन्द्रित गर्ने र त्यसलाई सशक्त बनाउने;
- भेदभावप्रति शून्य सहनशीलता अपनाउने;
- पर्याप्त एचआईभी कार्यक्रमको सुनिश्चिताका साथै आप्रवासन तथा आवतजावतलाई सम्बोधन गर्ने;
- आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्ने तथा आमाहरूलाई स्वस्थ र जीवित राख्ने;
- उपचार पनि रोकथाम हो भन्ने कुरालाई मान्यता दिने;
- एचआईभी कार्यक्रमलाई सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवासित एकीकृत गर्ने;
- राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको भूमिकालाई कार्यक्रम र परियोजना कार्यान्वयनमा भन्दा पनि राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियाको नीति र समन्वय, सार्वजनिक निजी साझेदारीको समन्वय, गुणस्तर नियन्त्रण तथा रणनीतिक सूचनामा सशक्त पार्ने ।

मध्यकालीन समीक्षा (४) का निष्कर्ष र सिफारिसहरू नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ (५) मा समावेश गरिएका थिए, जसलाई अङ्गीकार गर्नु सन् २०१५ पछिको एचआईभी अनुक्रियाको किफायती र प्रभावकारी विकासका लागि एउटा महत्वपूर्ण कदम थियो ।

नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ मध्यकालीन समीक्षाका सिफारिसहरूसित पूर्ण सहमत छ, जसले नेपालको एचआईभी अनुक्रियाको विदेशी सहयोगप्रतिको अति निर्भरतामाथि प्रकाश पारेको छ र क्रियाकलापको प्राथमिकीकरण र स्रोतको रणनीतिक वितरण गरेर देशको एचआईभीको बोझ कम गर्ने सल्लाह दिएको छ । आधारभूत सिफारिसहरूमा नेपाल सरकार नागरिक समाजबीचको सान्दर्भिक सार्वजनिक निजी साझेदारीको स्थापना गरी एचआईभीको रोकथामको क्षेत्र, क्षमता, तीव्रता, गति, गुणस्तर (scope, scale, intensity, speed, quality and innovation) तथा सृजनशीलतामा प्रभावकारी परिमार्जन तथा एचआईभी परीक्षण र उपचारको क्षमतामा उल्लेखनीय अभिवृद्धि गर्नु रहेको छ । नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ को निर्माणको प्रक्रियामा निम्नानुसारका क्रिटिकल प्रोग्राम तथा सोसल इनाबलर्स (critical programme and social enablers) पहिचान गरिएको थियो र तिनीहरूलाई नेपालमा एचआईभी अनुक्रिया परिमार्जन गर्नका लागि प्राथमिकतामा परेका लगानीको योजनामा सम्मिलित गराइएको थियोः

- एचआईभीको व्याप्तता उच्च भएका भौगोलिक क्षेत्रहरू तथा छरिएर रहेका समूहहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्दै, उच्च प्राथमिकताका समूहरूको पहिचान तथा परीक्षण गर्ने, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार तथा सार्वजनिक निजी साझेदारीमार्फत गरिने उपचारमा कामय राख्ने क्षमतालाई बढाउने;

- एचआईभी र्‍यापिड टेस्टको क्रियान्वयनको काम मुख्य समूहहरूको समुदायबाट छिटो र केन्द्रित रूपमा सम्पन्न गराउन तथा आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्नका लागि ग्रामीण तहका पूर्वप्रसूति सेवाको तहमा प्रभावकारी रूपमा कार्यक्रम लागू गर्ने;
- छरिएका र दोहोरिएका सेवाहरूलाई अन्त्य गर्दै, सेवालाई किफायती र प्रभावकारी बनाएर र वाह्यसम्पर्क (Outreach) र समुदायको आन्तरिक सम्पर्क (Inreach) लाई एकीकरण गर्दै सुव्यवस्थित स्वास्थ्य प्रणालीको स्थापना गर्ने;
- लैङ्गिक हिंसालाई सम्बोधन गर्दै, सामाजिक संरक्षण र एकतालाई अभिवृद्धि गराउँदै, भेदभावप्रति शून्य सहनशीलता अपनाउँदै, दण्डात्मक कानूनहरूलाई निष्क्रिय तुल्याउँदै, र जोकोही तथा जहाँ भए पनि "सबैका लागि अधिकार" को सिद्धान्तलाई सम्मान गर्ने;
- नेतृत्व क्षमतालाई अघि बढाउँदै, कार्यान्वयनकर्ताहरू बीचमा संयोजन, सहकार्य र सार्वजनिक निजी क्षेत्रका सबै तहमा जवाफदेहितातथा समाधानका संयन्त्रहरूको स्थापना गर्ने;
- सूचनाहरूको सङ्कलन, समायोजन, विश्लेषण तथा व्याख्या गरी उच्चस्तरको रणनितिक सूचनाहरूको प्रयोगमा लगानी गर्ने र मोबाइल हेल्थ (m-health), इलेक्ट्रोनिक हेल्थ (e-health) जस्ता सूचना तथा सञ्चारका आधुनिक प्रविधिहरूको प्रयोग गर्ने ।

१.२ विश्वव्यापी र क्षेत्रीय प्रतिबद्धताः

अहिले विश्व सहस्राब्दी विकास लक्ष्य पश्चातको अवस्थामा प्रवेश गरेको छ । सहस्राब्दी विकास लक्ष्यमा राखिएका उदेश्य र लक्ष्यहरू दिगो विकास लक्ष्यमा प्रतिविम्बित भएको छ । सेप्टेम्बर सन् २०१५ मा संयुक्त राष्ट्रसंघका सदस्य राष्ट्रहरूले ध्वनिमतले १७ वटा दिगोविकास लक्ष्यहरू पारित गरेका छन् । यसका स्वास्थ्य सम्बन्धी लक्ष्यहरूमा एसडिजी ३ अन्तर्गत जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने लक्ष्य ३.३ मा समावेश गरिएको छ । एचआईभी स्वास्थ्य समस्या मात्र नभएका कारण प्रभावकारी एचआईभी अनुक्रियाले दिगो विकास लक्ष्यका अन्य लक्ष्यहरू, खासगरी लक्ष्य ५, १०, १६ र १७ हासिल गर्न पनि योगदान गर्नसक्छ ।

सन् २०१५ को जनवरीमा भएको एसिया र प्यासिफिक क्षेत्रका लागि राष्ट्रसंघीय आर्थिक तथा सामाजिक आयोगको परामर्श भेलामा एसिया प्रशान्त क्षेत्रका मुलुकहरू सन् २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्न प्रतिबद्ध भएका छन् र एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिकालागि क्षेत्रीय ढाँचा अनुमोदन गरेका छन् । क्षेत्रीय संयोजन संयन्त्रका रूपमा दक्षिण एसियाली क्षेत्रीय सहयोग सङ्गठनले एआईभी, क्षयरोग तथा एआईभीको सहसङ्क्रमण, पैरवी, सञ्चार तथा सामाजिक परिचालनका लागि क्षेत्रीय रणनीति अङ्गीकार गर्‍यो छ । संयुक्त राष्ट्रसङ्घको साधारणासभाले दिगोविकास लक्ष्यलाई अङ्गीकार गरेपछि अक्टोबर सन् २०१५ मा यूएनएड्सको कार्यक्रम संयोजन बोर्डले द्रुतगति रणनीतिलाई अङ्गीकार गर्‍यो । यदि सदस्य राष्ट्रहरूलाई सन् २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्ने महत्वाकांक्षी लक्ष्य हासिल गर्नु छ भने सन् २०२० सम्ममा केही दूरगामी र जनकेन्द्रित लक्ष्य र उद्देश्यहरू हासिल गर्नका लागि यसले मार्गनिर्देश गर्छ । उक्त रणनीतिले क्षेत्रीय र स्थानीय नेतृत्व र जवाफदेहितालाई बढावा दिने संरचना र ढाँचा अन्तर्गत स्थानीय रूपमा तयार गरिएका अनुक्रियाहरूको आवश्यकता रहेको कुरा स्वीकार गरेको छ । द्रुतगति रणनीतिले सन् २०२० सम्ममा प्रभावकारी एचआईभी सेवाको तीब्रताका साथ स्तरोन्नति गर्ने लक्ष्य लिएको छ ।

विश्वव्यापी द्रुतगति लक्ष्यहरू यसप्रकार छन् ;

- २०१० र सन् २०२० का बीचमा नयाँ सङ्क्रमण ७५% ले कम गराउने (सन् २०३० सम्ममा ९०% कम गराउनेतर्फ अभिमुख);
- सन् २०२० सम्ममा ९०-९०-९० र सन् २०३० सम्ममा ९५-९५-९५ उपचार लक्ष्य हासिल गर्ने;
- सन् २०२० सम्ममा शून्य भेदभावको लक्ष्य हासिल गर्ने;
- बालबालिकामा हुने नयाँ सङ्क्रमणलाई सन् २०२० सम्ममा अन्त्य गर्ने;

द्रुतगति नीतिका सिद्धान्तहरू यसप्रकार छन्;

- महत्वाकांक्षा (Ambition) - नेतृत्व, राजनीतिक प्रतिबद्धता र महत्वाकांक्षी राष्ट्रिय लक्ष्यहरू सुनिश्चित गर्ने;
- ध्यान (Focus) - सबभन्दा प्रभावित जनसंख्या र ठाउँहरूमा सेवाका लागि लगानी गर्ने;
- परिवर्तन (Change) - प्रभावकारी अनुक्रियाहरूको विस्तार र समुदायमा आधारित विधिहरूलाई सृजनशील बनाउने;
- गति (Speed) - प्रभावकारी र कुशल सेवाहरूको स्तरोन्नतिको गतिलाई बढाउनका लागि पूर्वलगानी (front-loading investment) गर्ने;
- परिपूर्णता (Saturation) - उच्च प्रभावकारी सेवाहरूमा तीब्रता र गुणस्तर सहित लगानी गर्ने;
- मानव अधिकार (Human Rights) - प्रभावकारी, न्यायसङ्गत र जनकेन्द्रित एचआईभी अनुक्रिया सुनिश्चित गर्ने ।

जुन ८, २०१६ मा एउटा उच्चस्तरीय बैठकमा संयुक्त राष्ट्रसङ्घको साधारणसभाले जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्नका लागि राजनीतिक प्रस्ताव ध्वनिमतले स्वीकार गऱ्यो । यो विश्वव्यापी प्रतिबद्धताले मूलतः यूएनएड्सको विश्वव्यापी द्रुतगति रणनीतिलाई समर्थन गर्छ । उक्त उच्चस्तरीय बैठकमा द्रुतगति रणनीति र राजनीतिक घोषणापत्र बारेमा छलफल भयो र कार्यान्वयनका लागि निर्देशन दिइयो ।

१.३ राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको विकासको प्रक्रिया

नेपालको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१, नेपाल एचआईभी भिजन २०२० को तयारीको काम सन् २०१५ मा स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको अगुवाइमा आयोजित परामर्शहरूबाट भएको थियो । उक्त रणनीतिको विकासका लागि आवश्यक समिति गठन सन् २०१५ को डिसेम्बरमा भएको थियोः

- राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको विकासको कामलाई मार्गदर्शन गर्ने काम विभिन्न मन्त्रालय, नागरिक समाज, संयुक्त राष्ट्रसंघ तथा अन्य मुख्य साझेदारहरूको सहभागितामा स्वास्थ्य सचिवको अध्यक्षतामा गठित एउटा बहुपक्षीय निर्देशक समितिले गऱ्यो, जसको सदस्य सचिवका रूपमा राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रका निर्देशक रहेका थिए ।

- सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्र, नागरिक समाज, सामुदायिक सञ्जाल तथा समूहहरू, संयुक्त राष्ट्रसंघ र अन्य मुख्य साझेदारहरू सदस्य भएको बहु-सरोकारवाला प्राविधिक रणनीतिक योजना विकास टिमको अध्यक्षता राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रका निर्देशकबाट भयो ।
- संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी टीम तथा अन्य साझेदारहरूको सहयोगमा रणनीतिक योजना विकास टिमको विषयगत समूहहरूले बैठक गरी आफ्नो केन्द्रीय वा क्षेत्रीय परामर्शबाट प्राप्त सुझावहरू दुईजना राष्ट्रिय र दुईजना अन्तराष्ट्रिय परामर्शदाताहरू सहितको विस्तृत रणनीतिक योजना विकास टिम समक्ष प्रतिवेदन गरे । विषयगत समूहहरू निम्नानुसार थिए:
    - मुख्य समूहहरू - उच्च प्राथमिकता प्राप्त समूह, रोकथाम - उपचार सेवाहरूको तथा सामुदायिक आन्तरिक सम्बन्ध-सम्पर्कहरू;
    - स्वास्थ्यसेवा सुदृढीकरण प्रणाली (Systems for Health) एकीकरण, सामञ्जस्य, सेवामा पहुँच, जनशक्तिको कार्यकुशलता, गुणस्तर, रोकथाम, उपचारको निरन्तरता, केस पहिचान तथा केस व्यवस्थापन, सार्वजनिक निजी साझेदारी तथा कामको बाँडफाँड;
    - तथ्यद्वारा सुचित रणनीतिक सूचना - सूचनाहरूको सङ्कलन, समायोजन, विश्लेषण, व्याख्या र प्रयोग साथै अनुगमन, अध्ययन र अनुसन्धान, कार्यक्रम तथा परियोजनाको मूल्याङ्कन;
    - सुसासन - नेतृत्व, साझेदारीहरू, लगानी तथा जवाफदेहिता;
    - मानव अधिकार - लैङ्गिक न्याय तथा भेदभावप्रति शून्य सहनशीलता तथा सामाजिक संरक्षण;
    - विकसित विषयवस्तु तथा नवीनता (Emerging issues and Innovativeness) - नयाँ प्रविधिहरू, सामाजिक सञ्चारमाध्यम तथा सङ्कटकालीन पूर्वतयारी ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको विकासको पूरै अवधिभर मुख्य समूहहरूका राष्ट्रिय सञ्जालहरूले मुख्य समूहलाई केन्द्रमा राखेको कुरा उल्लेखनीय छ । उनीहरू यी छ वटा विषयगत क्षेत्रका संयोजक पनि थिए । उक्त छ वटा विषयगत समूहरुले आफ्नो पहिलो चरणको परामर्श जनवरी २०१६ मा सुरु गरे ।

२०१६ फेब्रुअरी १२, मा स्वास्थ्य सेवा विभागका महानिर्देशक तथा निर्देशक समितिका सचिव समक्ष प्रारम्भिक बजेट अनुमान सहितको राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको पहिलो मस्यौदा प्रस्तुत गरियो । त्यसपछि पनि, क्षेत्रीय तहमा परामर्शहरू फेब्रुवरी र मार्चमा गरेर चारवटा भए । विभिन्न प्रतिवेदनहरू (लैङ्गिक मूल्याङ्कन परामर्श, एड्सको राष्ट्रिय खर्चको मूल्याङ्कन, एड्स, ग्लोबल फन्डद्वारा गरिएको अनुदान कार्यक्रमका दस्तावेज आदि) बाट राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको विकासमा योगदान प्राप्त भयो । नागरिक समाज सञ्जालहरूसित थप परामर्शपछि आएका सुझावहरू समावेश गरी, कार्यान्वयनकर्ता र विकासका वाह्य साझेदारहरूलाई २०१६ अप्रिल ४ मा राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको दोस्रो मस्यौदा पेश गरिएको थियो । साझेदारहरूको टिप्पणीलाई संलग्न गरिसकेपछि रणनीतिक योजना विकास टिमका थप टिप्पणीहरूलाई राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको मस्यौदामा संलग्न गरेर त्यसलाई सञ्चालक समितिसमक्ष प्रस्तुत गर्नका लागि तयार गरियो । अधिकांश टिप्पणीहरू राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको क्रियान्वयन सम्बन्धित भएकाले तिनलाई राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको क्रियान्वयनका लागि मार्गदर्शनका रूपमा अनुसूचीमा राखियो, जसलाई राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको रणनीतिक दिशा अनुमोदन

भएपछि सुरु गरिनेछ । राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ को तयारी जून २०१६ मा सम्पन्न भयो ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना, नेपालको सामान्य स्वास्थ्य सेवासित एकीकृत भएको, एचआईभी तथा यौनजन्य सङ्क्रमणहरूका लागि सङ्गठित, एकताबद्ध, आधिकारमा आधारित र विकेन्द्रित सेवामा ध्यान–केन्द्रित कार्यक्रमका लागि तथ्यमा आधारित रणनीतिहरूको सँगालो हो । राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको निर्माण राष्ट्रिय एचआईभी/एड्स योजना २०११-२०१६ र त्यसको मध्यावधि समीक्षा तथा नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ मा आधारित छ । यसले सन् २०२० सम्ममा ९०-९०-९० उपचार लक्ष्य हासिल गरेर सन् २०३० सम्ममा नेपालमा एड्स इपिडेमिक अन्त्यका लागि नेपालको एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिमा लैजान एड्स इपिडेमिक मोडल (६) तथा अन्य विभन्न रणनीतिक सूचनाहरू, सर्वेक्षण र मूल्याङ्कनहरूबाट प्राप्त सुझावहरू लागू गर्छ । यसले एचआईभीमा भएको कुल लगानीको कम्तीमा २५ प्रतिशत रकम विभिन्न एचआईभी रोकथामका गतिविधिहरूमा लगानी गर्ने (Quarter for Prevention) सिद्धान्त अवलम्बन (७) गर्दछ । नेपालमा सन् २०१५ मा रोकथामका लागि गरिएको लगानी ४० प्रतिशत भन्दा बढी थियो ।

१.४ विषयगत, क्षेत्रीय र केन्द्रीय परामर्शहरूबाट प्राप्त सुझावहरू

राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको नेतृत्वमा सरकार, नागरिक समाज सञ्जालहरू, अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारहरू तथा सेवाप्रदायकहरूसँग भएका श्रृंखलाबद्ध परामर्शहरू मार्फत एचआईभीसित सम्बन्धित उद्देश्य र लक्ष्यहरूका लागि केन्द्रीय र क्षेत्रीय तहमा रहेका उपलब्धि र बाधा व्यवधानहरूको पहिचान गरिएको थियो । यी परामर्शहरूका सुझावहरू राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको रणनीतिक दिशानिर्देशमा समावेश गरिएका छन् ।[१]

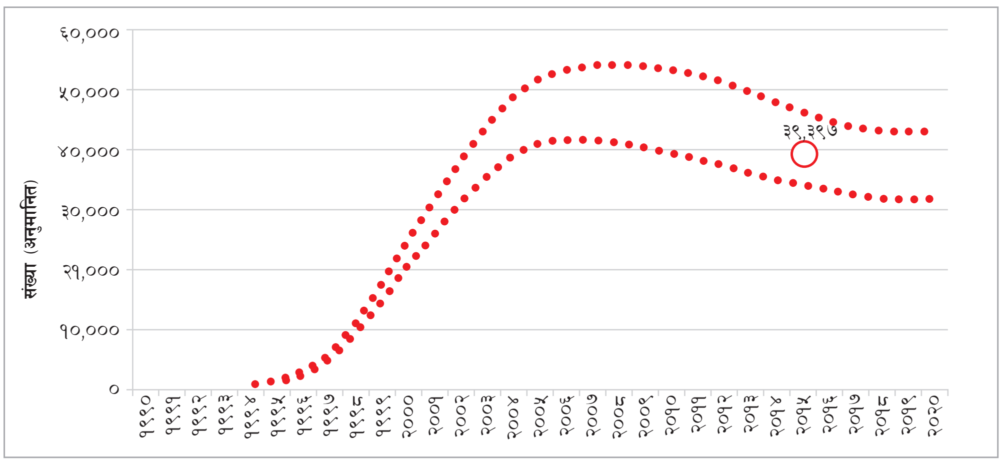
[१] यी सुझावहरु http://tinyurl.com/hobs7f5 मा उपलब्ध छन् ।

२ स्थिति विश्लेषण

२.१ इपिडिमोलोजी

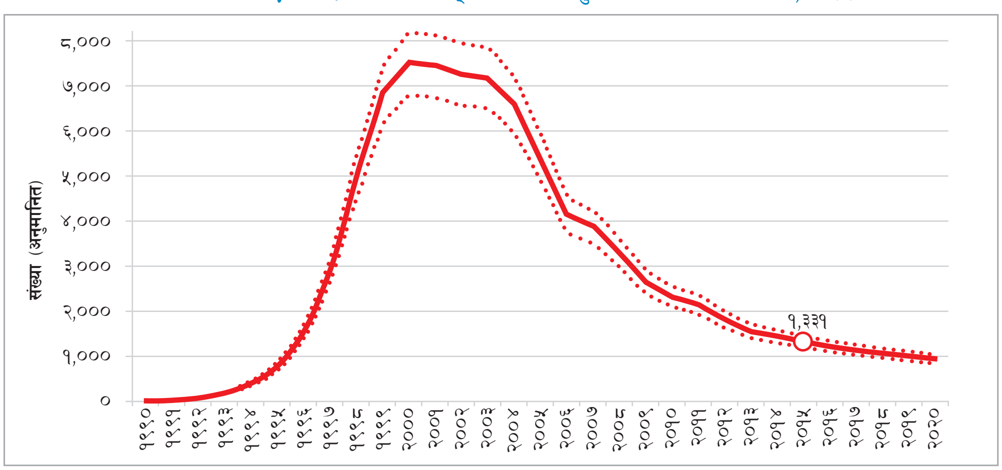
नेपालमा एचआईभीको इपिडेमिक मूलतः यौनजन्य प्रशारणबाट फैलिएको छ, जुन ८५% भन्दा बढी नयाँ सङ्क्रमणको कारक रहेको छ। सन् २०१५ को अनुमान अनुसार १५ देखि ४९ वर्ष समूहका वयस्कहरूमा एचआईभीको व्याप्तता ०.२% (०.१७%-०.२५%) थियो। सन् २०१५ मा नेपालमा एचआईभी सङ्क्रमित अनुमानित व्यक्तिहरूको संख्या भने ३९,३९७ थियो (तस्वीर १), तर तीमध्ये २२,२६७ जनामा मात्र परीक्षणबाट पहिचान भएको थियो। (८) विगतका वर्षहरूमा नेपालमा एचआईभीको नयाँ सङ्क्रमणहरूको संख्यामा कमी आएको छ, जुन सन् २००० मा ७,५०० थियो भने २०१५ मा १,३३१ रहेको थियो (तस्वीर २)। सन् २०१५ मा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको दुई तिहाई संख्या पुरुषहरूको थियो। सन् २०१५ मा एड्सका कारणबाट भएको मृत्युको अनुमानित संख्या २,५५८ बाट घटेर सन् २०१५ मा २,२६३ भएको देखिन्छ (८)।

तस्वीर १: नेपालमा एचआईभी सङ्क्रमितहरूको अनुमानित संख्या, २०१५



स्रोतः राष्ट्रिय एचआईभी सङ्क्रमण अनुमान, २०१५

तस्वीर २: नेपालमा एचआईभी नयाँ सङ्क्रमणको अनुमानित प्रक्षेपित संख्या, १९९०-२०२०

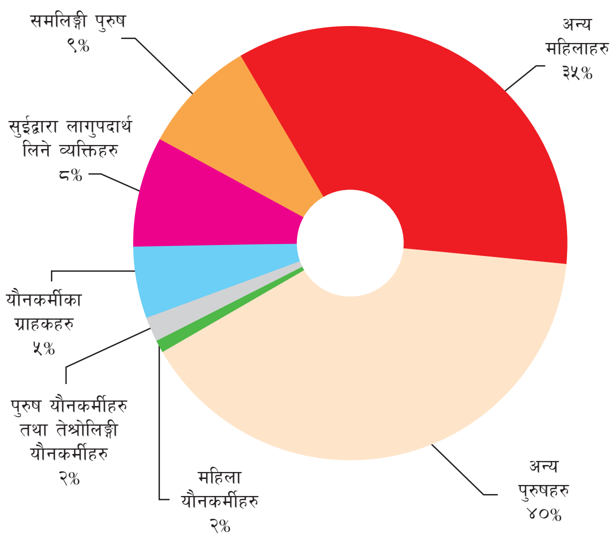


स्रोतः राष्ट्रिय एचआईभी सङ्क्रमण अनुमान, २०१५

सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूमा एचआईभीको व्याप्तता काठमाडौँ उपत्यकामा ६.४%, पूर्वी तराईमा ८.३ % (९,१०) साथै पुरूष यौनकर्मीहरूमा काठमाडौँ उपत्यकामा ५.६% तथ्याङ्कका साथ स्थीर रह्यो (११)। काठमाडौँ उपत्यकाका महिला यौनकर्मीहरूमा एचआईभीको व्याप्तता २% मात्र रहे तापनि संस्थापनामा आधारित महिला यौनकर्मीहरू (Establishment Based Female Sex Workers) मा रहेको एचआईभी व्याप्तता १% का तुलनामा सडकमा आधारित रहेर यौनकर्मीहरूमा धेरै बढी (४%) रहेको छ (१२)। काठमाडौँ उपत्यकाका महिला यौनकर्मीहरूमा सक्रिय सिफलिस (Active Syphilis) को व्याप्तता भने २०११ को ०.७ % बाट बढेर ३.६ % पुगेको छ (१२)। क्षयरोग भएका २.४% व्यक्तिहरूमा एचआईभी सङ्क्रमण पाइयो भने एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमा क्षयरोगको व्याप्तता ११.२% पाइयो (१३)। क्षयरोग र एचआईभी सहसङ्क्रमणको राष्ट्रिय निर्देशिकाको व्यवस्थाका बावजूद २०१४ मा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमध्ये ७८.२% को मात्र क्षयरोग परीक्षण भयो र क्षयरोग भएका ८.८% व्यक्तिहरूको मात्र एचआईभी परीक्षण गरिएको थियो (८)। सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूमा एचआईभी र हेपाटाइटिस सी को सहसङ्क्रमण दर १३.१% देखि ४७.५% देखियो जुन चिन्ताजनक छ (९, १०, १४, १५)।

धेरै सङ्क्रमण भएका भौगोलिक क्षेत्रहरूमा काठमाडौँ उपत्यका, राजमार्ग आसपासका क्षेत्रहरू र सुदुर पश्चिमाञ्चल क्षेत्र पर्छन्। चलायमान तथा आप्रवासी कामदारहरू तथा तिनीहरूको परिवारको संख्या ठूलो भएको कारणले मध्य पश्चिम तथा सुदुर पश्चिममा एचआईभी सङ्क्रमितहरूको संख्या उल्लेखनीय छ। मौसमी हिसाबले भारतमा श्रम गर्न जाने व्यक्तिहरूमा एचआईभीको व्याप्तता भने घट्दो दरमा रहेका केही तथ्यहरू उपलब्ध छन् (१६)।

तस्वीर ३: मुख्य समूहहरूमा एचआईभी सङ्क्रमित वयस्कहरूको अनुमानित समानुपात, २०१५



स्रोत: राष्ट्रिय एचआईभी सङ्क्रमण अनुमान, २०१५ (नं : ३७,८०७)।

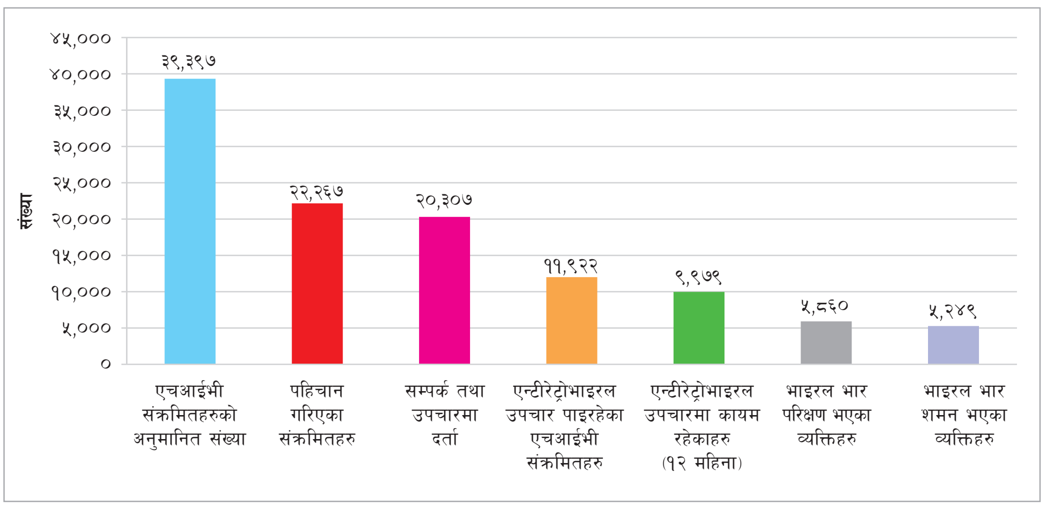
पुरुष यौनकर्मी, महिला यौनकर्मी र तेस्रोलिंगी यौनकर्मीहरूको संख्या नेपालको कुल एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको अनुमानित संख्याको ३% छ। (तस्वीर ३)। दर्ता भएका सङ्क्रमितहरू मध्ये करीब आधा संख्या यौनकर्मीहरू (४.८%), तिनका ग्राहक (३६.७%), र आप्रवासी कामदारहरू (७.२%) मा पाइएको छ।

ती मुख्य समूहहरूबाट कम जोखिममा रहेका उनीहरूका यौन साथीहरूमा एचआईभी सरिरहेको छ। सन् २०१५ मा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमध्ये कम जोखिममा रहेको समूहमा अनुमानित ४०% पुरुष र ३५% महिला थिए। संख्या ठूलो भए पनि यस समूहमा एचआईभीको व्याप्तता चाहिँ मुख्य समूहहरूमा भन्दा निकै कम छ।

सन् २०१५ मा जम्मा गर्भवती महिला ७२४,८३९ मध्ये १८७,५५२ जनाको परीक्षण पूर्वप्रसूति जाँचका क्रममा वा प्रसूतिकक्षमा गरिएको थियो । उनीहरूमध्ये १४५ जना महिला एचआईभी सङ्क्रमित देखिएका थिए र उनीहरूलाई एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारका लागि दर्ता गरिएको थियो । एचआईभी भएका आमाहरूबाट जन्मेका जम्मा ११४ जना बच्चाहरूलाई एचआईभी प्रोफिल्याक्सिस दिइएको थियो । तिनीहरूमध्ये ६७ जनाको परीक्षण दुई महिनामा भएको थियो र ती मध्ये दुईजना बच्चामा एचआईभी भएको पाइएको थियो । अझै पनि सुत्केरी गराउन निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमै बच्चा जन्माइने भएकाले नेपालमा जन्मँदै एचआईभी भएका बालबालिकाको भरपर्दो तथ्याङ्क छैन । सन् २०१५ को अनुमान अनुसार नेपालमा ०-१४ वर्ष समूहका १,६०० बालबालिकाले एचआईभी सहित जीवनयापन गरिरहेका छन् । तीमध्ये ८९३ जनाले एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार सुरु गरेका छन् ।

नेपालमा २००९ यता एचआईभी उपचारको उपलब्धतामा उल्लेखनीय र क्रमिक सुधार (२००९ मा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार लिने ४,५०९ बाट बढेर सन् २०१५ मा ११,९२२ पुगेको) भए तापनि अझै यो एकदमै कम छ । एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको कुल अनुमानित संख्याका तुलनामा उपचार लिनेहरू करीब ३०% र सीडी फोर गणना ५०० कोष/घन मिलिमिटर भएका आधारमा (२२,२६७ जना) उपचार पाउनु पर्ने भनेर ठम्याइएका मध्ये ५३% मात्र उपचारमा छन् । सन् २०१५ मा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारलाई १२ महिनासम्म निरन्तर उपचारमा रहने ८३.७% र २४ महिनासम्म उपचारमा रहने ७८% थिए । (तस्वीर ४)

तस्वीर ४: एचआईभी उपचार क्यासकेड, २०१५



स्रोतः राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र तथा जिएआरपीआर वार्षिक प्रतिवेदन, काठमाडौं, २०१५

सन् २०१५ मा भाइरल भारपरीक्षणले ५०% लाई मात्र समेटेको थियो । परीक्षण गरिएका मध्ये ९०% प्रतिशतमा भाइरल भार शमन (Viral Load Suppression) भएको थियो (८) । राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला काठमाडौँमा मात्र गरिने भएकाले भाइरल भार परीक्षणको उपलब्धता र पहुँच सीमित छ ।

२.२ सेवाहरू

प्रत्येक गाउँ विकास समितिमा कम्तीमा एउटा स्वास्थ्य चौकी उपलब्ध भएको नेपालको राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रणाली निकै वृहत्तर छ । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्यसेवा केन्द्र, जिल्ला अस्पताल तथा केन्द्रीय अस्पतालहरूले आधारभूत स्वास्थ्यसेवादेखि विशेषीकृत रोग निदान र उपचारका सेवासम्म उपलब्ध गराउँछन् र ती सबै सेवा निःशुल्क छन् ।

नेपालको स्वास्थ्यसेवामा निजीक्षेत्रको योगदान महत्वपूर्ण छ । केन्द्रीय तथ्याङ्क विभागको एउटा गणना[२] ले नेपालमा ३०१ वटा निजी अस्पताल देखाएको छ । यी निजी निकायहरूबाट सरकारी निकायमा हुने रिपोर्टिङको अभावका कारण एचआईभी अनुक्रियामा उनीहरूको भूमिकाका बारेमा मूल्याङ्कन गर्न सकिने अवस्था छैन । निजी क्षेत्रसित मिलेर सफल अभ्यासहरूको विस्तार गर्ने काम सीमित छ । सार्वजनिक क्षेत्रमा उपलब्ध एचआईभी सेवाहरूमा एचआईभी परीक्षण, यौनजन्य सङ्क्रमणहरूको व्यवस्थापन, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार, आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण तथा रक्तदानमा गरिने परीक्षण आदि छन् । २०१६ जुन महिनासम्ममा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार ५९ जिल्लाका ६५ स्थानमा उपलब्ध छ । प्रसूतिसेवा भएका प्रायः स्वास्थ्यचौकीहरूमा गर्भवती महिलाहरूको एचआईभी परीक्षणको सुविधा उपलब्ध छ । एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार चलाउने काम योग्यताप्राप्त डाक्टरहरूले मात्र गर्दछन् । कुनै व्यक्ति उपचारमा स्थापित भइसकेपछि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको अनुगमनको जिम्मा प्यारामेडिकल स्टाफहरूलाई दिइन्छ ।

जनस्वास्थ्य केन्द्रहरूमा उपलब्ध अधिकांश एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार केन्द्रहरूले "एकै ठाउँमा सबै सेवा" नीति अपनाएका छन्, जहाँ एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारका साथै शिशुहरूको एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार, आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण, यौनजन्य सङ्क्रमणहरूसित सम्बन्धित सेवा तथा एचआईभी परीक्षण सेवा आदि उपलब्ध हुन्छन् । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा एचआईभीको अभिलेख र रिपोर्टिङको प्रणाली पनि एकीकृत छ र एचआईभीसित सम्बन्धित सबै सूचकहरू उक्त प्रणालीमा सम्मिलित छन् ।

देशभरमा सञ्चालित २६३ वटा एचआईभी परीक्षण सेवास्थलहरूमध्ये १३३ वटा गैरसरकारी संस्थाहरूबाट सञ्चालित छन्, जसले एचआईभी परीक्षण र परामर्श, उपचार, हेरविचार र सहयोग उपलब्ध गराउने प्रवेशविन्दुका रूपमा काम गरी मुख्य समूहहरूसित सम्पर्क स्थापना गर्ने, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार, क्षयरोग सेवा तथा आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्नका लागि सम्पर्क तथा प्रेषण सेवा उपलब्ध गराउने काम गर्छन् ।

नेपाल सरकारका स्वास्थ्यसेवालाई सघाउ पुऱ्याउन राष्ट्रिय र अन्तराष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरू समेत संलग्न छन् । यस्ता संस्थाहरूले मुख्य समूहहरूको आवश्यकतामा आधारित विशेष सेवा सञ्चालन गर्न सहयोग पुऱ्याउँदै आएका छन् । यद्यपि सेवा विस्तार सीमित नै रहेको छ । अझ सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूका लागि सिरिन्ज साट्ने सेवाको विस्तार (Coverage) ५४% छ ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारको विस्तार २% भन्दा कम छ ।

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले सबै जिल्लामा क्षयरोग र एचआईभी कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । हाल सबै एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार केन्द्रहरूमा isoniazid रोकथाम उपचार सेवा उपलब्ध छ । औषधीका प्रति-असरहरूको आवधिक मूल्याङ्कन पनि गरिनेछ ।

[२] यो तथ्याङ्क http://www.cbs.gov.np मा उपलब्ध छ ।

२.३ एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार विधिको रेजिमेन्स (Regimens) आवधिक समीक्षा तथा अध्यावधिकीकरण

एचआईभीसित सम्बन्धित सबै राष्ट्रिय निर्देशिका र सिफारिसहरू जस्तै एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको निर्देशिका पनि आवधिकरूपमा अध्यावधिक हुनुपर्छ र अत्यावश्यक औषधीहरूको राष्ट्रिय सूचीमा तिनलाई सामेल गर्नुपर्छ । नयाँ नयाँ एन्टिरेट्रोभाइरल औषधीहरूको निरन्तररूपमा भइरहेको विकासले उपचारको छनौटमा विस्तार गरेको छ र त्यसका लागि एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको उपचारका लागि कहिले उपचार सुरु गर्ने, कुन उपचार सुरु गर्ने, प्रयोगशाला मूल्याङ्कन विधिहरूको प्रयोग, उपचारको असफलताको व्यवस्थापन तथा परिवर्तन र सरलीकरणलाई महत्व दिँदै समायानुकूल अद्यावधिक गरिनु आवश्यक छ । एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार एचआईभी सङ्क्रमण भएको निदान भएपछि एचआईभी सङ्क्रमित सबै व्यक्तिहरूलाई दिइने भएकाले, उपचार शुरु गर्न इच्छुक र तयार सबै व्यक्तिलाई एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार शुरु गर्न आवश्यक छ । फर्माकोभिजिलेन्स (Pharmacovigilance) लाई ध्यान दिँदै रेजिमेन्स (Regimens) चयन वा परिवर्तन गर्दा रेजिस्टेन्स टेस्ट रिजल्ट डोजिङ फ्रिक्वेन्सी (कुन समयमा कति मात्रा लिने), मात्राको नियमितता, औषधीको बोझ (Pill Burden), विषाक्त प्रभाव (Toxic Effect), सहरूग्णता (comorbidities) तथा औषधी बीचको अन्तर्क्रिया (drug interaction) जस्ता कुरामा विशेष ध्यान दिन आवश्यक छ ।

२.४ आर्थिक परिदृष्य

एचआईभीको रोकथाम, हेरचाह तथा उपचार कार्यक्रमका लागि स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतको राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रमार्फत नेपाल सरकारले खर्च बेहोरिरहेको छ । राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले प्राप्त गर्ने निश्चित बजेट नै एचआईभी तथा यौनजन्य सङ्क्रमणका लागि हुने प्रायः सबै सरकारी खर्च हो । यसमा जनशक्तिका लागि हुने खर्च, तालीम तथा सीप विकास, केन्द्रीय, क्षेत्रीय र जिल्ला तहका मूल्याङ्कन, भ्रमण, औषधी खरीद जस्ता कुरा पनि पर्दछन् । एचआईभीका लागि विनियोजित आन्तरिक स्रोत सीमित छ र यसमा केही वर्ष यता कुनै वृद्धि भएको छैन । (४) । आर्थिक वर्ष २०१६-२०१७ देखि स्वास्थ्य मन्त्रालयले एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको रेजिमेन (regimen) लाई आधारभूत स्वास्थ्यसेवा अन्तर्गत राखेको कुरा भने महत्वपूर्ण छ । (२)

नेपाल सरकारले आर्थिक वर्ष २०११-२०१२ यता राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियाका लागि राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रका लागि विनियोजित रकम नियमित स्रोत र पूल्ड फण्डमार्फत् दोहोरो स्रोत प्रणाली (dual stream of resources) बाट व्यवस्था गरेकोछ । पूल्ड फण्ड नेपाल सरकार तथा विश्व ब्याङ्क, केएफडब्लू (जर्मन आर्थिक सहयोग), अन्तराष्ट्रिय विकासका लागि अस्ट्रेलियन नियोग (असएड), अन्तर्राष्ट्रिय विकासका लागि संयुक्त अधिराज्यको निकाय (डिफिड) जस्ता बाह्यस्रोतको स्वास्थ्य क्षेत्रगत मूल कोष 'बास्केट फण्ड' हो । यी कोषहरूले क्षेत्रगत अवधारणाबाट स्वास्थ्य क्षेत्रको बजेटमा पूरकको काम गर्छन् । पूल्ड फण्डको कुल स्रोतमा बाह्य स्रोतको अनुपातमा वर्षैपिच्छे अन्तर आए पनि सामान्यतया यसमा बाह्य स्रोतको योगदान सरदर २०% को आसपासमा छ । आर्थिकवर्ष २०१३-२०१४ मा पूल्ड फण्डको कुल स्रोतमा बाह्य स्रोतको अनुपात करीब २३% रहेको थियो । पूल्ड फण्डमार्फत एचआईभीका लागि विशेषरूपले विनियोजन हुने स्रोत सन् २०१५ मा अन्त्य भयो र हाल एचआईभीका लागि आन्तरिक स्रोत स्वास्थ्य मन्त्रालयको नियमित स्रोतबाट प्राप्त हुन्छ ।

यस सम्बन्धमा रोकथाम र उपचारको नयाँ अवधारणा तथा कामको बाँडफाँड (task shifting) मार्फत हुने सार्वजनिक निजी सहकार्यता अनुसार मिलाउनका लागि पूल्ड फण्डमा निर्भर एचआईभी सम्बद्ध सेवाहरूको

मूल्याङ्कन र परिमार्जन गरिन्छ। बढी प्रभावकारिता तथा किफायती दृष्टिबाट र सम्भव भएसम्म, कार्यान्वयनमा कमी नरहोस् भन्ने दृष्टिले यी कोषहरू प्राप्त गर्नेहरूसित बहुवर्षीय करार गरिनेछ। ग्लोबल फन्ड, अमेरिकी सहयोग नियोग तथा अन्य दुईपक्षीय तथा बहुपक्षीय संयन्त्रबाट अतिरिक्त वाह्य स्रोत पनि निरन्तर रहने अपेक्षा गरिएको छ।

नेपालमा ग्लोबल फन्ड कार्यक्रमको विकास, अनुदान प्रस्ताव तथा प्राप्तकर्ताको प्रयोजनका लागि राष्ट्रिय समन्वय संयन्त्र (Country Coordination Mechanism) स्थापना भएको छ। मुख्य प्राप्तकर्ता (Principal Recepient) मार्फत कार्यान्वयन साझेदाहरूका लागि उपलब्ध गराइएको ग्लोबल फन्डबाट प्रवाहित आर्थिक स्रोतका लागि छुट्टै जवाफदेहिता समीक्षा संयन्त्र छ। रोकथामका अधिकांश कार्यक्रम र परियोजनाहरू मुख्यतः ग्लोबल फण्डमा निर्भर भएकाले यसलाई राष्ट्रिय कार्यक्रमका अन्य पक्षहरूसित निकटरूपले संयोजन गरिनेछ।

नेपाल एचआईभी लगानी योजना २०१४-२०१६ को स्रोतको परिदृश्यले देखाए अनुसार एचआईभीको रोकथामका लागि भनिएका गतिविधिहरूले ४६% स्रोत पाएका छन्। यो एचआईभीको रोकथामका लागि छुट्याइएको कुल रकमको कम्तीमा २५% हुनुपर्छ भन्ने मान्यताभन्दा अधिक छ। साथै, उत्कृष्ट बजेट व्यवस्थापनका लागि, कार्यक्रम संचालन स्वास्थ्य मन्त्रालयको मध्यमकालिन खर्च संरचनासंग समायोजन गरि गरिनेछ।

२.५ **चुनौतीहरू तथा प्राथमिकता प्राप्त गतिविधिका क्षेत्रहरू** (Challenges and priority action areas)

२.५.१ **वैदेशिक सहयोगप्रतिको निर्भरता** (Foreign aid dependency)

नेपालको एचआईभी कार्यक्रम वैदेशिक सहयोगमा एकदमै आश्रित छ। तथ्याङ्कहरूका अनुसार सन् २०१४ मा एचआईभी सम्बधी गतिविधिहरूमा खर्च भएको कुल रकमको १०.१% मात्र सरकारी अनुदान थियो। एचआईभी अनुक्रियाका लागि भएको खर्चमा सबभन्दा ठूलो लगानी ग्लोबल फण्ड तथा वाह्य विकास साझेदाहरूबाट भएको थियो, जसले नेपालको एचआईभीमा करीब ९०% लगानी गरेको थियो। सन् २०१६ मा आयोजित संयुक्त राष्ट्रसंघीय उच्चस्तरीय बैठकको सन् २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्ने राजनीतिक घोषणापत्र (जसलाई संयुक्त राष्ट्रसङ्घको साधारणसभाको सदस्यका हैसियतले नेपालले पनि अनुमोदन गरेको छ) ले सदस्य राष्ट्रहरूले एचआईभीको रोकथाम, उपचार तथा हेरचाह सम्बन्धी विस्तृत अनुक्रियाका लागि दिगो किसिमले आन्तरिक स्रोतलाई बढाउनुपर्छ भन्ने सिफारिस गरेको छ। नेपाल सरकारले पूल्ड फण्डद्वारा स्वास्थ्यको क्षेत्रगत अवधारणा (health sector-wide approach) अनुसार विगतका वर्षहरूमा एचआईभीमा आफ्नो लगानी बढाएको छ। सन् २०१६ को मध्यसम्मको स्थिति अनुसार स्वास्थ्य क्षेत्रगत स्रोत एचआईभीका लागि छुट्याइएको छैन। नेपालमा दिगो एचआईभी अनुक्रियाका लागि आन्तरिक लगानीमा अझ वृद्धि गर्न आवश्यक छ। नेपालको कुल गार्हस्थ्य उत्पादन प्रतिव्यक्ति २४०० अमेरिकी डलर (१७) छ र मानव विकास सूचकाङ्कमा यसको स्थान १४५ औँ छ (१८)। त्यसैले एचआईभीका लागि नेपालको आन्तरिक स्रोत बढाउन चुनौतिपूर्ण छ। सन् २०१५ को विनाशकारी भूकम्पका कारण पनि एचआईभी अनुक्रियाका लागि आन्तरिक रकम बढाउन नेपाल सरकारको क्षमता खुम्चिएको छ। यसै बेला दातृराष्ट्र तथा ग्लोबल फण्ड जस्ता संयन्त्रहरूको विकास सहयोग पनि खुम्चिदैछन् र तिनको प्राथमिकता पनि एचआईभीको समस्या उच्च भएका देशहरूतर्फ केन्द्रित भइरहेको छ। दाताहरूले आफूले स्रोत उपलब्ध

गराएका देशहरूमा अझ बढी पारदर्शिता र जवाफदेशिताको अपेक्षा गर्छन् । यसको अर्थ हो, सेवा अत्यन्त प्रभावकारी, किफायती, पारदर्शी र परिणाममुखी हुनुपर्दछ ।

२.५.२ **प्रणालीगत विषयवस्तु** (Systemic issues)

राष्ट्रिय अनुक्रियाको समीक्षाबाट देखिए अनुसार नेपालका राष्ट्रिय एचआईभी कार्यक्रमहरू सधैँभरि ज्यादै प्रभावकारी, किफायती र एकीकृत ढङ्गले उपलब्ध नभएको देखाएको छ । एचआईभीसित सम्बन्धित सेवाहरू, खास गरी क्षयरोग, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य एवं मातृशिशु स्वास्थ्य जस्ता सेवाहरू राष्ट्रिय स्तरमा पर्याप्त एकीकृत भएको छैन । एचआईभी र सामान्य स्वास्थ्यका लागि गरिने आपूर्ति व्यवस्थापन बीच समन्वय गरिनेछ । एकातिर सेवाहरू खण्डित छन् भने अर्कातिर, खासगरी जिल्ला र गाऊँ तहमा सेवाहरु अपर्याप्त छन् । क्षेत्रीय तथा स्थानीय तहका सेवा प्रदायकहरूका बीचको सहकार्यमा परिमार्जन गरेर धेरै कुरा हासिल गर्न सकिन्छ । मुख्य समूहहरूमा एचआईभीको रोकथामका लागि कार्यरत गैरसरकारी संस्थाहरूबीचको सहकार्य तथा सरकारी र गैरसरकारी सेवा प्रदायकहरू बीचको कार्यसम्बन्ध तथा साझेदारीमा सीमितता छ । एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू लगायतका समूहहरूबाट आएको रिपोर्ट अनुसार स्वास्थ्यसेवामा पूर्वाग्रह र भेदभावका घटनाहरू पनि छन् ।

मुख्य समूहहरूले एचआईभीको परीक्षण गराउनमा र पोजिटिभ देखिए उपचारको लागि जाने र त्यसलाई निरन्तरता दिने कुरामा सार्वजनिक, निजी तथा समुदायबीचको प्रभावकारी सम्बादको अभाव प्रमुख बाधाका रूपमा रहेको देखिन्छ । साथै, कार्यक्रमको योजना र अनुगमनका लागि आवश्यक रणनीतिक सूचनाको गुणस्तर पनि पर्याप्त देखिँदैन, युनिक आइडेन्टिफायर (unique identifier) को अभावका कारण एचआईभीको रोकथाम, उपचार तथा उपचारको निरन्तरतामा व्यक्तिगतरूपमा निगरानी प्रभावकारी हुन सकेको छैन ।

२.५.३ **सेवा उपलब्ध गराउनेसित सम्बन्धित विषयहरू** (Service delivery issues)

मुख्य समूहहरू र तिनका जोडीहरूका लागि काम गरिरहेका सार्वजनिक क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरू तथा गैरसरकारी संस्थाहरूले एचआईभीको रोकथामका लागि मुख्य समूहहरूको पहिचान गर्नु र उनीहरूसमक्ष पुगी स्क्रिनिङ र परीक्षणमार्फत केस पहिचान गर्ने एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमार्फत केसको व्यवस्थापन गर्ने तथा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमा बिरामीहरूलाई कामय राख्नु जस्ता सेवाको माग बढाउने उपाय खोज्न जरूरी छ । रोकथाम तथा उपचारको निरन्तरताका लागि नेपाल सरकार र निजी क्षेत्रका स्वास्थ्यसेवाहरू, गैरसरकारी संस्था र सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूबीचको सहकार्यलाई कामको बाँडफाँडका आधारमा औपचारिक बनाइन्छ । यस किसिमले कामको बाँडफाँड भएमा त्यसबाट एचआईभी कार्यक्रमका कमजोरीहरू जस्तै, मुख्य समूहहरूमा अपर्याप्त पहुँच र परीक्षण, सङ्क्रमितहरूको सीमित क्षेत्रमा मात्र एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार दिएर काम थाल्ने परिपाटी जस्ता एचआईभी कार्यक्रमका कमजोरीहरूलाई सम्बोधन गर्न तथा हेरबिचारको निरन्तरता सुनिश्चित गर्न र मानिसहरूलाई उपचारमा कायम राखेर राखेर भाइरल भारलाई नगण्य बनाउन मदत पुग्छ ।

मुख्य समूहहरूमा एचआईभी परीक्षण न्यून छ । काठमाडौँमा सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूमा २८%, महिला यौनकर्मीहरूमा ५६.६%, समलिङ्गी पुरुषहरूमा ४३.८% र पुरुष यौनकर्मीहरूमा ६७.८% ले विगत १२ महिनामा एचआईभी परीक्षण गराएका थिए ।

सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूलाई २०० सुई र सिरिन्ज उपलब्ध गराईनु पर्ने, भएतापनि सन् २०१५ मा प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष २५ वटा मात्र सुई र सिरिन्ज वितरण भएको छ ।

एकपटक "सम्पर्कमा आएको" एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिलाई एचआईभी परीक्षण र निदान, उपयुक्त उपचार तथा अन्य स्वास्थ्यसेवासितको सम्पर्क, उपचारका क्रममा सहयोग, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको पहुँच तथा उपचारलाई निरन्तरता दिने जस्ता विभिन्न काममा नियमित सेवाको आवश्यकता पर्दछ । परीक्षण, उपचार, हेरचाह र एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको निरन्तरताको लागि व्यवधानका रुपमा, एचआईभी तथा मुख्य समूहहरूका बारेमा रहेको अज्ञानता र पूर्वाग्रह, स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने व्यक्तिहरूबाट हुने भेदभाव, गरीबी, खाद्य असुरक्षा, आप्रवासन र चलायमानता, लागूपदार्थप्रतिको निर्भरता, व्यवस्थापन हुन नसकेका सहसङ्क्रमणहरू, तथा मानसिक स्वास्थ्यसित सम्बन्धित विषयवस्तु रहेका छन् ।

२.६ एड्स इपिडेमिक मोडलका प्रस्तुतिहरू (AIDS Epidemic Model projections)

सन् २०१४ डिसेम्बर देखि जुलाई २०१५ सम्म भएको एड्स इपिडेमिक मोडल अभ्यासबाट अनुमानित नयाँ सङ्क्रमणहरू, खर्चको ढाँचा तथा भविष्यका लागि लगानीको सम्भावना जस्ता कुराहरूका आधारमा विभिन्न परिदृष्यहरू तयार भए (**६**) । उक्त परिदृष्यहरू मध्येबाट २०१४ को आधारमा नेपालको लगानीको उच्चतम प्रतिफलका लागि निम्न तीनवटा विकल्पहरूको सिफारिस गरिएको छ (**तस्वीर ५ र ६**):

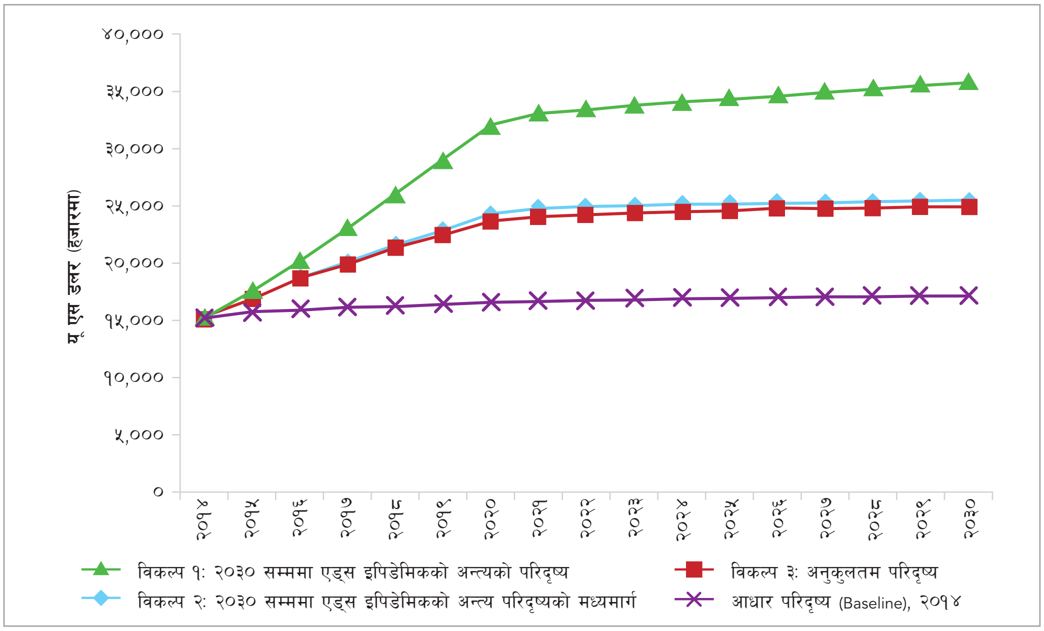
१. **एड्स इपिडेमिकको अन्त्य**: सीडी फोर गणना जति भए पनि एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमध्ये ९५% को उपचार गर्ने, रोकथाम कार्यक्रमको विस्तार बढाएर मुख्य समूहहरूमा ८०-९५% र आप्रवासीहरूमा ५३% पुऱ्याउने, ओपिइओड प्रतिस्थापनलाई १०% पुऱ्याउने तथा आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारणको कार्यक्रमविस्तारलाई ९५% पुऱ्याएर आमाबाट शिशुहरूमा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्ने । यस परिदृष्यमा अनुमानित लगानीको आवश्यकता वार्षिक ३६ मिलियन (तीन करोड साठी लाख) अमेरिकी डलरको छ र सन् २०३० मा नयाँ सङ्क्रमणहरूको अनुमानित संख्या ४८२ हुनेछ ।

२. **एड्स अन्त्यको अभियानको मध्यमार्ग**: "एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्ने" परिदृश्यका तुलनामा रोकथाम कार्यक्रमको कम विस्तार सहित, सीडी फोर गणना जति भए पनि एचआईभी सङ्क्रमित सम्पूर्ण व्यक्तिहरूको उपचार गर्ने । यस परिदृष्यमा अनुमानित लगानीको आवश्यकता वार्षिक ३० मिलियन (तीन करोड) अमेरिकी डलरको छ र सन् २०३० मा नयाँ सङ्क्रमणहरूको अनुमानित संख्या ५३३ हुनेछ ।

३. **अनुकूलतम परिस्थिति**: रोकथाम कार्यक्रमको विस्तार लक्ष्य बढाएर उपचारका रूपमा रोकथाम विधि अपनाउने । यस परिदृष्यमा अनुमानित लगानीको आवश्यकता वार्षिक २९ मिलियन (दुई करोड नब्बे लाख) अमेरिकी डलरको छ र सन् २०३० मा नयाँ सङ्क्रमणहरूको अनुमानित संख्या ५१२ हुनेछ ।

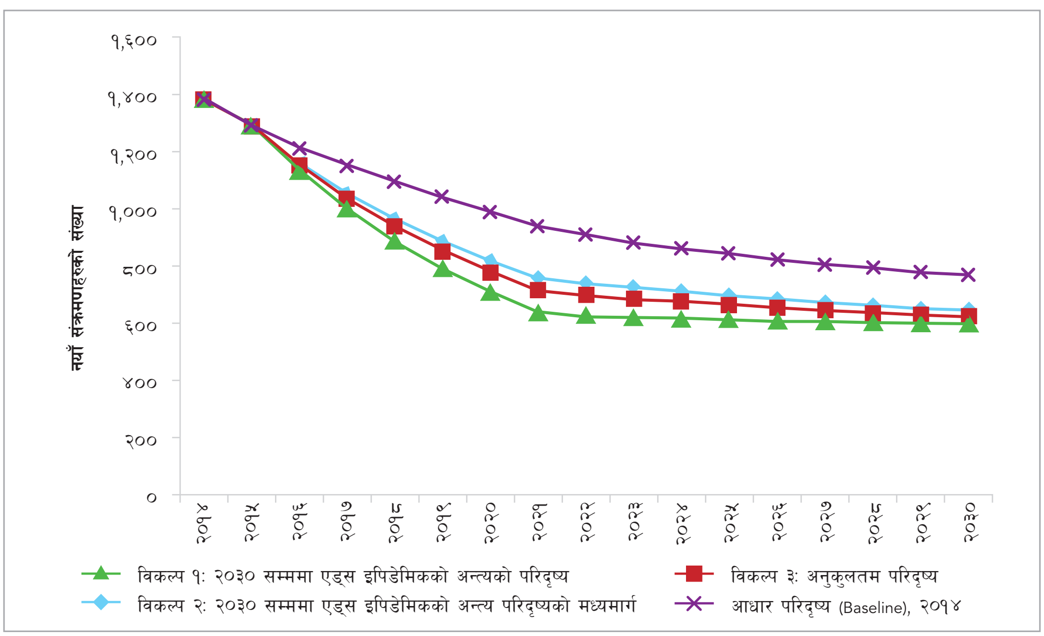
माथि उल्लेखित परिदृष्यहरू मध्ये "एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्ने" परिदृष्यले डिसाबिलिटी एडजस्टेड लाइफ इयर्स सेभ्ड (disability-adjusted life-years saved) तथा सङ्क्रमणबाट जोगाइएका दृष्टिबाट अधिकतम प्रभाव पर्नसक्ने देखिन्छ । "अनुकूलतम परिस्थिति" को परिदृश्यमा लगानीको परिणाम बढी प्रभावकारी देखिन्छ । स्रोतहरू सीमित भएमा यो परिदृश्य उत्तम हुनेछ ।

तस्वीर ५: विभिन्न लगानीका परिदृश्यका लागि अनुमानित स्रोत, २०१४–२०३०



स्रोत: एड्स इपिडेमिक मोडल; नेपालको एचआईभी अनुक्रियाको प्रभाव मोडलिङ तथा विश्लेषण। काठमाडौं। राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, २०१५।

तस्वीर ६: वयस्कहरूमा एचआईभीका नयाँ सङ्क्रमणहरू, २०१४–२०३०



स्रोत: एड्स इपिडेमिक मोडल; नेपालको एचआईभी अनुक्रियाको प्रभाव मोडलिङ तथा विश्लेषण। काठमाडौं। राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, २०१५।

एड्स इपिडेमिक मोडलबाट निम्न प्राथमिकता प्राप्त गतिविधिहरूको सिफारिस गरिएको छः

- **मुख्य समूहहरूको एचआईभी परीक्षण तथा उपचारमा वृद्धि गराउने**ः "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार, उपचारमा कायम" र "उपचारका रूपमा रोकथाम" विधि अपनाउने । सन् २०१५ मा नेपाल सरकारले उपचारको सीमारेखालाई पुनरावलोकन गरेर सीडी फोर गणना ५०० कोष/घनमिलिमिटर वा सोभन्दा कम बनाएको छ । नेपालमा अहिले नयाँ तरिकाले एचआईभी परीक्षणलाई विकेन्द्रीत गरेर समुदायमा पुऱ्याउने; शीघ्र निदान परीक्षण (rapid diagnostic tests) बिस्तार गर्ने; एचआईभी परीक्षण बढाउनका लागि "test for triage" मार्फत समुदायको नेतृत्वमा हुने छनौट परीक्षण (Screening) गर्ने र छनौट भएकालाई (पोजिटिभ देखिए) तत्कालै एचआईभी निदान परीक्षणका लागि सम्पर्क गराउने तथा आवश्यकता भएमा हेरचाहका लागि सम्पर्क गराउनु पर्ने आवश्यकता छ । केन्द्रीय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालासितको निकटतम सहकार्यमा यो काम क्रमिकरूपमा (phased rollout) सोचविचारका साथ गरिने छ । यसै अनुसार राष्ट्रिय परीक्षण निर्देशिका २०१४ मा परिमार्जन गरिनेछ ।
- **मुख्य समूहहरूमा एचआईभीको नयाँ सङ्क्रमण रोकथामका लागि तथ्यद्वारा सूचित सृजनशील विधिलाई विस्तार गर्ने**ः रणनीतिक रूपमा व्यवहार परिवर्तन सञ्चार, कन्डम प्रवर्धन कार्यक्रम तथा सुईद्वारा लागू पदार्थ लिने व्यक्तिहरूका लागि क्षति न्यूनीकरण सेवा जस्ता समुदायको अगुवाइमा हुने कार्यक्रमहरूका लागि लगानी बढाउने र तिनको क्षेत्र विस्तार गर्ने । एड्स इपिडेमिक मोडलले सिफारिस गरेका रोकथामका लक्ष्यहरू राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनामा लागू गर्दा ओपिइओड प्रतिस्थापन (Opioid Substitution) उपचारको लक्ष्य भने ४% बाट वृद्धि गराई १०% पुऱ्याइएको छ ।
- **नयाँ सङ्क्रमणका मुख्य स्रोतहरूमा ध्यान-केन्द्रित गर्ने**ः एड्स इपिडेमिक मोडलले सङ्केत गरे अनुसार एचआईभीका धेरै नयाँ सङ्क्रमणहरू "कम जोखिम" मानिएको श्रीमानबाट श्रीमतीलाई, अन्य पुरुषहरूसित यौन सम्पर्क राख्ने समलिङ्गी पुरुषहरूबाट तिनका यौनसाथीहरूलाई सरेको पाइएको छ । यस खालको प्रशारणलाई न्यून गराउनका लागि सम्पूर्ण मुख्य समूहहरूसँग र उनीहरूका लागि "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र उपचारमा कायम" राख्ने विधिलाई संस्थागत गर्न सिफारिस गरिएको छ । आप्रवासी व्यक्तिहरूमा देखिएको सङ्क्रमणको उल्लेखनीय संख्यालाई दृष्टिगत गर्दा आप्रवासी तथा अन्य चलायमान व्यक्तिहरूका मा एचआईभी सङ्क्रमणलाई रोकथाम गर्ने उद्देश्यले हालका कार्यक्रमहरूको मूल्याङ्कन र परिमार्जन गर्न आवश्यक छ । त्यसैगरी उच्च जोखिम भएका व्यक्तिहरूका निकटका यौन साथीहरूको परीक्षणलाई बढावा दिने तथा सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सिस (PrEP) बाट कुनै फाइदा हुन्छ कि हुँदैन र हुन्छ भने कुन परिस्थितिमा दिने भन्ने विचार गर्न आवश्यक छ ।
- **एकीकृत तथा विकेन्द्रित एचआईभी सेवा उपलब्ध गराउने प्रणाली**ः एचआईभी सेवालाई अझ प्रभावकारी बनाउन र खर्च कम गराउनका लागि समान र मिल्दाजुल्दा समुदायका लागि सञ्चालित स्वास्थ्यसेवा तथा कार्यक्रमहरू (क्षयरोग, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, मातृशिशु स्वास्थ्य) सित एकीकरण गराउने । पहिचान, पहुँच, सिफारिस तथा निरन्तरको हेरचाह सुनिश्चित गर्ने सामुदायिक प्रणालीको क्षमता अभिवृद्धिका लागि लगानी गर्ने ।
- **दिगो आर्थिक स्रोत परिचालनलाई बलियो बनाउने तथा खासगरी एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारका लागि, आन्तरिक आर्थिक स्रोत बढाउने**ः आन्तरिक र अन्य स्रोतबाट दिगो र भरपर्दो र अनुमान गर्न सकिने आर्थिक सम्भावना पहिचान गर्ने । प्रभावकारी कार्यक्रमहरूका लागि स्रोतको प्रवाह सुनिश्चित गर्न समग्र खर्चको ढाँचामा सुधार गर्ने । नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति सन् २०१५-२०२० को एउटा प्रमुख सिफारिस स्वास्थ्यका लागि आन्तरिक आर्थिक स्रोत परिचालन भएकाले एचआईभी अनुक्रियाका लागि बढी आन्तरिक स्रोतका लागि पनि लागू हुने अपेक्षा छ । यसमा प्राथमिकता निर्धारण, न्यून प्रभावकारी कार्यक्रम र परियोजनाहरूमा कटौती र खर्चको उपयोगितामा जोड दिन अत्यन्त जरूरी छ ।

३ रणनीतिक दिशाहरू

३.१ परिकल्पना: जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने

३.१.१ **सन् २०२१ सम्ममा द्रुतगतिमा ल्याइने अनुक्रियाका लागि लक्ष्य र सूचकहरू (तालिका १)**

- मुख्य समूहहरू ९०% को पहिचान, सिफारिस तथा परीक्षण गर्ने ।
- एचआईभी भएको निदान भएका ९०% व्यक्तिहरूको उपचार गर्ने ।
- एचआईभी भएको निदान भएका ९०% व्यक्तिहरूलाई एन्टिरेट्रोभाइरल निरन्तर उपचारमा राख्ने ।
- आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्ने र आमाहरूलाई जीवित तथा स्वस्थ राख्ने ।
- जन्मजात सिफिलिस उन्मूलन गर्ने ।
- नयाँ एचआईभी सङ्क्रमणमा ७५% ले कमी ल्याउने ।

३.१.२ **रणनीतिहरू**

यी एचआईभी राष्ट्रिय रणनीतिक योजनाको ९०-९०-९० को लक्ष्य हासिल गर्नका लागि तय गरिएका विस्तारित अवधारणा र ढाँचाहरू हुन् । यी रणनीति अन्तर्गत मुख्य समूहहरूको पहिचान तथा उनीहरूसम्म पुग्नका लागि एचआईभीको रोकथामका लागि अपनाइने विविध गतिविधिहरूका लागि लक्षित लगानी निम्नानुसार छन् :

- वाह्य सम्पर्क (out-reach) मार्फत मुख्य समूहसम्म पुग्न तथा आन्तरिक सम्पर्क (In-reach) मार्फत आफ्नो समूहको भित्र पुग्न ध्यान-केन्द्रित गर्ने,
- सीडी फोर गणना जेसुकै भए पनि एचआईभीको "परीक्षण र उपचार" सेवा प्रदान गर्ने ।
- एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूलाई उपचारमा निरन्तरता दिएर भाइरल भार नगण्य अवस्थामा पुऱ्याउने ।
- अधिकतम प्रभावका लागि विषय - क्षेत्र, स्तर, तीव्रता, गुणस्तर, मौलिकता र गति सहित द्रुतगतिको प्राथमिकता प्राप्त लगानी ।
- क्रिटिकल प्रोग्राम तथा सोसल इनाबलर्स (critical programme and critical social enablers) लाई बढावा दिने ।
- कामको बाँडफाँडको माध्यमबाट रोकथाम तथा उपचार निरन्तरताका लागि क्रियाशील सार्वजनिक निजी साझेदारीको स्थापना गर्ने ।
- मुख्य समूहहरूसित र उनीहरूका लागि प्राथमिक एचआईभी रोकथामका लागि मौलिक, सुसंयोजित र एकीकृत सेवामा ध्यान-केन्द्रित गर्ने ।

तालिका १: सन् २०२१ सम्ममा हासिल हुनुपर्ने सूचक तथा लक्ष्यहरू

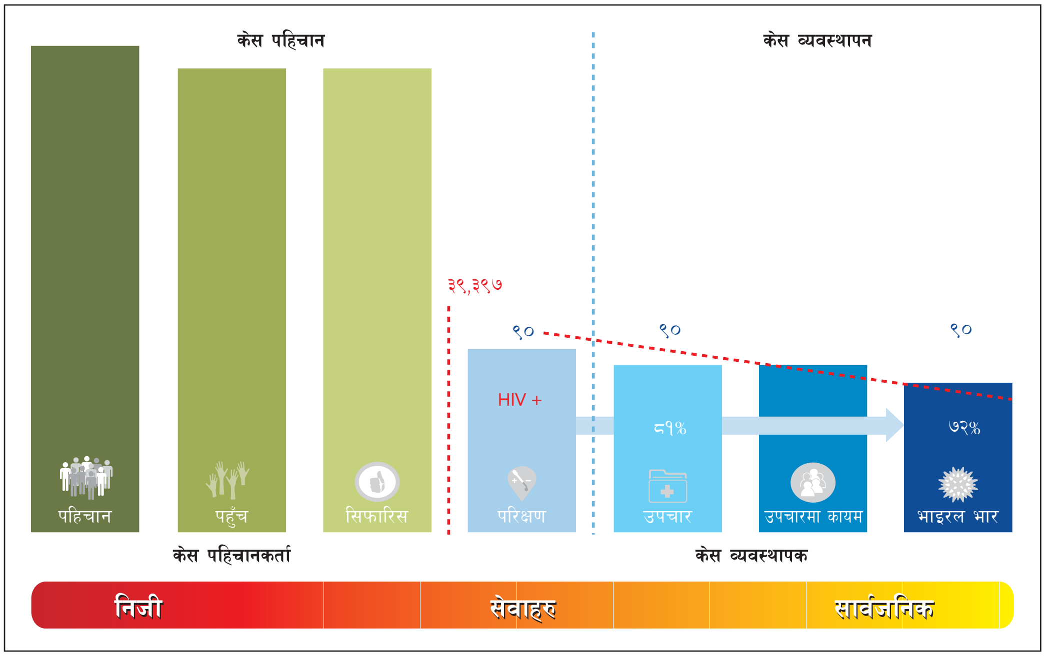
मुख्य सूचकहरु	आधार, २०१५	लक्ष्य, २०१५
१५ देखि २४ वर्ष उमेरमा समूहमा एचआईभीको व्याप्तता	०.०३०	०.०२९
प्रति १००० जनसंख्यामा एचआईभीको सङ्क्रमण दर	०.०५	००३
एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको थालनी पछि उपचारमा कायम रहेका भनेर थाहा भएका एचआईभी सङ्क्रमण भएका वयस्कहरूको प्रतिशत	८३.७%	९०%
एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको थालनी पछि उपचारमा कायम रहेका भनेर थाहा भएका एचआईभी सङ्क्रमण भएका बालबालिकाहरूको प्रतिशत	७८.१%	९०%
मुख्य समूहहरूमा एचआईभी सङ्क्रमणको प्रतिशत		
समलिङ्गी पुरुषहरू	२.४%	१.५%
पुरुष यौनकर्मीहरू	५.६%	३.०%
तेस्रोलिङ्गी व्यक्तिहरू	६%	३.०%
सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरू	६.४%	४.०%
महिला यौनकर्मीहरू	२%	१.५%
आप्रवासी कामदारहरू	०.४%	<०.४%
एचआईभी प्रशारणमा कमी ल्याउने		
मुख्य समूहका व्यक्तिहरूमा पछिल्लो पटकको यौनसाथीसित कन्डम प्रयोग गर्नेको प्रतिशत		
समलिङ्गी पुरुषहरू	८६%	९०%
पुरुष यौनकर्मीहरू	९३.०%	९३%
तेस्रोलिङ्गी व्यक्तिहरू	५२.५%	९०%
सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरू	८३%	९०%
विगत १२ महिनामा एचआईभी परीक्षण गरेको र परिणाम थाहा पाएको मुख्य समूहका व्यक्तिहरूको प्रतिशत		
समलिङ्गी पुरुषहरू	४३.८%	९०%
पुरुष यौनकर्मीहरू	६७.८%	९०%
तेस्रोलिङ्गी व्यक्तिहरू	२७.९%	९०%
सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरू	५६%	९०%
आप्रवासी कामदारहरू	४.१%	९०%
पछिल्लो पटक सुई लिँदा निर्मलीकृत उपकरण प्रयोग गरेको सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूको प्रतिशत	९६%	९६%
आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण		
एचआईभी स्थिति थाहा पाएका महिलाहरूको प्रतिशत	२५.८%	९०%
आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारणका लागि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार पाउने एचआईभी सङ्क्रमित गर्भवती महिलाहरूको प्रतिशत	३५%	९०%
उपचार हेरचाह र सहयोग		
एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार लिइरहेका एचआईभी सङ्क्रमित वयस्क र बालबालिकाहरूको प्रतिशत	३०.३%	९०%
एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार सुरु गरेको १२ महिना पछिसम्म पनि उपचारमा कायम रहेका एचआईभी सङ्क्रमित वयस्क र बालबालिकाहरूको प्रतिशत	८३.७%	९०%
भाइरल भार नगण्य अवस्थामा भएका एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार प्राप्त गरिरहेका वयस्क र बालबालिकाहरूको प्रतिशत ।	४४%	९०%

३.१.३ **निर्देशक सिद्धान्तहरू**

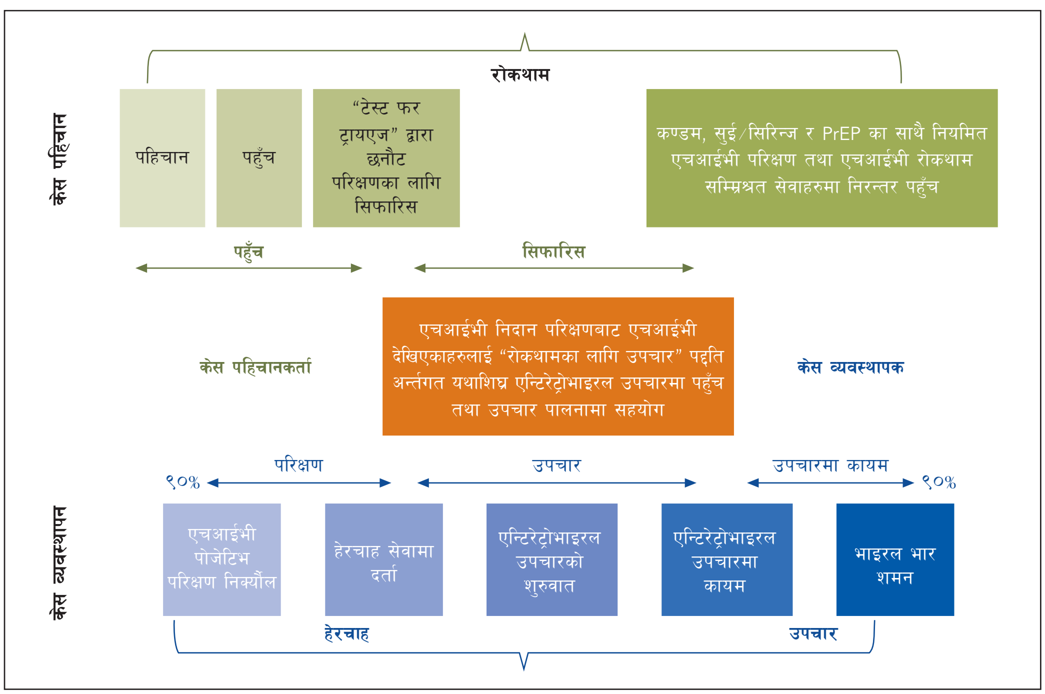
- एचआईभीको रोकथाम, उपचार, हेरचाह र सहयोगका लागि आवश्यक सेवाहरूमा न्यायपूर्ण पहुँच,
- राष्ट्रिय एकता र जिम्मेवारीको बाँडफाँड,
- जनस्वास्थ्यको चुनौतीका रूपमा रहेको एड्स इपिडेमिकलाई २०३० सम्ममा अन्त्य गर्नका लागि द्रुतगति प्रदान गर्ने,
- एचआईभीलाई स्वास्थ्य प्रणालीभित्र एकीकरण गर्ने,
- नवीनता,
- तथ्यमा आधारित योजना र कार्यक्रमको निर्धारण,
- विकेन्द्रित, बहुपक्षीय र बहुविषयक संलग्नता,
- जनकेन्द्रित अवधारणा,
- मानव अधिकारलाई बढावा,
- लैङ्गिक न्याय,
- एचआईभी र मुख्य समूहहरूका सन्दर्भमा भेदभाव र पूर्वाग्रहप्रतिको शून्य सहनशीलता,
- "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र उपचारमा कायम" विधिबाट रोकथाम तथा उपचारको अविच्छिन्नता,
- प्रभावित समुदायको अर्थपूर्ण सहभागिता,
- सार्वजनिक निजी साझेदारी तथा कामको बाँडफाँड र
- राष्ट्रिय नेतृत्व ।

तस्वीर ७ क र ७ ख ले कामको बाँडफाँड तथा सार्वजनिक निजी साझेदारीमार्फत निरन्तर केस पहिचान गर्ने, सेवाको पहुँच, सिफारिस गर्ने, परीक्षण गर्ने, उपचार गर्ने तथा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमा कायम राख्ने चित्रण गर्छ । यी सिद्धान्त र अभ्यासहरू राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको केन्द्रमा रहेका छन् र प्रत्येक रणनीतिक दिशामा लागू गरिनेछन् ।

तस्वीर ७ कः रोकथाम–उपचारमा निरन्तरता



तस्वीर ७ खः केस पहिचान, सेवाको पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार तथा उपचारमा कायम



निजी क्षेत्रमा सामुदायिक सेवा संस्थाहरू, गैरसरकारी संस्थाहरू, मेडिकल कलेजहरू तथा शिक्षण अस्पतालहरू र निजी अस्पतालहरू पर्छन् । सार्वजनिक क्षेत्रमा नेपाल सरकारका सेवाहरू पर्छन् । यी सेवाहरू केसहरूको पहिचान तथा व्यवस्थापनको निरन्तरताका लागि कुनै कमीकमजोरी बिना एकअर्काको पूरकका रूपमा काम गर्छन् ।

सन् २०१५ मा एचआईभी सङ्क्रमित ३९,३९७ जना मध्ये ११,९२२ (३०%) जनालाई एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमा समेटीएको छ र यो औपचारिकरूपमा दर्ता भएका २२,६०० केसहरूको ५३% हुन आउँछ । अझै पनि एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको ठूलो संख्याको एचआईभी निदान हुन सकेको छैन र निदान भएर पनि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार सुरु नगर्नेहरूको संख्या पनि ठूलो छ । एचआईभीसहित जीवन बिताइरहेर पनि निदान नभएका व्यक्तिहरूको पहिचान गर्ने तथा उनीहरू सम्म पुग्ने, उनीहरूलाई परीक्षण गर्न सिफारिस गर्ने (सामुदायिक परीक्षण, सेवा प्रदायकहरूको अग्रसरतामा गरिने परीक्षण तथा परामर्श लगायत), केस व्यवस्थापन गर्ने, उपचार तथा अनुगमनको विकेन्द्रीकरण सबै अन्त्यन्त आवश्यक छन् ।

नेपालले अझसम्म पनि मूलतः यसका मुख्य समूहहरूमा एचआईभीको रोकथाममा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको प्रभावबाट लाभ लिन सकेको छैन । सन् २०२० सम्ममा सरकार, नागरिक समाज तथा निजी क्षेत्रका बीचमा सार्वजनिक निजी साझेदारीमार्फत "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र उपचारमा कायम" (identify, reach, recommend, test, treat and retain) को रणनीतिलाई बलियो बनाएर र निरन्तरताको प्रभावकारी कार्यक्रम सञ्चालन गरेर एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको फराकिलो समूह समक्ष पुग्न सकिन्छ । यस रणनीतिले अझ सक्रियरूपले केसहरूको पहिचान तथा व्यवस्थापनलाई समावेश गर्नका लागि स्वास्थ्यसेवाका प्रोफेशनलहरू तथा तालीमप्राप्त सेवा प्रदायकहरूबीचको कामको बाँडफाँड तथा परम्परागत सेवाका ढाँचाहरूलाई अनुकूलनलाई पनि समेट्नेछ ।

३.२ नेपालमा राष्ट्रिय एचआईभी अनुक्रियाका लागि लगानीका लक्षित क्षेत्रहरू

३.२.१ आधारभूत कार्यक्रमका गतिविधिहरू

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ मूलरूपले मुख्य समूहहरूमा केन्द्रित छ । नेपालमा यस समूहमा महिला, तेस्रोलिङ्गी तथा पुरुष यौनकर्मी तथा तिनका ग्राहक, तेस्रोलिङ्गीहरू, समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुषहरू, सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरू, कारागारमा रहेका व्यक्तिहरू तथा चलायमान र आप्रवासी कामदारहरू, (खासगरी कामका लागि भारत र अन्य देशमा जानेहरू) पर्दछन् । यी मुख्य समूह तथा अन्य उपसमूहहरूसित काम गर्नु प्राथमिकता रहेको छ । एचआईभी कार्यक्रम तर्जुमाको लागि महिला यौनकर्मीहरूलाई सडकमा आधारित यौनकर्मी, नियमितरूपले सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने महिला यौनकर्मी तथा अन्य यौनकर्मी भनेर विभाजन गरिएको छ । तेस्रोलिङ्गी व्यक्तिहरू तथा समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुषहरूलाई निम्न चार समूहमा विभाजन गरिएको छ : तेस्रोलिङ्गी यौनकर्मी, पुरुष यौनकर्मी, तेस्रोलिङ्गी व्यक्तिहरू तथा उच्च जोखिममा रहेका समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुषहरू ।

महिला यौनकर्मी, जसमध्ये पनि सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरू, सडकमा आधारित यौनकर्मीहरू, तेस्रोलिङ्गी यौनकर्मीहरू र पुरुष यौनकर्मीहरूलाई विशेष ध्यान दिइएको छ । महिला यौनकर्मीहरूका अन्य समूह, सुईद्वारा

लागूपदार्थ लिनेहरू तथा समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुषहरूका तुलनामा यी समूहहरू लाई सेवाले कम समेटेको छ । उनीहरू वाह्य सम्पर्कका क्रममा फेला पार्न गाह्रो तथा सेवा प्रदायकहरूका कार्यक्रममा कम अभिरूचि भएका मानिन्छन् । यसमा आमूल परिवर्तनको आवश्यकता छ । यस्ता अत्यन्त जोखिममा रहेका मुख्य समूहहरूका लागि आवश्यक कार्यक्रम र सेवाहरूको प्याकेजमा, आन्तरिक सम्बन्धका माध्यमबाट यौन शोषण तथा हिंसा लगायत रोकथाम र क्षति न्यूनीकरणका आवश्यकताहरूलाई समेट्नु पर्दछ ।

आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण तथा आमाहरूलाई जीवित तथा स्वस्थ राख्ने कार्यक्रम प्रभावकारी र प्राथमिकताको कार्यक्रम क्षेत्र हो । जसमा २०२१ सम्ममा बालबालिकामा एचआईभीको नयाँ सङ्क्रमणलाई अन्त्य गर्न आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण कार्यक्रमको क्षेत्र विस्तार गरी स्वीकार्य अवस्था पुऱ्याउनका लागि विशेष प्रयास तथा महत्वपूर्ण लगानीको आवश्यकता पर्छ । आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्ने कार्यक्रमको विस्तार उपयुक्त परिमाणमा नभएकाले बालबालिकालाई दिइने एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको विस्तार कम छ । तीव्र केस पहिचान (intensive case finding) का माध्यमबाट हाल २६% शिशुलाई मात्र समेटेको सेवालाई २०२१ को अन्त्यसम्ममा ९०% पुऱ्याउने अपेक्षा राखिएको छ । यसका लागि, आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्नका लागि गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परीक्षण र प्रसूतिका सेवाका लागि स्वास्थ्य सुविधामा पहुँच नभएका गर्भवती महिलाहरूमा समुदायका महिलाहरूसितको अन्तरङ्ग सम्बन्ध बढाउने काममा निजी क्षेत्र लगायत महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको योगदान पनि वृद्धि हुन आवश्यक छ । अन्तर्राष्ट्रिय निर्देशिका अनुसार एचआईभी सङ्क्रमित सबै गर्भवती महिलाले जीवनभरका लागि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार प्राप्त गर्छन् । शिशुको स्तरीय निदान तथा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार पनि महत्वपूर्ण प्राथमिकतामा पर्छन् ।

सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूमा एचआईभी देखिने दरमा सफलतापूर्ण कमी देखिए पनि उनीहरू उच्च प्राथमिकतामा पर्ने मुख्य समूहमा पर्छन्, किनभने यो अत्यन्त चाँडो इपिडेमिक फैलिनसक्ने माध्यम हो । सुई तथा सिरिन्ज बाँड्ने तथा ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार कार्यक्रमहरूमा धेरै सुधार हुन आवश्यक छ किनभने नयाँ सुई तथा सिरिन्ज प्राप्त गरी सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूको संख्या र ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार लिनेको संख्या अन्यन्त कम छ । एचआईभी र हेपाटाइटिस सी जस्ता अन्य सङ्क्रमणहरू फैलिनबाट रोक्ने क्षति न्यूनीकरणको यो महत्वपूर्ण कार्यक्रमको लगानीको प्रभावकारिता बढाउनका लागि स्तरीकरण गर्नुपर्ने आवश्यकता छ ।

नेपालमा सुईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूको संख्या कम गराउन, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार पालना सुदृढ गराउन तथा हेपाटाइटिस सीको उपचारप्रतिको आकर्षण बढाउनमा ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार पद्धतिको क्षमता कति हुनसक्छ भन्ने कुरा अझसम्म पनि आकलन हुन सकेको छैन । हालको कार्यक्रमका मुख्य चुनौतीहरूमा सेवाको सीमित विस्तार, एचआईभी र हेपाटाइटिस सी भाइरसको रोकथाम उपचार तथा हेरचाहका अन्य कार्यक्रमहरूसित सम्बद्धता नहुनु तथा सीमित गुणस्तरका कारण माग र उपचार निरन्तरतालाई प्रभाव पार्नु हो ।

ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारको बिस्तारले आपूर्ति र मागको विषयलाई सम्बोधन गर्छ र मागमा सुधार गर्नका लागि यो ग्राहकमुखी हुन आवश्यक छ । ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारमा ग्राहकलाई निरन्तरता दिनमा रहेको प्रमुख व्यवधान ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारस्थलसम्म दैनिक पुग्न पर्ने आवश्यकता हो । ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार लगायत हालको क्षति न्यूनीकरणको सेवा प्रदान गर्ने विधिलाई ग्राहकसितको परामर्शका आधारमा समीक्षा गरिनेछ र स्थीर र अस्थीर ग्राहकहरूका लागि अलग अलग विधि अपनाइनेछ । ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार "Operational Guideline on Oral Substitution Therapy on Drug Use, 2070" को आधारमा प्रदान गरिनेछ । उपचार सुरु गरेको दुई महिनामा स्थीर भएका प्रयोगकर्ताहरूलाई उनीहरूको घर वा काम गर्ने ठाउँ नजिकै उपचार उपलब्ध गराउने तथा जहाँ सामाजिक सहायता सम्बन्धी सेवा र रिफरलहरू पनि उपलब्ध रहने जस्ता विधि केही देशहरूमा प्रयोगकर्तामैत्री ढाँचाको रूपमा सफल भएको छ ।

हाल नेपालमा ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारका लागि मेथाडोन र बुप्रेनोरफिनको प्रयोग छ । नेपालमा सुईद्वारा एन्टिहिस्टामिन र बेन्जोडाइजापिन लिइने बहु-औषधी ढाँचालाई ध्यानमा राख्दा जिब्रोमुनि राखेर खाइने बुप्रेनोरफिनको परिमार्जित मात्रा दिन बिराएर लिँदा हुन्छ, अधिक मात्रा बाट र नालोक्जोन सित मिसाएर हुने दुरुपयोग कम हुन्छ । बुप्रेनोरफिन अब कुनै पेटेन्ट अन्तर्गत छैन र रासायनिक नाममा उत्पादन गर्न सकिन्छ । औषधी प्रयोगको ढाँचामा आएको परिवर्तनलाई अनुगमन गरिनेछ र यी परिवर्तनहरू ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारको निर्देशिकामा नियमितरूपमा प्रतिविम्बित हुन्छन् ।

एउटा सफल क्षतिन्यूनीकरण कार्यक्रमका लागि विभिन्न मन्त्रालयहरू, खासगरी स्वास्थ मन्त्रालय तथा गृह मन्त्रालयबीचको गहन सहकार्य आवश्यक छ । यस्तो सहकार्यले प्रयोगकर्तामुखी तथा विविध उपचारविधिहरूलाई सम्बोधन गर्नुपर्छ र औषधीको भण्डारण तथा वितरण अन्तर्राष्ट्रिय असल अभ्यास अनुसार भएको सुनिश्चित गर्नपर्छ ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको अर्को प्राथमिकतामा एचआईभीको उच्च जोखिम भएका महिला र पुरुषहरू, जस्तै महिला यौनकर्मी तथा तिनका ग्राहक, सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने पुरुषका महिला साथीहरू तथा समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुषहरू पर्दछन् । वाह्य सम्पर्क तथा अन्तरिक सम्बन्धमार्फत जोखिममा रहेका युवा लगायत मुख्य समूहहरूले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य र अधिकारसित सम्बन्धित सेवाका साथै एचआईभी रोकथाम, यौन शोषण, यौन व्यवसायमा हुने हिंसा तथा शिशुहरूमा हुने सङ्क्रमण आदिलाई सम्बोधन गर्ने कार्यक्रमहरूमा पहुँच पाउनु पर्दछ । स्तरीय चिकित्सा सुविधा, प्रयोगशाला तथा उपचारमा निरन्तरताको अनुगमन तथा परामर्श सेवा उपलब्ध भएका ठाउँहरूमा निश्चित समूहहरूका लागि सम्पर्कअघिको प्रोफिल्याक्सिस (PrEP) क्रमिक रूपमा सञ्चालन गर्न सकिन्छ ।

वर्षको अधिकांश समय आफ्नो समुदायभन्दा टाढा हुने भएकाले चलायमान समूह, प्रवासमा कामका लागि जाने व्यक्तिहरू वा विस्थापित मानिसहरुले उपयुक्त किसिमका एचआईभी सेवाहरू नपाउन सक्छन् । अधिकांश प्रवासी कामदारहरूको मूल थातथलो भएको वा उनीहरू बस्ने सुदुर र मध्य पश्चिमाञ्चल क्षेत्रमा सचेतना कार्यक्रममार्फत केही एचआईभी कार्यक्रमहरू उनीहरूका परिवारहरूसमक्ष पुगेको छ । यी र अन्य चलायमान समूह तथा तिनका परिवारहरूको संलग्नतामा तथ्यमा आधारित भएर साथै तिनका लागि, विकासका

कार्यक्रमहरूमा लगानी गरिनेछ, साथै नेपाल लगायतका अन्य देशहरूको अनुभवका आधारमा आप्रवासी कामदार विषेशत ठूलो संख्यामा भारत जाने कामदारहरूमा कार्यस्थलको कार्यक्रमको समेटिनेछ । सबै कामदारहरू समान जोखिममा नपर्ने भएकाले बढी जोखिम भएका व्यक्तिहरूलाई जोखिमपूर्ण र प्राथमितकता प्राप्त भनेर पहिचान गर्न आवश्यक छ । कामका लागि बाहिर जाने व्यक्तिहरू, चलायमान समूह तथा विस्थापित मानिसहरुका लागि परिचयपत्र नहुनु जस्ता संरचनागत व्यवधानहरूलाई पनि सम्बोधन गर्न जरूरी छ ।

कारागारमा रहेका कैदी र बन्दीहरूमा लक्षित कार्यक्रममा लगानी महत्वपूर्ण छ । अस्पष्ट दण्डात्मक कानूनले लागू पदार्थ प्रयोगकर्ता, यौनकर्मी र तेस्रोलिङ्गी महिलाहरूलाई गिरफ्तार हुन सक्छन् । उनीहरूमध्ये धेरैलाई कारागारमा वा हिरासतमा राखिन्छ जहाँ उनीहरू एचआईभी र क्षयरोगबाट सङ्क्रमित हुनसक्छन् वा अरूलाई सङ्क्रमण गराउन सक्छन् र उनीहरूले लिइरहेको एचआईभी सेवाको निरन्तरता टुट्न सक्छ । कैदीबन्दीहरूको स्वास्थ्यको अधिकार अरू जुनसुकै क्षेत्रमा रहेका व्यक्तिको जति नै हुन्छ । स्थानीय स्वास्थ्य निकायहरूसितको सहकार्यमा कारागार र हिरासतमा पनि राष्ट्रियरूपमा स्वीकृत प्रावधान अनुरूपको स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध गराइन्छ । विद्यमान स्तरीय अभ्यासहरूको समीक्षा तथा आवश्यकता अनुसार अद्यावधिक गरी थुनामा रहेका बेला सेवा दिन र त्यसपछि पनि विना व्यवधान निरन्तरता दिने व्यवस्था गरिनेछ ।

प्राकृतिक प्रकोप पछि विस्थापित व्यक्तिहरूको सेवामा पहुँच नहुन सक्छ । उनीहरू यौन हिंसाको जोखिममा हुन सक्छन्, जीवनयापनका लागि यौन व्यवसाय गर्न र लागू पदार्थको प्रयोग गर्न थालेका हुनसक्छन्, जसले उनीहरूमा एचआईभीको सङ्क्रमणको जोखिम बढाएको हुन्छ ।

कारागारका कर्मचारी, प्रहरी जस्ता वर्दीधारी सेवामा रहेका व्यक्तिहरू मुख्य समूहहरूको प्रथम सम्पर्कमा रहेका हुन्छन् । वर्दीधारी सेवामा रहेका व्यक्तिहरूले मुख्य समूहहरूलाई सहयोग र रोकथाम सेवा उपलब्ध गराउन सकून् तथा उनीहरूको सुरक्षित यौन अभ्यासमा पनि बढावा मिलोस् भन्नाका खातिर उनीहरूले एचआईभीसित सम्बन्धित विषयहरूमा पर्याप्त तालीम पाउन जरूरी छ । नेपाल अन्तर्राष्ट्रिय शान्ति सेनामा जनशक्ति पठाउने एउटा प्रमुख स्रोत राष्ट्र भएकाले त्यसमा जाने व्यक्तिहरूले, त्यहाँका स्थानीयहरूलाई र विस्थापित समुदायहरूलाई जोगाउनका लागि एचआईभीसित सम्बन्धित विषयहरूमा पर्याप्त तालीम पाउन जरूरी छ ।

मुख्य समूहहरूका १०-२४ वर्षका युवामा उमेरको विकास संगैहुने विविध शारीरिक तथा मनोवैज्ञानिक परिवर्तनहरूका चरणमा (जस्तै उमेरको विकाससँगै आफ्नो पहिचान निर्माणक क्रममा) एचआईभीको जोखिम बढी हुन्छ । यी मुख्य समूहहरूमा युवा समलिङ्गी पुरूष तथा पुरुषसित यौनसम्पर्क राख्ने अन्य पुरुष, तेस्रोलिङ्गी युवा, आफ्नो यौन पहिचान र यौन प्रवृत्तिका बारेमा कौतुहल भएका युवा, सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने युवा, युवा यौनकर्मी तथा सुईद्वारा लागू पदार्थ लिने तेस्रोलिङ्गी जस्ता विविध समूहमा पर्ने युवाहरू पर्दछन् । मुख्य समूहका यस्ता युवाहरूका लागि सञ्चालित एचआईभी कार्यक्रमहरू परामर्श र एचआईभी परीक्षणबाट सुरु हुनु पर्छ र सङ्क्रमित रहेको खण्डमा उपयुक्त सेवाहरू उपलब्ध गराउनु पर्छ । यसको मुख्य लक्ष्य एचआईभीको रोकथामका विभिन्न गतिविधिहरू मार्फत भाइरल भार शमन तथा एचआईभी सङ्क्रमण नभएका युवाहरूलाई भाइरस मुक्त जीवनको सम्भावना बढाउनु हो ।

युवाहरूलाई यौन र प्रजनन स्वास्थ्य तथा किशोरावस्थाको स्वास्थ्यसित सम्बन्धित अन्य सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि प्रेरणा दिन ज्यादै महत्वपूर्ण छ । स्वास्थ्यसेवा स्थानीयरूपमा उपलब्ध, एकीकृत, छिटो छरितो, गोपनीय, पूर्वाग्रहरहित र झण्झटरहित हुनुपर्छ । स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध गराउने व्यक्तिहरूको क्षमता अभिवृद्धिमा युवासित सम्बन्धित आवश्यकता र विषयहरू पनि समाविष्ट हुनु पर्छ । युवा सापेक्ष मानवअधिकारको सम्मान होस् भन्नका लागि युवाहरूको कानूनी संरक्षण सुनिश्चित हुनुपर्छ ।

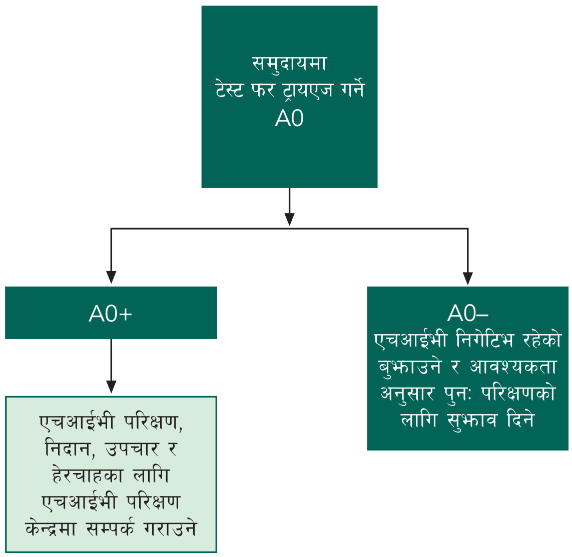
३.२.२ एचआईभी परीक्षणलाई प्रोत्साहित गर्नका लागि सेवा प्रदान गर्ने विधिहरू

स्रोत र सम्भाव्यता अनुसार नेपालमा एचआईभी परीक्षणका लागि सेवा प्रदान गर्न निम्न विधिहरू अपनाइने छन् :

- **संस्थामा आधारित परीक्षणः** विद्यमान सेवा केन्द्रहरू जस्तै एचआईभी परीक्षण मात्र गर्ने क्लिनिकहरू, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार केन्द्र, मोबाइल क्लिनिकहरू, गर्भवतीको जाँच गर्ने स्थान तथा प्रसूति कक्षहरू, ओपिओइड प्रतिस्थापन उपलब्ध गराउने ठाउँहरू, क्षयरोगको उपचार गराउने ठाउँ तथा निजी क्लिनिकहरू र सार्वजनिक निजी साझेदारीका संस्थाहरू ।
- **समुदायमा आधारित परीक्षणः** घुम्ती सेवा, मनोरञ्जन स्थल, यौन व्यवसाय तथा सुईद्वारा लागू पदार्थ लिनेहरूको मुख्य स्थान साथै विकट प्रसूति सेवा केन्द्रहरू एवम् अप्रवासी कामदार तथा तिनका परिवारहरूको बढी संख्या भएका ठाउँका मुख्य समूहहरूमा केन्द्रित भइ पहुँच बढाउने । यसमा समुदायको नेतृत्वमा हुने परिक्षण “टेस्ट फर ट्रायएज” पनि समावेस हुनेछ ।

परीक्षणका यी दुवै विधिहरुको प्रमुख पक्ष भनेको एचआईभी पोजिटिभ देखिएका व्यक्तिहरूको उपचार र उपचारमा निरन्तरतासितको सम्बन्ध हो । यसले सार्वनजिक, निजी तथा गैरसरकारी संस्थाहरूबाट सञ्चालित स्वास्थ्यसेवाहरूमा प्रक्रियागत ढङ्गले लागू गरिने प्रभावकारी प्रेषण प्रणाली (referral system) तथा केस व्यवस्थापन (case management) को आवश्यकता औंल्याउँछ । चिकित्सकीय तथा मनोवैज्ञानिक दृष्टिबाट हेर्दा “पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र कायम विधिको सफलतामा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिका लागि सहयोग प्रदान गर्ने केस व्यवस्थापकको मुख्य भूमिका हुन्छ जस्तै उक्त व्यक्ति लक्षण रहित हुनसक्छ वा उसले उपचारमा कायम रहनुको अर्थ नबुझेको हुनसक्छ, मद्यपान वा लागूपदार्थमा आश्रित हुनसक्छ वा हालैको भूकम्पपछि आहत वा निराश भएको पनि हुनसक्छ, तिनीहरूलाई केस व्यवस्थापकले सहयोग गर्न सक्दछ ।

तस्वीर ८: **टेस्ट फर ट्रायएज**



टेस्ट फर ट्रायएज एउटा समुदायको नेतृत्वमा आधारित एचआईभी परीक्षण विधि हो जसमा छनौट परीक्षणका (Screening) लागि समुदायका तालीम प्राप्त सेवा प्रदायकहरूले (lay provider), चित्र ८ मा A0 भनेर देखाइए जस्तो एउटा शीघ्र एचआईभी छनौट (Screening) परीक्षण गर्छन् । ती सेवा प्रदायकहरूले परीक्षण परिणाम पोजेटिभ आएका व्यक्तिहरूलाई तुरुन्तै एचआईभी परीक्षणका लागि वा आवश्यक भएमा उपचारका लागि थप सुविधा भएका ठाउँमा सम्पर्क गराउँछन् । परीक्षण परिणाम नेगेटिभ भएका व्यक्तिहरूलाई उनीहरूको परिणामका बारेमा सूचित गरिन्छ र उपयुक्त एचआईभी रोकथाम सेवामा सम्पर्क गराइन्छ र उनीहरूको एचआईभी जोखिम र राष्ट्रिय निर्देशिका बमोजिम पुनपरीक्षणका लागि सिफारिस गरिन्छ ।

समुदायमा आधारित एचआईभी परीक्षण सेवालाई विस्तार गर्ने यो विधि उच्च जोखिममा रहेको समूहमा पुग्नका लागि उपयोगी छ, जो सामान्यतया एचआईभी परीक्षण गर्दैन थिए । साथै मोबाइल हेल्थ र ईलेक्ट्रोनिक हेल्थ जस्ता नवीन प्रविधिको प्रयोगबाट परीक्षण, रोकथाम तथा उपचारलाई बढावा गरिनेछ । मुखबाट निस्किने तरल पदार्थ जस्ता गैररक्त नमूनाहरूबाट शीघ्र निदानात्मक परीक्षण गराउनेतर्फ पनि सोचिनेछ ।

मननयोग्य कुरा के छ भने, राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाका अनुसार राष्ट्रिय परीक्षण अल्गोरिदम (National Testing Algorithm) मा A0 ले A1 लाई प्रतिस्थापित गर्दैन । यदि शीघ्र निदान परीक्षण (Rapid Diagnostic Tests) पोजेटिभ (A0+) छ भने निजलाई तुरून्तै थप एचआईभी परीक्षणका लागि सेवा केन्द्रमा सम्पर्क गराइन्छ र जहाँ राष्ट्रिय परीक्षण अल्गोरिदम अनुसार A1 देखि नै परीक्षण गरिन्छ । यदि परीक्षण पोजेटिभ भएको निश्चित भएमा र निज एचआईभी सङ्क्रमित भएको निश्चित हुन्छ र निजलाई क्लिनिकल मूल्याङ्कन र उपयुक्त भए उपचारमा सम्पर्क गराइन्छ । नेगेटिभ परीक्षण परिणाम (A0–) भएमा व्यक्तिको निदान एचआईभी नभएको मानिनेछ र उनीहरूलाई एचआईभी रोकथामका उपयुक्त सेवामा सम्पर्क गराइन्छ र केही पहिला वा हाल एचआईभीको जोखिम भएको भए पुनर्परीक्षणका लागि सल्लाह दिइन्छ ।

३.२.३ **क्रिटिकल कार्यक्रम इनाबलर्सः स्वास्थ्य प्रणालीहरू**

नेपालको जनस्वास्थ्य प्रणाली केन्द्रीय अस्पतालहरू र रेफरल अस्पताल (Referral Hospital), जिल्लास्तरीय अस्पताल र मुलुकभर रहेका आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र र स्वास्थ्यचौकीहरूसम्म फैलिएको छ । यसमा निजी क्षेत्रका अस्पतालहरूको सेवा पनि थप भएको छ । यति हुँदाहुँदै पनि समस्त जनताको आवश्यकता पूरा गर्न भने यो पर्याप्त छैन । आन्तरिक सम्बन्ध-सम्पर्कका माध्यमबाट कम जोखिममा रहेका महिलाहरूसम्म

पुग्न र आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण गर्नका लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ ।

सार्वजनिक क्षेत्रका अस्पताल र अन्य सुविधाहरू एचआईभीको निदान र उपचारका मेरुदण्ड हुन् । एचआईभी कार्यक्रमको क्षयरोग, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य र अधिकार, मातृशिशु स्वास्थ्य, खरीद तथा आपूर्ति व्यवस्थापन जस्ता क्षेत्रहरूसित एकीकृत सेवालाई थप सुदृढ गरिने छ । रक्तदाताको रगतको छनौट परीक्षण जारी राखिनेछ । जन्मैदेखि हुने सिफलिस जस्ता यौन गतिविधिबाट सर्ने सङ्क्रमणहरूको निवारणको काम जारी रहनेछ । हेपाटाइटिस सी भाइरस लगायतका सहसङ्क्रमणहरूको उपचारमा सुधार गरिनेछ । भाइरल भार परीक्षण, पोलिमराइज्चेन रियाक्सन (polymerase chain reaction), गुणस्तर सुनिश्चितीकरण तथा उपकरणहरूको मर्मत सम्भार आदिका लागि प्रयोगशाला सेवाको क्षमतामा सुधार गरिनेछ । नयाँ प्रविधिहरू अङ्गीकार गरिनेछ र निगरानी तथा सर्वेक्षणका माध्यमबाट औषधी प्रतिरोधकताको मूल्याङ्कन लगायतका विषयमा प्रमाण सङ्कलनमा उल्लेखनीय सुधार गरिनेछ ।

निजी अस्पताल लगायत निजी क्षेत्र र सामुदायिक सेवालाई “स्वास्थ्यका लागि प्रणाली” शैलीमा एकीकृत गरिनेछ, जसमा छरिएका सेवाहरूलाई कम गराउनका लागि त्यसमा आन्तरिक सम्बन्ध-सम्पर्क विधि तथा सान्दर्भिक सार्वजनिक निजी साझेदारीमार्फत “पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र कायम” को निरन्तरताका लागि एकीकृत सामाजिक सेवा समाविष्ट हुनेछ ।

एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार क्लिनिकको संरचना र सेवाको प्रयोगात्मक ढाँचाहरूको परीक्षण, समीक्षा गर्दै, विभिन्न साझेदारहरूको अनुभवहरूलाई समेट्दै, देशलाई उपयुक्त, प्रभावकारी र किफायती उपचार र रोकथामका स्तरीय सेवाहरूमा बढोत्तरी गरिनेछ ।

स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूको क्षमता र कार्यकुशलतालाई अध्यावधिक गरिनेछ र उद्देश्य अनुकूल बनाइनेछ । स्वास्थ्य मन्त्रालयले शिक्षा मन्त्रालयसित समन्वय गरेर प्राथमिक एचआईभी रोकथाम, निदान, उपचार तथा हेरचाहका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालीम प्रदान गर्नेछ र त्यसलाई चिकित्सा शिक्षा र नर्सिङको औपचारिक पाठ्यक्रममा पनि सामेल गर्नेछ ।

चिकित्सा शिक्षाको निरन्तरतामा संस्थामा आधारित प्राविधिक समूहहरू हुन्छन्, जहाँ छानिएका ठाउँहरूमा, सञ्चालनमा रहेका मोडलहरूमा आधारित विधि प्रारम्भ गरिन्छ र तिनको प्रतिकृति गरिन्छ । सबै हेरचाहकर्मी र क्लिनिकमा काम गर्ने व्यवसायीहरूको प्रारम्भिक तालीममा एचआईभीसित सम्बन्धित हेरचाह, सहयोग र उपचार समावेश गरिन्छ । शिक्षा मन्त्रालयको सहयोगमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले स्वास्थ्यकर्मीहरूको पाठ्यक्रममा रोकथाम र हेरचाहको विषयवस्तुमा अभिमुखीकरण गर्नेछ साथै यसले कर्मचारीको नियमित सरूवा तथा सेवाको एकिकरण जस्ता समस्याको पनि सम्वोधन गर्नेछ । भौगोलिक क्षेत्रहरूमा र आवधिकरूपमा अनुभवको आदानप्रदान तथा विशेष मामिलाहरूका बारेमा छलफलका लागि कन्फरेन्स कलको प्रवर्धन गरिनेछ । यी प्रयासहरूले गुणस्तर सुनिश्चितता तथा सुधारलाई सम्बोधन गर्नेछन् ।

नेपालको एचआईभी अनुक्रियालाई महत्वपूर्ण योगदानका रूपमा नागरिक समाज संस्थाहरूद्वारा, विशेषतः एचआईभीका नयाँ सङ्क्रमणहरू रोक्नका लागि समुदाय स्तरीय सेवाहरू व्यापकरूपमा विकास र लागू गरिएका छन्, जसमा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरूको सहयोग रहेको छ । एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्नेतर्फ अभिमुख यी अनुक्रियाहरूलाई द्रुतगति प्रदान गर्नका लागि समुदाय र स्वास्थ्य सुविधा सेवाका बीचमा उपयुक्त समन्वय तथा नयाँ ढङ्गले काम गर्न तथा कामको बाँडफाँड गर्न जरूरी छ ।

समुदायको केस पहिचान गर्ने दक्षता "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार तथा कायम" का लागि समुदायमा र समुदायसित काम गर्ने एउटा नवीन विधि हो, जसबाट समुदायका सवल पक्षहरूको पहिचान गरी आन्तरिक सम्पर्कका माध्यमबाट समुदायका सदस्यहरूमा एचआईभी परीक्षणका बारेमा सकारात्मकताको अभिवृद्धि हुन्छ । यो कुरा अभाव तथा कमी कमजोरीहरूमा ध्यान-केन्द्रित गर्नुको साटो तथा वाह्य विशेषज्ञहरू र सहयोगमा भर पर्नुको साटो समुदायहरूले आफ्नै आन्तरिक सीप तथा कार्यकुशलताको प्रयोग गर्छन् भन्ने मुख्य सिद्धान्तमा आधारित छ । घरमा आधारित हेरचाह लगायत समुदायमा आधारित सहयोग संयन्त्रलाई बढावा दिइनेछ । यो परम्परागत मान्यतामा नै परिवर्तन हो, जुन दिगो जनस्वास्थ्य परिणामका लागि अत्यावश्यक छ ।

कार्यसम्पादनमा आधारित आधारभूत कार्यक्रम प्रारम्भ गर्ने उद्देश्यले हालको साथी शिक्षकर वाह्यसम्पर्क कार्यकर्ता र सामुदायिक परिचालक र ड्रप इन सेन्टर विधि परिवर्तन गरी केस व्यवस्थापन विधि अपनाइनेछ । जसबाट भूमिका तथा उत्तरदायित्वमा स्पष्टता हुनेछ र नेपालको "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र कायम" गर्ने क्षमता विस्तार हुनेछ । विभिन्न गैरसरकारी संस्थाहरूका बीचमा सामञ्जस्य स्थापना गर्नका लागि सामुदायिक आन्तरिक सम्बन्ध-सम्पर्क कार्यकर्ताहरूको परिणाममुखी उत्तरदायित्व तथा पारिश्रमिकमा स्तरीकरण आवश्यक छ । यसबाट वृहत स्वास्थ्य प्रणालीका लागि उपयुक्त तथा पूर्णरूपले सहभागी हुने सामुदायिक आन्तरिक सम्बन्ध-सम्पर्क कार्यकर्ताहरूको प्रभावकारी र कार्यकुशल सञ्जाल तयार हुन्छ । छानिएका एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार स्थलहरूमा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको सहयोगका लागि सहयोगी समूहहरूको स्थापनाबाट उपयुक्त उपचार, अवलम्बन तथा उपचारमा निरन्तरताका लागि केस व्यवस्थापनमा बल पुग्ने अपेक्षा गरिएको छ ।

सन् २०१५ को विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) को 'कन्सोलिडेटेड गाइडलाइन्स अन एचआईभी टेस्टिङ सर्भिस' (१९) ले तालीमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूले आफैं नै शीघ्र निदानात्मक परीक्षणका माध्यमबाट सुरक्षित र प्रभावकारी एचआईभी परीक्षण सेवा दिने कुरा सिफारिस गरेको छ । कामको बाँडफाँड अर्थात, लामो तालीम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरू लगायतका छोटो तालीम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरू बीचको कामको विवेकपूर्ण वितरणबाट, उपलब्ध जनशक्तिको प्रभावकारिता र कार्यकुशलतामा अभिवृद्धि हुन्छ र बढी व्यक्तिहरूले सेवा पाउन सक्छन् ।

एचआईभी परीक्षणको सेवा समुदायमा क्रियाशील तालिमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूबाट विस्तार हुँदा यस्ता सेवाको पहुँच र त्यस्ता स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूको मुख्य समूहहरू लगायतका उच्च प्राथमिकताप्राप्त समूहहरूमा स्वीकार्यता बढ्छ । यी समूहहरूका व्यक्तिहरू स्वास्थ्य संस्थाहरूमा गई एचआईभी परीक्षण गराउन अनिच्छुक वा असमर्थ हुनसक्छन् ।

सुरक्षित व्यवहारका लागि आवश्यक सूचना र शिक्षण सीपहरूका कारण तालिमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूबाट (lay provider) प्रदान गरिएका सेवाहरू समुदायमा मन पराइन्छन् । समुदायमा वा संस्थामा आधारित तालिमप्राप्त ती सेवा प्रदायकहरूले एचआईभी परीक्षण सेवा उपलब्ध गराउनका साथै मानिसहरूलाई उपचार र रोकथामका सेवाहरूसम्म सम्पर्क गराउँछन् र निरन्तर हेरचार र सहयोग उपलब्ध गराउँछन् ।

यसका अतिरिक्त, आफूले सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिहरूका साथी पनि रहेका तालिमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरू उनीहरूका आदर्श व्यक्ति हुनसक्छन् र उनीहरूले गैरआलोचनात्मक (non judgemental) सेवा उपलब्ध गराउँछन् । उनीहरूको भूमिका पूर्वाग्रह कम गराउनु, एचआईभी परीक्षणको व्यापकता बढाउने तथा सेवाको स्तर बढाउनु हो ।

३.२.४ क्रिटिकल सोसल इनाबलर्सः

सामाजिक संरक्षणलाई एचआईभी अनुक्रियाको क्रिटिकल सोसल इनाबलर मानिन्छ । यसमा एचआईभी इपिडेमिकका आर्थिक कारणहरूलाई सम्बोधन गर्ने, एचआईभीको जोखिम भएको व्यवहार घटाउने, एचआईभी कार्यक्रमको पहुँचमा रहेका व्यवधानहरूलाई हटाउने र एचआईभी कार्यक्रमहरूलाई अझ प्रभावकारी बनाउने क्षमता छ ।

सन् २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिक अन्त्य गर्नका लागि आवश्यक उपायहरू छन् भन्ने बारेमा पहिलो पटक सहमति भएको छ । यसको प्रगतिलाई लक्ष्यतर्फ अघि बढाउनका लागि एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमध्ये ९०% लाई आफ्नो अवस्था थाहा होस, आफूलाई एचआईभी पोजिटिभ भएको थाहा पाउने व्यक्तिहरूमध्ये ९०% ले उपचार पाऊन र उपचारमा रहेकामध्ये ९०% को भाइरल भार शमन होस् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न सन् २०२० का लागि द्रुतगति लक्ष्य स्थापना गरिएको छ ।

द्रुतगति विधिले छुटेका समूहहरूका लागि प्रमाणित कार्यक्रमहरूमा अभिवृद्धि गर्ने उद्देश्य राखेको छ । त्यस्ता प्रमाणित कार्यक्रममा एचआईभीको उपचार पनि पर्छ, जसले एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको जीवनलाई नाटकीयरूपले लम्ब्याउँछ र सामाजिक संरक्षण लगायतका सामाजिक र संरचनात्मक विधिसित सम्मिलित भएका अवस्थामा एचआईभी प्रशारणमा पनि प्रभावकारी ढङ्गले कमी ल्याउँछ ।

प्रतिष्पर्धात्मक प्राथमिकताहरू र सीमित स्रोतका सन्दर्भमा एचआईभी अनुक्रियाले आर्थिक स्रोतहरू फेलापार्न, विविध क्षेत्रको आर्थिक सहभागिता तथा एचआईभीका सह-कार्यक्रमहरू तथा सामाजिक संरक्षणका सम्भावनाहरूको खोजी गर्नु पर्दछ । एचआईभी तथा सामाजिक संरक्षणका कार्यक्रमहरूबाट एचआईभी सेवाका हालका व्यवस्थाहरूले नसमेटेका व्यक्तिहरूका लागि एचआईभी अनुक्रियाका सम्भावनाका नयाँ स्रोतहरू फेला पार्ने अवसर प्रदान गर्छ । एचआईभी तथा सामाजिक संरक्षणको एकीकरणबाट एचआईभी सङ्क्रमित तथा अति प्रभावित व्यक्तिहरूको अधिकारको सम्मान र संरक्षणको प्रवर्धन हुन्छ ।

मानवअधिकार, लैङ्गिक, न्याय, समानता तथा समावेशीकरण प्रभावकारी एचआईभी अनुक्रियाका मुख्य अवयवहरू हुन् । मुख्य समूहहरू तथा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूले अझसम्म पनि, स्वास्थ्यसेवा लगायतमा पूर्वाग्रह र भेदभावको अनुभव गरिरहेका छन् । ती मध्ये कतिपयलाई विस्तृत सामाजिक संरक्षण

र सहयोगको खाँचो पर्दछ । परम्परागत समाजका लैङ्गिक मान्यताहरूका कारण महिलाहरूलाई समाजको सदस्यका रूपमा आफ्ना सम्भावनाहरू हासिल गर्नबाट रोक्न सक्दछ । महिला र बालिकाहरूमाथि यौन हिंसा हुने सम्भावना रहेको छ । कानून र नियमहरूको पुनर्मूल्याङ्कन गरेर हानिकारक देखिएका जति हटाउन आवश्यक छ । एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्नका लागि एचआईभी अनुक्रियाको द्रुतगतिमा कोही पनि नछुटोस् भन्ने उद्देश्यले मानव अधिकार र लैङ्गिक विषयमा विशेष ध्यान दिइने छ र शून्य सहनशीलताको अनुगमन गरिनेछ । लाभबाट विमुख मुख्य समूहहरूको संरक्षणका लागि कानूनको परिपालना गराउने र प्रहरी लगायत अन्य वर्दीधारी सेवाहरूको ठूलो भूमिका हुन्छ र उनीहरूको आफ्नो भूमिकाका लागि स्तरीय तालीमप्राप्त हुनु पर्दछ । यसका लागि आवश्यक ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचारको स्तरोन्नति, क्षति न्यूनिकरण कार्यक्रम तथा कन्डम प्रवर्धन कार्यक्रममा सहभागिता लगायतका विषयहरूमा गृह मन्त्रालयको महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ ।

नेपाल एउटा प्राकृतिक विपदहरूको जोखिममा रहेको मुलुक हो । सन् २०१५ को विनाशकारी भूकम्पले नेपालको जोखिमपूर्ण अवस्थालाई एकपटक सम्झाएको छ । भूकम्पका बेला रोकथाम र उपचारको क्रम रोकिएकाले, सामाजिक सम्पर्क सञ्जालहरू अवरूद्ध भएकाले मुख्य समूहहरू तथा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू नराम्रोसित प्रभावित हुनेमध्येका थिए र र महिला र बालिकाहरूमा यौनहिंसाको जोखिमहरू बढे । यिनै कुरालाई ध्यानमा राखेर एचआईभी रोकथाम, उपचार र हेरचाहलाई राष्ट्रिय र स्वास्थ्य क्षेत्रका भैपरिआउने तथा सङ्कटकालीन पूर्वतयारी योजनामा समावेश गरिएको छ ।

३.२.५ विकास सहक्रियाहरू

एउटा सुदृढ एचआईभी अनुक्रिया भनेको स्वास्थ्य क्षेत्रको चिकित्सा सेवा प्रदान गर्ने क्षमता मात्र होइन । यसमा शिक्षादेखि सामाजिक संरक्षणसम्म र गृहदेखि स्थानीय सरकारसम्मका विकासका अनेक क्षेत्रहरूको योगदान चाहिन्छ । राष्ट्रिय योजना आयोगमार्फत नेपाल सरकारको विकासका क्षेत्र र तिनको अन्तरक्षेत्रीय उत्तरदायित्वहरूको सूचि प्रस्ताव गरिएको छ । यिनीहरूलाई राष्ट्रिय योजना आयोगको नेतृत्वमा समीक्षा गरी अध्यावधिक गरिनेछ । नेपाल सरकारका अन्य मन्त्रालयको सहभागिता र एचआईभी अनुक्रियामा तिनको योगदानलाई राष्ट्रिय योजना आयोगको नेतृत्वमा हुने संयोजन संयन्त्रमार्फत सुनिश्चित गरिन्छ । विकास क्षेत्रका सबै मन्त्रालय तथा निकायहरूले आफ्ना योजना र बजेटमा एचआईभीसित सान्दर्भिक अनुक्रियाहरूलाई समेट्ने अपेक्षा गरिएको छ ।

नेपालमा एचआईभी अनुक्रियामा लगानीको मुख्य भाग विकासका साझेदारहरूले उपलब्ध गराएका छन् र यो कुरा अनुक्रियालाई द्रुतगति दिनका लागि पनि जारी रहन्छ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ । आफ्ना एचआईभीसम्बद्ध कार्यक्रमहरूका अतिरिक्त, नेपालको एचआईभी अनुक्रियालाई सहयोग गर्नका लागि अन्तर-देशीय र क्षेत्रीय कार्यक्रम लगायतका एचआईभी सम्बद्ध प्रणालीको समीक्षा गरी समायोजित गरिनेछ । क्षेत्रीय कार्यक्रमहरू जस्तै दक्षिण एसियाली क्षेत्रीय सहयोग सङ्गठनअन्तर्गको क्षयरोग तथा एचआईभी/एड्स केन्द्रलाई सम्भावित प्राविधिक सहयोगका लागि अनुसूचित गरिनेछ । एचआईभी तथा अन्य अनुदानका माध्यमबाट ग्लोबल फन्डको सहयोग प्राप्त भइरहने अपेक्षा गरिएको छ । राष्ट्रसंघीय संयुक्त एचआईभी टीम तथा एचआईभीका वाह्य विकास साझेदारहरूले एचआईभी कार्यक्रममा भएको लगानीको कार्यान्वयन र अनुगमनका लागि रणनीतिक प्राविधिक सहायताको व्यवस्थाका लागि प्रवेशविन्दूका रूपमा सहयोग गर्नेछन् ।

एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगति दिनका लागि सृजनशीलताको ठूलो महत्व छ । त्यसको एउटा महत्वपूर्ण अङ्ग नेपालभर ई-हेल्थ र एम-हेल्थ सञ्जाल कार्यान्वयन गर्नु हुनेछ । यसबाट स्वास्थ्यसेवा कसरी उपलब्ध गराउने भन्ने कुरामा क्रान्तिकारी प्रभाव पर्छ । नेपालको स्वास्थ्यसेवा प्रणालीमा सूचना र सञ्चार प्रविधिको युगान्तकारी सम्भावनालाई ई-हेल्थ र एम-हेल्थले स्वीकार गरेको छ । मोबाइल सञ्चार प्रविधिहरूले स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्कहरूको सङ्कलन, आपूर्ति व्यवस्थापन तथा बिरामीको अनुगमन तथा उपचारमा नयाँ अवसरहरूको बाटो खोल्नेछन् । एम-हेल्थले एक पटक कुनै बटन दबाउँदा स्वास्थ्यसेवा प्रणालीमा पहुँच दिने मोबाइल फोनको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य साक्षरतामा सुधार गर्ने अवसर पनि प्रदान गर्छ ।

विशेष वैयक्तिक पहिचान (Unique Identifier) को स्थापना तथा प्रयोग गरेर ई-हेल्थले बिरामीको अभिलेख सेवाप्रदायकहरू समक्ष पुऱ्याई दोहोरो एचआईभी परीक्षण हुनबाट रोक्छ । यस्ता नवीन प्रविधिहरूले केस व्यवस्थापनमा सुधार, औषधी, आपूर्ति र सेवाहरूको अनुगमन, एउटै काम दोहोरिने प्रवृत्तिमा न्यूनता, स्वास्थ्यसेवा कार्यकर्ताहरूलाई तालीम, बिरामीलाई सहयोग तथा जनसमुदायलाई शिक्षित गराउने कार्यमा सुधार गर्दछ । साथै यी प्रविधिहरू निदानात्मक कार्यमा, तालीममा, दूरशिक्षा पाठ्यक्रममा तथा वाह्यसम्पर्कमा, आन्तरिक सम्पर्कमा तथा सचेतना र परीक्षण अभियानका लागि पनि सान्दर्भिक हुन्छ ।

३.३ शासन प्रणाली, संरचनाहरू र उत्तरदायित्वहरू

नेपालको एचआईभी अनुक्रियाको प्रारम्भिक समयमा राष्ट्रिय एचआईभी तथा यौनरोग नीतिले अनुक्रियाका लागि शासन संरचना तथा उत्तरदायित्वको स्थापना गऱ्यो । विभिन्न समयमा गरिएका पुनरावलोकन सहित विगत २० वर्षभन्दा बढी समयदेखि उक्त नीति क्रियाशील छ । महत्वपूर्ण वैज्ञानिक खोजहरू तथा हासिल गरिएका अनुभवहरू र सिकिएका पाठहरू सहित यो गतिशील इपिडेमिकलाई मध्यनजर गर्दै, एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्नका लागि अपनाइने द्रुतगतिको विधिसित प्रशासन संरचनाहरूलाई समायोजन गर्न आवश्यक छ । आवश्यकता अनुसार उक्त नीतिको समीक्षा र त्यसमा परिमार्जन गरिनेछ ।

नीतिगत ढाँचाको समीक्षा तथा समायोजनका क्रममा द्रुतगतिको विधिका लागि आवश्यकता अनुसार नीतिगत ढाँचामा सङ्क्रमणकालीन समायोजन गरिनेछ ।

नीतिगत संयोजनका लागि प्रधानमन्त्रीको अध्यक्षतामा राष्ट्रिय एड्स परिषद् स्थापना भएको थियो । उक्त परिषदमा विभिन्न मन्त्रालय र सरकारी निकायहरूका उच्च तह, नागरिक समाजका प्रतिनिधिहरू तथा अरू साझेदारहरूको समेत प्रतिनिधित्व रहेको छ । सरकारको उच्च तहको समग्र नेतृत्वका लागि उक्त संरचना महत्वपूर्ण रहेको छ ।

एचआईभी/एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण बोर्डको स्थापना राष्ट्रिय एड्स परिषद्को सचिवालयका रूपमा काम गर्नका लागि भएको थियो । त्यसका साथै एड्सका लागि राष्ट्रिय नीतिको निर्माण, रणनीति र योजनाहरू, संयोजन, एड्सका लागि राष्ट्रिय बहुक्षेत्रीय अनुक्रियाको अनुगमन र मूल्याङ्कन, आन्तरिक र वाह्य स्रोतको परिचालन तथा राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताहरू पूरा गर्नु पनि यसका उद्देश्य थिए ।

राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको स्थापना राष्ट्रिय एचआईभी तथा यौनरोग नीति, रणनीति तथा कार्यक्रमहरूको कार्यान्वयन, संयोजन तथा अनुगमनका लागि भएको थियो। स्वास्थ्यका पूर्वाधारहरू, जनस्वास्थ्य कार्यालयहरू, स्वास्थ्य चौकीहरू तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू मार्फत केन्द्र, क्षेत्र, अञ्चल र जिल्ला तहमा नीति तथा कार्यक्रमहरूको कार्यान्वयन पनि यसको उद्देश्य रहेको छ। राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले निर्देशिकाहरूको समीक्षा तथा पुनरावलोकन, मापदण्ड तथा प्रोटोकलहरूको विकास तथा कार्यक्रम निर्देशिकाहरूको विकास गर्नका लागि स्थापित विषयगत समितिहरूको कामलाई सहजीकरण गरिरहेको छ, जुन कार्यक्रम व्यवस्थापनको महत्वपूर्ण गुण हो। राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रले नेपाल सरकारका विभिन्न क्षेत्र तथा गैरसरकारी क्षेत्रका सदस्यहरू रहेको क्रियाशील प्राविधिक तथा विषयगत कार्यसमूहलाई निरन्तरता दिन्छ र आवश्यकता अनुसार स्थापना पनि गर्छ।

वाह्य स्रोतहरूबाट आर्थिक स्रोत परिचालन गरी कार्यान्वयनकर्ता साझेदारसम्म पुऱ्याउनका लागि धेरै साझेदारहरू र पहलहरूले राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको कार्यभार तथा कार्यक्षेत्रमा ठूलो विस्तार भएको छ। कार्यभारमा भएको यो वृद्धिले यसको मुख्य काम, जनस्वास्थ्य तथा अन्य नियामक कार्य अन्तर्गतका मार्गदर्शन, गुणस्तर निर्धारण, राष्ट्रिय अनुक्रियालाई संयोजन, अनुगमन र कार्यान्वयन गर्ने जस्ता काममा दवाव सृजना गरेको छ जसको सम्बोधन हुन जरूरी छ। अनुगमन तथा रिपोर्टिङ क्षमताको अभिवृद्धिका साथै इलेक्ट्रोनिक सूचना प्रणालीमा सुधार गरिनेछ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना अन्तर्गत राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको जिम्मेवारी संयोजन गर्ने, आर्थिक प्राविधिक स्रोतहरू परिचालन गर्ने, गुणस्तर नियन्त्रण गर्ने, नीति, कार्यक्रमहरू तथा योजनाहरूको विकास र कार्यान्वयन गर्ने एवं अनुगमन र रिपोर्टिङ गर्ने हो।

राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रको रणनीतिक सूचना, स्वास्थ्यसेवा प्रदान गर्ने संस्थाहरूले गरेको नियमित इपिडिमोलोजिकल रिपोर्टिङ, सेन्टिनल निगरानी, आई.बी.बी.एस.हरू, सर्वेक्षणहरू तथा अन्य विशेष अध्ययनहरूमा आधारित हुन्छन्। कार्यक्रम अनुगमन सेवा प्रदायकहरूले गरेको आफ्ना गतिविधिका बारेमा आवधिक रिपोर्टिङमा आधारित हुन्छ र त्यसैका आधारमा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा वार्षिक रिपोर्टिङ (GARPR) हुन्छ तथा पारदर्शिता तथा जवाफदेहिताका लागि राष्ट्रिय एड्स व्यय मूल्याङ्कन र समीक्षा पनि हुन्छ। नेपालमा एचआईभी अनुक्रियाको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन निर्देशिका (२०) लाई विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको स्वास्थ्य क्षेत्रमा एचआईभीको संयुक्त रणनीतिक सूचना निर्देशिका (Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in Health Sector) (२१) मा आधारित रहेर एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिमा लैजाने विधिसित एकरूपता प्रदान गर्नका लागि समीक्षा र अध्यावधिक गरिनेछ। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा एचआईभीसित सम्बन्धित अभिलेख र रिपोर्टिङमा सुधार गरिनेछ।

आवश्यकता अनुसार आवधिकरूपमा नेपालको एचआईभी अनुक्रियाको स्वतन्त्र वाह्य मूल्याङ्कन गरिनेछ। नेपाल सरकार र गैरसरकारी स्रोतबाट प्राप्त हुने आर्थिक स्रोतलाई सीधै कार्यान्वयनकर्ता निकायलाई दिनुको साटो राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रमार्फत दिनाले अनावश्यकरूपमा प्रसाशकीय तहको सृजना हुने र कार्यान्वयनमा गम्भीर ढिलाइको सम्भावना समेत भई यस संस्थामा वित्तीय जिम्मेवारीको अत्यधिक भार पर्ने र द्रुतगतिमा लैजाने काममा नै ढिलाइ हुने सम्भावना बढ्छ।

एचआईभीका सेवाहरू अन्य रोगहरूसित वा स्वास्थ्य मन्त्रालय आफै भित्र, आर्थिकस्रोतको विनियोजन कार्ययोजना सहित समावेश हुनुपर्दछ । वाह्य दाताहरूको सहयोग प्राप्त विशेष कार्यक्रम तथा परियोजनाहरू सरकारबाट प्राप्त हुने आर्थिक प्रवाहसित मिलान (aligned) र संयोजित हुनु पर्दछ ।

एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिमा लैजानका लागि राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र तथा कार्यान्वयनकर्ता निकायहरू, खासगरी मुलुकको स्वास्थ्यसेवालाई निर्देशित गर्ने निकायहरूको कार्यहरूको साथै स्वास्थ्य मन्त्रालयमा आर्थिक प्रक्रियाहरूको समीक्षा र सरलीकरण गर्नुका साथै समीक्षा र संशोधन गरिनेछ ।

एचआईभीसित सम्बन्धित सामग्रीको आपूर्ति व्यवस्था स्वास्थ्य मन्त्रालयको आपूर्ति व्यवस्था प्रणालीसँग समानान्तर रहेको छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयको खरीद प्रक्रिया लामो छ (छ महिनाभन्दा चाँडो कमै मात्र हुने) र प्रतिष्पर्धी आपूर्तिकर्ताहरूले छनौटका बारेमा नियमितरूपले दावी विरोध गर्ने भएकाले त्यो अझ लम्बिन सक्छ । स्वास्थ्य मन्त्रालयको आपूर्तिव्यवस्था ढिलो र बहुस्तरीय भएकाले चिकित्सासित सम्बन्धित सामग्रीहरूको आपूर्तिमा ढिलाइ हुन्छ र सामग्रीको म्याद गुज्रिने, बिग्रिने र आपूर्ति अपुग हुने सम्भावना हुन्छ ।

आपूर्तिप्रणालीलाई एकीकृत र सुधार गर्ने काम सुरु भइसकेको छ । भविष्यको खरीद र आपूर्ति संयन्त्रका मुख्य अङ्गका रूपमा पूर्व चेतावनी प्रणाली (early warning systems) अवलम्बन गरिनेछजसले औषधीको म्याद गुज्रिने र आपूर्ति अपुग हुने सम्बन्धमा समयमै जानकारी दिनेछ ।

जिल्ला, नगरपालिका र स्थानीय तहमा एचईभी र यौनजन्य गतिविधिहरूबाट सर्ने सङ्क्रमणहरूसित सम्बन्धित कार्यक्रमहरू लागू गर्नका लागि एड्स समन्वय समितिहरूको स्थापना गरिएको छ । यी समितिहरू एचआईभीसित सम्बन्धित कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न सुसज्जित छैनन् ।

जिल्ला तहमा अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा पनि उस्तै किसिमका समितिहरू छन् उदाहरणका लागि, जिल्ला प्रजनन स्वास्थ्य समिति जसले जिल्लातहमा एचआईभी अनुक्रियाको पनि संयोजन गर्न सक्छन् । आवश्यकता अनुसार उक्त समितिको ढाँचा र गतिविधिहरूको समीक्षा गरी केही संशोधन गरिनेछ । एउटा विकल्पका रूपमा यस्ता समितिहरूलाई जिल्ला स्वास्थ्य समिति अन्तर्गत जोड्न सकिन्छ र सान्दर्भिकता र आवश्यकता अनुसार उपसमिति वा संयोजन संयन्त्रको स्थापना गर्न सकिन्छ । मुख्य समूहहरूको सञ्जाल तथा अन्य गैरसरकारी साझेदारहरू यस्ता स्थानीय समितिका सदस्य हुने व्यवस्था हुनु अनिवार्य हुन्छ । यस्ता समितिहरूको मुख्य भूमिका परिणाममुखी जिल्ला एचआईभी योजना तयार गर्नु हो जुन जिल्लाको स्वास्थ्य योजना वा विकास योजनासित एकीकृत हुनसक्दछ ।

आगामी केही वर्षमा सङ्घीय पुनर्संरचनाका कारण राजनीतिक, व्यवस्थापकीय र प्रशासकीय संरचना तथा प्रदेश, राज्य र स्थानीय तहका उत्तरदायित्वमा आधारभूत परिवर्तन हुने कुरा अपेक्षित छ । यी परिवर्तनहरू लागू हुनु अगावै राष्ट्रिय तहमा प्रस्ताव गरिएका परिवर्तनहरूले जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयको नेतृत्वमा जिल्ला तहका गतिविधिहरूलाई सरल र छरितो बनाउनका लागि मदत पुऱ्याउनेछन् । केन्द्रीय र स्थानीय तहमा एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिमा लैजानका लागि सार्वजनिक निजी साझेदारी स्थापना गर्ने दिशामा यो पुनर्संरचना महत्वपूर्ण अवसर भएको छ ।

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले स्वास्थ्य मन्त्रालय बाहेकका मन्त्रालयहरूलाई पनि प्रक्रियागत र संयोजित गतिविधि गर्नका लागि आह्वान गरेको छ । आफूले सेवा दिने समूहहरूको एचआईभी प्रशारणको जोखिमलाई कम गराउन, एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको हेरचाह र सहयोगमा योगदान गर्न, मानव अधिकारको संरक्षण गर्न, भेदभाव घटाउन र आफ्ना विकासको कार्यसूचीमा संयोजित र गुणस्तरीय एचआईभी अनुक्रियाहरूलाई समावेश गराउन तथा तिनका लागि उपयुक्त वातावरण बनाउनमा मन्त्रालयहरूको भूमिका हुन्छ ।

योजनाको उच्च तहमा रहेको राष्ट्रिय योजना आयोगले नियमित बैठकहरू तथा समीक्षा प्रक्रियामार्फत बहुक्षेत्रीय संलग्नताहरू प्रभावकारी रूपले कार्यान्वयन गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गरेको छ । अन्य सम्बन्धित मन्त्रालयहरूले क्षेत्रगत गतिविधिमा ध्यान-केन्द्रित गर्छन् र आफ्ना गतिविधिहरूमा एचआईभीलाई समावेश गर्न स्रोत विनियोजन गर्छन् । अन्य मन्त्रालयहरूले स्वास्थ्य मन्त्रालय, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र, नागरिक समाज र अन्य साझेदारहरूसितको सहकार्यमा क्षेत्रगत निर्देशिका बनाएर र तिनको कार्यान्वयनको अनुगमन गरेर आफ्ना केन्द्रीय गतिविधिमा एआईभीसित सम्बन्धित गतिविधिहरूलाई समावेश गर्छन् ।

३.४ लक्षित लगानीहरूको सारांश

राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले आगामी पाँच वर्षका लागि एचआईभी अनुक्रियालाई द्रुतगतिमा लैजान स्रोतहरूको रणनीतिक विनियोजन प्राथमिकता तय गर्दछ । पहिलो आर्थिक वर्ष (जुलाई २०१६-जुन २०१७) का लागि आवश्यक लगानी अमेरिकी डलर ३,०१,२६,३०४ हो जसमा वार्षिक वृद्धि भएर आर्थिक वर्ष सन् २०२०-२०२१ मा ३,९५,३२,०२९ अमेरिकी डलर पुग्छ । प्रत्येक वर्ष कूल लगानीको करीब तीन चौथाइ रकम “पहिचान, पहुँच र सिफारिस” मा खर्च हुन्छ । जसमा मुख्य समुहको पहिचान गरी रोकथामका लागि पहुँच पुऱ्याउने तथा केस पहिचान गर्ने र ती केसहरूलाइ उपचार र परीक्षणमा मा प्रेषण गर्ने कार्यक्रमहरू पर्दछन् । २०१७-२०१८ देखि “पहिचान, पहुँच र सिफारिस” मा सानो रूपमा सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सिस (PrEP) पनि सम्मिलित हुन्छ । साथै यसमा रक्त सुरक्षा (Blood safety) पनि सम्मिलित छ ।

मुख्य समूहहरू, क्षयरोग भएका व्यक्तिहरू र गर्भवती महिलाहरूको एचआईभी परीक्षणले वार्षिक लगानीको ३% लाई प्रतिनिधित्व गर्छ । यसमा गर्भवती सेवामार्फत गर्भवती महिलाहरूमा पुगी, जन्मैदेखि हुने सिफलिसको तथा आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण कार्यक्रम पनि सम्मिलित छ ।

तालिका २: लगानीको अनुमानित आवश्यकता, २०१६-२०२१

लगानीका लक्षित क्षेत्र	२०१६-२०१७		२०१७-२०१८		२०१८-२०१९		२०१९-२०२०		२०२०-२०२१	
	अनुमानित लागत	%	अनुमानित लागत	%	अनुमानित लागत	%	अनुमानित लागत	%	अनुमानित लागत	%
पहुँच, सिफारिस र परीक्षण	२,३०,०९,४८०	७६	२,७३,३४,८०५	७७	२,८०,३६,३६५	७६	२,८७,३२,८४४	७५	२,९४,४३,३३७	७४
उपचार र उपचारमा निरन्तरता	४०,७९,९३९	१४	४५,२३,३१९	१३	५०,१२,१९६	१४	५४,९२,३७६	१४	५९,५२,४८२	१५
प्रोग्राम इनाबलर्स र सोसल इनाबलर्स	११,४५,१७५	४	१५,८६,३५६	४	१५,७६,३९४	४	२०,१७,१४५	५	२०,२९,२०१	५
स्वास्थ्यका प्रणालीहरू	१,१४,८६,९७	४	११,७२,६४७	३	१२,०७,०४३	३	११,६४,३५७	३	१०,६६,३३०	३
रणनीतिक सूचना	७४,३०,१२	२	९,२८,९२९	३	८,६२,४०९	२	१०,०५,१०४	३	१०,४०,६७८	३
जम्मा	३,०१,२६,३०४		३,५५,४६,०५५		३,६६,९४,४०८		३,८४,११,८२७		३,९५,३२,०२९	

उपचार र त्यसको निरन्तरतामा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको थालनी र निरन्तरताका साथै उपचार पालनाको अनुगमन तथा हेरचाह केन्द्रहरूको सञ्चालन पनि पर्छ। सीडी फोर गणनामार्फत एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमा भर्ना भएकाहरूको उपचारको अनुगमन तथा भाइरल भार परीक्षणको लगानी पनि यसमा सम्मिलित छ। उपचार र उपचार निरन्तरताको अनुमानित लागत केस व्यवस्थापनको अवधारणाकै आधारमा तयार गरिएको छ।

सोसल प्रोग्राम इनाबलर्समा एड्सबाट प्रभावित बालबालिकाको सामाजिक संरक्षण, पोषणमा सहयोग, हेपाटाइटिस सीको उपचार, एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूमा हेपाटाइटिस बीको परीक्षण, निर्देशिकाको तयारी, सञ्चालन कार्यविधिको प्रोटोकल र कानूनी तथा नीतिगत समीक्षा आदि सम्मिलित छन्। यस रणनीतिले हेपाटाइटिस सीको उपचार गर्ने एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको संख्या सन् २०२०-२०२१ मा १,००० जना पुऱ्याउने परिकल्पना गरेको छ।

स्वास्थ्य प्रणालीमा मूलतः दुईवटा सीडी फोर, छ वटा भाइरल भार तथा चारवटा जीन एक्सपर्ट मेसिनहरूको खरीद गरी राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाको सुधार गर्ने कुरा संलग्न छ। यसले नयाँ र पहिलेदेखि रहेका मेसिनहरूको गुणस्तरको सुनिश्चितता, प्रयोशाला प्राविधिकहरूको तालीम तथा रक्त नमूनाहरूको ढुवानी लगायतका मर्मतसंभार र सञ्चालन खर्चहरूलाई पनि समावेश गरेको छ। राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाले आमाबाट बच्चामा हुने सङ्क्रमणको निवारण तथा जन्मैदेखि हुने सिफलिसको निवारण कार्यक्रमलाई प्राथमिकतामा राखेर महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई परिचालन गर्नमा पनि लगानी गर्छ। सबल रणनीतिक सूचनामा नियमित कार्यक्रम अनुगमन मार्फत इपिडेमिकको निगरानी तथा समुदायको अगुवाइमा हुने र परम्परागत कार्यगत अनुसन्धान सम्बन्धी खर्चहरू पनि पर्दछन्।

कृतज्ञता

नेपालमा सन् २०३० सम्ममा एड्स इपिडेमिकलाई अन्त्य गर्ने परिकल्पना र लक्षित लगानीको उद्देश्य लिएको यो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको तयारीमा तल उल्लेख गरिएका महानुभावहरूको कठोर मेहनत, प्रेरणा र सल्लाह सुझावको ठूलो भूमिका रहेको छ। हामी उहाँहरूप्रति कृतज्ञता व्यक्त गर्दछौं।

सञ्चालक समिति

डा. सेनेन्द्रराज उप्रेती, सचिव, स्वास्थ्य मन्त्रालय
डा. पदम बहादुर चन्द, पूर्व निमित्त सचिव, स्वास्थ्य मन्त्रालय
श्री शान्त बहादुर श्रेष्ठ, पूर्व सचिव, स्वास्थ्य मन्त्रालय
डा. पुष्पा चौधरी, महानिर्देशक, स्वास्थ्य मन्त्रालय
श्री महेन्द्र श्रेष्ठ, प्रमुख, नीति योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखा, स्वास्थ्य मन्त्रालय
श्री नारायण ढकाल, उपसचिव, अर्थ मन्त्रालय
श्री देवीप्रसाद सुवेदी, उपसचिव, शिक्षा मन्त्रालय
श्री तिलक बहादुर खड्का, शाखा अधिकृत, सङ्घीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय
श्री बिनिता भट्टराई, उपसचिव, महिला, बालबालिका तथा समाज कल्याण मन्त्रालय
श्री बासुदेव देवकोटा, शाखा अधिकृत, श्रम तथा रोजगार मन्त्रालय
श्री सीता घिमिरे, शाखा अधिकृत, गृह मन्त्रालय
श्री प्रतिनिधि, युवा तथा खेलकूद मन्त्रालय
श्री राधा कृष्ण प्रधान, कार्यक्रम निर्देशक, राष्ट्रिय योजना आयोग
डा. यस भानडेलर, प्रतिनिधि, विश्व स्वास्थ्य संगठन
डा. रुबेन एफ. डेल प्राडो, नेपाल र भूटानका लागि राष्ट्रिय निर्देशक, संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी/एड्स कार्यक्रम
श्री सन्जय शर्मा, प्रतिनिधि, नागरिक समाज सञ्जाल
डा. दिपेन्द्र रमण सिंह, पूर्व निर्देशक, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
डा. तरूण पौडेल, निर्देशक, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र

मुख्य समूहहरूको राष्ट्रिय सञ्जाल

श्री अच्युत सिटौला, अध्यक्ष, राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ, नेपाल
श्री मथुरा कुँवर, अध्यक्ष, एचआईभी/एड्ससङ्क्रमित महिलाहरूको राष्ट्रिय महासंघ
श्री मनिषा ढकाल, अध्यक्ष, यौनिक तथा लैङ्गिक अल्पसंख्यकहरूको महासंघ, नेपाल
श्री बिजया ढकाल, जागृती महिला महासंघ
श्री बिष्णु फुँयाल शर्मा, अध्यक्ष, रिकभरिङ नेपाल, लागूपदार्थ प्रयोगकर्ताहरूको राष्ट्रिय सञ्जाल
श्री सोनाम शेर्पा, अध्यक्ष, नेपाल ड्रग युजर्स प्रिभेन्सन एसोसिएशन फर वीमन इन नेपाल
श्री गणेश लोहनी, अध्यक्ष, एड्स विरुद्ध राष्ट्रिय नेटवर्क समूह, नेपाल
श्री ऋषि ओझा, अध्यक्ष, नेपाल एचआईभी/एड्स अलाइन्स
श्री टुका देवी रेग्मी, अध्यक्ष, न्याशनल माइग्रेन्टस् नेटवर्क अन एचआईभी एड्स एन्ड एसआरएचआर
श्री सारा थापा मगर, संयोजक, योङ की एफेक्टेड पपुलेशन इन नेपाल

परामर्शदाताहरू

डा. ओलाभी इलो, अन्तर्राष्ट्रिय विशेषज्ञ तथा मुख्य परामर्शदाता
डा. मुक्ता शर्मा, अन्तर्राष्ट्रिय लगानी परामर्शदाता, विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन, थाइल्याण्ड
डा. बालकृष्ण सुवेदी, राष्ट्रिय मुख्य परामर्शदाता
श्री प्रभुराज पौडेल, राष्ट्रिय लगानी परामर्शदाता

महत्वपूर्ण योगदानकर्ताहरू

क्षेत्रीय तथा राष्ट्रिय भेला तथा सम्बादहरूमा व्यक्तिगत र संस्थागत हिसाबले योगदान पुऱ्याउने देहायका महानुभावहरूप्रति पनि हामी कृतज्ञ छौँ ।

डा. यदुचन्द्र धिमिरे, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
डा. भेषराज पोखरेल, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
डा. पुरूषोत्तम राज सेढाई, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री शम्भु काफ्ले, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री बालकृष्ण कार्की, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री बीरबहादुर रावल, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री कृष्ण प्रसाद नागिला, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री उषा भट्ट, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री झलकराज पौडेल, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री पुण्यमाया गुरागाईं, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री राजेश खनाल, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री माधव चौलागाईं, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री दीपनारायण सापकोटा, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
डा. राज्यश्री कुँवर, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
डा. सुशील कोइराला, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री शिवहरि अधिकारी, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री सुभद्रा काफ्ले, राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री नारायण प्रसाद ढकाल, औषधी व्यवस्था विभाग
श्री सञ्जय दाहाल, स्वास्थ्य मन्त्रालय
डा. गीता शाक्य, राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
डा. राजकुमार महतो, राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
श्री सुवास धिताल, राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
श्री सूर्य देउजा, राष्टिय मानव अधिकार आयोग
श्री पुरुषोत्तम ढकाल, नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद्
श्री इभाना लोहार, अमेरिकी सहयोग नियोग
डा. मानव भट्टराई, विश्व बैंक
श्री फ्रान्सिस्का फर्स्ट, जर्मन सहयोग नियोग
श्री उज्वल कर्मचार्य, जर्मन सहयोग नियोग
डा. फिलिप कृयाश, एड्स, क्षयरोग र मलेरियाका विरूद्ध ग्लोबल फण्ड
श्री निकोल डलेनी, एड्स, क्षयरोग र मलेरियाका विरूद्ध ग्लोबल फण्ड
श्री इरिना टोकाट्ली, एड्स, क्षयरोग र मलेरियाका विरूद्ध ग्लोबल फण्ड
डा. प्रकाश घिमिरे, विश्व स्वास्थ्य संगठन
डा. निहाल सिंह, विश्व स्वास्थ्य संगठन
डा. अतुल दाहाल, विश्व स्वास्थ्य संगठन
श्री अक्जेमल माग्तोम्भा, विश्व स्वास्थ्य संगठन
श्री बिनिजा गोपर्मा, संयुक्त राष्ट्रसंघीय लागु औषध तथा अपराध नियन्त्रण कार्यालय
डा. हेनरीकस राइजमाकर्स, राष्ट्रसंघीय बालकोष
श्री वीरेन्द्र प्रधान, राष्ट्रसंघीय बालकोष
श्री क्रिस्टिन ब्लोखुस, राष्ट्रसंघीय जनसंख्या कोष
श्री नीरा ठाकुर, राष्ट्रसंघीय जनसंख्या कोष
श्री भरत श्रेष्ठ, राष्ट्रसंघीय विकास कार्यक्रम

श्री दिव्य जोशी, एड्स हेल्थ फाउण्डेशन
श्री दीपक ढुंगेल, एड्स हेल्थ फाउण्डेशन
श्री विणा पोखरेल, संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी/एड्स कार्यक्रम
श्री कोमल बडाल, संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी/एड्स कार्यक्रम
श्री निचु मायर, संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी/एड्स कार्यक्रम
श्री जगदीश ढकाल, संयुक्त राष्ट्रसंघीय एचआईभी/एड्स कार्यक्रम
श्री खगेन्द्र खड्का, राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ, नेपाल
श्री माधव अधिकारी, राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ, नेपाल
श्री इश्वर महर्जन, योङ की एफेक्टेड पपुलेशन इन नेपाल
श्री पूजा कुँवर क्षेत्री, योङ की एफेक्टेड पपुलेशन इन नेपाल
श्री बबी घिमिरे, एचआईभी/एड्स सङ्क्रमित महिलाहरूको राष्ट्रिय महासंघ
श्री निशा धौबडेल, एचआईभी/एड्स सङ्क्रमित महिलाहरूको राष्ट्रिय महासंघ
श्री शर्मिला बस्नेत, एचआईभी/एड्स सङ्क्रमित महिलाहरूको राष्ट्रिय महासंघ
श्री दल बहादुर जी. सी., एड्स विरुद्ध राष्ट्रिय नेटवर्क समूह, नेपाल
डा. उषा झा, एड्स विरुद्ध राष्ट्रिय नेटवर्क समूह
श्री रिद्धी प्रताप ज.ब. राणा, रिकभरिङ नेपाल
श्री शर्मिला वैद्य, नेपाल ड्रग युजर्स प्रिभेन्सन एशोसिएशन फर वीमन इन नेपाल
श्री राजन केसी, जागृति महिला महासंघ
श्री पिङ्गी गुरुङ, नील हिरा समाज
श्री पर्शुराम राई, नील हिरा समाज
श्री प्रकाश निरौला, नील हिरा समाज
श्री सुवास पोखरेल, नील हिरा समाज
श्री सुमन नेपाल, नील हिरा समाज
श्री सिम्रन शेरचन, यौनिक तथा लैङ्गिक अल्पसङ्ख्यकहरूको महासंघ
श्री सतिशराज पाण्डे, एफएचआइ ३६०
श्री भगवान श्रेष्ठ, एफएचआइ ३६०
श्री तारा क्षेत्री, सेभ द चिल्ड्रेन इन्टरनेशनल
श्री राजन भट्टराई, सेभ द चिल्ड्रेन इन्टरनेशनल
श्री विष्णु पौडेल, सेभ द चिल्ड्रेन इन्टरनेशनल
श्री सञ्जीवराज न्यौपाने, सेभ द चिल्ड्रेन इन्टरनेशनल
श्री सुजन वन्त, सेभ द चिल्ड्रेन इन्टरनेशनल
श्री जगदीशचन्द्र भट्ट, नागार्जुन विकास समिति
श्री विष्णु घिमिरे, सक्रीय सेवा समाज
श्री आनन पुन, स्पर्श नेपाल
श्री सुशील खत्री, स्पर्श नेपाल
श्री महेश शर्मा, स्वतन्त्र परामर्शदाता
श्री अन्जय के.सी, स्वतन्त्र परामर्शदाता

नेपाली अनुवादकः श्री केदार शर्मा

कभर डिजाइनः डा. रुबेन एफ. डेल प्राडो
कलाकारः श्री कमल श्रेष्ठ

शब्दावली

जैविक निगरानी (Biological surveillance): यस सन्दर्भमा एचआईभी निगरानी प्रणालीका लागि जैविक चिन्हहरूको सङ्कलन तथा प्रयोग । यसमा रक्तसार (सेरम) बाहेक अन्य जैविक नमूनाहरू सङ्कलन गर्ने क्रम नियमितरूपले बढ्दै गएकोले "जैविक निगरानी" "sero-surveillance" को सट्टामा यो शब्द प्रयोग हुन्छ ।

केस पहिचान गर्नेहरू (Case finders): साथी शिक्षक, बाह्य सम्पर्क कार्यकर्ताहरू, प्रभावकारी साथीहरू, परामर्शदाताहरू तथा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका जस्ता रोकथाम र परीक्षण सेवामार्फत केस पत्ता लगाउने सहजकर्ताहरू ।

केस पहिचान (Case findings): मुख्य समूहहरू पत्ता लगाउनका लागि गरिएका गतिविधिहरू, रोकथामका उपायहरूसहित मुख्य समूहहरूसितको सम्पर्क, एचआईभी परीक्षण सेवाको प्रस्ताव तथा हेरचाह र उपचार सेवामा भर्नामा सहजीकरण ।

केस व्यवस्थापन (Case managment): स्वास्थ्य संस्था भित्रै एचआईभी परीक्षण, हेरचाह र उपचार, एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको अवलम्बनको अनुगमन, भाइरल भार शमन, मनोवैज्ञानिक सहयोग तथा सहसङ्क्रमणको समयमै व्यवस्थापन सुनिश्चित गर्ने सेवाको व्यवस्थापन ।

केस व्यवस्थापक (Case managers): स्वास्थ्य सहायक, डाक्टर, प्रयोगशाला प्राविधिक तथा उपचार अवलम्बन परामर्शदाता र शिक्षक जस्ता केस व्यवस्थापन सेवा उपलब्ध गराउने व्यक्तिहरू ।

एचआईभी रोकथामको सम्मिश्रित कार्यक्रम (Combination HIV prevention): राम्रोसित अनुसन्धान गरिएको र राम्रोसित बुझिएको स्थानीय इपिडेमिकका सन्दर्भमा यो व्यवहारगत, बायोमेडिकल तथा संरचनागत रणनीतिहरूको सम्मिश्रणबाट अधिकतम प्रभाव हासिल गर्नका लागि तयार गरिएका गतिविधि र रणनीतिहरूको सम्मिश्रण ।

समुदायमा आधारित परीक्षणः (Comminity-based testing): आमजनता जसले नियमीत उपचार सेवाहरु पाइरहेका नहुन सक्छन्, तिनका लागि सहज स्थानबाट सुलभ ढंगले कार्यान्वयन हुने एचआईभी परिक्षण सेवा । यो सेवाले एकैदिन छनौट परिक्षण र अन्य एचआईभी रोकथामका सेवाहरु प्रदान गर्नेछ । यी स्थानहरुमा प्रदान गरिने एचआईभी परिक्षण सेवा, समुदायमा एचआईभी परिक्षण गराउने एक प्रभावकारी तरिका हो । यसमा समुदायको नेतृत्वमा हुने परिक्षण पनि समावेश हुन सक्छ जसमार्फत, समुदायका तालिम प्राप्त सेवा प्रदायकहरुले गैर-चिकित्सकीय स्थानमा सिघ्र निदान एचआईभी परिक्षण गर्नेछन् । एचआईभी छनौट परिक्षणमा पोजेटिभ भएका सबैलाई स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा एचआईभी संक्रमणको पुष्टि परिक्षणका (confirmatory testing) लागि लिएर गरिन्छ ।

सामुदायिक प्रणालीहरूको सुदृढीकरण (Community systems strenghtening): स्वास्थ्यसेवाको उपलब्धताका बारेमा जानकारी बढाउनका लागि समुदायमा आधारित संस्थाहरूको क्षमता विकास र सुदृढीकरणमा योगदान दिने अग्रसरताहरू । सामान्यतया यसमा स्वास्थ्य प्रणालीको क्षमता अभिवृद्धि, साझेदारी निर्माण तथा दिगो किसिमका आर्थिक स्रोतहरूको विकास सम्मिलित हुन्छ ।

एचआईभी रोकथाम, उपचार, हेरचाह तथा सहयोगका लागि विस्तृत कार्यक्रम (Comprehensive HIV prevention, treatment, care and support): आवश्यकता अनुसार तयार गरिएका एचआईभी रोकथाम रणनीति, स्वास्थ्य संस्थामा गरिने हेरचाह, पर्याप्त पोषण, मनोवैज्ञानिक सहयोग, सामाजिक तथा जीवनयापन खर्च, एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्ति र तिनका परिवार तथा मानव अधिकार र स्थानीय आवश्यकता जस्ता कुरालाई समेट्छ ।

कन्सन्ट्रेटेड इपिडेमिक (Concentrated epidemic): एचआईभी निश्चित उपसमूहहरू (समलिङ्गी पुरुष र पुरुषसित यौनकार्यमा संलग्न हुने अरू पुरुष, यौनकर्मी, तेस्रोलिङ्गी, यौनकर्मी, सुईद्वारा लागुपदार्थ लिने व्यक्ति, कैद तथा अन्य बन्द परिवेशमा रहेका व्यक्तिहरू आदि) मा द्रुत गतिमा फैलिए पनि सामान्य समूहहरूमा त्यस्तरी फैलिएको छैन । आगामी दिनमा यो इपिडेमिकको अवस्था कस्तो हुन्छ भन्ने कुरा सामान्य जनसमुदाय तथा एचआईभीको उच्च उपस्थिति रहेका व्यक्तिहरूको उपसमूहको सम्बन्धको प्रकृतिमा भर पर्छ । संख्यात्मक प्रतिनिधित्वः कम्तीमा एउटा उपसमूहमा निरन्तर ५% भन्दा बढी एचआईभी को उपस्थिति भए पनि गर्भवती सेवामार्फत परीक्षण गराइरहेका महिलाहरूमा १% भन्दा कम ।

सुनिश्चित परीक्षण (Confirmed): एचआईभीको स्थिति जारी गर्नका लागि प्रारम्भिक प्रतिक्रियात्मक परीक्षण परिणाम निश्चित भए पश्चात, राष्ट्रिय परीक्षण अल्गोरिदम अनुसार एचआईभी परीक्षण हुन आवश्यक छ ।

रोकथामको निरन्तरता (Continuum of prevention): व्यक्तिले जीवनका विभिन्न अवस्थापार गर्दै जाँदा विकसित हुने व्यवहार, कमजोरीहरू तथा अवसरहरू अनुरूपका एचआईभीसित सम्बन्धित सूचना सहयोग तथा सेवाको उपलब्धता ।

समेटेको क्षेत्र (Coverage): मापन गर्न सकिने उपयुक्त क्षेत्रमा सञ्चालित र लक्षित समुदायमा पुग्ने स्तरीय एचआईभी कार्यक्रम । यसले एचआईभीको रोकथाम, स्वास्थ्यस्थितिको उत्थान तथा आयु लामो पार्नका लागि भएका समस्त सार्वजनिक तथा निजी लगानी पनि बुझाउँछ । राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनामा समेटेको क्षेत्रको अवधारणाले द्रुतगतिको दृष्टिकोणका सिद्धान्तहरू, जस्तै, महत्वाकांक्षा, ध्यान, परिवर्तन, गति, परिपूर्णता तथा मानव अधिकारलाई पनि समेट्छ ।

क्रिटिकल इनाबलर्स (Critical enablers): "आधारभूत कार्यक्रमका गतिविधिहरूको प्रभावकारिता र कार्यकुशलतालाई सहयोग पुऱ्याउनका लागि आवश्यक गतिविधिहरू । "क्रिटिकल इनाबलर्स कार्यक्रमहरूलाई" मूलरूपमा सेवा उपयोगको अभिवृद्धि, न्यायोचित विस्तार, अधिकारमा आधारित सेवा तथा आधारभूत कार्यक्रम गतिविधिमा तिनीहरूको प्रभावकारिताका आधारमा मूल्याङ्कन गर्नुपर्छ । "क्रिटिकल इनाबलर्सहरूले" सामाजिक वहिष्करण, सीमान्तीकरण, अपराधीकरण, पूर्वाग्रह तथा असमानता लगायतका कारणबाट हुने सेवाको अवरोधहरूलाई हटाई सेवा उपयोगको अभिवृद्धि गर्दछ ।" (२२)

विकेन्द्रीकरण (Decentralization): केन्द्रबाट अन्य संस्था वा स्वास्थ्यसेवाको अर्को तहमा रहेका मन्त्रालय अन्तर्गतका अफिस (प्रान्तीय, क्षेत्रीय, जिल्ला, उपजिल्ला, प्राथमिक स्वास्थ्यसेवा केन्द्र, समुदाय) मा उल्लेखनीय अधिकार तथा स्रोत उपलब्ध गराउने वा हस्तान्तरण गर्ने प्रक्रिया ।

विकासका सहक्रिया (Development synergies): "अन्य क्षेत्रमा गरिएका लगानीहरूबाट एचआईभीको परिणाममा पनि सकारात्मक प्रभाव पर्न सक्छ ।" सामाजिक संरक्षण, लैङ्गिक समानता तथा स्वास्थ्यप्रणाली जस्ता विकासका महत्वपूर्ण क्षेत्रहरूले विविध सन्दर्भहरूमा सहक्रियाको अवसर प्रदान गर्छन् । विकासका सहक्रियाहरूबाट "विकास र स्वास्थ्यका क्षेत्रहरूमा बृहत प्रभाव पर्ने गर्छ । यी विकासका सहक्रियाहरूले एचआईभीका परिणामहरूमा उल्लेख्य प्रभाव परे तापनि यिनको प्राथमिक उद्देश्य एचआईभीसित सम्बन्धित हुँदैन । विकासका सहक्रियाहरूबाट एचआईभीसित सम्बन्धित लाभहरूलाई अधिकतम र एचआईभीसित सम्बन्धित हानिहरूलाई न्यूनतम गराउँदै तिनीहरूलाई एचआईभीप्रति संवेदनशील गराउँछ । एचआईभीका लागि सबभन्दा सान्दर्भिक विकासका सहक्रियाहरू इपिडेमिक र सामाजिक सन्दर्भ अनुसार फरक पर्छ "। (२२)

शिशुको शीघ्रनिदान (Early infant diagnosis): शिशुमा गर्भावस्था, प्रसूतिका समय, स्तनपानका क्रममा र रगतको सम्पर्कका कारण एचआईभी हुनसक्ने भएकाले, एचआईभी स्थिति पत्ता लगाउन गरिने परीक्षण ।

इ–हेल्थ (e-Health): स्वास्थ्यसित सम्बन्धित स्रोत तथा स्वास्थ्यसेवालाई विद्युतीय माध्यमबाट विस्तार गर्ने । यसका तीनवटा मुख्य क्षेत्र छन्:

- इन्टरनेट र दूरसञ्चारका माध्यमबाट स्वास्थ्यकर्मी र सेवाग्राहीहरूका लागि आवश्यक स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचनाहरू उपलब्ध गराउने,
- सूचनाप्रविधि र इ-कमर्सको माध्यमबाट जनस्वास्थ्यसेवामा सुधार गर्ने जस्तैः स्वास्थ्य शिक्षा र स्वास्थ्यकर्मीहरूको तालीममा यसको प्रयोग,
- स्वास्थ्यसेवा व्यवस्थापनमा ई-कमर्सका तथा इ-बिजिनेसको प्रयोग गर्ने ।

तथ्य र तथ्यद्वारा सूचित (Evidence and evidence-informed): अनुसन्धान, उपचार र रोकथामका सन्दर्भमा "तथ्य" भन्ने शब्दले सामान्यतया कुनै पीयर-रिभ्यूड जर्नलमा प्रकाशित गुणात्मक वा परिमाणात्मक परिणाम बुझाउँछ । "तथ्यमा आधारित" भन्दा "तथ्यद्वारा सूचित" भन्ने शब्द प्रयोग गर्नुको कारण हो, निर्णय प्रक्रियामा अनेक तत्वले भूमिका खेलेका हुनसक्छन् तर ती मध्ये एउटा मात्रमा वैज्ञानिक प्रमाण हुनसक्छ । अन्य तत्वहरूमा सांस्कृतिक उपयुक्तता, न्याय र मानवअधिकारप्रतिको चासो, सम्भाव्यता तथा अवसरको मूल्य आदि हुनसक्छन् ।

वाह्य गुणस्तरको मूल्याङ्कन (External quality assessment): एचआईभी परीक्षण सेवाले सही परीक्षण परिणाम र निदान दिन सक्छ कि सक्दैन भन्ने बारेमा निश्चय गर्नका लागि गरिने अन्तर-प्रयोगशाला परीक्षण परिणामको तुलना ।

सामान्यीकृत इपिडेमिक (Generalized epidemic): एचआईभी सामान्य जनसमुदायमा बलियोगरी स्थापित भएको हुन्छ । उच्च जोखिममा रहेका उपसमूहहरूबाट एचआईभीको प्रसार असमानुपातिक भए तापनि सामान्य जनसमुदायको यौन सञ्जाल, यो इपिडेमिकलाई दिगोपन दिन पर्याप्त छ । गर्भवती अवस्थामा जाँचका लागि आएका महिलाहरूमध्ये १% भन्दा बढीमा एचआईभीको स्थीर उपस्थिति भएमा सामान्यीकृत इपिडेमिक भएको मानिन्छ ।

क्षति न्यूनीकरण (Harm reduction): मनोद्दीपक (psychoactive) पदार्थहरूको प्रयोगसित सम्बन्धित सामाजिक र आर्थिक दुष्परिणामहरू तथा स्वास्थ्यमा हुने हानिलाई कम गराउने नीति, कार्यक्रम तथा विधिहरू उदाहरणका लागि, सुईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूले सुई लिनका लागि निर्मलीकरण नगरिएका उपकरणहरू प्रयोग गरेमा एचआईभी जस्ता रगतबाट सर्ने रोगहरू सर्ने सम्भावना हुन्छ । त्यसैले प्रसस्त मात्रामा सुई र सिरिन्ज उपलब्ध गराउनाले रक्तजन्य सङ्क्रमण फैलिने जोखिम कम हुन्छ । क्षति न्यूनीकरण लागूपदार्थ प्रयोग गर्नेहरूका लागि उपयोगी तथ्यद्वारा सुचित कार्यक्रमको विस्तृत प्याकेज हो ।

क्षति न्यूनीकरणको प्याकेजमा ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार, एचआईभी परीक्षण तथा परामर्श, सूईद्वारा लागूपदार्थ लिनेहरूका लागि एचआईभी स्याहार तथा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार, यौनजन्य प्रशारणको रोकथाम, वाह्य सम्पर्क (लागूपदार्थ लिने व्यक्ति तथा तिनीहरूका यौन साझेदारहरूका लागि सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार), हेपाटाइटिसको निदान, उपचार तथा खोप तथा टीबीको रोकथाम, निदान तथा उपचार छन् ।

एचआईभीको अवस्था (HIV status): एक वा एकभन्दा बढी परीक्षण स्रोतहरूबाट परिणाम सङ्कलन । एचआईभीको स्थिति र एचआईभीको निदान एउटै कुरा हो । एचआईभीको स्थिति भन्नाले एचआईभी पोजिटिभ, एचआईभी नेगेटिभ र एचआईभी अनिर्णितलाई बुझाउँछ भने एचआईभीको निदान भन्नाले सामान्यतया निदान भएको एचआईभी पोजिटिभ र केही अवस्थामा निदान भएको एचआईभी नेगेटिभ भन्ने बुझिन्छ ।

एचआईभीको परीक्षणको परिणाम (HIV test result): एक पटकको परीक्षणमा आएको परिणाम ।

तहगत एचआईभी उपचार (HIV treatment cascade): उपचारका क्रममा रहेको एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिको भाइरल भार स्वीकार्य तहमा नआएसम्मका कार्यहरूको श्रृङ्खला । तहगत प्रणालीका सबै चरणहरूलाई त्यस चरणमा रहेका व्यक्तिहरूको संख्याको आकलनबाट एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिको उपचारमा कहाँकहाँ कमीहरू रहेका छन् भन्ने मूल्याङ्कन गरिन्छ । तहगत प्रणालीले एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको समूहमा रहेको भाइरसलाई नियन्त्रण गर्नका लागि आवश्यक सबै चरणहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्नमा जोड दिन्छ । एचआईभी उपचारको तहगत प्रणालीका चरणहरू यसप्रकार छन्- एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू, उपचार र स्याहारमा संलग्न व्यक्तिहरूको संख्या, एचआईभी उपचार सुरु गर्नेहरूको संख्या, आफ्नो उपचारविधिमा कायम रहने व्यक्तिहरूको संख्या र रगतमा एचआईभीको विषाणु नगण्य अवस्थामा पुऱ्याउनेहरूको संख्या ।

सूचक स्थिति-निर्देशित एचआईभी परीक्षण (Indicator condition-guided HIV testing): एचआईभी सङ्क्रमणको बढी सम्भावना भएका, यौनजन्य सङ्क्रमणहरू, लिम्फोमा, पाठेघरको मुखको वा मलद्वारको नियोप्लासिया, हर्पिस जोस्टर र हेपाटाइटिस बी वा सी जस्ता सूचक स्थिति भएका व्यक्तिहरूको लक्षित परीक्षण । यस्ता सङ्क्रमणहरू एचआईभी नभएका व्यक्तिका तुलनामा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूलाई बढी हुन्छ । यसको कारण एचआईभी र यिनको सङ्क्रमणको माध्यम साझा भएर पनि यस्तो भएको हुनसक्छ वा एचआईभी सङ्क्रमणका कारण रोगप्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी आएर पनि हुनसक्छ ।

आन्तरिक सम्पर्क (In-reach): समुदायका सदस्य वा सञ्जालका सदस्यहरूले आफ्नो समुदायका अन्य सदस्यहरूसित एचआईभी रोकथामका विभिन्न सेवाहरूका साथ गर्ने भेटघाट । यसमा परीक्षणका लागि गर्ने सिफारिस (केस पहिचान), उपचारका लागि गर्ने सहयोग, हेरचाह र सहयोग सेवा, साथै उपचार साक्षरता र, केस व्यवस्थापनजस्ता सेवाहरू पनि संलग्न हुन्छन् ।

एकीकरण (Integration): सेवा र स्रोतहहरूमा साझेदारी तथा स्थान निर्धारणमा सहकार्य । एचआईभीका सन्दर्भमा परीक्षण, रोकथाम, उपचार तथा हेरचाहका सेवाहरूका साथसाथै क्षयरोग, यौनजन्य सङ्क्रमणहरू, भाइरल कमलपित्त, गर्भवती महिलाको स्वास्थ्य परीक्षण, गर्भनिरोधका साधन लगायत परिवार नियोजनका अन्य सेवा तथा नसर्ने रोगहरू लगायत अन्य स्वास्थ्यस्थितिको परीक्षण जस्ता कुरा संलग्न छन् ।

लगानीको विधि (Investment approach): यस्तो विधि जसले एचआईभी अनुक्रियाका लागि गरिएको लगानीको प्रतिफललाई अधिकतम गराउँछ । यसले स्रोतहरूलाई यस्ता सम्मिलित कार्यक्रमहरूमा लगाउँछ जहाँबाट सेवाको सबभन्दा ठूलो

आवश्यकता भएका मुख्य ठाउँ र समूहहरूका लागि सञ्चालन गरिने कार्यक्रमहरूमा केन्द्रित रहेर सबभन्दा उत्तम प्रभाव हासिल हुन्छ । लगानीको विधिले एचआईभी रोकथाम, उपचार, हेरचाह र सहयोगको प्रभावकारितामा पनि सुधार ल्याउँछ । यसका लागि प्राथमिकता र कमीहरू पत्ता लगाउनका लागि यसले अनुभवजन्य प्रमाण तथा नमूनाहरूको प्रयोग गर्छ र एचआईभीसित सम्बन्धित कार्यक्रमहरूका लागि दिगो स्रोत तयार गर्नमदत गर्छ । लगानीको विधिले सरकारको आन्तरिक स्रोत रणनीतिलाई दाताहरूको सहयोगमा मध्यमकालीन र दीर्घकालीन स्रोतसित समन्वय गर्नका लागि आवश्यक ढाँचा उपलब्ध गराउँछ ।

लगानी मामिला (Investment case): एचआईभीको अनुकूलतम लगानीका लागि मामिला तयार गर्ने अभिलेख । मूलतः यो कुनै मुलुकको अनुकूलतम दीर्घकालीन (सामान्यतया १० वर्षभन्दा बढी) एचआईभी अनुक्रियामा गरिएको लगानीको प्रतिफलको विवरण हो । यसले लागू गर्नु पर्ने प्राथमिकताप्राप्त गतिविधिहरूको विवरणका साथ इपिडेमिक र अनुक्रियाको स्थितिको सारांस तयार गर्छ र स्रोतको आवश्यकता उल्लेख गर्दै अधिकतम उपलब्धीका लागि केन्द्रित हुनुपर्ने समूह र स्थानका बारेमा बताउँछ । अन्त्यमा यसमा एचआईभी अनुक्रियाका लागि उपयुक्त ठाउँमा आन्तरिक स्रोतमा अभिवृद्धिसहित यथार्थवादी र अझ दिगो प्रकृतिको आर्थिक स्रोतको विश्लेषण (र योजना) सम्मिलित हुन्छ । लगानीको मामिला भनेको अनुक्रियामा राष्ट्रिय नेतृत्वको उपस्थिति प्रदर्शन गर्ने माध्यम पनि हो । यससित अर्थ मन्त्रालय, स्वास्थ्य, विकास र योजना, नागरिक समाज, एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू तथा अन्तर्राष्ट्रिय साझेदारहरूजस्ता विविध क्षेत्रका साझेदारहरूलाई समेट्ने क्षमता हुन्छ । यसले कार्यक्रमगत कमी कमजोरी, कठिनाइहरूको पहिचानका लागि अपनाइएका साझा प्रयत्नहरूका बारेमा बोल्छ र आवश्यक गतिविधिका लागि मार्गचित्र तयार गर्छ ।

मुख्य समूहहरू (Key Populations): आफ्ना जोखिमपूर्ण व्यवहारका कारण जुनसुकै किसिमको इपिडेमिक वा जुनसुकै ठाउँमा भए पनि एचआईभीको बढ्दो जोखिममा रहेका परिभाषित समूहहरू । निम्नलिखित समूहहरूलाई मुख्य समूहहरू मानिन्छः समलिङ्गी पुरुष र पुरुषसित यौन कार्यमा संलग्न हुने अरू पुरुष, सुईद्वारा लागुपदार्थ लिने व्यक्ति, कैद तथा अन्य बन्द परिवेशमा रहेका व्यक्तिहरू, यौनकर्मी तथा तेस्रोलिङ्गीहरू पर्दछन् ।

समुदायको तालीमप्राप्त सेवाप्रदायक (Lay provider): तालीम पाएको तर स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्यसहायकका रूपमा कुनै पनि औपचारिक वा अनौपचारिक प्रमाणपत्र वा उच्चशिक्षा हासिल नगरेको भए पनि स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध गराउन सक्रिय व्यक्ति ।

हराएका वा पुनरभेटमा नआएकाहरू (Loss/lost to follow-up): कुनै समयमा उपचारमा चिकित्सकीय अनुसन्धानमा सक्रियतापूर्वक सहभागी भइरहेका तर अनुगमनका बेला सम्पर्कमा नरहेका व्यक्तिहरू । यसले कुनै प्रकारको स्वास्थ्यसेवा वा सामग्रीका लागि दर्ता भएका तर त्यो पूर्ण हुँदासम्म निरन्तरता नदिएका र बीचैमा हेरचाह वा उपचार छोडेका व्यक्तिहरू भन्ने पनि बुझाउँछ ।

एम–हेल्थ (m-Health): मोबाइल हेल्थ, इ-हेल्थको एउटा अङ्ग हो । हालसम्म एम- हेल्थको कुनै परिभाषा स्थापित भएको छैन । सर्वेक्षणको प्रयोजनका लागि ई-हेल्थका लागि ग्लोबल अब्जर्भेटरीले एम-हेल्थलाई मोबाइल फोन, बिरामीको अनुगमन गर्ने उपकरण, पर्सनल डिजिटल एसिस्टेन्ट (पीडीए) तथा अन्य ताररहित मोबाइल उपकरणको उपयोग गरेर गरिने चिकित्सकीय तथा जनस्वास्थ्य अभ्यास भनेर परिभाषित गरेको छ । एम-हेल्थमा मोबाइल फोनका मुख्य उपयोग, फोन कलर एसएमएसबाट र आवश्यकता अनुसार जीपीआरएस, तेस्रो र चौथो पुस्ताको टेलिकम्युनिकेशन सेवा, ग्लोबल पोजिशनिङ प्रणाली (जीपीएस) तथा ब्लूटूथ प्रविधिको प्रयोग गरिन्छ ।

राष्ट्रिय एड्स व्ययमूल्याङ्कन (National AIDS spending assessment): एचआईभी अनुक्रियामा स्रोतको मूलदेखि लाभान्वित समूहसम्म प्रवाहित हुने स्रोतको खर्चको मूल्याङ्कन । यसले नीति निर्माताहरूलाई रणनीतिक सूचना उपलब्ध गराउँछ र त्यसबाट सम्बन्धित देशहरूलाई सबल जवाफदेहिता, प्रभावकारी र कार्यकुशल कार्यक्रम कार्यान्वयनका लागि स्रोत परिचालन गर्न मदत पुग्छ । राष्ट्रिय एचआईभी व्यय मूल्याङ्कन, राष्ट्रिय अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणालीभित्रको एउटा यस्तो उपकरण हो, जुन राष्ट्रिय स्तरमा एचआईभी कार्यक्रममा भएको खर्चको लेखाजोखा राख्नका लागि पनि सिफारिस गरिएको छ ।

नेगेटिभ प्रिडिक्टिभ भ्यालू (Negative predictive value): परीक्षणमा नेगेटिभ देखिएको व्यक्ति एचआईभीबाट सङ्क्रमित छैन भन्ने सम्भावना नै "वास्तविक नेगेटिभ" हो ।

अप्रतिक्रियात्मक परीक्षण परिणाम (Non-reactive test result): कुनै पनि प्रतिक्रिया नदेखाउने परीक्षण परिणाम, जसले एन्टिबडीहरूको उपस्थिति नरहेको सङ्केत गर्छ ।

ओपिओइड प्रतिस्थापन उपचार (Opioid substitution therapy): अफीममा निर्भर व्यक्तिहरूका लागि सिफारिस गरिएको लागूपदार्थ निर्भरता उपचार । यो पद्धति अफीम निर्भरता भएका व्यक्तिहरूका लागि, एचआईभी सङ्क्रमणको रोकथामका लागि तथा एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारमा निरन्तरताका लागि उपयोगी पाइएको छ ।

वाह्य सम्पर्क (Outreach): रोकथाम, हेरचाह तथा उपचारका सेवाहरू सहित मुख्य समूहहरूमा पुग्ने सार्वजनिक, निजी तथा सामुदायिक सेवाहरू ।

पूल्डफन्ड (Pooled fund): नेपाल सरकार तथा वाह्यस्रोतबाट (विश्वबैंक, केएफडब्लू, असएड, तथा डीएफआईडी) प्राप्त संयुक्त कोष, जसले समग्र स्वास्थ्यक्षेत्रको बजेटलाई क्षेत्रगतरूपमा पूरकको काम गर्छ । यो दोस्रो राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजनाको अंग थियो, जसमा यस पूल्डकोषका साझेदार (KfW, AusAID तथा DfID) हरूले यसबाट लक्षित कार्यक्रमदेखि राष्ट्रिय निगरानी प्रणालीलाई सबल बनाउने कामसम्मका लागि पाँचवर्षका लागि १ करोड ९० लाख डलरको प्रतिबद्धता व्यक्त गरे ।

पोजिटिभप्रेडिक्टभ भ्यालु (Positive predictive value): परीक्षणमा पोजिटिभ देखिएको व्यक्ति एचआईभीबाट सङ्क्रमित छ भन्ने सम्भावना "वास्तविक पोजिटिभ" हो ।

सम्पर्क पछिको प्रोफिल्याक्सिस (Post-exposure prophylaxis): एचआईभीसितको सम्पर्क वा सम्भावित सङ्क्रमण पछि लिइने एन्टिरेट्रोभाइरल औषधीहरू । यस्तो सम्पर्क वा सम्भावित सङ्क्रमण, पेशासित सम्बन्धित (जस्तैः काम गर्दा सुईले घोचेर हुनसक्ने सङ्क्रमण) वा असम्बन्धित (जस्तैः एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिसित हुने असुरक्षित यौनसम्पर्कबाट) हुन सक्नेछ ।

सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सिस (Pre-exposure prophylaxis): एचआईभीसितको सम्पर्क वा सम्भावित सङ्क्रमण अघि लिनका लागि सिफारिस गरिएका एन्टिरेट्रोभाइरल औषधीहरू ।

परीक्षण अघिको जानकारी (Pre-test information): एचआईभीको परीक्षण गर्नु अघि समुदायको तालीमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायक वा स्वास्थ्य कार्यकर्ताबाट गरिने कुराकानी तथा दिइने सही जानकारीहरू ।

रोकथाम (Prevention): एचआईभी रोकथामको सम्मिश्रित कार्यक्रम तथा एचआईभी रोकथामका रणनीतिहरू । **(एचआईभी रोकथामको सम्मिश्रित कार्यक्रमः पनि हेर्नुहोला)**

कारागार तथा अन्य बन्दपरिवेश (Prisons and other closed settings): कैद गरिने ठाउँहरू जहाँ बसेर मानिसहरू फैसलाको प्रतीक्षा गरिरहेका हुनसक्छन् वा सजाय पाइसकेका हुन्छन् वा अन्य किसिमको सुरक्षाका लागि त्यहाँ रहेका हुन्छन् । यस्ता ठाउँहरू विविध क्षेत्राधिकारका हुनसक्छन्, जुन कारागार, खोर, प्रहरी हिरासत, बालसुधारगृह, अनुसन्धानका लागि लिइएका हिरासत, बँधुवा मजदूरहरूको क्याम्प वा बन्दीगृहहरू हुनसक्छन् । बन्दी अवस्थामा रहेका व्यक्ति र बन्धनमुक्त व्यक्तिहरूका बारेमा कुरा गर्दा हामीले भाषामा समावेशी हुन आवश्यक छ । एचआईभी रोकथाम, उपचार, हेरचाह र सहयोग कार्यक्रमको सर्वव्यापी पहुँच यस्ता बन्द परिवेशमा पनि हुनुपर्दछ ।

गैरनाफामुखी निजी (Private for non-profit): रोकथाम, हेरचार र उपचार उपलब्ध सेवा गराउने गैरनाफामुखी गैरसरकारी संस्था, सामुदायिक संस्था तथा मुख्य समूहहरूको सञ्जालहरू ।

नाफा कमाउने निजी (Private for profit): निजी क्लिनिक, अस्पताल तथा स्वास्थ्य उद्यमहरू जसले नाफामुखी वा व्यापारमुखी हिसाबले एचआईभीको रोकथाम, हेरचाह र उपचार सेवा उपलब्ध गराउँछन् ।

निजीक्षेत्र (Private service): सार्वजनिक क्षेत्र बाहिर उपलब्ध कुनै पनि सेवा जसले समुदाय, जिल्ला, क्षेत्र वा केन्द्रीयतहमा रोकथाम, हेरचाह र उपचार सेवा उपलब्ध गराउँछन् ।

सेवाप्रदायकको सिफारिसमा गरिने परीक्षण तथा परामर्श (Provider-initiated testing and counselling): कुनै स्वास्थ्यकर्मीले स्वास्थ्य संस्थामा गरेको सिफारिस अनुसार गरिएको एचआईभी परीक्षण र परामर्श । यो कुनै व्यक्तिले आफ्नो एचआईभीको अवस्था थाहा पाउनका लागि लिएको अग्रसरताको विपरित मानिन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा जँचाउन आएका तर एचआईभी भएको सङ्केत गर्ने कुनै पनि चिह्न वा लक्षणहरू देखिएका सबै वयस्क, किशोर किशोरी र बालबालिका लाई यस्तो परीक्षण गर्ने सुझाव दिन सकिन्छ । यौनजन्य सङ्क्रमण भएका व्यक्तिहरू र गर्भावस्थाका क्रममा एन्टिरेट्रोभाइरल

उपचार वा प्रोफिलेक्सिसको आवश्यकता पर्नसक्ने कुराको चिकित्सकीय मूल्याङ्कन गरी निर्क्यौल गर्नका लागि एचआईभी परीक्षण गराउने सिफारिस भएको हुनसक्छ । परीक्षणको प्रकार र ठाउँ जहाँ भए पनि एचआईभीका सबै परीक्षणहरू गर्दा अंग्रेजीमा "थ्रीसीज" (तीनवटा सी) भनिने कन्फिडेन्सालिटी (गोपनीयता), इन्फर्म्ड कन्सेन्ट (सूचित सहमति) तथा काउन्सिलिङ (परामर्श) को पूर्णपालना हुनुपर्छ ।

सार्वजनिक सेवा (Public services): राज्यले स्वास्थ्य मन्त्रालयमार्फत सञ्चालन गरेका समुदाय, जिल्ला, क्षेत्र वा केन्द्रीय तहमा सञ्चालित स्वास्थ्यकेन्द्र, अस्पताल र प्रयोगशालाहरू तथा अन्य मन्त्रालयहरू वा क्षेत्रहरूले व्यवस्थापन गरेका सेवाहरू ।

गुणस्तरको सुनिश्चितता (Quality assurance): वाञ्छित गुणस्तरीय सेवा उपलब्ध छ भन्ने कुरामा विश्वास दिलाउनमा केन्द्रित गुणस्तरीय व्यवस्थापनको एउटा भाग ।

गुणस्तर नियन्त्रण (Quality control): वस्तु वा प्रणाली जसले परीक्षण पद्धति वा यसको अंशको परीक्षा पद्धति वा विश्लेषणात्मक क्षमताको अनुगमन गर्दछ । यसले सम्पूर्ण परीक्षण प्रणालीको वा कुनै एक पक्षको अनुगमन गर्दछ ।

गुणस्तरमा सुधार (Quality improvement): गुणस्तरका आवश्यकताहरू पूरा गर्ने क्षमतामा केन्द्रित रहेको गुणस्तर व्यवस्थापनको अङ्ग ।

गुणस्तर व्यवस्थापन प्रणाली (Quality management system): गुणस्तरका दृष्टिबाट संस्थालाई निर्देशन र नियन्त्रण गर्ने प्रणाली ।

शीघ्रनिदान परीक्षण (Rapid diagnostic test): एचआईभी-१ वा एचआईभी-२ एन्टीबडीज् वा HIV p24 एन्टीजीनको उपयुक्त विधिबाट गरिने परीक्षण ।

पुन परीक्षण (Repeat testing): कुनै व्यक्तिको पहिलो परीक्षणको लगत्तै पछि त्यसै परीक्षण भ्रमणमा, त्यही स्रोतको प्रयोग गरेर र सम्भव भएसम्म पुरानै नमूना प्रयोग गरेर गरिने अतिरिक्त परीक्षण ।

प्रजनन स्वास्थ्य (Reproductive health): प्रजनन प्रणालीसित सम्बन्धित कुनै पनि प्रक्रिया र गतिविधिमा रोग वा कमजोरी नभएको मात्र नभई सम्पूर्ण रूपमा शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक तन्दुरूस्तीको अवस्था । यसबाट मानिसहरू सुरक्षित र सन्तोषजनक यौनजीवन बिताइरहेका छन्, उनीहरूसित सन्तान उत्पादन गर्ने क्षमता छ र कहिले र कति अवधिमा सन्तान जन्माउने भनेर निर्णय गर्ने क्षमता पनि उनीहरूमा छ भन्ने कुरा पनि बताउँछ । यो पछिल्लो बूँदामा अन्तर्निहित रहेको कुरा परिवार नियोजनका सुरक्षित, प्रभावकारी, किफायती र स्वीकार्य र आफूले रोजेको तरीकामा महिला र पुरुषको सूचनाको अधिकार तथा पहुँच हुनुपर्छ । यसका साथै आफ्नो प्रजननशीलताको नियमनका लागि आफ्नो रोजाइको कानूनसम्मत विधि अपनाउन तथा उपयुक्त स्वास्थ्यसेवामा पहुँच हुनुपर्छ जसले महिलालाई सुरक्षित गर्भावस्था र दम्पतिलाई स्वस्थ शिशु प्राप्त गर्ने सर्वोत्तम अवसर प्राप्त हुन्छ । (२२)

पुनर्परीक्षण (Retesting): केही परिस्थितिहरूमा हरेक व्यक्तिले निश्चित समयपछि एचआईभीको पुनर्परीक्षण गराउनु पर्छ, जस्तैः पहिले परीक्षण गर्दा एचआईभी नेगेटिभ देखिएका तर हालसालै वा निरन्तररूपमा जोखिमपूर्ण व्यवहारमा परेका, एचआईभीको अनिश्चितस्थिति देखिएका तथा एचआईभी सङ्क्रमित र हेरचाहमा भर्ना भएर उपचार पनि सुरु गरेका व्यक्तिहरू । स्याहार वा उपचार सुरु गर्नु अघि पुनर्परीक्षण गराउनाले प्रयोगशालामा वा रिपोर्ट उतार गर्दा भएका वा अन्य सेरो कन्भरजन सँग सम्बन्धित हुनसक्ने गल्तीहरूलाई हटाउने हो ।

स्व–परीक्षण (Self-testing): कुनै व्यक्तिविशेषलाई आफ्नो एचआईभीको स्थिति पत्ता लगाउनु परेमा नमूना लिएर, परीक्षण गरेर आफैं नै परिणामलाई विश्लेषण गर्ने काम पनि आफैं गर्ने परीक्षण हो । पोजेटिभ परीक्षणको परिणामलाई थप एचआईभी परीक्षण सेवाबाट अनुगमन गर्नुपर्छ ।

संवेदनशीलता (Sensitivity): एउटा एचआईभी परीक्षण -स्रोतले एचआईभी -१ वा एचआईभी -२ का एन्टिबडी भएको वा एचआईभी पी २४ को एन्टिजेन भएका सबै नमूना फेला पार्नसक्छ ।

निगरानी (Sentinel surveillance): यो यस्तो किसिमको निगरानी हो जहाँ केही छानिएका ठाउँहरूबाट कुनै खास अभिरूचिका समूहहरूलाई निगरानी गर्दा फराकिलो समूहको सरदर अनुमान गर्न सकिन्छ । त्यस्तो ठाउँको उदाहरणका रूपमा गर्भवती महिलाको जाँच गर्ने ठाउँहरूलाई लिन सकिन्छ ।

सेरोकन्भर्सन (Seroconversion): कुनै व्यक्तिको शरीरमा पहिलो पटक पर्याप्त मात्रामा एचआईभीको एन्टिबडी तयार भएको अवस्था ।

सेरो डिसकोरडेन्ट जोडी (Sero discordant couple): एकजनालाई एचआईभी सङ्क्रमण भएको र अर्कालाई नभएको जोडी ।

स्टेवार्डशीप (Stewardship): उत्तरदायी योजना र स्रोतको व्यवस्थापन गर्ने नैतिक धरातल ।

रणनीतिक व्यवहार सञ्चार (Strategic behavioural communication): सुरक्षित, कम जोखिमपूर्ण व्यवहारलाई बढावा दिनका लागि आवश्यकता अनुरूपको सञ्चार रणनीति तयार गर्ने उद्देश्यले व्यक्ति र समुदायसितको अन्तर्क्रियात्मक प्रक्रिया, सञ्चारका विविध माध्यमहरूको प्रयोग गरेर दिइएका सन्देशहरू तथा स्वस्थ व्यवहारका लागि आवश्यक गतिविधिहरू तथा व्यक्ति र समुदायलाई गरिने सहयोग । रणनीतिक व्यवहार सञ्चारले "पहिचान, पहुँच, सिफारिस, परीक्षण, उपचार र उपचारमा कायम" को निरन्तरतालाई पनि मदत गर्छ । यसले सुसङ्गत (consistent) सन्देशहरूको प्रशारण गर्दै सञ्चारको विशेषज्ञतालाई पैरवी, सामाजिक तथा सामुदायिक परिचालनमार्फत बहुस्तरीय ढाँचा तथा अधिकतम प्रभावकारिताका उपायहरूको अवलम्बन गर्छ ।

स्वास्थ्यका लागि प्रणाली (Systems for health): इपिडेमोलोजिकल प्रमाणहरूले सङ्केत गरे अनुरूप सङ्क्रमणका लागि बढी जोखिममा रहेका समूहहरूका लागि तयार गरिएको जनकेन्द्रित संरचनामार्फत सुधारिएको स्वास्थ्य तथा सामाजिक प्रणाली । सबै सेवाको दिगो अनुपात (२०३० सम्ममा ३०%) सामुदायिक अग्रसरताका सेवामा विस्तार, लगानीमार्फत स्वास्थ्यका लागि मानवस्रोत तथा आवश्यक उपकरण, औजार तथा औषधीहरू महत्वपूर्ण कुरा हुन् । स्वास्थ्यका लागि प्रणालीका नीतिहरू भेदभावमुक्त, आदरपूर्ण र मानवअधिकारको सम्बोधन र संरक्षण गर्ने किसिमका छन् । प्रतिष्पर्धी नागरिकसमाज संस्थाहरूले कामको बाँडफाँडमार्फत एचआईभीको रोकथाम र उपचारसेवा उपलब्ध गराउँछन् ।

कामको बाँडफाँड (Task-sharing): लामो तालीम पाएका स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरू तथा तालीमप्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायक (lay providers) जस्ता छोटो समयको तालीम पाएका स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरू बीचमा हुने कामको विवेकपूर्ण बाँडफाँड ।

परीक्षण र उपचार (Test and treat): एचआईभीको स्वैच्छिक परीक्षण र निदान भएपछि विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको क्लिनिकल अवस्था वा सीडी ४ सेल काउन्ट जे भए पनि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार दिने व्यवस्था । परीक्षण र उपचारको स्वैच्छिक प्रकृतिले मानिसको वैयक्तिक स्वतन्त्रतालाई सम्मान गर्छ । परीक्षण र उपचार उपलब्ध गराइएका ठाउँमा मानिसहरूले जीवनभर उपचार गराइरहून् भन्ने उद्देश्यले अवलम्बनका लागि बलियो प्रणाली तयार गर्नुपर्छ । "परीक्षण र उपचार" रणनीति जहिले पनि एचआईभीको जोखिम घटाउने परामर्श लगायत रोकथाम, कन्डम वितरण, वा सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सिससित समन्वित हुनुपर्छ । आवश्यकता भएका ठाउँमा "परीक्षण र उपचार" बाट एचआईभी नभएका मानिसहरूका लागि लिङ्गको अग्रचर्म काट्ने सेवाका लागि सिफारिस गरिन्छ ।

टेस्ट फर ट्रायएज (Test for triage): गम्भीर रोगीहरूको छनौटका लागि परीक्षण: समुदायमा आधारित एचआईभी परीक्षण विधिमा तालीमप्राप्त र समर्थित स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूले निदानका लागि एउटा शीघ्र एचआईभी परीक्षण गर्छन् । पोजेटीभ परीक्षण परिणाम आएका व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्यसेवा प्रदायकहरूले एचआईभी परीक्षणका लागि र आवश्यक भएमा मूल्याङ्कन र उपचारका लागि थप सुविधा भएका ठाउँमा सम्पर्क गराउँछन् । नेगेटिभ परीक्षण परिणाम आएका व्यक्तिहरूलाई उनीहरूको परिणामका बारेमा सूचित गरिन्छ र उपयुक्त एचआईभी रोकथाम सेवामा सम्पर्क गराइन्छ र उनीहरूको एचआईभी जोखिम र राष्ट्रिय निर्देशिका बमोजिम पुनर्परीक्षणका लागि सिफारिस गरिन्छ ।

परीक्षण रणनीति (Testing strategy): विषेश उदेश्यका लागि एचआईभीको व्याप्ततालाई ध्यानमा राखेर अपनाइने परीक्षणको रणनीति ।

रोकथामका रूपमा उपचार (Treatment as prevention): एचआईभी प्रसारणको जोखिम कम गराउनका लागि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको प्रयोग गरिने उपचार पद्धतिहरू । रोकथामका रूपमा उपचारमा भाइरल भार वा रगतमा एचआईभीको संख्या घटाउनका लागि एन्टिरेट्रोभाइरल उपचारको प्रयोग गरिन्छ । कम भाइरल भारले एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिलाई स्वस्थ रहन मदत गर्छ र अरूलाई सङ्क्रमण सार्नबाट रोक्छ ।

निश्चित (Verified): निदान भइसकेका एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको पुनर्परीक्षण गरी उनीहरूको एचआईभी निदानलाई हेरचार वा उपचारमा लैजानु अघि निश्चित गर्ने काम ।

परिशिष्ट: यूएनएड्सको विश्वव्यापी रणनीति-दिगो विकास लक्षहरू (दिविल) ३, ५, १०, १६ र १७ सित सम्बन्धित आठ परिणामका क्षेत्रहरू

सुस्वास्थ्य र समुन्नत समाज (दिविल ३)

एआईभी सङ्क्रमित बालबालिका, किशोरकिशोरी तथा वयस्कहरूको परीक्षणमा पहुँच, उनीहरूलाई आफ्नो स्थितिको जानकारी तथा उनीहरूलाई तत्कालै किफायती, स्तरीय र दिगो उपचारको दिने

- एचआईभी सङ्क्रमणको जोखिममा भएका व्यक्तिहरूका लागि एचआईभी परीक्षण सेवाहरू उपलब्ध हुनेछन् ।
- एचआईभीको सम्पर्कमा आएका सबै बालबालिकाका लागि शिघ्र शिशु निदान सेवा उपलब्ध र पाँच वर्ष मुनिका एआईभी सङ्क्रमित सबै बालबालिका उपचारमा रहनेछन् ।
- एचआईभी निदान (केस व्यवस्थापन) पछि सम्पूर्ण वयस्क, किशोरकिशोरी र बालबालिकालाई एन्टिरेट्रोभाइरल उपचार दिइनेछ ।
- उपचारमा रहेका व्यक्तिहरूको नियमितरूपले सहयोग र अनुगमनका साथै भाइरल भार अनुगमन, उपचार, शिक्षा र पोषणमा निरन्तर सहायता दिइनेछ ।
- सामुदायिक वितरण प्रणाली सहित एचआईभी उपचारको उपलब्धता, किफायतीपना तथा गुणस्तरमा सुधार हुने छ ।
- नगरक्षेत्रहरू, कमजोर अवस्थामा रहेका समुदायहरू तथा मानवीय सङ्कटका बेलामा एचआईभी सेवाहरूको स्थानीय परिवेश अनुसार विस्तार गरिनेछ ।
- रोकथाम र उपचार सेवाका लागि एचआईभी सेवाहरूमा नवीनता ल्याउनका लागि पर्याप्त लगानी गरिनेछ ।

बालबालिकामा हुने नयाँ एचआईभी सङ्क्रमणलाई निवारण गर्ने र उनीहरूका आमाहरूको स्वास्थ्य र सुखमा निरन्तरता रहनेछ

- सबै एआईभी सङ्क्रमित (अप्सन B+) गर्भवती महिलाका लागि तत्कालै उपचार उपलब्ध हुनेछ ।
- सबै महिला, खासगरी एचआईभी सङ्क्रमित महिलाका लागि एचआईभी सेवाहरू, परिवार नियोजन लगायत यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य,क्षयरोग तथा मातृशिशु स्वास्थ्यका सेवाहरू एकीकृत गरी उपलब्ध गराइनेछ ।
- पुरुष साथीहरूलाई परीक्षण र उपचार सहितएचआईभी रोकथाम सेवाहरू प्रवर्धन गरिनेछ छ ।

असमानता न्यूनीकरण (दिविल १०)

युवाहरू, खासगरी युवा महिला र किशोरीको मिश्रित कार्यक्रमहरू तथा रणनीतिहरूमा पहुँच हुनेछ र उनीहरू आफूलाई एचआईभीबाट जोगाउन सक्ने अवस्थामा हुनेछन् ।

- युवाहरूका लागि उपयुक्त एचआईभी, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, क्षति-न्यूनीकरण सूचना तथा सेवामा स्वतन्त्रतापूर्वक र समानरूपले युवा महिला र पुरुषहरूको पहुँच हुनेछ ।
- सबै व्यक्ति, खासगरी युवाहरूको एचआईभी सम्बद्ध जोखिमपूर्ण व्यवहारमा कमी तथा एचआईभी रोकथामका लागि प्राथमिक रोकथाम तथा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यसेवा र एचआईभी सेवाहरूमा पहुँच हुनेछ ।
- राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ को अनुमान अनुसार सबै उमेर समूहका व्यक्तिहरूलाई पर्याप्त र गुणस्तरीय (पुरूष तथा महिला) कन्डम तथा लुब्रिकेन्टहरू उपलब्ध हुनेछ ।
- सबै किशोरकिशोरी र युवाहरूको स्तरीय र विस्तृत यौनिकता शिक्षामा पहुँच हुनेछ ।
- सञ्चारका परम्परागत र नयाँ माध्यमहरू तथा वाह्य सम्पर्क र आन्तरिक सम्पर्कमार्फत सूचनामा पहुँच, जनचेतनामा अभिवृद्धि तथा मागमा अभिवृद्धि भएको हुनेछ ।
- प्रभावकारिता र दिगोपनका लागि अनुक्रियामा युवाहरूको सार्थक सहभागिता हुनेछ ।

एचआईभी रोकथामका लागि, आवश्यकता अनुरूप तयार गरिएका मिश्रित सेवाहरूमा यौनकर्मी, समलिङ्गी पुरुष र पुरुषसित यौन कार्यमा संलग्न हुने अरू पुरुष, सुईद्वारा लागुपदार्थ लिने व्यक्ति, तेस्रोलिङ्गी, कैदीबन्दी तथा अप्रवासी कामदारहरू लगायतका मुख्य समूहहरूको पहुँच हुनेछ,

- समुदायको नेतृत्वमा आधारित "टेस्ट फर ट्रायएज" मार्फत मुख्य समूहहरूको पहिचान गरेर, त्यहाँसम्म पहुँच बनाएर परीक्षणका लागि सिफारिस गरिएको छ। यो (समुदायमा आधारित "टेस्ट फर ट्रायएज") पर्याप्त स्रोत सहितको, सुलभ एवं समूहको आवश्यकता अनुरूप तयार गरिएको तथा अधिकतम प्रभावकारिताका लागि स्थान, गतिविधि निर्धारण गरिएको सेवा हो। (केस पहिचान)
- कन्डम तथा सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सि लगायत एचआईभीको रोकथामका लागि परम्परागत र नयाँ प्रविधिको प्रयोगका बारेमा सूचित गर्न र मागको सृजना गर्नका लागि वाह्य सम्पर्क, आन्तरिक-सम्पर्क तथा नयाँ माध्यमको प्रयोग गरिनेछ।
- उच्च व्याप्तता भएका स्थान र परिस्थितिमा मुख्य समूहहरूतथा उच्च जोखिममा रहेका व्यक्तिहरूमा ध्यानकेन्द्रित गरेर सम्पर्क अघिको प्रोफिल्याक्सिका बारेमा विचार गरिनेछ।
- सूईद्वारा लागूपदार्थ लिने व्यक्तिहरूको पहुँच, सफा सूई र सिरिञ्जहरूमा तथा ओपिओइड प्रतिस्थापन पद्धति र अरू तथ्यहरूद्वारा सूचित अन्य औषधी निर्भर उपचार विधीद्वारा हुनेछ।
- आप्रवासी कामदार, शरणार्थी तथा सङ्कट-प्रभावित समूहहरूलाई एचआईभी सम्बन्धित सेवाहरूको पहुँच हुनेछ।
- कामको बाँडफाँडमार्फत रोकथाम-उपचारको निरन्तरताका लागि निर्णय प्रक्रिया तथा एचआईभी कार्यक्रमहरूमा एचआईभी सङ्क्रमित व्यक्तिहरू तथा अन्य मुख्य समूहहरूको सार्थक सहभागिता हुनेछ।

लैङ्गिक समानता (दिविल ५)

महिला र पुरुषहरूले स्वस्थ लैङ्गिक अभ्यासहरूको पालना र प्रवर्धन गर्छन् र लिङ्गमा आधारित, यौन तथा निकटको साझेदारप्रति हुने हिंसाको अन्त्य गरी एचआईभीको जोखिम र प्रभाव कम गर्नका लागि मिलेर काम गर्छन्,

- लिङ्गमा आधारित, यौनजन्य तथा निकटको साझेदारप्रति हुने हिंसाको अन्त्य गर्न तथा स्वस्थ लैङ्गिक अभ्यासहरूको पालना र प्रवर्धन गर्नका लागि र एचआईभीको जोखिम र प्रभाव कम गर्नका लागि महिला, किशोर किशोरीहरू, पुरुषहरू सक्रिय र सशक्तीकृत हुनेछन्।
- कानून, नीति र अभ्यासहरूले महिला र बालिकाहरूलाई आफ्ना अधिकार तथा स्वायत्तता कायम राख्दै आफूलाई एचआईभीबाट जोगाउन तथा एचआईभीसम्बद्ध सेवाहरूमाथिको पहुँच लिन समर्थ बनाएको छ।
- एचआईभीको प्रसारणको रोकथाम गर्नका लागि यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यर अधिकारको आवश्यकतालाई पूर्णरूपले परिपालना गरिएको हुनेछ।
- उच्च व्याप्तता भएका ठाउँ र परिस्थितिहरूमा युवा महिलाहरूले आर्थिक सशक्तीकरणका अग्रसरताहरूमा पहुँच पाउनेछन्।
- निर्णय प्रक्रिया तथा एचआईभी अनुक्रियाको कार्यान्वयनमा महिलाहरूको सार्थक सहभागिता रहनेछ।

शान्ति, न्याय र सशक्त निकाय (दिविल १६)

एचआईभीको प्रभावकारी अनुक्रियालाई अवरूद्ध गराउने दण्डात्मक कानून, नीतिहरू, अभ्यास, पूर्वाग्रह तथा भेदभावहरूको खारेज हुनेछ

- विशेषत: मुख्य समूहहरूलाई सेवाहरूमा पहुँच पाउनमा बाधा पुऱ्याउने दण्डात्मक कानून, नीतिहरूतथा अभ्यासहरू खारेज गरिनेछन्।
- एचआईभी सङ्क्रमित, जोखिममा रहेका वा प्रभावित व्यक्तिहरू आफ्नो अधिकारका बारेमा सचेत हुने र कानूनी सेवा लिन र मानवअधिकार हननलाई चुनौती दिन समर्थ भएका हुनेछन्।

- स्वास्थ्यसेवा क्षेत्रका सेवा प्रदायकहरू, काम गर्ने ठाउँ तथा शैक्षिक स्थलहरूमा हुने एचआईभी सम्बद्ध पूर्वाग्रह र भेदभावको अन्त्य हुनेछ ।
- मुख्य समूहहरूका विरुद्धमा हुने हिंसालाई रोक्न र सम्बोधन गर्न कानून तथा नीतिहरू जारी भएका छन् र कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन भएका छन् ।

लक्ष्य प्राप्तिका लागि साझेदारी (दिविल १६)

सान्दर्भिक र विश्वसनीय रणनीतिक सूचनाहरूमा आधारित रहेर कार्यान्वयन गरिएको एड्स अनुक्रिया पूर्णरूपले आर्थिक स्रोत सम्पन्न हुनेछ ।

- वृद्धि भएको आन्तरिक स्रोत लगायतको लगानी र कम्तीमा त्यसको एक चौथाइ रोकथाममा खर्च हुने भई राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ ले पर्याप्त आर्थिकस्रोत प्राप्त गरेको छ ।
- एउटा न्यून आय भएको देश नेपालले राष्ट्रिय एचआईभी रणनीतिक योजना २०१६-२०२१ का लागि आवश्यक स्रोतको कम्तीमा १२५ आफ्नो आन्तरिक स्रोतबाट परिचालन गरिनेछ ।
- आर्थिक दिगोपनका लागि सङ्क्रमणकालीन योजना र राष्ट्रिय नियम लागू भएको हुनेछ ।
- नेपालले स्रोतको विनियोजनको प्राथमिकताका लागि समयमा, उपयुक्त र भरपर्दो रणनीतिक सूचनाको प्रयोग गर्छ र अनुक्रियाहरूको मूल्याङ्कन र जिम्मेवारीको प्रक्रियालाई सूचित गर्छ ।
- विनियोजन र उत्पादनको प्रभावकारितामा भएको वृद्धिको पूर्ण उपयोग गरिएको हुनेछ र प्रतिबन्धात्मक बौद्धिक सम्पदा तथा व्यापारिक व्यवधानहरूलाई घटाएर सामग्रीहरूको मोलमा कमी आएको हुनेछ ।
- प्रविधि हस्तान्तरणका प्रावधानहरू समेतको प्रयोगबाट सान्दर्भिक र आवश्यक प्रतिष्पर्धामा वृद्धि भएको हुनेछ ।
- सान्दर्भिक सार्वजनिक निजी साझेदारीबाट अनुक्रियामा उनीहरूको आधारभूत भूमिकामा वृद्धि गरी एचआईभी सङ्क्रमित, जोखिममा रहेका वा प्रभावित व्यक्तिहरूको सम्पर्क(सञ्जाल लगायत नागरिक समाजमा लगानी तथा सहयोगमा अभिवृद्धि गरिएको हुनेछ ।

स्वास्थ्य प्रणालीलाई सवल बनाउने परिपेक्ष्यमा जनकेन्द्रित एचआईभी तथा स्वास्थ्यसेवाहरूको एकीकरण गरिएको हुनेछ ।

- एचआईभी संवेदनशील सर्वव्यापी पहुँचका योजनाहरू कार्यान्वयन भएका हुनेछन् ।
- एचआईभी संवेदनशील राष्ट्रिय सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रममार्फत एचआईभी सङ्क्रमित, जोखिममा रहेका वा प्रभावित व्यक्तिहरूलाई सशक्त बनाइन्छ, जस्तैः नगद ट्रान्सफर कार्यक्रम ।
- एचआईभी सङ्क्रमित, जोखिममा रहेका वा प्रभावित व्यक्तिहरूले एचआईभी,क्षयरोग, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य, मातृस्वास्थ्य, शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्य, हेपाटाइटिस, लागूपदार्थप्रतिको निर्भरता, खाद्य तथा पोषण सहयोग र नसर्ने रोगहरू आदि विषयका एकीकृत सेवाहरूमा पहुँच पाउनेछन् ।
- कामको बाँडफाँडमार्फत सामुदायिक सेवा वितरणलाई औपचारिक स्वास्थ्य प्रणालीमा एकीकरण गरेर स्वास्थ्यका लागि विस्तृत स्वास्थ्य प्रणालीहरूमा सुधार गरिएको हुनेछ ।
- स्वास्थ्यका जनशक्तिले तालीम प्राप्त गरेका हुनेछ र उनीहरू एकीकृत स्वास्थ्य र एचआईभी सेवा दिनका लागि क्षमता सम्पन्न र तालीम प्राप्त हुनेछन् ।
- खरीद र आपूर्ति प्रणालीमा सुधार गरी भण्डारण शून्यको अवस्थाको अन्त्य हुने र खरीद प्रक्रिया द्रुत भएको हुनेछ ।

सन्दर्भ सामग्रीहरू

१ National HIV infections estimation. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

२ Nepal health sector strategy 2015–2020. Kathmandu: Ministry of Health and Population; 2015.

३ Review of the national response to HIV in Nepal. Kathmandu: Government of Nepal; 2013.

४ United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS; 2011.

५ Mid-term review of the 10 targets and elimination commitments-Nepal country report. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2013.

६ Nepal HIV investment plan 2014–2016. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2013.

७ AIDS epidemic model: impact modelling and analysis for Fast Tracking HIV response in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

८ Invest in HIV prevention. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

९ Nepal global AIDS response progress report. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१० Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs (PWIDs) in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

११ Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs (PWIDs) in the eastern Terai of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१२ Integrated Behavioural Surveillance Survey among men who have sex with men (MSM) and transgender (TG) in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१३ Integrated Behavioural Surveillance Survey among female sex workers (FSWs) in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१४ TB/HIV in the South-East Asia region. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2013.

१५ Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs (PWIDs) in the western to far-western Terai of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2012.

१६ Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs (PWIDs) in the Pokhara Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१७ Integrated Behavioural Surveillance Survey among male labour migrants in the western and mid to far western region of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

१८ GDP per capita, PPP. Washington, DC: World Bank; 2016 (http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=NP).

१९ Human development report 2014. New York: United Nations Development Programme; 2014.

२० Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.

२१ National guidelines on monitoring the HIV response in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

२२ Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015.

२३ UNAIDS terminology guidelines. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

थप पाठ्यसामाग्रीहरू

तल उल्लेखित पाठ्यसामाग्रीहरु *http://tinyurl.com/hobs7f5* **बाट हेर्न सकिनेछ**

Survey on current hard drug users in Nepal-2069. Kathmandu: Central Bureau of Statistics and Ministry of Home Affairs; 2013.

National policy on HIV and STI policy [in Nepali]. Kathmandu: Government of Nepal; 2011.

Review of the national response to HIV in Nepal. Kathmandu: Government of Nepal; 2013.

Brief report of support to sex worker network to strengthen the capacity of its CBO partners to advocate for sexual and reproductive health rights of sex workers and access to SRH/GBV services. Kathmandu: Jagriti Mahila Maha Sangh and United Nations Population Fund Nepal; 2015.

Smart investment. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013.

UNAIDS gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

UNAIDS 90–90–90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

Gender matters: overcoming gender-related barriers to prevent new HIV infections among children and keep their mothers alive. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

HIV and social protection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

Invest in HIV prevention. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

Oral pre-exposure prophylaxis: Q&A. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

UNAIDS global progress report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

UNAIDS 2016–2021 strategy: on the Fast-Track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

Social protection: advancing the response to HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

Fast-Tracking combination prevention: towards reducing new HIV infections to fewer than 500 000 by 2020. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: 2015.

Empower young women and adolescent girls. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and African Union; 2015.

Community-based antiretroviral therapy delivery. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and Médecins sans Frontières; 2015.

Ending the AIDS epidemic: the advantage of cities. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and UN Habitat; 2015.

Constitution of Nepal 2015. Kathmandu: Law Books Management Committee; 2015.

Nepal demographic and health survey 2011. Kathmandu: Ministry of Health and Population; 2012.

Nepal health sector strategy 2015–2020. Kathmandu: Ministry of Health and Population; 2015.

Drugs control strategy 2010. Kathmandu: Ministry of Home Affairs; 2010.

Operational guidelines for oral drug substitution therapy [in Nepali]. Kathmandu: Ministry of Home Affairs; 2070 [2013].

National HIV/AIDS strategy, 2011–2016. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS; 2011.

Mid-term review of the 10 targets and elimination commitments-Nepal country report. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2013.

Mapping and size estimation of MARPs in Nepal. Vol. 1: male sex workers, transgender persons and their clients. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

Mapping and size estimation of MARPs in Nepal. Vol. 2: injecting drug users. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

Mapping and size estimation of MARPs in Nepal. Vol. 3: female sex workers. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

National guidelines of PMTCT of HIV in Nepal, 4th edition. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

The Nepal HIV investment plan 2014–2016. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2013.

Nepal global AIDS response progress report. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

An assessment of the legal and policy environment in response to HIV in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Factsheet: Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey among male labour migrants in the western and mid to far western region of Nepal: round V-2015. 2015_MLM_RdV. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

National HIV strategy 2011–2016. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among female sex workers in the Pokhara Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2011.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among female sex workers in 22 Terai highway districts of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2012.

Mid-term review of the 10 targets and elimination commitments: Nepal country report. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2013.

AIDS epidemic model: impact modelling and analysis for Fast-Tracking HIV response in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs in the western to far-western Terai of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2012.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs in the eastern Terai of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among people who inject drugs in the Pokhara Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among male labour migrants in the western and mid to far western region of Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among female sex workers in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Integrated Behavioural Surveillance Survey among men who have sex with men and transgender in the Kathmandu Valley. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Meeting report: Nepal public private partnership initiative for HIV response. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control; 2015.

Gender assessment of the national response to HIV and tuberculosis in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control, National Tuberculosis Centre and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.

Mainstreaming HIV and AIDS into different sectors. Kathmandu: National Planning Commission; 2012.

Annual progress report on tuberculosis 2070–71 [2013–2014]. Kathmandu: National Tuberculosis Centre; 2014.

National tuberculosis strategy 2016–2021. Kathmandu: National Tuberculosis Centre; 2016.

Suvedi BK. Health programs and planning in Nepal. Kathmandu: Sukriti Suvedi; 2013.

Political declaration on HIV and AIDS: on the Fast-Track to accelerate the fight against HIV and to end the AIDS epidemic by 2030. New York: United Nations General Assembly; 2016.

Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2015.

Global health sector response to HIV, 2000–2015: focus on innovations in Africa. Geneva: World Health Organization; 2015.

थप जानकाकारीका लागिः

स्वास्थ्य मन्त्रालय
राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्र
टेकु, काठमाडौँ
फोनः ९७७-१-४२६१६५३, ४२६२७५३, ४२५८२१९
इमेलः ncasc@ncasc.gov.np, वेबः www.ncasc.gov.np

नेपाल र भुटानका लागि यूएनएड्सको सचिवालय
युएन भवन
पुल्चोक, ललितपुर
फोनः ९७७-१-५५२३२०० एक्सटेन्सनः १७१३
इमेलः nepal@unaids.org, वेबः www.unaids.org