# बार्षिक प्रतिवेदन

(२०८०/८१)

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय

कोशी प्रदेश

ताप्लेजुङ

Government of Province

Ministry of Health

Health Directorate

**Health Office Taplejung**

Koshi province

Ref No:

**Fy :2080/81**

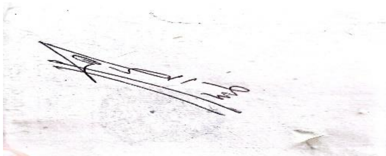
<u>मन्तव्य</u>

नेपाल संघीय गणतन्त्रिक देशमा प्रवेश गरेसंगै, नेपालको संविधान २०७२ ले स्वास्थ्य सेवालाई विभिन्न आधारभुत मानव अधिकारहरु मध्ये एक अधिकार मानेको छ साथै आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, उपलव्धता र संचालन गर्ने जिम्मेवारी स्थानीय तहलाई प्रदान गरेको छ । जनस्वास्थ्य ऐन २०७५, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ तथा जनस्वास्थ्य नियमावली २०७७ हरुले पनि निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच हरेक नेपालीहरुमा पुर्याउने लक्ष्यलाई अंगीकारकार गरेको छ, स्वास्थ्य सेवालाई दीर्घकालीन रुपमा संचालन गर्नको लागि चाहिने विभिन्न स्रोत तथा संसाधनहरुको सुनिश्चितताको लागि पहल पनि भई रहेको छ।सहस्राब्दी विकास लक्ष्य सन् २००० देखि २०१५ सम्म प्राप्त नतिजाहरुलाई समेट्दै दिगो विकास लक्ष्य २०१५ देखि २०३० सम्ममा स्वास्थ्य तथा समग्र मानव विकास सुचकहरुमा प्राप्त गर्नु पर्ने लक्ष्यहरुमा नेपाल सरकारले काम गर्दै आईरहेको छ।

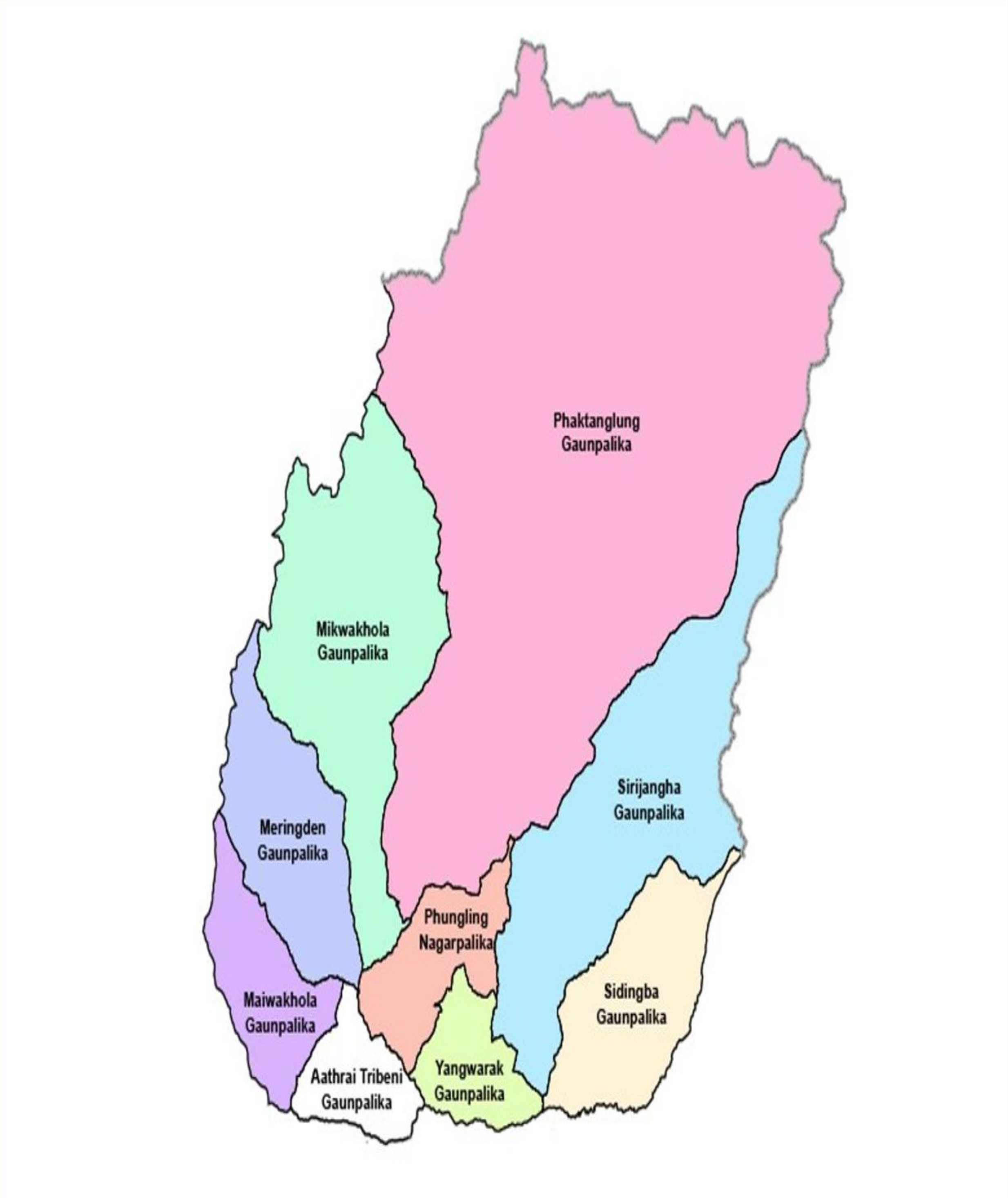
संघीययतासंगै आएको स्वास्थ्यको नयाँ संरचनाअनुसार स्थापित स्वास्थ्य कार्यालयहरु प्रदेश सरकार अन्तरगत रहेका छन्, सोही अनुरुप स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्गमा पनि संचालित छ र यस कार्यालयले नेपाल सरकारको लक्ष्य प्राप्तिको लागि नेपालको संविधान, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, जनस्वास्थ्य ऐन तथा नियमावली, दिगो विकास लक्ष्य तथा प्रदेश सरकार, प्रदेश नं.१ ले लिएको जनस्वास्थ्यको लक्ष्य अनुरुप आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरुलाई ताप्लेजुङ्ग जिल्ला भित्र रहेका ९ स्थानीय तहहरुबाट एक रुपमा संचालित हुनको लागि संमन्वयात्मक भूमिकामा रही काम गर्दै आईरहेको छ साथै स्वास्थ्यकर्मीहरुमा प्राविधिक ज्ञान र सिप विकासको लागि तालिम, समिक्षा तथा कार्यक्षेत्रमा गई कोचिङ्ग गर्दै आईरहेको छ।

यस प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएका सकारात्मक स्वास्थ्य सुचाङ्कहरुको प्राप्तिको लागि संयोजनकारी भूमिकाको लागि जिल्ला संमन्वय समिति प्रति हार्दिक आभार व्यक्त गर्दै, अहोरात्र खटिनुहुने संम्पूर्ण महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरु, स्वास्थ्य संयोजक, सह-संयोजक, स्वास्थ्यकर्मीसाथीहरु, स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्गका कर्मचारीहरुलाई उच्च सम्मान सहित धन्यवाद दिन चाहान्छु, यो प्रतिवेदन तयार गर्नको लागि स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्गका कर्मचारीहरु प्रति विषेश धन्यवाद तथा आभार प्रकट गर्दछु ।

कुलबहादुर पौडेल



# District Overview



## सुचाङ्क (Fact sheet)

| प्रतिवेदनको अवस्था(Reporting status)% | | २०७८/७९ | २०७९/८० | २०८०/०८१ |
|---|---|---|---|---|
| १ | सरकारी अस्पताल | १०० | १०० | १०० |
| २ | प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र | १०० | १०० | १०० |
| ३ | स्वास्थ्य चौकी | १०० | १०० | १०० |
| ४ | सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ | १०० | १०० | १०० |
| ५ | सहरी स्वास्थ्य केन्द्र | १०० | १०० | १०० |
| ६ | खोप क्लिनिक | १०० | १०० | १०० |
| ७ | गाँउघर क्लिनिक | १०० | १०० | १०० |
| ८ | राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका | १०० | १०० | १०० |
| ९ | eLMIS Reporting Status | ९७ | ९४ | ९५ |

## राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमः

| क्र.स | खोप कभरेज | २०७८/७९ | २०७९/८० | २०८०/०८१ |
|---|---|---|---|---|
| ९ | बि.सि.जि. कभरेज | ८३ | ७७ | ७१ |
| १० | डि.पि.टि./हिब/ हेप बि १ कभरेज | ९० | ८० | ८४ |
| ११ | डि.पि.टि./हिब/ हेप बि ३ कभरेज | ९० | ८० | ८४ |
| १२ | पि.सि.भि. ३ कभरेज | ८५ | ८० | ९० |
| १३ | एफ.आई.पि.भि २ कभरेज | ८९ | ६१ | ८९ |
| १४ | जे.ई कभरेज | ८२ | ८३ | ८६ |
| १५ | दादुरा / रुबेला २ कभरेज | ७६ | ८२ | ८८ |
| १६ | पुर्णखोप पाएका कभरेज | ७१ | ६९ | ८१ |
| १७ | टि.डि. २ र २+ कभरेज | ६४ | ६९ | ६० |
| १८ | ड्रप आउट दर: डि.पि.टि. १/vs. डि.पि.टि.३ | -२.१ | ४ | -१.४ |
| १९ | ड्रप आउट दर : डि.पि.टि./हेप बि १vs. दादुरा/रुबेला२ | ११.६ | -०.११ | -८.६४ |

## पोषण कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| २० | १ बर्ष मुनिका नयाँ बच्चाहरुको बृद्धि अनुगमन दर्ता | ९२ | ७९ | ८८ |
| २१ | नयाँ बृद्धि अनुगमन मध्ये कुपोषित बच्चाहरुको प्रतिशत | १.८ | १.१ | १ |
| २२ | औसत बृद्धि अनुगमन(०-११ महिना) | ३.९ | ४.६ | ५ |
| २३ | ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको प्रतिशत | २४ | ७२ | ७७ |
| २४ | ६ महिना पछि थप आहार शुरु गरेको प्रतिशत | १९ | ५५ | ६६ |
| २५ | १८०  आईरन चक्की पाएका गर्भवती महिलाहरुको प्रतिशत | ४७ | ५३ | ४१ |
| २६ | सुत्केरी महिलाले भिटामीन ए प्राप्त गरेको प्रतिशत | ७६ | ५५ | १०२ |
| २७ | ६ देखि २३ महिनासम्मका बालबालिकाले कम्तिमा एक पटक बालभिटा पाएका प्रतिशत | २४.६९ | ५५.८४ | ३६.२५ |
| २८ | १८० प्याकेट बालभिटा पाएका बालबालिकाको प्रतिशत | ०.१२ | ३.२१ | ९.१२ |

## नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| २९ | ए.आर.आई.को ईन्सिडेन्स दर /१०००(५बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा) | ४९४ | ४०३ | ५८३ |
| ३० | कुल नयाँ श्वास-प्रश्वासका बिरामी मध्ये निमोनियाको दर /१००० (५बर्ष मुनिका बच्चामा) | २०० | १४२ | २१९ |
| ३१ | झाडा-पखाला रोगको ईन्सिडेन्स दर /१००० (५बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा) | १०६ | १०५ | १२६ |
| ३२ | कुल नयाँ झाडा-पखाला बिरामी मध्ये कडा जलबियोजन भएको प्रतिशत | ०.४७ | ० | ०.०८ |
| ३३ | जलबियोजन भएको मध्ये पुनर्जलिय झोल तथा जिंक चक्की बाट उपचार गरेको प्रतिशत | ८४ | ७९ | १०५ |

## सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ३४ | अनुमानित जिवित जन्म मध्ये कम्तिमा १ पटक गर्भजाँच (Atleast 1 ANC checkup ) गरिएको प्रतिशत | ८३ | ७२ | ६६ |
| ३५ | अनुमानित जिवित जन्ममध्ये प्रोटोकलअनुसार चार पटक गर्भजाच(4th visit ) गरिएको प्रतिशत | ५० | ८४ | ६९ |
| ३६ | अनुमानित जिवित जन्म मध्ये प्रोटोकलअनुसार गर्भजाच(8th visit ) गरिएको प्रतिशत | ० | ३० | ३६ |
| ३७ | अनुमानित जीवित जन्म मध्ये स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराएको प्रतिशत | ४९ | ५६ | ५४ |
| ३८ | अनुमानित जीवित जन्म मध्ये दक्ष प्रसुतिकर्मी (SBA) बाट प्रसुति गराईएका महिलाहरुको प्रतिशत | ४१ | ५१ | ४८ |
| ३९ | अनुमानित जीवित जन्म मध्ये उत्तर प्रसुती सेवा(PNC) २ पटक पाएका महिलाहरुको प्रतिशत | ० | ७२ | ८२ |
| ४० | अनुमानित जीवित जन्म मध्ये उत्तर प्रसुती सेवा(PNC) ४ पटक पाएका महिलाहरुको प्रतिशत | ० | ४२ | ४२ |

## परिवार योजना कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ४१ | परिवार नियोजन आधुनिक साधनको प्रयोगकर्ता दर(WRA) | २३.९० | २२.७३ | ३० |
| ४२ | परिवार नियोजन आधुनिक साधनको नयाँ प्रयोगकर्ता दर | १५.३ | १०.८ | १३ |

## औलो तथा कालाजार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ४३ | बार्षिक रक्त स्लाईड परीक्षण संख्या(Annual Blood Slide Examination number) | २३ | ३४० | ७९३ |
| ४४ | बार्षिक malaria Parasitic Incidence दर (API/१०००) | ० | ० | ० |
| ४५ | औलो रोगी संख्या | ० | ० | ० |

## क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ४६ | क्षयरोगी पत्ता लगाउने दर(Case Notification Rate) | २७ | ४३ | ६० |
| ४७ | क्षयरोगीको उपचार सफल हुने दर (Treatment Success Rate) | ९४ | १०४ | १०० |

## कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ४८ | नयाँ रोगी पत्ता लगाउने दर/१००० (NCDR) | १ | ० | ०.८८ |
| ४९ | अशमर्थताको श्रेणी २ भएका को प्रतिशत(DG2) | १ | ० | ० |

## एच.आई.भि/एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ५० | अनुमानित गर्भवति महिला मध्ये PMTCT मा जाँच गराउनेको प्रतिशत | १०२ | ५६ | ५५ |
| ५१ | एच.आई.भि पोजिटीभ संख्या | ० | ० | ० |
| ५२ | ART मा उपचारत बिरामीको संख्या | ० | ० | ० |

## उपचारात्मक सेवा

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ५३ | बहिरंग सेवा लिएका जम्मा बिरामी संख्या | १४१९१६ | १३७०२० | - |
| ५४ | जनसंख्याको तुलनामा बहिरंग सेवा लिनेको प्रतिशत | ११८ | ११४ | - |

## **उपलब्धि सारांश** (Executive Summary)

परिचय

यस प्रतिवेदनमा जिल्लाको चिनारी, भौगोलिक, जनसंख्यायिक, आर्थिक, सामाजिक विवरण सहित मुख्य गरेर जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरु तथा जिल्लामा स्वास्थ्यको अवस्थाका साथै निजी र गैरसरकारी स्वास्थ्य निकायहरुबाट प्रदान गरिएका सेवाका विवरणहरु समिटएका छन्। यो प्रतिवेदनले जिल्लामा संचालित स्वास्थ्यका कार्यक्रमहरुको प्रगति, मुख्य स्वास्थ्य सूचकको तुलनात्मक विश्लेशण, कार्यक्रमसँग सम्बन्धित समस्याको पहिचान तथा समाधानका उपाय जस्ता विषयहरुको ब्याख्या गरिएको छ। यो प्रतिवेदनको मुख्य आधार जिल्लाको समिक्षा गोष्ठीको निचोड, बर्ष भरिमा गरिएका अनुगमनका प्रतिवेदनहरु, सरोकारवाला संघ

संस्थाबाट प्रकाशित सामग्रीहरु र स्वास्थ्य कार्यालयको HMIS सूचनाहरु हुन। सूचनाका मुख्य स्रोत सरकारी अस्पताल-१, प्रा.स्वा.के-२, स्वा.चौकी-५१ ,आधारभूत स्वास्थ्यसेवा केन्द्र-७,सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाई-२१, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र २-, गाँउघर क्लिनिक-१७१,खोप क्लिनिक-१७१ र राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका-८५५ का प्रतिवेदनहरु समेटिएका छन् ।

## राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization program)

समग्रमा खोप कार्यक्रमको प्रगति गत वर्षको तुलनामा यस वर्षमा केही बढेको देखिन्छ ।
बि.सि.जी,डि.पि.टी/हेप. बि/हिब पहिलो, पि.सि.भि .तेस्रो,जे.ई,दादुरा/ रुबेला दोस्रो र टि.डि2.र+2को प्रगती क्रमश ७१%,८३%,९०%,८६%,८८%,र ६०% रहेको छ।प्रति खोप सेसनमा आएका बच्चाहरुको औसत संख्या ८ जना रहेको छ।

## पोषण कार्यक्रम (Nutrition Program)

पोषण कार्यक्रमको सूचकहरुमा मिश्रित प्रगति देखिन्छ। गर्भवती महिलाले खाने १८० आइरन चक्कीको प्रगति यस बर्ष ४१% छ भने सुत्केरी पश्चात भिटामीन ए प्राप्त गर्नेको प्रतिशत ७० बाट बढेर १०२ प्रतिशतमा पुगेको छ।२ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा बृद्धि अनुगमन दर यस आ.व मा पनि ६६ प्रतिशत नै रहेको छ भने तौल अनुगमन गरिएका बच्चाहरु मध्ये कुपोषित बच्चाहरुको प्रतिशत १.०५% रहेको छ।

## सामुदायमा आधारित बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्राम

**(CB-IMNCI)**श्वास प्रश्वास रोगबाट बिरामी हुने ५ बर्ष मुनिका बच्चाको दर गत बर्ष ४०३/१००० को तुलनामा यस बर्ष बढेर ५८३/१००० पुगेको छ। ५ बर्ष मुनिका बच्चाको निमोनियावाट बिरामी हुने दर ७९ /१००० रहेको छ भने कडा निमोनिया १७ जना देखिएको छ। ५बर्ष मुनिका बच्चाहरुमा हुन सक्ने झाडापखाला सम्बन्धि कार्यक्रमहरुको पनि सकारात्मक सूचकहरु प्राप्त भएका छन्। गत बर्ष र यस वर्ष झाडापखालाबाट बिरामी हुने दर १२६ /१००० जना नै पुगेको देखिन्छ, जस मध्ये कडा जलबियोजन भएको ०.०८% पाइएको छ।

## परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम (Family Health program)

## परिवार योजना कार्यक्रम (Family Planning Program)

प्रजनन् स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण अंगको रुपमा परिवार योजना कार्यक्रम रहेको छ। यस कार्यक्रम अन्तर्गत कुल प्रजनन् उमेरका महिलाहरुमा (WRA) परिवार नियोजनका आधुनिक साधनको प्रयोगदर (CPR) यस बर्षको ३१% मा पुगेको छ। जस मध्ये परिवार नियोजन लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा डिपो ३५%, पिल्स ८%, आई.यू.सि.डी ५%, ईम्प्लान्ट ४०% र कन्डमप्रयोग गर्ने १२% पाएको छ ।

## सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (Safe Motherhood Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गत गर्भवति सेवा, प्रसुति सेवार उत्तर प्रसुति सेवा जस्ता सेवाहरु प्रदान गरिदै आएको छ।यसै अन्तर्गत सुरक्षित गर्भपतन सेवा (CAC), गर्भपतन पछिको सेवा (PAC), आधारभूत आकस्मिक प्रसुति सेवा (BEONC), सुत्केरी उत्प्रेरणा सेवा जस्ता कार्यक्रमहरु संचालन हुँदै आएका छन्।

कुल अनुमानित गर्भवती महिलाहरु मध्ये यस बर्ष प्रथम पटक गर्भ जाँच (at least one ANC) गराउने महिलाको प्रगति ६६% रहेको छ भने चौथो पटक गर्भ जाँच (Protocol) गराउने महिलाको प्रगति ६९% रहेको र आठौ पटक गर्भ जाँच गराउने महिलाको प्रगति ३६% छ। यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट सुत्केरी गराउने महिलाको प्रगति भने ५४ % हुन गएको छ। त्यसैगरी ४ पटक उत्तर प्रसुति सेवा पाउने महिलाको प्रगति यस बर्ष ४२ % रहेको छ।

## प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तथा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम(Primary Health Care and Out Reach Clinic)

पहुँच भन्दा बाहिर रहेका जनसंख्यालाई सर्वसुलभ तरिकाले मुख्य गरी प्रजनन् तथा बाल स्वास्थ्य सेवा पुर्याउने उद्देश्यले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम संचालन हुने गरेको छ। यस जिल्लामा हाल १७१ वटा गाँउघर क्लिनिक रहेकोमा यस आ.व मा ९ प्रतिशत क्लिनिक संचालन भएका छन् र सरदर १० जना सेवाग्राहीले प्रतिमहिना प्रतिगाँउघर क्लिनिक सेवा उपभोग गरेको देखिन्छ।

## राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रम(National Female Community Health Volunteer program)

आमा जनसमुदायहरुमा स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतना अभिबृद्धि गरी बाल स्वास्थ्य, परिवार योजना, समुदायमा आधारित बालरोगको एकीकृत ब्यवस्थापन,समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार, क्षय रोग, औलो रोग तथा कालाजार सम्बन्धिका गतिविधिहरु प्रभावकारी ढंगबाट सञ्चालन गर्नु नै राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कार्यक्रमको ध्येय रहेको छ। यस कार्यक्रमले भिटामिन ए तथा जुकाको औषधि आम वितरण, पोलियोथोपा खुवाउने अभियान तथा महामारी ब्यवस्थापनमा समेत उल्लेखनीय योगदान पुगेको छ। यस आ.व मा ८९ प्रतिशत प्रतिवेदन तथा सरदर ६ जना लाई प्रति महिना एकजना सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले सेवा दिएको पाइएको छ।

## रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Disease Control program)

### औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria Control Program)

यस आ.व मा औलो शंकास्पद रोगीहरुको रक्त नमुना संकलन कार्य सन्तोषजनक नभएको देखिन्छ।७९३ जम्मा औलो रोगी संख्या जिरो रहेको छ, जम्मा ७५ वटा स्लाईड यस आ.व.२०८०/०८१ मा परीक्षण भएको छ।

### क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control program )

यस आ.व मा क्षयरोगी बिरामी पत्ता लाग्ने दर बढेर ४३% बाट ६०% मा पुगेको छ। बिरामी निको हुने दर (Cure rate) १००% रहेको छ।

### कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)

यस जिल्लामा कुष्ठरोगका नयाँ विरामी पत्ता नलागेको ले लाग्ने दर गत वर्षको जस्तै 0 रहेको छ। असमर्थताको श्रेणी- २ हुने संख्या शुन्य रहेको छ।

## एच.आई.भि/एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम(HIV/AIDS and STI Control Program)

यस आ.व. मा यस जिल्लामा नयाँ संक्रमित पत्ता नलागेको ले एच.आई.भि/एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण मै छन्।

## राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार(Health Education, Communication and information Program)

यस कार्यक्रम अन्तर्गत सेवाग्रहि बाट सेवा मागको लागि शसक्तिकरण तथा उनीहरुको स्वास्थ्य प्रवर्धनात्मक गतिविधिमा सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन ल्याउन विभिन्न किसिमका सूचना तथा संचारका क्रियाकलापहरु संचालन भै रहेका छन्। समुदाय स्तरीय स्वास्थ्य शिक्षा शैक्षिक सामग्रीको वितरण तथा प्रदर्शन, दैनिक, साप्ताहिक, मासिक, त्रैमासिक रुपमा छापा तथा श्रब्य दृश्य सामाग्रीबाट स्वास्थ्य सन्देश प्रसारण/ प्रकाशन जस्ता गतिविधिहरु संचालन भएका छन्।

## एकीकृत स्वास्थ्य कार्यक्रम (Integrated Health Program )

यस कार्यक्रम अन्तर्गतसूचना व्यवस्थापन, योजना, समन्वय, सुपरीवेक्षण, अनुगमन, मुल्याङ्कनतथा स्वास्थ्य संस्थाहरुको भौतिक पूर्वाधारको निर्माण तथा मर्मत सम्भार जस्ता गतिविधिहरु सञ्चालन भएका छन्। ब्यवस्थित सूचना प्रणाली अन्तर्गत स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिवेदन सम्बन्धित स्थानीय तहमा संकलन तथा प्रतिवेदन कार्य भई रहेको छ। बिगत वर्षहरु जस्तै यस वर्ष पनि सम्पूर्ण सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट १००% मासिक प्रगति प्रतिवेदन संकलन भएको देखिन्छ। यसै गरी गाँउघर क्लिनिक तथा राष्ट्रिय महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका बाट क्रमश ९७ % र ८९ % प्रगति प्रतिवेदन संकलन भएको छ।

## आपुर्ति व्यवस्थापन कार्यक्रम (Logistic management program)

आपुर्ति व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत जिल्लाबाट सबै स्थानीयतहहरुमा नियमित रुपमा खोप, औषधि लगायत अन्य स्वास्थ्य सामाग्रीहरुको आपुर्ति स्वास्थ्य संस्थाहरुको माग तथा आवश्यक्ता अनुसार भईरहेको छ। आपुर्ति व्यवस्थापनको प्रतिवेदन समेत नियमित स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्य कार्यालयमा आउने र स्वास्थ्य कार्यालयबाट केन्द्र, प्रदेश तथा क्षेत्रमा पठाउने कार्य नियमित रुपमा गरिदै आएको छ। अत्यावश्यक औषधिहरुको मौज्दात तथा वितरणको प्रक्रिय दुरुस्त भएको हुदा स्वास्थ्य संस्था स्तरमा समेत औषधिको अभाव तथा खेरजाने समस्या समेत नियन्त्रण गरीएको छ।

## ABBREVIATIONS

| | |
|---|---|
| AEFI | Adverse Events Following Immunization |
| AFP | Acute Flaccid Paralysis |
| ANC | Antenatal Care |
| ART | Anti Retro Viral Therapy |
| ASRH | Adolescent Sexual and Reproductive Health |
| BC | Birthing Centre |
| BCC | Behavior Change Communication |
| BEOC | Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care |
| BMI | Body Mass Index |
| BS | Bikram Sambat |
| CAC | Comprehensive Abortion Care |
| CBOs | Community Based Organizations |
| CB-IMCI | Community Based Integrated Management of Childhood Illnesses |
| CEOC | Comprehensive Emergency Obstetric Care |
| CHU | Community Health Unit |
| CMYP | Comprehensive Multiyear Immunization Plan |
| CMS | Central Medical Store |
| CPR | Contraceptive Prevalence Rate |
| DCC | District Coordination Committee |
| DOHS | Department of Health Services |
| EDP | External Development Partners |
| EHCS | Essential Health Care Service |
| EP | Expected Pregnancies |
| ELB | Expected Live Birth |
| FCHV | Female Community Health Volunteer |
| FP | Family Planning |
| FY | Fiscal Year |
| GESI | Gender Equality and Social Inclusion |
| GM | Growth Monitoring |
| GON | Government of Nepal |
| HCT | HIV Counseling and Testing |
| HD | Health Directorate |
| HF | Health Facility |
| HFOMC | Health Facility Operation and Management Committee |
| HO | Health Office |
| HP | Health Post |
| HTC | Health Training Center |
| IDD | Iodine Deficiency Disorder |
| IEC | Information Education Communication |
| IMR | Infant Mortality Rate |
| INGO | International Non-Governmental Organization |
| IUCD | Intra-Uterine Contraceptive Device |
| JE | Japanese Encephalitis |
| MDA | Mass Drug Administration |
| MDG | Millennium Development Goal |
| MDR | Multi Drug Resistance |
| MMR | Maternal Mortality Rate |

| | |
|---|---|
| MOHP | Ministry of Health and Population |
| MOSD | Ministry of Social Development |
| MRSD | Measles-Rubella Second Dose |
| MSNP | Multi Sector Nutrition Plan |
| MSS | Minimum Service Standard |
| NDHS | Nepal Demographic and Health Survey |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| NHEICC | National Health Education, Information and Communication Centre |
| NHSP | Nepal Health Sector Program |
| NIP | National Immunization Program |
| PAC | Post Abortion Care |
| PEM | Protein Energy Malnutrition |
| PHC/ORC | Primary Health Care Outreach Clinics |
| PHCC | Primary Health Care Center |
| PHCRD | Primary Health Care Revitalization Division |
| PHLMC | Provincial Health Logistic Management Center |
| PNC | Post Natal Care |
| SHN | School Health Nurse |
| RED | Reaching Every District |
| TB | Tuberculosis |
| UHC | Urban Health Clinic |
| UNDP | United Nations Development Programs |
| UNFPA | United Nations Population Fund |
| USAID | United States Agency for International Development |
| VAD | Vitamin A Deficiency Disorder |
| VHW | Village Health Worker |
| VPD | Vaccine Preventable Diseases |
| VSC | Voluntary Surgical Contraception |
| WHO | World Health Organization. |

# विषय सूची


| विवरण | पेज नं |
|---|---|
| अध्याय :१ | |
| ताप्लेजुङ्ग जिल्ला: संक्षिप्त परिचय<br>भौगोलिक बनावट,सिमाना,मौसम,जिल्लाको क्षेत्रफल तथा जग्गाको स्वामित्व,हिमालहरु | १ -७ |
| | |
| अध्याय :२ | |
| राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६,दिगो विकास लक्ष ,LONG TERM VISION,पन्ध्रौ पंच्रबर्षीय योजना | ८ -३२ |
| | |
| अध्याय :३ | |
| स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ,स्वास्थ्य कार्यालयका प्रमुख कार्यहरु, जनस्वास्थ्यकार्यक्रमहरु,राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम,पोषण कार्यक्रम,CBIMNCI कार्यक्रम,परिवार योजना ,सुरक्षित मातृत्व,FCHV ,PHC-ORC | ३३-७३ |
| | |
| अध्याय :४ | |
| रोग नियन्त्रण कार्यक्रम,औलो,क्षयरोग,कुष्ठरोग,डेंगु,यौन रोग | ७४-८४ |
| | |
| अध्याय :५ | ८५ -८७ |
| राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रम | |
| आपूर्ति व्यवस्थापन | |
| अध्याय :६ | |
| Action For Nepal –Taplejung | ८८ |
| अध्याय :७ | |
| अनुसूची हरु | ८९ -९२ |

## अध्यायः १

## ताप्लेजुङ जिल्लाको परिचय:

ताप्लेजुङको नामाकरण प्राचिन कालमा“ ताप्ले ”नाम गरेको राजा र जोङ भन्नाले किल्ला बुझाउने शब्दबाट रहन गएको हो । यो जिल्लाको कुल क्षेत्रफल ३६४६ वर्ग किलोमिटर छ। उत्तरी अक्षांस २७० १५ ”र २७० ५७ ”र पूर्वी देशान्तर ८७० २७ ”र ८८० १२ ”बिच समुन्द्री सतह ७७७ मिटर देखि ८५८६ मिटर कञ्चनजंगा हिमाल सम्मको उचाइमा यो जिल्ला अवस्थित रहेको छ । औषत तापक्रम ११.३० सेल्सियस) न्यूनतम ० डीग्रि सेल्सियस) पुस(, अधिकतम ३० डिग्री सेल्सियस) जेष्ठ(, वर्षा औषत १४४० मिलिमिटर रहेको छ। यो जिल्लालाई २ निर्वाचन क्षेत्र, ८ गाउँपालिका र १ नगरपालिकामा विभाजन गरिएको छ भने ताप्लेजुङ नगरपालिका स्थित फुङ्लिङ बजार यो जिल्लाको सदरमुकाम हो । यो जिल्लाको उत्तरमा चिनको तिब्बत, पुर्वमा भारतको सिक्किम, पश्चिममा संखुबासभा, दक्षिणमा तेह्रथुम र पाँचथर जिल्ला पर्दछन् । विश्वको तेस्रो र नेपालको दोस्रो अग्लो हिमशिखर कंचनजंघा) ८५८६ मिटर ( र अन्य ७००० मिटर भन्दा अग्ला १० वटा भन्दा बढी हिमालहरु रहेको जिल्ला, नेपालको सबैभन्दा धेरै हिमताल लगभग ३००, नेपालमा सर्वप्रथम सुर्योदय हुने, जैविक विविधता, प्राकृतिक सुन्दरता, धार्मिक, ऐतिहासिक, जलस्रोतको धनी, बहुजाति, बहुभाषिक, बहुसांस्कृतिक आदिको संगम स्थलको रुपमा ताप्लेजुङ जिल्लालाई लिन सकिन्छ। ताप्लेजुङ जिल्लामा एउटा नगरपालिका र नौ वटा गाँउपालिका रहेका छन्।

**<u>नगरपालिका संख्याः १</u>**

फुङ्गलिङ्ग नगरपालिका

**<u>गाउँपालिका संख्या : ८</u>**

१ पाथिभरा याङ्गवरक गाँउपालिका
२ शिरीजंघा गाँउपालिका
३ सिदिङ्गवा गाँउपालिका
४ फक्ताङलुङ्ग गाँउपालिका
५ आठराई त्रिवेणी गाँउपालिका
६ मैवाखोला गाँउपालिका
७ मेरिङ्गदेन गाँउपालिका
८ मिक्वाखोला गाँउपालिका

## भौगोलिक वनावट

विकास क्षेत्रः पूर्वाञ्चल
जिल्लाः ताप्लेजुङ
सदरमुकामः फुङलिङ वजार
उचाइ : ७७७ मिटर देखि ८५८६ मिटर
अक्षांशः २७० १५ देखि २७० ५४ , उत्तर
देशान्तरः ८७० २७ देखि ८८० १२, पूर्वी

## सीमाना

पूर्वः भारतको सिक्किम
उत्तरः चिनको तिव्वत
पश्चिमः संखुवासभा
दक्षिणः तेह्रथुम र पाँचथर

## मौसम

औषत तापक्रमः २४.५१० सेन्टीग्रेट
न्यूनतम तापक्रमः१.९० सेन्टीग्रेट) पौष(
अधिकतमः २९.५० सेन्टीग्रेट) साउन(
बार्षिक जम्मा वर्षाः १७६७.१ मि.मी.

## जिल्लाको क्षेत्रफल तथा जग्गाको स्वामित्व

जिल्लाको कुल क्षेत्रफलः ३,६४६ वर्ग किलोमिटर
खेती योग्य जमिनः २९,०६१ हेक्टर
सिंचित क्षेत्रः २२,३०६ हेक्टर
१ देखि ५ हेक्टर सम्मः २० प्रतिशत
आधा हेक्टरदेखि एक हेक्टरसम्मः ६० प्रतिशत घरधुरी

### ताप्लेजुङ जिल्लामा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाः

| | | |
|---|---|---|
| १ | जिल्ला अस्पताल संख्या | १ |
| २ | प्रा.स्वा.के. संख्या | २ |
| ३ | स्वास्थ्य चौकी संख्या | ५१ |
| ४ | सहरी स्वास्थ्य केन्द्र संख्या | २ |
| ५ | आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र संख्या | ७ |
| ६ | सामुदायिक स्वास्थ्य इकाइ संख्या | २१ |
| ७ | तमोर अस्पताल (निजी) | १ |
| ८ | मानव डेन्टल क्लिनिकसंख्या | १ |
| ९ | डिचेन डोङला आँखा उपचार केन्द्र | १ |
| १० | खोप क्लिनिक(केन्द्र) संख्या | १७१ |
| ११ | गाउँघर क्लिनिक संख्या | १७१ |
| १२ | म.स्वा.स्व.से.संख्या | ८५५ |

**<u>शैक्षिक अवस्था</u>**

सरदर साक्षरताः ७१.३० प्रतिशत

पुरुष साक्षरताः ७९.२९ प्रतिशत

महिला साक्षरताः ६४.१५ प्रतिशत

प्राथमिक तह विद्यालय संख्याः २१४

निम्न माध्यामिक विद्यालय संख्याः ६७

माध्यमिक उच्च माध्यमिक विद्यालय संख्याः५५

उच्च मा.वि. संख्याः २८

क्याम्पस संख्याः २

बाल विकास केन्द्रः २७८

सामुदायिक अध्यन केन्दः १६

माध्यमिक विद्यालयः १

प्राविधिक शिक्षा (ईन्जिनियरिंग)ः १

**<u>आर्थिक अवस्था</u>**

सरदर प्रति व्यक्ति आयः ४०० यु.एस. डलर

निरपेक्ष गरिबीको अवस्थाः १९ प्रतिशत

कृषि क्षेत्रमा सक्रिय जनसंख्याः ८८ प्रतिशत
गैर कृषि क्षेत्रमा सक्रिय जनसंख्याः १२ प्रतिशत
कुल जनसंख्या मध्ये आर्थिक रुपमा सक्रिय जनसंख्याः ५३ प्रतिशत
वार्षिक अन्न उत्पादनः ८१८९१मे.टन.
वार्षिक खाद्यान्न अपुग परिमाणः ४५८ मे.टन.
अलैची खेतीको कुल क्षेत्रफलः ४५०० हेक्टर
अलैचीको कुल उत्पादनः १४१० मे. टन
अलैचीको उत्पादकत्वः ०.३६

**राजनैतिक विभाजनः निर्वाचन क्षेत्र ईलाका र गाँउ विकास समितिहरु**

| निर्वाचन क्षेत्र | वडा संख्या | गाउपालिका/नगरपालिका अन्तरगत वार्ड र स्वास्थ्य संस्था | **गाविस संख्या** | **कैफियत** |
|---|---|---|---|---|
| १ | ८ | सिरिजंघाःसिनाम,आम्बेगुदिन,सिकैंचा,तेल्लोक,पेदाङ्ग खेवाङ्ग, मामाङखे र याम्फुदिन | २६ | |
| | ७ | सिदिङ्गवाः कालीखोला,सादेवा,आँखोप,साब्लाखु,लिम्बुदिन,मेहेल र सुरुमखिम | | |
| | ६ | याङ्गवरकःनाङ्गखोल्याङ्ग,थेचम्बु,तिरिङ्गे,डुम्रिसे,चाक्सिबोटे र थुम्बेदिन | | |
| | ११ | फुङ्गलिङ्गनगरपालिकाः फुङ्गलिङ्ग,दोखु, हाङ्गदेवा,फुरुम्बु,फावाखोला | | |
| २ | ७ | फक्तालुङ्गःसावादिन,खेजेनिम,लिम्खिम,इखाबु,तापेथोक,लेलेप र ओलाङचुङगोला, | २३ | लेलेप सवैभन्दा ठूलो गाविस (८१०.२९ व.कि.मी.) |
| | ५ | मिक्वाखोलाःखोक्लीङ्ग,लिवाङ्ग,साँबा र पापुङ्ग | | |
| | ६ | मिरिङ्गदेनःथिङ्गलाबु,सान्थाका,खाम्लुङ्ग, लिङ्गतेप, थुकिम्बा र नाल्बु | | **खाम्लुङ्ग सवैभन्दा सानो गाविस(४.९८ व.कि.मी.)** |
| | ६ | मैवाखोलाःढुंगेसाँग, साँघु र फाकुम्वा | | |
| | ५ | आठराई त्रिवेणीः निघुरादिन, फुलबारी, हाङ्गपाङ्ग,चाँगे र सोबुवा | | |

**ताप्लेजुङ जिल्लामा रहेका मुख्य हिमालहरुः**

कंचनजंघा हिमश्रृंखला भित्र पर्ने कंचनजंघा हिमाल ८५८६ मिटर यो हिमाल विश्वको तेस्रो र नेपालको दोस्रो अग्लो हिमाल हो। यो हिमश्रृंखलाको उत्तरमा चीनको स्वशासित क्षेत्र तिब्बत र पूर्वमा भारतको स्वशासित क्षेत्र सिक्किम पर्दछ। यो हिमश्रृंखलामा विश्वको सबैभन्दा धेरै ७००० मिटरभन्दा अग्ला हिमालहरु छन्। जसमा काम्बाचेन ७९०२ मिटर, जानु ७७१० मिटर, जोसाङ ७४८४ मिटर, टेन्ट पिक ७३६५ मिटर, कावु ७३५३ मिटर, यालुङ ७३४२ मिटर, किरातचुली ७२१५ मिटर, प्यारामिड पिक ७१२३मिटर, जनक )कुम्भकर्ण (७०९० मिटर, टुविन्स ७००४ मिटर, कंचनजंघा पश्चिम ८५०५ मिटर र दक्षिण ८४७६ मिटर रहेको छ।

**धार्मिक स्थलहरुः**

**पाथिभरा देवीः**

धार्मिक दृष्टिकोणले पनि ताप्लेजुङ निक्कै प्रख्यात छ । यहाँ धार्मिक तथा ऐतिहासिक स्थलहरु मठमन्दिर, गुम्बा प्रशस्तै छन् ।जसमध्ये ३७९४ मिटरको उचाईमा रहेको पाथीभरा मन्दिर क्षेत्र धार्मिक पर्यटकिय तथा जैविक विविधताको दृष्टिकोणले प्रसिद्ध छ। यो मन्दिर ताप्लेजुङ बजार देखि पूर्वोत्तर करिब १७ किलोमिटरको दुरिमा पर्दछ ।अन्नले भरिएको पाथीको आकृतिमा देखिने शिखरमा मन्दिर रहेकोले यो स्थललाई पाथीभरा भनिएको हो। यो मन्दिर क्षेत्रबाट नेपालका धेरै हिमश्रृंखला र कंचनजंघा हिमश्रृंखलालाई अझ नजिकबाट अवलोकन गर्न सकिन्छ । यहाँबाट पूर्वी नेपालको धेरै भु — भाग र भारतको दार्जिलिङ समेत देख्न सकिन्छ । यो क्षेत्रमा २४/२५ प्रजातिको लालिगुरास, चिराइतो, बुढो ओखती, हङचुर जडिबुटी र हाब्रे (रेडपाण्ड), भालु, डाँफे, मुनाल, जस्ता वन्यजन्तु र चराचुरुङ्गी पाउन र अवलोकन गर्न सकिन्छ । ताप्लेजुङ सदरमुकाम फुङलिङबाट जिप चढेर — सुकेटार -देउराली -भालुगौडा -काफ्लेपाटी सम्म र पैदल बाटो माथिल्लो फेदी (कान्छिथान) हुँदै पाथीभरा मन्दिर करीव ७ घण्टामा यात्रा गर्न सकिन्छ ।

**दिकि छ्योलिङ्ग गुम्बाः**

ताप्लेजुङ्ग जिल्लाको अस्तित्व बोकेको ओलाङचुङगोला गा.वि.स.मा रहेको ४०० वर्ष भन्दा पुरानो दिकि छ्योलिङ्ग गुम्बा पनि एक धार्मिक, ऐतिहासिक तथा पर्यटकीय स्थल हो। योगुम्बा आजभन्दा ४०० वर्ष पहिला लामा एसेले बनाएका थिए। यो गुम्बामा ऐतिहासिक बिद्धका मुर्तिहरु, अखण्ड बत्ती,चेरेसी च्याउ, जसमा बुद्ध मन्त्र“ ॐ माने पेमे हम् ”तिबेतियन भाषामा कुँदिएकै अवस्थामा केही वर्ष अघि नजिकैको जंगलको एक रुखको टुप्पोमा पाइएको थियो। यी यस्ता ऐतिहासिक महत्वका कारणले गर्दा यो गुम्बा ज्यादै उल्लेखनीय धार्मिक स्थलको रुपमा लिइन्छ ।

यो गुम्बा ओलाङचुङ गोलादेखि केही माथि पहाडमा रहेको छ ।यो गुम्बा मात्र होइन ओलाङचुङ बस्ति नै पुरानो, प्राकृतिक सुन्दरता, वालुङ जातिको पृथक पहिचान, जीवन शैली, सांस्कृति, भेषभुषा, चालचलन आदिको कारणले गर्दा पनि ओलाङचुगोला पर्यटकीय र धार्मिक दृष्टकोणले महत्वपूर्ण र सुन्दर छ। यो ठाँउ चीनको स्वशासित क्षेत्र तिब्बतको सीमानामा पर्ने भएकोले व्यापारिक बजारको रुपमा पनि लिइन्छ। सदरमुकाम

फुङ्लिङबाट पैदल बाटो-छिरुवा — लेलेप -ओलाङचुङ्ग गोला -दिकि छ्योलिङ्ग गुम्बा) करिब ३ दिन( अन्य धार्मिक स्थलहरु — चण्डेश्वरी धाम)सिद्धि डाँडा(,नागेश्वरी धाम) फुङलिङ(, सिदिङ्बा देवी)साप्लाखु(, फक्तालुङ)कुम्भकर्ण (आदि ।

**हिमताल, पोखरी र झरनाहरुः**

**तिम्बुङ पोखरीः**

नेपालको सबैभन्दा धेरै ताल तलैया तथा हिमताल भएको जिल्लाको रुपमा ताप्लेजुङ्गलाई चिनिन्छ। ३०० भन्दा धेरै हिमतालहरु मध्ये तिम्बुङ पोखरी कालीखोला गा.वि.स.मा पर्ने धर्मिक, जैविक तथा साँस्कृतिक महत्वको सिमसार क्षेत्र हो। सिमसार सम्बन्धी जैविक सञ्चारको छाँयामा परेको तिम्बुङ पोखरी कन्चनजङ्गा संरक्षण क्षेत्रभन्दा बाहिर पर्ने पवित्र पोखरी हो।

किरात लिम्बू भाषामा तिम्बु भन्नाले" पोखरीमा टिल-पिल हुने गरी पानी हुनुवा भरिनु "हो। उक्त पोखरीभरी पानी जमेको वर्ष गाँउघरमा अन्नपातको उब्जनी राम्रो हुने कुरामा स्थानीय बासीहरु गहिरो विश्वास राख्छन्। ताप्लेजुङ्ग सदरमुकाम फुङ्लिङबाट पैदल बाटो -सुकेटार-लालिखर्क -काँडेभन्ज्याङ्ग — सुरुमखीम -तिम्बुङ पोखरी (करिव ४ दिन)

**फुङफुङे झरना**

फुङ्फुङे झरना पर्यटकीय र धार्मिक दृष्टिकोणले प्रसिद्ध र सुन्दर छ।यो झरना फुङ्लिङ उत्तर साँवा गा.वि.स.मा पर्छ । ३०० मिटर भन्दा अग्लो चट्टानको कापबाट फुङफुङ गर्दै यो झरना तल झर्छ र फेदमा फुङफुङे देवीको पूजास्थल छ।त्यसपछि यो पानी गएर मेवा खोलामा झर्छ ।

फुङ्लिङबाट पैदल बाटो — हान्द्रुक -खोक्लिङ्ग — लिवाङ-साँवा — फुङ्फुङ्गे झरना (करिव २ दिन)

**आदिवासी जनजाति तथा संस्कृतः**

ताप्लेजुङ्ग जिल्ला बहुजाति, बहुभाषी, बहुसांस्कृतिक संगम स्थल मानिन्छ।जिल्लाको तल्लो भेगमा ब्राम्हण क्षेत्री आदि जातजातिहरु बसोबास गर्ने गर्दछन् भने उच्च पहाडि भेग ओलाङचुङगोला, घुन्सा, याङमा, तोक्पेगोल, शेर्पा लगायतका जातजाति बस्ने गर्दछन्। यी जातिहरुको आफ्नै भाषा, लिपि, धर्म,पेशा, (खेतिपाति चौरी पालन, छुर्पी, घ्यु उत्पादन र गलैचा व्यापार) संस्कार चाडपर्व ङ्युङ्ने, ठुक्पाछेसी, फुटुक, ग्यासो (भेषभुषा) बख्खु, दोचा, आङ्गी, पाङदेन, केतेन(, गरगहना) रेजी, हारी, काउ, सुकुम पोसिल (खानपिन, लोकनाच) स्यार्बो (र लोक परम्पराहरु छन्। त्येसैगरी मध्य पहाडी भेगमा बसोबास गर्ने आदिम जातजाति मध्ये लिम्बू जाति ताप्लेजुङ्ग लगायत पूर्वी नेपालको मुख्य आदिवासी जनजाति हो। यो जातिको आफ्नै भाषा, संस्कार, संस्कृति) यवा नाच, धान नाच, च्याब्रुङ नाच(, धर्म चालचलन परम्परा भाषा लिपि, चाडपर्व) चासोक तङनाम, ककफेक्वा तङनाम, वलिहाङ तङनाम (भेषभुषा) तागा, मेख्ली, गरगहना, साम्याङफुङ, नेसे,) खानपिन) ताेङवा (लोकगीत) पालम, हाक्पारे, ख्याली (मौलिक परम्पराहरु) छन्। लिम्बु जाति विश्वकै पृथक पहिचान बोकेको जाति मध्ये पर्दछ। अन्य जातिहरुमा गुरुङ, मगर, राई, तामाङ, सुनुवार, भुजेल, नेवार, कामी, दमाई, सार्की, क्षेत्री र ब्राम्हण आदि जातिहरु पनि प्रसस्तै रहेका छन् ।

**मुख्य वन्य जन्तु र चराचुरुङीहरुः**

ताप्लेजुङ्ग दुर्लभ वन्यजन्तु तथा चराचुरुङ्गी पाइने जिल्ला हो । यो जिल्ला समुन्द्र सत ह ७७७ देखि ८५८६ मिटर उचाइसम्म भएकोले यहाँ विविध किसिमका वन्यजन्तु र चराचुरुङ्गीहरु पाइन्छन्। यस

जिल्लामा विश्वका दुर्लभ हिँउचितुवा, हिमाली भालु, हाब्रे (रेडपाण्डा), कस्तुरी, मृग, चितुवा, भालु आदि प्रसस्तै पाइन्छन् । त्यसैगरी डाँफे, मुनाल, मयुर, कालिज, चिमिले, काँडे भ्याकुर, हुचिल, गिद्ध आदि दुर्लभ चराचुरुङ्गीहरु पनि प्रसस्तै पाइन्छन् । विशेषगरी कंचनजंघा, तिम्बुङ पोखरी, पाँथीभरा, तोक्पेगोला तथा ओलाङचुङगोला क्षेत्रमा वन्य जन्तु तथा चराचुरुङ्गी पउनुको साथै अवलोकन गर्न पनि पाइन्छ ।

**जडिवुटीहरुः**

ताप्लेजुङ मा महत्वपुर्ण जडिवुटीहरु अत्याधिक रुपमा पाइन्छन् । पाँच औले, विख्मा, कुट्की, चिराइतो, सर्मागुरु, पदमचाल, पाखनवेद, टिमुर, यार्सागुम्बा, अलैची, चिराइतो आदि प्रमुख जडिबुटीहरु हुन्। खोज र अन्वेषणको कमीले धेरै जडिबुटीहरु प्रकाशनमा आएका छैनन्। यस जिल्लाको मुख्य आयस्रोत र खेतीको रुपमा अलैची र चिराइतोलाई लिइन्छ । यो जडिबुटी पहाडी भेगमा उत्पादन हुने भएकोले जिल्लाको अधिकांश क्षेत्रमा उत्पादन हुन्छ ।

**जिल्लामा कार्यरत कार्यालयहरुको विवरण**

सरकारी कार्यालयहरु: ३०

गै.स.स.हरु:(४११ दर्ता भई ९० मात्र सक्रिय) ४११

सार्वजनिक संस्थान: ६

बैंक तथा वित्तिय संस्था: ९

सहकारी संस्था: १४२

बचत तथा ऋण सहकारी संस्था: ३३

कृषि सहकारी संस्था: १०५

जल विधुत सहकारी: ४

संरक्षण क्षेत्र: १

**खानेपानी आपूर्ति तथा सरसफाई स्थिति**

पाइप प्रणालीवाट खानेपानी सुविधा प्राप्त घरधुरी: ८६ प्रतिशत

शुद्व खाने पानी सुबिधा उपभोग गर्नेको संख्या: ७४ प्रतिशत

सुरक्षित चर्पी प्रयोग गर्ने घरधुरी प्रतिशत: ८० प्रतिशत

**पूर्वाधार सेवा सम्वन्धी विवरण**

विभिन्न टेलीफोन सेवामा पहुंच: १०४१ सेट

यातायात सेवा चालु भएको सडकको लम्वाई: १५० कि.मी

यातायात सेवा पुगेको गाविस संख्या: १ गा.वि.स

सौर्य र लघुजलस्रोतवाट विद्युत उत्पादन क्षमता: ७०० कि.वा

# अध्यायः२

## NATIONAL POLICIES AND PLANS

## राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६

### पृष्ठभूमि

नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई प्रत्येक नागरिकको मौलिक हकको रुपमा स्थापित गरेको छ। देश संघीय शासन प्रणाली गइसकेकोले संघीय संरचनाको वस्तुगत धरातलमा आधारित रही गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवालाई सबै नागरिकमा सर्भसुलभ पहुँच पुर्याउनु राज्यको दायित्व हो। संविधान बमोजिम राज्यका संघ, प्रदेश र स्थानीय तहले सम्पादन गर्ने कार्यहरुको एकल तथा साझा अधिकार सूची, नेपाल सरकारका नीति तथा कार्यक्रमहरु, नेपालले विभिन्न समयमा गरेका अन्तराष्ट्रिय प्रतिबद्दताहरु प्रतिबद्दताहरु एवं स्वास्थ्य क्षेत्र भित्रका समस्या र चुनौतीहरु, उपलब्ध स्रोत साधन तथा प्रमाणलाई समेत आधार बनाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६तर्जुमा गरिएको छ ।

### समीक्षा

नेपालमा सत्रौं शताब्दीमा सिंहदरवार वैद्यखानाको स्थापनासँगै आयुर्वेद उपचार पद्धतिको विकास भएको पाइन्छ ।वि .स१९४७मा वीर अस्पतालको स्थापना भएसँगै आधुनिक चिकित्सा पद्धतिको संस्थागत विकास सुरु भएको देखिन्छ । समग्रमा स्वास्थ्य क्षेत्रको योजनाबद्ध विकास भने वि.स २०१३को प्रथम आवधिक योजनासंगै सुरुवात भएको छ |साथै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले संरचनागत विकास विस्तार र स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको लगानी र सहभागीतालाई प्रवर्धन गरेको थियो। यसैगरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले भने नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ को भावना र मर्मअनुरूप जनसहभागीतामूलक निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई जोड दिएको पाइन्छ। सन् १९७८ मा अल्मा आटामा सम्पन्न विश्वसम्मेलनबाट थालिएको प्राथ-मिक स्वास्थ्य सेवाको विश्वव्यापी अभियान, सहस्राब्दी विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा **सर्**वव्यापी पहुँच हासिल गर्ने उद्देश्यसहितको दिगो विकास लक्ष्यलगायतका अन्तराष्ट्रिय प्रतिबद्दताहरुले नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र विस्तारमा योगदान पुर्याएका छन्। त्यसैगरी सन् २०१८ अक्टोबरमा काजाकास्तान, अस्तानामा सम्पन्न सम्मेलनले सन् १९७८ को अल्मा आटा सम्मेलनका उपलब्धिहरूको पुनरावलोकन गर्दै गुणस्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तार गर्ने विश्वव्यापी अभियानलाई थप निरन्तरता दिन नेपालले पनि प्रतिबद्धताजाहेर गरेको छ।

### विध्यमान स्थिति

संघियता लागू भइसकेकाले स्थानीय तह र प्रदेश सरकारहरूले पनि स्वास्थ्य सेवालगायत सामाजिक सेवाको जिम्मेवारी बहन गर्न थालिसकेका छन्। हालसम्म केन्द्रीय सरकारद्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सञ्जालको विस्तार गरिएको भए तापनि सेवाको गुणस्तर, सेवाको वर्गीकरण, दक्ष प्राविधिक जनशक्ति

विवरण र स्थानीय जनताको बढ्दो अपेक्षाअनुरूप थप सेवा केन्द्रहरू स्थापना र तिनका गुणस्तरमा विकास गर्नैपर्ने अवस्था छ। निजी क्षेत्रका अधिकांश अस्पतालहरू सहरकेन्द्रित छन् र यी अस्पतालहरूको अनुगमन र नियमनमा सहकार्य आवश्यक छ। प्राय सबै स्तरको स्वास्थ्य जनशक्ति वा मानव संशाधनको उत्पादन सरकारी तथा निजी लगानीबाट मुलुकभित्रै भइरहेको छ। तर, गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको आधार गुणस्तरीय जनशक्ति उत्पादन हो भन्ने तथ्यलाई आत्मसात गर्दै जनशक्ति उत्पादनमा गुणस्तर अनुगमन र नियमन गर्न जरुरी छ। मुलुकलाई आवश्यक पर्ने औषधीको करिब ४० प्रतिशत उत्पादन मूलुकभित्रै हुन थालेको भए तापनि देशभित्र उत्पादित र आयतित औषधीहरूको बजार मूल्यमा अन्तर नहुने अवस्थाले औषधी उत्पादन, वितरण तथा व्यवस्थापनमा प्राविधिक नियमन, वैज्ञानिक अनुगमन जरुरी रहेको संकेत गर्छ।

जनस्वास्थ्य गतिविधिको प्रभावकारी निरन्तरताले मातृ तथा शिशु धनुष्टंकार, कुष्ठरोग एवं ट्रकोमा निवारण भइसकेको छ। त्यसैगरी विगतमा मुलुकको मूख्य स्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहेका कालाजार, हात्तीपाइले, औलो,क्षयरोग, एचआइभी, दादुरा, लहरे खोकी, भ्यागुते रोग,जापानिज इन्सेफलाइटिस, झाडापखाला, श्वासप्रश्वासको संक्रमण,टाइफाइड जस्ता संक्रामक रोगहरू नियन्त्रणमा छन् । त्यसैगरी मातृ स्वास्थ्य, बालस्वास्थ्य तथा शिशु स्वास्थ्यमा थप सुधार आवश्यक भएकाले यस्मा जनस्वास्थ्य गतिविधिलाई प्रभावकारी बनाउँदै निरन्तरता दिन आवश्यक छ। स्वास्थ्य जनशक्ति, स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य अनुसन्धानको नियमनको सुनिश्चितताका लागि नियमन गर्ने विभिन्न निकाय, नर्सिङ काउन्सिल, फार्मेसी काउन्सिल, स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद, आयुर्वेदचिकित्सा परिषद, नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद स्वास्थ्यसम्बन्धी जनचेनाको अभिवृद्दिसँगै स्वास्थ्य सेवा एवंउपचार सेवामा जनअपेक्षा बढेकाले सेवालाई जनउत्तरदायी बनाउनुको साथै विभिन्न स्वास्थ्य संस्था, अस्पतालतथा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानहरूको समयानुकुल विकास तथा विस्तार जरुरी छ।

यसका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रमा सहयोगी राष्ट्र, दातृ निकाय तथा अन्तराष्ट्रिय संघ, संस्थाहरूसँगको सहकार्यलाई समेत पारदशी र जनउत्तरदायी बनाउन आवश्यक छ।यसैगरी वातावरणीय प्रदूषणहरूको कारणबाट क्यान्सरलगायत विभिन्न दीर्घ रोग देखा पर्न थालेकोले जनस्वास्थ्यमा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रुपमा प्रभाव पार्ने वायु प्रदूषण, ध्वनी प्रदूषण, खाद्यान्न प्रदूषण, जल प्रदूषण जस्ता प्रदूषणलाई नियन्त्रण र नियमन गर्नका लागि सम्बन्धित निकायहरूसँग सहकार्य र समन्वय जरुरी भएको छ। कृषि उत्पादन तथा खाद्यान्नलगायत अन्य उपभोग्य वस्तुहरूले स्वास्थ्यमा पार्ने असरहरूको परीक्षण, अनुगमन र नियमन गर्नगुणस्तर नियन्त्रण विधिको विकास गर्न जरुरी छ।

## समस्या, चुनौती र अवसर

### समस्या

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको प्रवर्धन गरी सबै तहमा सर्भसुलभ सेवा प्रवाहको पहुँच पुर्याउन नसकिएकाले जनताले अपेक्षा गरेअनुरुप गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र एकरुपता कायम गर्न नसक्नु, सेवामूलक तथा जनस्वास्थ्यप्रति उत्तरदायी सेवा तथा जनशक्ति विकास गर्न नसक्नु, स्वास्थ्य सेवामा लगानीअनुसारको प्रतिफल प्राप्त नहुनु, सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यकताअनुसारको आधुनिक उपकरण र विशेषज्ञ चिकित्सकहरूको अभाव हुनु, सर्ने तथा नसर्ने रोगहरू, कुपोषण, दुर्घटना तथा विपदजन्य स्वास्थ्य समस्या

विध्यमान हुनु ,स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित जनशक्ति उत्पादन र उपभोगबीच सामञ्जस्य हुन नसक्नु, जलवायु परिवर्तन, बढ्दो खाद्य असुरक्षा तथा प्राकृतिक विपद्ले हुने मानवीय स्वास्थ्य समस्याहरू, एन्टिबायोटिकको समुचित प्रयोग नहुँदा त्यसबाट हुने मातृ मृत्युदर घट्दो क्रममा भए पनि गति न्यून रहनु, ५ वर्षमुनिका करिब एक तिहाइभन्दा बढी बालबालिका र प्रजनन उमेरका महिलामा न्यूनपोषण हुनु, समुदायमा प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवामा निजी क्षेत्रको यथोचित सहकार्यसहितको सहभागीता तथा प्रभावकारी नियमन हुन नसक्नुजस्ता समस्यासमेत छन्।

## चुनौती

स्वास्थ्यका सबै क्षेत्रमा नागरिकको समतामूलक पहुँच स्थापित गर्नु, निशुल्क गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई सबै स्थानीय तहबाट सर्भसुलभ रुपमा उपलब्ध गराउनु, अति विपन्न र जोखिममा परेका नागरिकलाई उच्च प्राथमिकतामा राख्दै स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनु, , वित्तीय स्रोतको परिमाणको निर्धारण र उपलब्धिाको सुनिश्चितमा गर्नु, संघीय प्रणालीअनुरुप स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्थापना गरी सञ्चालन गर्नु, औषधी उत्पादनमा आत्मनिर्भर बन्नु, जलवायु परिवर्तन र बढ्दो सहरीकरणसँगै सिर्जना भएका जीवनशैलीसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य समस्याको समाधान गर्नु, औषधी तथा औषधीजन्य सामग्रीको प्रभावकारी व्यवस्थापन तथा नियमन गर्नु, स्वास्थ्य सूचना प्रणालीलाई थप व्यवस्थित, एकिकृत र प्रविधिमैत्री बनाउँदै सबै तहको स्वास्थ्य सूचनाको मागलाई यथोचित सम्बोधन गरी अनुगमन, मूल्यांकनसमीक्षा, नीति निर्माण तथा निर्णय प्रकृयामा तथ्यांकको प्रयोग बढाउनु, मृत्युको कारणको अभिलेख राख्ने पद्धतिको विकास र नियमित अनुसन्धान गर्नु, स्वास्थ्य सेवामा गुणस्तरको सुनिश्चितता तथा नियमन गरी समग्र स्वास्थ्य तथा पोषण क्षेत्रमा सुशासन कायम गर्नु जस्ताप्रमुख चुनौती रहेका छन्।

## अवसर

संविधानप्रदत्त राज्यका संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका सरकारबीच स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी अधिकारको सूची बाँडफाँड हुनु, नीति र कानुनमार्फत स्वास्थ्य बिमा कार्यान्वयनमा रहनु, प्रदेश तथा स्थानीय तहले आफ्नै स्रोतको प्रयोग गरी स्वास्थ्यमा लगानी गरी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्नु, नयाँ सूचना प्रविधि, औषधी तथा उपकरणहरूको उपलब्धता बढ्दै जानु, पूर्वाधारको विकाससँगै नागरिकमा चेतना तथा चासो निरन्तर बढ्दै जानु, समुदाय स्तरसम्म स्वास्थ्य सञ्जालको विस्तार हुनु साथै विध्यमान स्वास्थ्य नीति तथा कार्यक्रमले स्वास्थ्य सेवालाई व्यवस्थित तथा गुणस्तरीय बनाउने कार्यमा जोड दिनु एवं नीति निर्माण तथा निर्णय प्रकृयामा तथ्यांकको प्रयोग सबै तहका सरकारहरूको प्राथमिकतामा पर्नुजस्ता अवसर रहेका छन्।

## औचित्य, निर्देशक सिद्दान्त, भावी सोच, ध्येय, लक्ष्य तथा उद्देश्य:

### औचित्य

विधमान समस्या तथा चुनौतीहरुको सम्बोधन गरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको संविधानप्रदत्त हक सुनिश्चित गर्न एवं संघीय संरचनाअनुरूप विधमान स्वास्थ्य नीति, रणनीति तथा कार्यक्रमहरुलाई परिमार्जन गरी संघियतामा आधारित राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति प्रतिपादन गर्न आवश्यक छ। विधमान

स्वास्थ्य सेवालाई निरन्तरता दिदै यसका उपलब्धिहरूलाई समेत दिगो राख्दै राज्यको संघीय संरचना, अधिकार क्षेत्र तथा दायित्वअनुरूप स्वास्थ्य सेवाको संरचना विकास तथा विस्तारका लागि मार्गदर्शन गर्नु अपरिहार्यछ। नेपालले गरेका राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय प्रतिबद्धताहरुलाई सम्बोधन गर्नका लागि एवं नेपालले सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरूमा प्राप्त सफलतालाई कायम राख्दै दिगो विकासको लक्ष्य हासिल गर्नका लागिसमेत यो नीति अनिवार्य छ।

## निर्देशक सिद्धान्त

संघीय संरचनाअनुसारको स्वास्थ्य प्रणालीमार्फत संविधानप्रदत्त नागरिकको स्वास्थ्यसम्बन्धी मौलिक हक र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्न देहाय बमोजिमका निर्देशक सिद्धान्तरूका आधारमा यो नीति प्रतिपादन गरिएको छ।

- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सर्बव्यापी पहुँच,पारदर्शिता र व्यापकता ।
- संघीय संरचना अनुरुप स्वास्थ्य प्रणाली बहुक्षेत्रीय सहभागिता,साझेदारी र सहकार्य ।
- अति सिमान्तकृत दलित र आदिवासी समुदायलाई लक्षित विशेष स्वास्थ्य सेवा ।
- स्वास्थ्य सुशासन र पर्याप्त आर्थिक लगानीको सुनिश्चितता ।
- समतामूलक स्वास्थ्य बिमाको विविधिकरण ।
- स्वास्थ्य सेवाको पुनसंरचना ।
- सबै नीतिमा स्वास्थ्य तथा बहुक्षेत्रीय समन्वय र सहकार्य ।
- स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा व्यवसायिकता,इमान्दारी,पेसागत नैतिकता ।

## भावी सोच

स्वस्थ तथा सुखी जीवनलक्षित सजग र सचेत नागरिक।

## ध्येय

साधन स्रोतको अधिकतम एवं प्रभावकारी प्रयोग गरी सहकार्य र साझेदारीमार्फत नागरिकको स्वास्थ्यसम्बन्धी मौलिक अधिकार सुनिश्चित गर्ने।

## लक्ष्य

संघीय संरचनामा सबै वर्गका नागरिकका लागि सामाजिक न्याय र सुशासनमा आधारित स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र विस्तार गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोग सुनिश्चित गर्ने।

## उद्देश्यहरू

- संविधानप्रदत्त स्वास्थ्यसम्बन्धी हक सबै नागरिकले उपभोग गर्न पाउने अवसर सिर्जना गर्नु।
- संघीय संरचनाअनुरूप सबै किसिमका स्वास्थ्य प्रणालीलाई विकास, विस्तार र सुधार गर्नु।
- सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्दै सहज पहुँच सुनिश्चित गर्नु।
- अति सिमान्तकृत वर्गलाई समेट्दै सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा पद्धतिलाई सुदृढ गर्नु।
- सरकारी,गैर सरकारी तथा निजी क्षेत्रसंग बहुक्षेत्रीय साझेदारी, सहकार्य तथा सामुदायिक सहभागीतालाई प्रवर्धन गर्नु।

- नाफामूलक स्वास्थ्य क्षेत्रलाई सेवामूलक स्वास्थ्य सेवामा रूपान्तरण गर्दै जानु।

**नीतिहरू**

- सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट तोकिए बमोजिम निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गरिनेछ।
- स्वास्थ्य बिमा मार्फत विशेषज्ञ सेवाको सुलभ पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ।
- सबै नागरिकलाई आधारभूत आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गरिनेछ।
- स्वास्थ्य प्रणालीलाई संघीय संरचनाअनुरूप संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा पुनसंरचना, सुधार एवं विकास तथा विस्तार गरिनेछ।
- स्वास्थ्यमा सर्वव्यापीपहुँचको अवधारणाअनुरूप प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक, पुनर्स्थापनात्मक तथा प्रशामक सेवालाई एकीकृत रुपमा विकास तथा विस्तार गरिनेछ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा सरकारी, निजी तथा गैर सरकारी तथा निजी क्षेत्रसंग बहुक्षेत्रीय साझेदारी स्वास्थ्य शिक्षा, सेवा र अनुसन्धानका क्षेत्रमा निजी, आन्तरिक तथा बाह्य लगानीलाई प्रोत्साहन एवं संरक्षण गरिनेछ।
- आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा, योग तथा होमियोप्याथिकलगायतका चिकित्सा प्रणालीलाई एकिकृत रुपमा विकास र विस्तार गरिनेछ।
- सर्भसुलभ तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न जनसंख्या, भूगोल र संघीय संरचनाअनुरूप दक्ष स्वास्थ्य जनशक्तिको विकास तथा विस्तार गर्दै स्वास्थ्य सेवालाई व्यवस्थित गरिनेछ।
- स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्हरूको संरचनाको विकास, विस्तार तथा सुधार गरी सेवाप्रदायक स्वास्थ्यकर्मी तथा संस्थालाई जवाफदेही र सेवा गुणस्तरिय बनाईनेछ।
- गुणस्तरीय औषधी तथा प्रविधिजन्य स्वास्थ्य सामग्रीको आन्तरिक उत्पादनलाई प्रोत्साहन गर्दै, कुशल उत्पादन, आपूर्ति, भण्डारण, वितरणलाई नियमन तथा प्रभावकारी व्यवस्थापन सुनिश्चित गरिनेछ।
- सरुवा रोग, किट तथा पशुपन्छीजन्य रोग, जलवायु परिवर्तन र अन्य रोग तथा महामारी नियन्त्रणलगायत विपद् व्यवस्थापन पूर्वतयारी तथा प्रतिकार्यको एकीकृत उपायहरू अवलम्बन गरिनेछ।
- नसर्ने रोगहरूको रोकथाम तथा नियन्त्रणका लागि व्यक्ति, परिवार, समाज तथा सम्बन्धित निकायलाई जिम्मेवार बनाउँदै एकिकृत स्वास्थ्य प्रणालीको विकास तथा विस्तार गरिनेछ।
- पोषणको अवस्थालाई सुधार गर्न मिसावटयुक्त तथा हानिकारक खानालाई निरुत्साहित गर्दै गुणस्तरीय एवं स्वास्थ्यवर्धक खाद्यपदार्थको प्रवर्धन, उत्पादन, प्रयोग र पहुँचलाई विस्तार गरिनेछ।
- स्वास्थ्य अनुसन्धानलाई अन्तराष्ट्रिय मापदण्डअनुरूप गुणस्तरीय बनाउँदै प्राप्त प्रमाण र तथ्यहरूलाई नीति निर्माण, योजना तर्जुमा तथा स्वास्थ्य पद्धतिको विकासमा प्रभावकारी उपयोग गरिनेछ।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई आधुनिकीकरण, गुणस्तरीय तथा प्रविधिमैत्री बनाई एकीकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको विकास गरिनेछ।

- स्वास्थ्यसम्बन्धी सूचनाको हक तथा सेवाग्राहीले उपचारसम्बन्धी जानकारी पाउने हकको प्रत्याभूति गरिनेछ।
- मानसिक स्वास्थ्य, मुख, आँखा, नाक कान घाँटी स्वास्थ्य सेवालगायतका उपचार सेवालाई विकास र विस्तार गरिनेछ।
- अस्पताललगायत सबै प्रकारका स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गरिनेछ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा नीतिगत, संगठनात्मक तथा व्यवस्थापकीय संरचनामा समयानुकुल परिमार्जन तथा सुधार गर्दै सुशासन कायम गरिनेछ।
- सुरक्षित मातृत्व, बाल स्वास्थ्य, किशोर–किशोरी तथा प्रजनन स्वास्थ्य, प्रौढ तथा जेष्ठ नागरिकलगायतका सेवाको विकास तथा विस्तार गरिनेछ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रको दिगो विकासका लागि आवश्यक वित्तीय स्रोत तथा विशेष कोषको व्यवस्था गरिनेछ।
- बढ्दो सहरीकरण, आन्तरिक तथा बाह्य बसाइसराइजस्ता- विषयहरूको समयानुकुल व्यवस्थापन गर्दै यसबाट हुने जनस्वास्थ्यसम्बन्धी समस्याहरूलाई समाधान गरिनेछ।
- जनसांख्यिक तथ्यांक व्यवस्थापन, अनुसन्धान तथा विश्लेषण गरी निर्णय प्रकृया तथा कार्यक्रम तर्जुमासँग आबद्ध गरिनेछ।
- प्रतिजैविक प्रतिरोधलाई न्यूनीकरण गर्दै संक्रा-मक रोग नियन्त्रण तथा व्यवस्थापनका लागि एकद्वार स्वास्थ्य पद्धतिको विकास गरिनेछ।
- आप्रवासन प्रकृयाबाट जनस्वास्थ्यमा उत्पन्न हुन सक्ने जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्न तथा विदेशमा रहेका नेपाली नागरिकहरूको स्वास्थ्य सुरक्षाका लागि समुचित व्यवस्थापन गरिनेछ।

**संस्थागत व्यवस्था**

यस राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिमा रहेका प्रावधानहरू कार्यान्वयनका लागि देहायबमोजिम व्यवस्था गरिनेछ।

- प्रदेश र स्थानीय सरकारको स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्य संचालन तथा सेवा प्रवाह सम्बन्धि नीतिको लागि यो नीति मार्गदर्शक नीतिको रुमा रहने छ।
- यस नीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि संघ, प्रदेश, स्थानीय तहमा विधमान संरचनाका साथै स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित सबै संस्था र संरचनाहरू पुनरावलोकन, सुधार तथा संशोधन गरी लागू गरिनेछ।
- नीतिले परिकल्पना गरेअनुसार ऐन, नियमावली, मापदण्ड, निर्देशिका, कार्यविधि, प्रोटोकललगायतका दस्तावेजहरू विकास गरी लागू गरिनेछ।
- संघीय संरचनाबमोजिम आवश्यक कर्मरीहरूको दरबन्दी सिर्जना गरी संस्थागत क्षमता सुदृढ गरिनेछ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रका विधमान विषयगत नीतिहरूलाई आवश्यकताअनुसार विषयगत विस्तृत रणनीतिको रुपमा विकास गरिनेछ।

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ अनुरूप हुने गरी प्रदेश तथा स्थानीयतहले प्रादेशिक तथा स्थानीय संरचनाहरू विकास विस्तार गर्नेछ।
- नीतिको विस्तृत कार्ययोजना तयार गरी कार्यान्वयन गरिनेछ।

**वित्तीय स्रोत**

संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबाट विनियोजित सरकारी स्रोत, वैदेशिक ऋण तथा सहयोगका साथै निजी तथा गैरसरकारी क्षेत्रबाट गरिने लगानी एवं प्रादेशिक तथा स्थानीय सरकारको समेत लागत सहभागीतामा यस राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति कार्यान्वयनका लागि वित्तीय स्रोत हुनेछन्।

**अनुगमन तथा मूल्यांकन**

- राज्यका विभिन्न तहमा सञ्चालन गरिने स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको नियमित रूपले अनुगमन र मूल्यांकन गरिने व्यवस्था गर्न उपयुक्त संयन्त्र बनाई कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ।
- राष्ट्रिय योजना आयोगले प्रयोगमा ल्याएको नतिजामा आधारित अनुगमन तथा मूल्यांकन ढाँचा तथा संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालयले कार्यान्वयनमा ल्याएको अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीसमेतलाई मध्यनजर गर्दै उपयुक्त अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीको विकास गरिनेछ।
- स्वास्थ्य सूचना प्रणालीलाई समयानुसार परिमार्जन तथा विद्युतीय प्रणालीको विकास तथा विस्तार गरी अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रणालीलाई सहज र नियमित बनाइनेछ।

**जोखिम**

- नेपालको संविधान ,संघीय संरचना, नेपाल सरकारका नीति तथा कार्यक्रम आदिलाई मध्यनजर राखी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ तर्जुमा गरिएको भए तापनि यथेस्ट वजेट विनियोजन गर्न नसकेको अवस्थामा स्वास्थ्य सेवाको घोषित नीति तथा रणनीतिहरूको कार्यान्वयनमा कठिनाइ हुनसक्ने सम्भावना रहन्छ।
- संघीय संरचनाअनुरूप स्वास्थ्यको पूर्वाधारको विकास, संगठनात्मक परिमार्जन र स्वास्थ्य जनशक्तिको व्यवस्थापनमा हुनसक्ने जटिलताले स्वास्थ्य सेवा प्रभावित हुने सम्भावना छ।

## जनस्वास्थ्य सेवा ऐन२०७५

प्रमाणीकरण मिति
२०७५।६।२

नेपालको संविधानले प्रत्याभूत गरेको निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा पाउने हक कार्यान्वयन गर्न र स्वास्थ्य सेवालाई नियमित, प्रभावकारी, गुणस्तरीय तथा सर्वसुलभ तुल्याई नागरिकको पहुँच स्थापित गर्नको लागि आवश्यक कानूनी व्यवस्था गर्न वाञ्छनीय भएकोले सङ्घीय संसदबाट यो ऐन २०७५।६।२ मा प्रमाणीकरण भएको हो।

**जनस्वास्थ्य ऐनमा रहेका मुख्य पक्षहरुः**

**स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा सुनिश्चितताः** प्रत्येक नागरिकलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सहज र सर्वसुलभ रूपमा प्राप्त गर्ने अधिकार हुनेछ र नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवाबाट बञ्चित गरिने छैन। नेपाल सरकारको स्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रममा सहभागीहरु प्रत्येक नागरिकको कर्तव्य हुनेछ। संघीय सरकारले तोके बाहेकका अन्य सेवाहरु पनि प्रदेश तथा स्थानिय तहले आफ्नै व्यभारमा निशुल्क प्रदान गर्न सक्नेछन्।

**आकस्मिक उपचार**: प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाहरूले तोकिए बमोजिमका आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ।कुनै स्वास्थ्य संस्थामा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध हुन नसकेमा त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाले सो संस्थाबाट उपलब्ध हुने उपचार तत्काल उपलब्ध गराई थप उपचारको लागि अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्नेछ।उपचार गर्दा लागेको खर्च सम्बन्धित व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा भएकोमा सोबाट र स्वास्थ्य बीमा नभएकोमा वा स्वास्थ्य बीमाको रकमले नपुग हुने भएमा सम्बन्धित व्यक्ति, निजको अविभावक, परिवारको सदस्य, संरक्षक वा संरक्षकत्व ग्रहण गरिएको व्यक्तिले व्यहोर्नु पर्नेछ।
तर आधारभूत स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत पर्ने स्वास्थ्य सेवा स्वास्थ्य संस्थाले निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

**विशेषज्ञ सेवा:** नेपाल सरकारले सेवाको प्रकृति, भौगोलिक अवस्था तथा रोगको प्रकोप दरका आधारमा आवश्यकता अनुसार तोकिएका विशिष्टीकृत सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

**प्रेषण सेवा:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले उपचारको लागि आएको बिरामीलाई आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाको संरचना, उपकरण, विशेषज्ञ सेवा नभएको वा अन्य कुनै उपयुक्त कारणले उपचार प्रदान गर्न नसकिने अवस्था भएमा आफ्नो संस्थामा उपलब्ध हुने सेवा प्रदान गरी थप उपचारको लागि आवश्यक प्रक्रिया पपूरा गरी पूर्ण विवरण भरी तुरुन्त थप उपचार प्रदान गर्न सक्ने स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्नेछ।

**गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने:** नेपाल सरकारले प्रत्येक नागरिकलाई स्वास्थ्य संस्थाबाट गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउनेछ। प्रदेश तथा स्थानीय तहले आवश्यकताको आधारमा तोकिएको मापदण्ड पूरा गरेका स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना गरी त्यस्ता संस्थामा आवश्यक जनशक्ति, प्रविधि तथा उपकरणको व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ।

**सेवाग्राहीको कर्तव्य:** स्वास्थ्य संस्थामा वा स्वास्थ्यकर्मीसँग सेवा लिने सेवाग्राहिले आफ्नो स्वास्थ्यको सम्बन्धमा सचेत रहने, स्वस्थ जीवनशैली अपनाउने, योग तथा शारीरिक व्यायाम गर्ने तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवा उपभोग गर्ने सेवाग्रहिले स्वास्थ्य संस्थाको नियम पालना गर्ने, आफ्नो स्वास्थ्य अवस्थासँग सम्बन्धित यथार्थ जानकारी उपलब्ध गराउने र स्वास्थ्य सेवा लिँदा स्वास्थ्यकर्मीलाई सहयोग गर्ने, स्वास्थ्यकर्मीप्रति शारीरिक, मानसिक वा लैङ्गिक हिंसा हुने काम नगर्ने, सिफारिस गरिएको उपचार लिन अस्विकार गरेको अवस्थामा उपचार कार्ड वा डिस्चार्ज सर्टिफिकेटमा उल्लेख गरी हस्ताक्षर गर्ने, स्वास्थ्य संस्थाले प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थामा गई सेवा लिने सेवाग्रहिको कर्तव्य हुनेछ।

**उपचार गराउने दायित्व हुने:** परिवारका सदस्य, संरक्षक वा संरक्षकत्व स्वीकार गरिएको कुनै पनि व्यक्ति बिरामी भएमा त्यस्तो व्यक्तिलाई स्वास्थ्य संस्थामा लैजानु, उपचार गराउनु, उपचार खर्च व्यहोर्नु र उपचार गर्ने कार्यमा सहयोग तथा सहजीकरण गर्नु अभिभावक, परिवारका सदस्य, संरक्षक तथा संरक्षकत्व स्वीकार गरिएको व्यक्तिको दायित्व हुनेछ।

**सेवाग्राहीलाई जानकारी दिनु पर्ने:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्था तथा उपचार प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले सेवाग्राही वा निजको परिवारको जिम्मेवार सदस्यलाई निजको स्वास्थ्य र उपचारको अवस्था सम्बन्धमा, रोगको निदान, निदान भएको रोगको प्राकृतिक परिणाम र उपचारसँग सम्बन्धित सेवाको स्तर र विकल्प सम्बन्धमा, अनुमानित खर्च र सम्भावित परिणाम सम्बन्धमा सूचना दिनुपर्ने छ। तर यस किसिमको सूचना दिँदा निजको वा समुदायको हित विपरीत हुन सक्ने पर्याप्त आधार भएमा स्वास्थ्य संस्थालाई त्यस्तो सूचना गोप्य राख्न कुनै बाधा पर्ने छैन।

**समान व्यवहार गर्नु पर्ने**: यस ऐन बमोजिम उपचार गर्दा सबै सेवाग्राहीप्रति समान तथा आदरपूर्ण व्यवहार गर्नु सम्बन्धित स्वाथ्यकर्मीको कर्तव्य हुनेछ। स्वास्थ्य संस्थाले कसैलाई निजको उत्पत्ति, धर्म, वर्ण, जात जाति, लिङ्ग, पेशा, यौनिक तथा लैङ्गिक पहिचान, शारीरिक वा स्वास्थ्य अवस्था, अपाङ्गता, वैवाहिक स्थिति, गर्भावस्था, वैचारिक आस्था वा यस्तै अन्य कुनै आधारमा उपचारमा भेदभाव गर्नु, गराउनु हुँदैन।

**पेशागत आचरण:** स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीले सम्बन्धित परिषद्हरूले निर्धारण गरे बमोजिमका पेशागत आचरण पालना गर्नु पर्नेछ।

**गोपनियता कायम राख्ने:** स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्दा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य अवस्था, निदान वा निजले प्राप्त गरेको उपचार लगायतका सूचनाहरू गोप्य राख्नु पर्नेछ। तर सूचना सार्वजनिक गर्न सेवाग्राहीले लिखित सहमति दिएमा, अदालतको आदेश वा प्रचलित कानून बमोजिम सूचना सार्वजनिक गर्नु पर्ने भएमा,

सूचना सार्वजनिक नगर्दा त्यसबाट जनस्वास्थ्यमा गम्भीर असर पर्ने देखिएमा यस दफाले बाधा पुऱ्याउने छैन

**डिस्चार्ज सारांश दिनु पर्ने:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भई उपचार गराइरहेको बिरामीलाई डिस्चार्ज गर्दा त्यस्ता संस्थाले तोकिए बमोजिमको जानकारी सहितको डिस्चार्ज सारांश दिनु पर्नेछ।

**स्वास्थ्य संस्थाको दायित्व:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले योग्य सेवा प्रदायकबाट मात्र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ। स्वास्थ्य संस्थाले कुनै पनि रोगको सङ्क्रमण नहुने र रोक्ने तर्फ आवश्यक सुरक्षात्मक उपायको अवलम्बन गर्नु पर्नेछ।प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले उपलब्ध गराएको स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित तोकिए बमोजिमको सूचना प्रवाह गर्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ।

**स्थानीय प्रशासनलाई जानकारी गराउने:** कसैले दुर्घटना वा अन्य कुनै कारणले कुनै व्यक्तिलाई उपचारको लागि कुनै स्वास्थ्य संस्थामा लगेमा त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाले त्यस्तो व्यक्तिलाई तत्काल आफुसँग उपलब्ध भएसम्मको उपचारको सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ र त्यस्तो व्यक्तिको पहिचान हुन नसकेमा सोको जानकारी तत्काल सम्बन्धित स्थानीय प्रशासनलाई दिनु पर्नेछ। जानकारी प्राप्त भएपछि स्थानीय प्रशासनले सम्बन्धित व्यक्तिको परिवार, अभिभावक वा संरक्षकको खोजी गरी सोको जानकारी गराउनु पर्नेछ।

**उजूरी गर्न सक्ने:** उपचारको क्रममा कुनै सेवाग्राहीको स्वास्थ्यमा थप जटिलता देखा परेमा वा उपचारको प्रक्रियाप्रति निजलाई कुनै आशंका भएमा निजले उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्था प्रति तोकिएको निकायमा तोकिए बमोजिम उजूरी गर्न सक्नेछ।

**शर्त बन्देज लगाउन सक्ने:** स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुखले प्रचलित कानून बमोजिम स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको स्वास्थ्य स्थितिको आधारमा स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गर्ने सेवामा निश्चित शर्त बन्देज लगाउन सक्नेछ।

**आवश्यक उपाय अवलम्बन गर्ने:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले प्रचलित कानूनको अधिनमा रही कर्मचारीको सुरक्षा र रोगको संक्रमण नहुने र रोक्ने तर्फ आवश्यक उपायको अवलम्वन गर्नु पर्नेछ।

**स्वास्थ्य संस्थाको सञ्चालन र नियमनः** स्वास्थ्य संस्थाहरूको तहगत संरचना र सो संस्थाले प्रदान गर्ने सेवा सम्बन्धी व्यवस्था र मापदण्ड मन्त्रालयले तोके बमोजिम हुनेछ। सोहि मापदण्डमा रहि प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रदान गर्नुपर्छ। यस ऐन प्रारम्भ हुनुपूर्व स्थापना भई सञ्चालनमा रहेको स्वास्थ्य संस्थाहरुले मन्त्रालयले तोकेको समय भित्र मापदण्ड पुरा गर्नु पर्नेछ। उक्त मापदण्ड बमोजिम सङ्घ, सम्बन्धित प्रदेश वा स्थानीय तहले स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन गर्न इजाजतपत्र दिने ,नवीकरण गर्ने , स्वास्थ्य संस्थाको अनुगमन, मूल्याङ्कन तथा नियमन गर्ने सम्बन्धी व्यवस्था सम्बन्धित प्रदेश तथा स्थानीय कानून बमोजिम हुनेछ।

**इजाजतपत्र प्राप्त गर्नु पर्नेः** गैरसरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्थाले तोकिए बमोजिम इजाजतपत्र लिएर मात्र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ।यस ऐन प्रारम्भ हुँदाका बखत इजाजत नलिई सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मन्त्रालयले तोकेको समयभित्र जनस्वास्थ्य ऐन बमोजिम इजाजतपत्र लिनु पर्नेछ।

यस ऐन बमोजिम तोकिएको मापदण्ड पुरा नगर्ने र दफा २२ बमोजिम इजाजतपत्र नलिई सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुको इजाजतपत्र स्वतः खारेज भएको मानिनेछ।

**स्वास्थ्य संस्था बाहेक अन्यत्रबाट स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नेः** स्थानीयतह तथा प्रदेश सरकारले शैक्षिक संस्थासँग सहकार्य गरी विद्यालय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्नेछ। कुनै स्वास्थ्य संस्थाले सम्बन्धित प्रदेशको तोकिएको निकायबाट अनुमति लिई तोकिएको मापदण्ड पुरा गरी घुम्ती शिविरहरू मार्फत विशेषज्ञ सेवाहरू सञ्चालन गर्न सक्नेछ। घर घरमा दिइने स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा पूरा गर्नु पर्ने प्रकृया र मापदण्ड स्थानीय तहले तोकेबमोजिम हुनेछ।

**स्वास्थ्य संस्थाले गुणस्तर कायम गर्नु पर्ने** :स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने कार्य सङ्घीय कानून बमोजिम हुनेछ।

**मानव स्रोतको व्यवस्थापन र विकास** : नेपाल सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रको मानव स्रोतको विकास, वितरण र उपयोग सम्बन्धी नीति एवं मापदण्ड तयार गरी लागू गर्नेछ। मापदण्ड तोक्दा मानवस्रोतको विकास, व्यवस्थापन, उपयोगका विषयमा दीर्घकालीन, मध्यकालीन र तत्कालीन आवश्यकताको विश्लेषण र नक्साङ्कन गरी जनशक्ति, प्रविधि तथा उपकरणको प्रक्षेपणको आधारमा तोक्नु पर्नेछ।

**अनुसन्धान, नियमन, गुणस्तर मापन तथा अनुगमनः** स्वास्थ्य संस्था तथा सेवा प्रदायकले तोकिएको मापदण्ड अनुरूप गुणस्तर कायम गरे नगरेको सम्बन्धमा नेपाल सरकार र तोकिएको निकायले नियमन, निरीक्षण, अनुगमन, अनुसन्धान र मूल्याङ्कन गर्न सक्नेछ। निरीक्षण, अनुसन्धान तथा अनुगमनबाट प्राप्त नतिजाको आधारमा संस्थाले उल्लिखित मापदण्डहरूको पालना नगरेका कारण जनस्वास्थ्यमा प्रभाव पर्ने देखिएमा स्वास्थ्य संस्था स्थापना र सञ्चालनको स्वीकृति दिने निकायले त्यस्ता संस्था बन्द गर्ने आदेशसम्म दिन सक्नेछ र यसको जिम्मेवारी सम्बद्ध सरकारको हुनेछ।

**स्वास्थ्य वित्त र सामाजिक सुरक्षा** :जनस्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने वस्तु उत्पादन तथा क्रियाकलाप नियन्त्रणका लागि लगाइने करबाट सङ्कलन भएको रकमबाट छुट्टै स्वास्थ्य कोष खडा गर्नेछ। यसरी खडा भएको कोषको रकम जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा खर्च गर्नु पर्नेछ।

**औषधिको मूल्य, प्रेस्क्रिप्सन, फार्मेसि र निशुल्क औषधि सम्बन्धी व्यवस्थाः** चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूले औषधि सिफारिस गर्नु पर्दा जेनेरिक नाम लेख्नु पर्नेछ। तर पेटेन्ट र नयाँ औषधिको हकमा ब्राण्ड नाममा सिफारिस गर्न बाधा पर्ने छैन। प्रत्येक सरकारी अस्पतालहरूले आफ्नै फार्मेसी सञ्चालन गरी सुपथ मूल्यमा औषधिहरूको नियमित उपलब्धता सुनिश्चित गर्नु पर्नेछ। औषधिको मूल्य निर्धारण नेपाल सरकारले तोके बमोजिम हुनेछ। औषधि बिक्रेताले औषधिको तोकिए बमोजिमको गुणस्तर कायम रहने गरी भण्डारण तथा बिक्री वितरण गर्नको लागि आवश्यक व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ। औषधि बिक्रेताले चिकित्सकको सिफारिस विना कुनै पनि औषधि बिक्री वितरण गर्न पाउने छैन।

**वैदेशिक उपचार वापत खर्च उपलब्ध नहुने:** प्रचलित कानूनमा जुनसुकै कुरा लेखिएको भए तापनि कुनै व्यक्तिलाई विदेशमा उपचार गर्नु पर्ने भएमा सोको लागि लाग्ने खर्च नेपाल सरकारबाट उपलब्ध गराईने छैन ।

**विस्तारित अस्पताल सेवा उपलब्ध गराउन सक्ने:** स्वास्थ्य संस्थाले उपलब्ध स्रोत साधान र जनशक्तिको आधारमा आवश्यकता अनुसार आफ्नै व्ययभारडमा विस्तारित अस्पताल सेवा उपलब्ध गराउन सक्नेछ ।

**अन्यत्र सेवा गर्न नपाउने** :सरकारी अस्पताल र स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत चिकित्सक, स्वास्थ्यकर्मी वा कर्मचारीले सम्बन्धित निकायले तोकेको समयमा अन्यत्र सेवा गर्न पाउने छैन। त्यस बाहेकको समयमा कुनै चिकित्सक, स्वास्थ्यकर्मी वा कर्मचारीले अन्यत्र सेवा गर्न चाहेमा सम्बन्धित निकायको पूर्व स्वीकृति लिनु पर्नेछ

**आकस्मिक स्वास्थ्य उपचार कोष स्थापना गर्न सक्ने** :मन्त्रालय र प्रदेश सरकारले गरीव तथा विपन्न तथा घर ठेगाना पत्ता नलागेको व्यक्ति, जन आन्दोलन, सशस्त्र संर्घष र क्रान्तिका क्रममा जीवनको उत्सर्ग गर्ने शहिदका परिवार, वेपत्ता पारिएका व्यक्तिका परिवार, लोकतन्त्रका योद्धा, द्वन्द्वपीडित र विस्थापित, अपाङ्गता भएका व्यक्ति, घाइते तथा पीडितलाई उपचार गर्दा लागेको खर्च व्यहोर्न नसकेको अवस्थामा त्यस्तो व्यक्तिलाई उपचारको व्यवस्था गर्न आकस्मिक स्वास्थ्य उपचार कोषको स्थापना गर्नु पर्नेछ।

**रक्त सञ्चार सेवा** :मन्त्रालयले इजाजतपत्र दिएको संस्थाले मात्र इजाजतपत्रको अधीनमा रही नेपालमा रक्त सञ्चार सेवा प्रदान गर्नु पाउनेछन्। सेवाप्रदायक संस्थाले सेवाग्राहीलाई रगत उपलब्ध गराउँदा त्यस्तो रगतमा कुनै प्रकारको रोगको सङ्क्रमण नभएको सुनिश्चित भएको सुरक्षित रगत मात्र उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

**मानव अङ्गको प्रत्यारोपण र प्रयोग:** मानव अङ्गको प्रत्यारोपण सम्बन्धी व्यवस्था प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ।

**शव परीक्षण र व्यवस्थापन गर्ने:** प्रचलित कानून बमोजिम शव परीक्षण गर्न अख्तियार प्राप्त चिकित्सकले तोकिए बमोजिम शव परीक्षण गर्नु पर्नेछ। शव परीक्षण पश्चात बेवारिसे शवलाई तोकिए बमोजिमको प्रक्रिया पूरा गरी चिकित्सा शास्त्रको अध्ययनमा सदुपयोग गर्न सकिनेछ।

**एम्बुलेन्स र शववाहनको व्यवस्था गर्नुपर्ने:** मन्त्रालयले तोके बमोजिमका स्वास्थ्य संस्थाले तोकिए बमोजिमको मापदण्डमा रही एम्बुलेन्स र शववाहन सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

**मानव मृत्युका कारणहरू पहिचान:** स्वास्थ्य संस्थामा उपचार लिइरहेको अवस्थामा कसैको मृत्यु भएमा मृत्युको कारण पहिचान गर्न तोकिए बमोजिम परीक्षण गरिनेछ।

**उपभोग्य वस्तुको गुणस्तर:** खाद्यान्न, मासु र पानी लगायतका उपभोग्य वस्तु उत्पादन, भण्डारण तथा बिक्री वितरणलाई गुणस्तरीय र स्वच्छ बनाउन नेपाल सरकारले सङ्घीय कानून बमोजिम न्यूनतम गुणस्तर मापदण्ड तोक्न सक्नेछ। यो मापदण्ड पालना गर्नु प्रदेश, स्थानीय तह तथा सम्बन्धित सबैको कर्तव्य हुनेछ।

**ध्वनि र वायु प्रदुषणः** ध्वनि, वायु, जल तथा दृश्य प्रदुषणले जनस्वास्थ्यमा पार्ने प्रभावलाई न्यूनीकरण गर्नका लागि सङ्घीय कानून बमोजिम नेपाल सरकारले यस सम्बन्धी मापदण्ड निर्धारण गर्न सक्नेछ।

**सरसफाई तथा फोहोरमैला व्यवस्थापनः** वातावरणीय प्रदुषण तथा फोहोरमैलाबाट मानव स्वास्थ्यमा पारेको वा पार्ने प्रतिकूल प्रभावलाई नियन्त्रण गर्नको लागि स्वास्थ्यजन्य फोहोरमैला संकलन, पुन : प्रयोग, प्रशोधन, बिसर्जन र नियमनको लागि नेपाल सरकारले आवश्यक मापदण्ड बनाउनेछ। उक्त मापदण्डको पालना गर्नु प्रदेश तथा स्थानीय तहको कर्तव्य हुनेछ। प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्रदायकलाई तोकिएको मापदण्ड बमोजिमको स्वच्छ खानेपानी उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

**जनस्वास्थ्य मैत्री आवास, सार्वजनिक यातायात र सडक पूर्वाधार तथा सुरक्षाः** सडक पूर्वाधार निर्माण गर्दा सडक दुर्घटना कम हुने गरी र स्वास्थ्य प्रवर्धनलाई ध्यानमा राखी तथा नयाँ बन्ने सडक र पुराना सडकहरूको स्तरोन्नति गर्दा प्रचलित कानून बमोजिम तोकिएको स्थानमा फुटपाथ, अपाङ्गता मैत्री संरचना र साइकल लेनको प्रबन्ध मिलाउनु पर्नेछ। सार्वजनिक यातायात सञ्चालन गर्दा जनस्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर नपर्ने गरी वातावरण मैत्री बनाउन नेपाल सरकारले आवश्यक मापदण्ड तोकी कार्यान्वयन गर्न गराउन सक्नेछ।

**उद्योग र शहरीकरण** :कुनै उद्योग, व्यवसाय तथा आयोजनाले उचित प्रकारले फोहोर व्यवस्थापन नगरी वा कुनै प्रकारको विकिरणका कारण जनस्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पारेमा सोको कारणले प्रभावित व्यक्तिहरूका लागि स्वास्थ्य उपचार र भौतिक क्षति, पशुपक्षी लगायत अन्य क्षति भएको अवस्थामा सोको उचित क्षतिपूर्तिको व्यवस्था सम्बन्धित उद्योगी, व्यवसायी तथा आयोजनाले गर्नु पर्नेछ। सङ्घ, प्रदेश, स्थानीय तहले स्वास्थ्यका दृष्टिकोणले पर्याप्त खेल, मनोरञ्जन स्थल, पार्क, पैदल हिँड्ने व्यवस्था, साइकल चलाउन मिल्ने गरी जनस्वास्थ्य मैत्री शहरीकरण प्रवर्धनको व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ।

**जोखिमयुक्त क्षेत्रमा काम गर्ने कामदारको स्वास्थ्य सुरक्षा** :जोखिमयुक्त क्षेत्रमा काम गर्ने कामदारको स्वास्थ्य सुरक्षाका लागि सम्बन्धित रोजगारदाताले प्रचलित कानून बमोजिमका सुरक्षाका उपायहरू अवलम्बन गर्ने स्वास्थ्य बीमा गर्ने ,कुनै कर्मचारी वा कामदार काम गर्ने क्रममा घाईते वा मृत्यु भएमा वा कुनै स्वास्थ्यकर्मी सेवा प्रदान गर्ने सिलसिलामा गम्भीर संक्रमण वा बिरामी भएमा सम्बन्धित रोजगारदाताले स्वास्थ्य उपचार र उपयुक्त क्षतिपूर्तिको व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ । जोखिमयुक्त कार्यस्थलमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी, कर्मचारी वा कामदारहरुलाई सम्बन्धित रोजगारदाताले नेपाल सरकारले तोके बमोजिमको जोखिम भत्ता उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।

**जनस्वास्थ्यलाई प्रभावित पार्ने विज्ञापन तथा प्रचार प्रसार** :मदिरा, चुरोट, सुर्ती तथा सुर्तिजन्य पदार्थ लगायतका मानव स्वास्थ्यलाई प्रतिकूल असर गर्ने कुनै पनि विज्ञापन सामग्रीको उत्पादन, वितरण तथा प्रचार प्रसार गर्न पाइने छैन।

**जनस्वास्थ्यलाई प्रभावित पार्ने सामाजिक, सांस्कृतिक अन्धविश्वास** :जनस्वास्थ्यलाई प्रतिकूल प्रभाव पार्ने सामाजिक र सांस्कृतिक अन्धविश्वास नियन्त्रण गर्नका लागि सङ्घ, प्रदेश र स्थानीय तहले आवश्यक उपाय अवलम्बन गर्नेछ।

**लक्षित समूहहरूका लागि विशेष सामाजिक सुरक्षा तथा कार्यक्रमहरूः** महिला, बालबालिका, किशोरकिशोरी, दलित, शहिद परिवार र नेपाल सरकारले तोकेका अन्य लक्षित समूहहरूका लागि विशेष

सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन गर्न स्थानीयतह तथा प्रदेश सरकारले आवश्यक व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ।

**आपतकालीन स्वास्थ्य सेवा तथा व्यवस्थापनः** आपतकालीन अवस्थामा तत्कालै स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन तोकिए बमोजिमको द्रुत प्रतिकार्य टोली तथा आपतकालीन चिकित्सकीय समूह रहनेछ। स्थानीय तहले प्रचलित कानून बमोजिम जनस्वास्थ्य विपद् अवस्था घोषणा गर्न सक्नेछ। तर, कुनै विपद् एकभन्दा बढी स्थानीय तहमा हुन गएमा सम्बन्धित प्रदेशले र एकभन्दा बढी प्रदेशहरूमा जनस्वास्थ्य विपद् अवस्था सृजना हुन गएमा नेपाल सरकारले तोकिए बमोजिम जनस्वास्थ्य विपद् अवस्था घोषणा गर्न सक्नेछ। जनस्वास्थ्य विपद् अवस्था घोषणा सम्बन्धी जानकारी सम्बन्धित सबैका लागि सार्वजनिक माध्यमबाट प्रचार प्रसार तथा सूचना प्रेषण गर्नु पर्नेछ।

**सङ्क्रामक रोगको रोकथाम, सूचना तथा उपचार** : सङ्क्रामक रोगहरूको सूची नेपाल सरकारले तोके बमोजिम हुनेछ।

कुनै स्थानमा उच्च जोखिम युक्त सङ्क्रामक रोग देखिएमा सोको जानकारी स्वास्थ्य संस्था वा जनस्वास्थ्य अधिकारीलाई दिनु सम्बन्धित व्यक्तिको कर्तव्य हुनेछ। कुनै व्यक्ति सङ्क्रामक रोगबाट प्रभावित भएको पाइएमा निजको उपचार व्यवस्थापन सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीले तत्कालै गर्नु पर्नेछ।

**राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य समिति:** मानव स्वास्थ्यको विषयमा प्रभाव पार्ने स्वास्थ्यका बृहत सामाजिक निर्धारकहरूलाई सम्बोधन गर्न विषयगत क्षेत्रको नीति तथा कार्यक्रमहरूमा जनस्वास्थ्यका मुद्दाहरूलाई समावेश गर्ने सम्बन्धमा नीतिगत सुझाव दिनको लागि स्वास्थ्य मन्त्रीको अध्यक्षतामा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य समितिको गठन गरिनेछ। यस समीतिका मनोनीत सदस्यहरूको पदावधि तीन वर्षको हुनेछ। समितिले आवश्यकता अनुसार अन्य विज्ञहरूलाई बैठकमा आमन्त्रित गर्न सक्नेछ र समितिको बैठक वर्षमा कम्तीमा दुई पटक बस्नेछ। मन्त्रालयको नीति योजना तथा अनुगमन महाशाखाले सचिवालयको कार्य गर्नेछ।

**समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार:** नागरिकको स्वास्थ्य सुरक्षा, सम्वर्द्धन र सुधार सम्बन्धी स्वास्थ्यमा बहुक्षेत्रीय आयामको अवधारणा अनुरूप मार्गनिर्देशन, अनुगमन, नीति निर्माण गर्ने, नेपाल सरकारका अन्य सबै नीतिहरूमा स्वास्थ्य नीति अवलम्बन गर्ने गराउने, स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा समानुपातिक वितरणको आधारमा बहुक्षेत्रीय लक्ष्य एवं प्राथमिकता निर्धारण गर्ने ,प्रभावकारी समन्वयको व्यवस्था गर्ने , जनस्वास्थ्यसँग सम्बन्धित अन्तर्राष्ट्रिय नीति, रणनीति तथा प्रतिबद्धतालाई नेपालको राष्ट्रिय हितमा लागू गर्न सहकार्य, समन्वय तथा अनुगमन गर्ने, विभिन्न प्रयोजनमा प्रयोग हुने विषादिको नियन्त्रण र सडक तथा यातायातजन्य दुर्घटना न्यूनीकरण गर्न आवश्यक नीति निर्माण र व्यवसायजन्य स्वास्थ्य सम्बन्धित मापदण्ड तयार गर्न नेपाल सरकारलाई सुझाव दिने, स्थानीय स्तरका विद्यालयमा प्राथमिक उपचार र स्वास्थ्य शिक्षाको प्रवर्द्धन गर्न जनस्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था गर्न आवश्यक सुझाव दिने। समितिले आवश्यकता अनुसार उपसमिति गठन गर्न सक्नेछ।

**कसूर:** यस ऐन बमोजिम इजाजतपत्र नलिई स्वास्थ्य संस्था वा रक्त संचार सेवा सञ्चालन गरेमा , स्वास्थ्य उपचार सेवा प्रदान गर्न इन्कार गरेमा, मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिहरूलाई बाँधेर राख्ने वा खोरमा थुन्ने जस्ता कार्य गरी उपचार गरेमा, स्वास्थ्य संस्थाले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा

स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध हुने आकस्मिक उपचार प्रदान गर्न इन्कार गरेमा, सुसूचित सहमति नलिई उपचार सेवा प्रदान गरेमा, ऐन बमोजिम सेवाग्राहीलाई समान व्यवहार नगरेमा, गोपनीयता कायम नगरेमा, स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्य संस्थालाई यो ऐन बमोजिम सूचना वा जानकारी गराउनु पर्ने व्यक्तिले त्यस्तो सूचना वा जानकारी उपलब्ध नगराएमा वा गलत सूचना प्रवाह गरेमा ,यो ऐन तथा यस ऐन अन्तर्गत बनेको नियम, मापदण्ड बमोजिम जारी भएको सूचना पालना नगरेमा, खाद्य पदार्थ, पानी तथा वायुको गुणस्तरका कारण जनस्वास्थ्यमा प्रतिकूल प्रभाव पारेमा, प्रतिबन्धित विज्ञापन गरेमा ,स्वीकृति नलिई मानव जैविक नमूना सङ्कलन गर्न तथा मुलुक बाहिर लैजाने कार्य गरेमा कसूर मानिनेछ।

**सजाय:** यस ऐन बमोजिम इजाजतपत्र नलिई स्वास्थ्य संस्था वा रक्त संचार सेवा सञ्चालन गरेमा र स्वीकृति नलिई मानव जैविक नमूना सङ्कलन गर्न तथा मुलुक बाहिर लैजाने कार्य गरेमा दशलाख रुपैंया जरिवाना वा दुई वर्ष कैद वा दुवै सजाय ,मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिहरूलाई बाँधेर राख्ने वा खोरमा थुन्ने जस्ता कार्य गरी उपचार गरेमा पचासहजार जरिवाना वा एक वर्ष कैद वा दुवै सजाय , तथा उपलब्ध आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न इन्कार गरेमा ,प्रतिबन्धित बिज्ञापन गरेमा दशहजार जरिवाना ,सुसूचित सहमति नलिई उपचार प्रदान गरेमा ,सेवाग्राहीलाई समान व्यवहार नगरेमा, गोपनीयता कायम नगरेमा, सूचना वा जानकारी उपलब्ध नगराएमा वा गलत सूचना प्रवाह गरेमा ,खाद्य पदार्थ, पानी तथा वायुको गुणस्तरका कारण जनस्वास्थ्यमा प्रतिकूल प्रभाव पारेमा पच्चिस हजार देखि पचास हजार सम्म जरिवाना गरिनेछ।

**मन्त्रालयको स्वीकृति लिनु पर्ने:** मानव जैविक नमूना सङ्कलन गर्न तथा त्यस्तो नमूना मुलुक बाहिर लैजानुपूर्व मन्त्रालयको स्वीकृति लिनु पर्नेछ।
**अभिलेख राख्ने:** स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिएका हरेक सेवाग्राहीको तोकिए बमोजिमको अभिलेख सुरक्षित रूपमा राख्ने व्यवस्था मिलाउनु सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुखको कर्तव्य हुनेछ।
**प्रतिवेदन पेश गर्ने:** प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले प्रदान गरेको सेवाको विवरण समेत समावेश गरी प्रत्येक वर्ष इजाजतपत्र प्रदान गर्ने निकाय समक्ष तोके बमोजिम प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

## पन्ध्रौं पन्चबर्षिय योजना

पृष्ठभूमि

नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्तगर्ने मौलिक हकको व्यवस्था गरेको छ । देश विकासमा स्वस्थ र उत्पादनशील नागरिकको महत्त्वलाई दृष्टिगत गरी यस क्षेत्रमा लगानी वृद्धि मार्फत गुणस्तरीय तथा सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच सुनिश्चित गर्नु राज्यको दायित्व हो । यसै सन्दर्भमा लोककल्याणकारी राज्यको अवधारणा अनुरूप स्वास्थ्य क्षेत्रलाई नाफामूलक बाट क्रमशः सेवामूलक क्षेत्रमा रूपान्तरण गर्दै लैजानु पर्ने आवश्यकता छ । संविधानको एकल तथा साझा अधिकार सूची अनुसार संघ, प्रदेश र स्थानीय तहलाई स्वास्थ्य सेवाको जिम्मेवारी दिँदै स्वास्थ्य नीति, मापदण्ड, गुणस्तर, अनुगमन, परम्परागत उपचार सेवा र सरुवा रोग नियन्त्रण लगायतको कार्य संघको अधिकार भित्र राखिएको छ। यसको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि अन्तरमन्त्रालय समन्वय तथा सहकार्य अपरिहार्य रहेको छ ।

स्वास्थ्य सेवामा कार्यान्वयन भएका विभिन्न कार्यक्रमको फलस्वरूप प्रतिहजार जीवित जन्ममा शिशु मृत्युदर ३२, नवजात शिशु मृत्युदर २१ र पाँच वर्ष मुनिको बाल मृत्युदर ३९ तथा मातृमृत्युदर २३९( प्रति लाख जीवित जन्ममा ) झरेको छ भने प्रजनन दर २३ प्रति महिला रहेको छ । त्यसैगरी पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा पुड्कोपना घटेर ३६ प्रतिशत रहेको छ । यस परिप्रेक्षमा नेपालले विभिन्न समयमा गरेको अन्तराष्ट्रिय प्रतिबद्धता, नेपाल सरकारका विद्यमान नीति एवम स्वास्थ्य तथा पोषण क्षेत्रका प्रमुख समस्या, चुनौतितथा अवसरलाई समेत आधार बनाउँदै दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्ने राष्ट्रिय कार्यसूची रहेको छ । नागरिकलाई स्वस्थ बनाउन आधुनिक चिकित्सा, आयुर्वेदिक, प्राकृतिक,होमियोपेथिक चिकित्सा क्षेत्र, स्वास्थ्य सुशासन र अनुसन्धानमा लगानी बढाउन आवश्यक देखिएको छ । यस योजनामा स्वास्थ्य सेवालाई जनताको घरदैलोसम्मै पुर्याउन राज्यको नेृत्वदायी र निजी तथा सहकारी क्षेत्रको परिपूरक भूमिका रहनेछ ।

दूरदृष्टिः स्वस्थ, उत्पादनशील, जिम्मेवार र सुखी नागरिक ।

लक्ष्यःसबै तहमा सबल स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र विस्तार गर्दै जनस्तरमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गर्ने ।

उद्देश्यः

- संघ ,प्रदेश र स्थानीय तहमा सबै किसिमका स्वास्थ्य सेवाहरूको सन्तुलित विकास र विस्तार गर्नु ।
- सर्व सुलभ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको लागि सरकारको उत्तरदायित्व र प्रभावकारी नियमन अभिवृद्वि गर्दै नाफा मूलक स्वास्थ्य क्षेत्रलाई सेवामूलक क्षेत्रको रूपमा क्रमशः रूपान्तरण गर्नु
- बहुक्षेत्रीय समन्वय तथा साझेदारी सहित स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको पहुँच तथा उपभोग बढाई सेवा प्रदायक र सेवाग्राही लाई थप जिम्मेवार बनाउदै स्वस्थ जिवनशैली प्रवर्धन गर्नु ।

## रणनीति तथा कार्यनीति

| रणनीति | कार्यनीति |
|---|---|
| १.प्रतिकारात्मक,प्रवर्धनात्मक, उपचारात्मक,पुनस्थापनात्मक तथा प्रशामक (Palliative Care) लगायतका आधारभूत देखि विशिष्टीकृत र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबै नागरिकको पहुँच सुनिश्चित गर्ने । | १. निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको सर्वसुलभ पहुँचको लागि प्याकेज र प्रोटोकल तयार गरी कार्यान्वयन गरिने छ ।<br>२. ग्रामीण क्षेत्रका नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच विस्तार गर्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवालाई सर्वसुलभ रूपमा प्रवाह गर्न टेलिमेडिसिन लगायत आधुनिक प्रविधिको विकास र विस्तार एवम निजी तथा गैरसरकारी क्षेत्रसँगको सहकार्यमा घुम्ती स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको कार्यविधि बनाई कार्यन्वयन गरिने छ । |

| | |
|---|---|
| | ३. स्वास्थ्य सेवामा साझेदारीको कार्यविधि तयार गरी निजी तथा गैरसरकारी क्षेत्रसँगको सहकार्यमा सबै तहमा पुनर्स्थापना केन्द्र स्थापना गर्दै समुदायमा आधारित पुनस्थापनात्मक तथा प्रशामक सेवालाई विकास र विस्तार गरिनेछ ।<br><br>४. रोगको भार तथा लागत प्रभावकारिताको आधारमा समयानुकूल खोप सेवाहरू प्रदान गरिनेछ । खोप सेवालाई दिगो बनाउन विशेष कोषलाई सुदृढ बनाइनेछ ।<br><br>५.आचारसंहितामार्फत चिकित्सक/ स्वास्थ्यकर्मी र बिरामी बीचको असल सुमधुर सम्बन्ध कायम गर्दै सदभावपूर्ण व्यवहार सुनिश्चित गर्न प्रवद्वनात्मक कार्यक्रम सन्चालन गरिनेछ ।<br><br>६. सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर लाई सुधार गर्न नेपाल स्वास्थ्य पूर्वाधार विकास मापदण्ड एवम न्यूनतम सेवामापदण्ड लाई प्रभावकारी रूपमा कायान्वयन गर्दै आवश्यक बजेट सुनिश्चित गरिनेछ । |
| २. आयुर्वेद, प्राकृतिक चिकित्सा तथा अन्य चिकित्सा पद्धतिको योजनाबद्ध विकास र विस्तार गर्ने । | १. स्थानीय स्तरमा उपलब्ध औषधिजन्य जडीबुटी, खनिज एवम जान्तबद्रव्यको पहिचान, सङ्कलन, संरक्षण र प्रवर्द्धनको लागि संरचना निर्माण गरिनेछ।<br><br>२. प्रचलित प्राकृतिक चिकित्सा, वैकिल्पक तथा अन्य चिकित्सा पद्धति तथा सेवाहरूलाई निश्चित मापदण्डका आधारमा सूचीकृत तथा व्यवस्थितगर्दै आयुर्वेद, पन्चकर्म, योग र प्राकृतिक चिकित्साको विशष्टीकृत सेवा सहितको राष्ट्रिय आयुर्वेद, योग, ध्यान, प्रणायाम, मनोपरामर्श, पन्चकर्म तथा प्राकृतिक चिकित्सा सेवा केन्द्रको स्थापना गरी स्वास्थ्य पर्यटनलाई प्रवर्धन गरिनेछ । |
| ३.जीवनपथको अवधारणा(Life Course Approach) अनुरूप सबैउमेर समूहका नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकतालाई सम्बोधन गरी मातृशिशु बालबालिका र किशोरकिशोरीको सर्वाङ्गीण विकास र परिवार व्यवस्थापन सेवा लाई थप सुधार तथा विस्तार गर्ने । | १. जीवनचक्रको अवधारणा अनुरूप मातृशिशु, बालबालिका,किशोरकिशोरीको सर्वाङ्गीण विकास र परिवार व्यवस्थापन सेवालाई थपसुधार तथा विस्तार गरिनेछ ।<br><br>२. सबै उमेर समूहका नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न जीवनपथको अवधारणा अनुरूप स्वास्थ्य सेवालाई जेष्ठ नागरिक, लैङ्गिक तथा अपाङ्गतामैत्री बनाइनेछ<br><br>३. विभिन्न उमेर समूहमा हुनसक्ने स्वास्थ्य जोखिम शीघ्र पहिचान गर्न नियमित रूपमा स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने व्यवस्था गरिनेछ ।<br><br>४. महिलामा बढ्दो क्रममा रहेको स्तन क्यान्सर र सर्भाइकल क्यान्सर जस्ता रोगहरूको निःशुल्क परीक्षण गर्ने व्यवस्था मिलाइनेछ ।<br><br>५. मातृ मृत्युदर घटाउन तथ्यमा आधारित मिडवाइफ शिक्षा तथा सेवा लगायत विशेष कार्यक्रम तर्जुमा गरी कार्यान्वयन गरिनेछ । |
| ४. जनसङ्ख्याको वितरण,भौगोलिक अवस्थिति | १. स्थानीय तहका हरेक वडामा कम्तिमा एक आधारभूतस्वास्थ्य सेवा केन्द्र, हरेक स्थानीय तहमा आधारभूत आकस्मिक शल्यक्रिया र प्राथमिक ट्रमाकेयर |

| | |
|---|---|
| एवम आवश्यकताको आधारमा संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा अस्पताल र स्वास्थ्य संस्थाहरू तथा सीप-मिश्रित सामाजिक उत्तरदायित्व वहन गर्न सक्ने दक्ष जनशक्तिको विकास तथा विस्तार गर्ने । | सहितको स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित हुने गरी प्राथमिक अस्पताल, प्रदेश अन्तर्गत द्वितीय तहको अस्पताल, प्रादेशिक अस्पताल र संघ अन्तर्गत रहने गरी अति-विशष्टीकृत अस्पताल र संघ अन्तर्गत रहने गरी हरेक प्रदेशमा कम्तिमा एक विशिष्टीकृत अस्पताल र एक स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान स्थापना र संचालन गरिनेछ ।<br><br>२. सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत चिकित्सक/ स्वास्थ्यकर्मी एक मात्र स्वास्थ्य संस्थामा रहने **'एक चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी-एक स्वास्थ्य संस्था'**को अवधारणालाई सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा क्रमशः लागू गरिनेछ र यस अवधारणालाई प्रभावकारी रूपमा लागू गर्नतथा सेवाको पहुच विस्तार गर्नका लागि सरकारी अस्पतालहरूमा अतिरिक्त सुविधा सहितको विस्ताररित स्वास्थ्य सेवा कार्यान्वयन गरिनेछ ।<br><br>३. आधुनिक विधि र निश्चित मापदण्ड विकास गरी स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या, प्रकार, स्थान तथा आवश्यक स्वास्थ्य जनशक्तिको निर्धारणगर्न गुरूयोजना तयार गरी लागू गरिनेछ ।<br><br>४. देशको आवश्यकता र वित्तीय स्रोतको उपलब्धता हेरी प्राथमकिताको आधारमा स्वास्थ्यका विभिन्न विधामा छात्रवृत्ति प्रदान गरिनेछ । |
| ५. स्वास्थ्यमा राष्ट्रिय लगानी वृद्धि गर्दै दिगो स्वास्थ्य वित्तीय प्रणालीको विकास गर्ने। | १. स्वास्थ्य सेवामा सबैको समतामूलक पहुच वृद्धि, स्वास्थ्य सेवामा व्यक्तिगत खर्चको न्यूनीकरण र लागत प्रभावकारिताका आधारमा स्वास्थ्यमा वित्तीयस्रोतको परिचालन गर्ने विषयलाई समेट्दै एकीकृत राष्ट्रिय स्वास्थ्य वित्तीय रणनीति तर्जुमा गरी कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ ।<br><br>२. गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई सबै स्थानीय तहमा निःशुल्क र विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा लगायत अन्य स्वास्थ्य सेवालाई समतामूलक स्वास्थ्य बिमा मार्फत उपलब्ध गराइनेछ । |
| ६.स्वास्थ्य सेवामा सरकारको नेतृत्वदायी भूमिका सुनिश्चित गर्दै सरकारी,निजीतथा गैरसरकारी क्षेत्रबीचकोसहकार्य तथा साझेदारीलाई व्यवस्थापन तथा नियमन गर्ने । | १. शिक्षा क्षेत्रसँग आवश्यक समन्वय गरी **'एक विद्यालय-एक स्वास्थ्यकर्मी नीति'** कार्यान्वयन गरिनेछ ।<br><br>२. स्वास्थ्य सम्बन्धी नियमनकारी निकायहरूको जनशक्ति, संरचना र कार्यक्षेत्रलाई सुधार गर्दै सो सम्बन्धी व्यावसायिक परिषदहरूको छाता संरचनाको विकास तथा विस्तार गरिनेछ ।<br><br>३. स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानहरूलाई थप व्यवस्थितगर्न एकीकृत छाता ऐनको तर्जुमा गरी आवश्यक संरचनाको विकास तथा विस्तार गरिनेछ ।<br><br>४. निश्चित उद्देश्य प्राप्तिका लागि स्पष्ट मापदण्ड र कार्यविधि तर्जुमा गरी निजी,सामुदायिक तथा गैर सरकारी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरूसँग सहकार्य तथा साझेदारी गरिनेछ । |

| | |
|---|---|
| | ५. सरकारी, निजी, सामुदायिक एवम सहकारी क्षेत्रलाई समेट्दै चिकित्सा सुशासन कायम गर्नुको साथै स्वास्थ्य सेवा मूल्यलाई निश्चित मापदण्ड बनाई नियमन गरिनेछ ।<br><br>६. प्रदेश तथा स्थानीय तहलाई जिम्मेवार बनाई अस्पताल तथा अन्य स्वास्थ्य संस्था एवम प्रयोगशाला बाट सिर्जना हुने फोहोर र औषधिजन्य फोहोर को उचित व्यवस्थापनको लागि नियमनका साथै निरन्तर अनुगमन गरिने छ । |
| ७. नयाँ प्रविधिजन्य स्वास्थ्य सामग्रीहरूका साथैऔषधि तथा औषधिजन्य सामाग्रीको उत्पादन<br><br>आयात,भण्डारण, वितरण तथा प्रयोगको नियमन तथा व्यवस्थापन गर्ने । | १. नेपाल सरकारबाट निःशुल्क प्रदान गरिने औषधिलाई मध्यनजर गर्दै औषधि उत्पादनमा मुलुकलाई क्रमशःआत्मनिर्भर बनाइनेछ ।<br><br>२. औषधिजन्य जडीबुटिको व्यावसायिक खेती र औषधि उद्योगको विकास र प्रवर्धनमा जोड गर्दै औषधितथा प्रविधिजन्य स्वास्थ्य सामग्रीको उत्पादन,भण्डारण र वितरणको प्रभावकारी व्यवस्थापन गरिनेछ ।<br><br>३. जेनेरिक प्रेस्क्रिप्सनको कार्यान्वयन, औषधिको मूल्य तथा गुणस्तर निर्धारण,प्रति-जैविक प्रतिरोधको न्यूनीकरण, एन्टिबायोटिक दुरूपयोगको नियन्त्रण रऔषधिको अनुसन्धान लगायतका विषयलाई प्रभावकारी बनाउन नियमनकारी निकायको विकास तथा विस्तार गरिनेछ । |
| ८. सर्ने तथा नसर्ने रोग नियन्त्रणतथा जनस्वास्थ्य विपद व्यवस्थापन पूर्व तयारी तथा प्रतिकार्यका लागि सामुदायिक स्वास्थ्य प्रणाली सहितका एकीकृतउपाय अवलम्बन गर्ने । | १. सर्ने तथा नसर्ने रोगहरूको अध्ययन, अनुसन्धान, निगरानी, रोकथाम,नियन्रण, निवारण, उन्मूलन तथा नियमनका लागिराष्ट्रिय स्तरमा एकीकृत निकायको विकास गरी कार्यक्रम कार्यान्वयन गरिनेछ ।<br><br>२. नसर्ने तथा दीर्घ रोगीहरूको रोकथाम, नियन्त्रण तथा उपचार सेवा लाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गर्न बहुक्षेत्रीय समन्वय मार्फत दीर्घकालीन रणनीति तयार गरी कार्यान्वयन गरिनेछ ।<br><br>३. सिकल सेल एनिमिया र थालेसेमिया लगायतका वंशानुगत रोगहरूको भार वितरण सम्बन्धमा जनसङ्ख्यामा आधारित अनुसन्धानको आधारमा कार्य योजना बनाई रोकथाम तथा उपचारका कार्यक्रम संचालन गरिनेछ ।<br><br>४. मानसिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँचलाई सबै तहमा विस्तार गरिने छ ।<br><br>५. आँखा, नाक, कान, घाँटीतथा मुख सम्बन्धी स्वास्थ्य सेवालाई संघ, प्रदेशर स्थानीय तहमा क्रमशः विकास र विस्तार गरिनेछ ।<br><br>६. संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा विपद तथा महामारीको तत्काल सम्बोधन,एम्बुलेन्स सेवाको एकीकृत विकास, साधन सम्पन्न तालिम प्राप्त चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीको टोलीलाई परिचालन गर्न कार्यविधि बनाई लागू गरिनेछ । |

| | |
|---|---|
| ९.स्वास्थ्य सूचनाप्रणालीहरूलाई थप व्यवस्थित,एकीकृत र प्रविधिमैत्री बनाउँदै सबै तहको स्वास्थ्य सूचनाको मागलाई यथोचित सम्बोधन गरी अनुगमन,मूल्याङ्कन, समीक्षा,नीति निर्माणतथा निर्णय प्रक्रियामा तथ्याङ्क को प्रयोग बढाउने । | १. स्वास्थ्य तथ्याङ्क व्यवस्थापनलाई गुणस्तरीय तथा प्रविधिमैत्री बनाई अध्ययन, अनुसन्धान, सर्वेक्षण, प्रक्षेपण, विश्लेषण गरी सबै तहमा हुने नीति निर्माण तथा निर्णय प्रक्रियामा तथ्याङ्कको प्रयोगलाई बढावा दिइनेछ ।<br><br>२. स्वास्थ्य संस्था तहमा तथ्याङ्क व्यवस्थापनलाई प्रविधिमैत्री बनाई स्वास्थ्य संस्थाबाट नै विद्युतीय प्रतिवेदन गर्ने र क्रमशः विद्युतीय स्वास्थ्य अभिलेखलाई सबै स्वास्थ्य संस्थामा विस्तार गरिनेछ ।<br><br>३. स्थानीय तहमा उत्पादन हुने स्वास्थ्य तथ्याङ्कलाई आवश्यकता अनुरूप राष्ट्रिय मूल सञ्जालसँग आबद्ध गरी नियमित रूपमा सूचना अद्यावधिक हुने प्रणालीको विकास तथा सम्प्रेषणको व्यवस्था गरिनेछ ।<br><br>४. राष्ट्रिय आवश्यकता तथा प्राथमिकताका आधारमा अध्ययन, अनुसन्धान, सर्वेक्षण गर्ने र प्राप्त नतिजालाई नीति तथा कार्यक्रम तर्जुमामा प्रयोग गरिनेछ । |
| १०.नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषदको कार्यक्षेत्रलाई समयानुकूल परिमार्जन गर्दै प्रदेशस्तर सम्म विकास र विस्तार गर्ने । | १. तथ्यमा आधारित स्वास्थ्य नीति तथा योजना तर्जुमा गर्न स्वास्थ्य अनुसन्धानलाई विश्वविद्यालय तथा प्राज्ञिक क्षेत्रसँग सहकार्य गर्दै नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषदको संरचनालाई प्रदेशस्तर सम्म विस्तार गरिनेछ । |
| ११.आप्रवास प्रक्रिया बाट जनस्वास्थ्यमा हुनसक्ने जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्ने व्यवस्था मिलाउने । | १. आप्रवासी स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको विकास गर्दै आप्रवासीको प्रस्थान पुर्व, गन्तव्य स्थानमा र आगमन पश्चातको स्वास्थ्य परीक्षण तथा स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच र उपयोगका लागि नीतिगत तथा संस्थागत व्यवस्था गरिनेछ । |
| १२. बहुक्षेत्रिय पोषण योजनाकोसमन्वय र साझेदारी मार्फत प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गर्ने । | १. बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (दोस्रो) ले परिलक्षित गरेअनुरूप प्रदेश र स्थानीय तहमा गठित पोषण सम्बद्ध संयन्त्रलाई पोषण सुधार योजना सहित सुदृढ बनाउदै पोषण-विशेष तथा पोषण संवेदनशील कार्यक्रमलाई सबै स्थानीय तहबाट संचालन गर्ने व्यवस्था गरिनेछ ।<br><br>२. कुपोषण न्यूनीकरण गर्न गुणस्तरीय एवम स्वास्थ्यवर्धक खाद्य पदार्थको पहुँच र उपभोग बढाउदै स्वस्थ बानी-व्यवहारलाई प्रवर्धन गरिनेछ । |
| १३. बहुक्षेत्रीय समन्वय मार्फत सबै नीतिमा स्वास्थ्यलाई समावेश गर्ने । | १. जनस्वास्थ्य समस्यालाई सम्बोधन गर्न,खानेपानी, वातावरणीय सरसफाइ,वायु तथा ध्वनि प्रदुषण,खाद्य सुरक्षा, शिक्षा, सडक लगायतका विषयमा बहुक्षेत्रीय समन्वयलाई सुदृढीकरण गर्दै **"सबै नीतिमा स्वास्थ्य"** को अवधारणालाई कार्यान्वयनमा ल्याउन सम्बन्धि सरोकारवाला सँग समन्वय गरी एक स्वास्थ्य अवधारणालाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गरिनेछ ।<br><br>२. स्वास्थ्यलाई प्रतिकूल असर पार्नेसुर्तीजन्य, मदिरा, रासायनिक पदार्थ,विषादी तथा खाद्य वस्तुहरूको मिसावट र प्रयोगलाई नियन्त्रण तथा नियमन गरिनेछ । जनस्वास्थ्यलाई हानि गर्ने प्रशोधित तथा तयारी खाद्यपदार्थहरू प्रवर्धन गर्ने खालका |

| | |
|---|---|
| | तथ्यहीन र भ्रमपूर्ण सन्देश एवम विज्ञापनलाई निरुत्साहिततथा नियन्त्रण गर्न स्वास्थ्य सम्बन्धी सन्देश र सामग्री उत्पादन, प्रसारण र सम्प्रेषणलाई वैज्ञानिक, व्यवस्थित र प्रभावकारी बनाइनेछ ।<br><br>३. **'मेरो स्वास्थ्य, मेरो जिम्मेवारी'** लाई प्रभावकारी बनाउन स्वस्थ भान्साको अवधारणा अनुरूप स्वस्थ खानाको प्रयोग गर्न हरेक नागरिकलाई सुसुचित गर्दै स्वस्थ वातावरण र सक्रिय जिवनशैलीको प्रवर्धन गर्न साइकल लेन,एक घर-एक करेसाबारी, सर्वजनिक पार्क,व्यायाम हल, योगाभ्यास तथा पञ्चकर्म केन्द्रको निर्माण र स्थापनाको लागि सरोकारवाला सँग समन्वय गरिनेछ ।<br><br>४. तोकिएका उद्योग, व्यवसाय तथा आयोजनाको स्वीकृति पूर्व व्यवसायजन्य स्वास्थ्य र सुरक्षालाई मध्यनजर गरी जनस्वास्थ्य प्रभाव मूल्याङ्कनको लागि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहमा मापदण्ड र संयन्त्रको व्यवस्था गरिनेछ । |

**अपेक्षित उपलब्धिः**

स्वस्थ, सबल र सक्रिय जीवन सहितको नेपालीको औसत आयु ७२ वर्ष पुगेको हुनेछ । प्रति लाख जीवित जन्म मातृ मृत्यु अनुपात ९९ ,प्रति हजार जीवित जन्ममा नवजात शिशु मृत्यु दर १४ र पाँच वर्ष मुनिको बाल मृत्युदर २४ मा झरेको हुनेछ । पाँच वर्ष मुनिका कम तौल भएका बालबालिका २७ बाट १५ प्रतिशत र पुड्कोपना भएका बालबालिका ३६ बाट २० प्रतिशतमा झरेको हुनेछ। नागरिकले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गरेका हुनेछन्। स्वास्थ्य बिमामा आबद्ध भएको जनसङ्ख्या ६० प्रतिशत, स्वास्थ्य उपचारमा व्यक्तिगत खर्च घटेर ४०प्रतिशत, स्वास्थ्यमा सरकारी लगानी ८ प्रतिशत र ३० मिनेटको दूरीमा स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच भएका घर-परिवार ८०प्रतिशत पुगेको हुनेछ । प्रोटोकल अनुसार कम्तिमा चार पटक गर्भवतीजाँच गराउने महिला ८१ प्रतिशत,दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितिमा जन्मिएका बालबालिका ७९ प्रतिशत र पूर्ण खोप पाउने बालबालिका ९५ प्रतिशत पुगेका हुनेछन् । मलेरिया, कालाजार र हात्तीपाइले रोग निवारण भएका हुनेछन् ।

## (दीर्घकालीन सोच २०७५-२१००) Long-term Vision 2018-2043

### Background

The Constitution of Nepal follows a long struggle and sacrifice by the people of Nepal leading to a federal, democratic, and republican governance system, and has paved the road to sustainable peace, good governance, development, and prosperity. This. With political stability achieved in the country, people aspire for an improvement in living standards, including a modern, resourceful, and happy life. The government formed after the parliamentary elections has introduced policies and programs with this Long-Term Vision.

This incorporates the path of development specified in the constitution and the commitments made by political parties during the election. A long-term vision backed by a strategic roadmap is needed to implement short- and medium-term development plans geared towards meeting the government's commitments and people's expectations in terms of prosperity and progress. The Vision supported by long-term development strategies will help build a sosocialism-orientednd prosperous economy by ending any obstacles to development and putting an end to all kinds of discrimination, exclusion, and deprivation.

The Vision is also needed to incorporate the dedevelopment-centricision of the constitution into periodic plans, strengthen the federal system, promote partnership among public, private, and cooperative sectors, and move ahead as a united and inspired nation. The 25-year (2018-2043) Vision has been formulated to make Nepal a developing country within the first three years; to attain the SDGs by ending absolute and multidimensional poverty by 2030 and graduate to a middle income country and to reach the level of developed countries by 2043.

### Long-term Vision

**'Prosperous Nepal, Happy Nepali'**

-A prosperous, independent, and socisalism-oriented economy with a happy, healthy, and educated citizens enjoying equality of opportunities, dignity, and high standards of living.

**Long-term National Goals**

| 1.Properity | 2.Happiness |
|---|---|
| 1.1 Accessible modern infrastructure and intensive connectivity<br>1.2 Development and full utilization of human<br>capital potentials<br>1.3 High and sustainable production and productivity<br>1.4 High and equitable national income | 2.1 Well-being and decent life<br><br>2.2 Safe, civilized and just society<br><br>2.3 Healthy and balanced environment<br><br>2.4 Good governance<br><br>2.5 Comprehensive democracy<br><br>2.6 National unity, security, and dignity |

**2.6 Long-term National Strategies (2018-2043)**

1. To achieve rapid, sustainable and employment-oriented economic growth,
2. To ensure affordable and quality health care and education
3. To develop internal and international interconnectivity and sustainable cities/settlements
4. To increase production and productivity
5. To provide a comprehensive, sustainable and productive social security and protection
6. To build a just society characterized by poverty alleviation and socio-economic equality
7. To conserve and utilize natural resources and improve resilience, and
8. To strengthen public services, enhance balanced provincial development, and promote national unity.***Major quantitative targets of the Long-Term Vision-Health***

| S.N. | National goals, targets and indicators | Unit | Status in FY 2099/2100 | Target for FY 2099/2100 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Life expectancy (at birth) Years | Years | 69.7 | 80 |
| 2 | Maternal mortality (per 100,000 live births) | Headcount | 239 | 20 |
| 3 | The mortality rate of children under five years ( per 1000 live births) | Headcount | 39 | 8 |
| 4 | Underweight children under five years | Percent | 27 | 2 |

## दिगो विकासको लक्ष्य (Sustainable Development Goals)

The Sustainable Development Goals (SDGs), officially known as Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development is a set of seventeen aspirational "Global Goals" with 169 targets, between themSustainable Development Goal 3 is among the most specific SDGs with a number of clear, measurable targets. It is a direct result of the fact that Goal 3 can build on experiences with the Millennium Development Goals (MDGs), which had a very strong focus on health (MDGs 4, 5 and 6). In this regard in particular, it is unfortunate that some of the main lessons learnt from the MDGs have not been accounted for. Clear examples are Targets 3.1, 3.4 and 3.6, which focus on global reductions only. Global targets not only risk masking significant variations in the starting conditions of countries but also risk being adopted at the national level, as experience with the MDGs has demonstrated. The Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs) suggests repeatedly disaggregating data by geographic location (e.g. urban and rural) but also by age group, sex and income as data systems improve. Furthermore, a simple adoption of global targets at the national level is highly disadvantageous to countries with bad starting conditions (William Easterly's article "How the Millennium Development Goals Are Unfair to Africa" from 2009 is a prominent source in this regard).

The SDG3 is operationalized through nine targets and four suggestions for means of implementation. Most of the targets deal with health issues that are relevant for developing and developed countries alike. Most of the targets are very precise; the levels of ambition, however, vary considerably between the targets.

**Targets:**

**Target 3.1:** The target requires by 2030 to "reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births"

**Target 3.2:** The target requires by 2030 to "end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortalities to at least as low as 25 per 1,000 live births".

**Target 3.3:** The target requires by 2030 to "end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases, and other communicable diseases".

**Target 3.4:** The target requires by 2030 to "reduce by one-third pre-mature mortality from non-communicable diseases (NCDs) through prevention and treatment, and promote mental health and wellbeing"

**Target 3.5:** The target requires to "strengthen prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol".

**Target 3.6:** The target requires by 2020 to "halve global deaths and injuries from road traffic accidents"

**Target 3.7:** The target requires by 2030 to "ensure universal access to sexual and reproductive health care services"

**Target 3.8:** The target requires to "achieve universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health care services, and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all".

**Target 3.9:** The target requires by 2030 to "substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water, and soil pollution and contamination".

From the above targets we can conclude that; the goal's focus on healthy lives and well-being, instead of the mere absence of disease or infirmity, is not sufficiently reflected in its operationalization. This could be mended if Targets 3.3 and 3.4–with their focus on specific communicable and non-communicable diseases –were to be measured by changes in the HALE indicator. The targets for the goal are, in general, precise in their formulation with a rather high level of ambition. Targets 3.1, 3.4 and 3.6, however, focus on global reductions only. Whereas the experience with the MDGs demonstrated that the compelling advantages of country comparisons contributed to the adoption of global goals at the national level, the 2030 Agenda foresees the requirements for national implementation plans that will reflect national circumstances and will prevent these targets from unfairly impacting those countries with bad starting conditions. We welcome the inclusion of Target 3.9 but anticipate the huge challenge of translating this target into a meaningful indicator. Finally, almost all means of implementation explicitly refer to developing countries only which goes against the aspired universal character of the 2030 Agenda. But, of course, it also highlights the need of poor countries to receive external support.

# अध्याय -३

## स्वास्थ्य कार्यक्रम हरुको कार्य प्रगति

## स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्ग

### पृष्ठभूमि

नेपालको संविधान, २०७२ बमोजिम देशलाई संघीय ढाँचामा पुनर्संरचना गर्ने उद्देश्यका साथ वर्तमान संविधानको भाग १३ मा प्रदेश कार्यपालिका सम्बन्धी व्यवस्था भए अनुरूप कोसी प्रदेश (साविकको प्रदेश नं.१) मन्त्रिपरिषद्को गठन संविधानको धारा१६८ अनुसार मिति २०७४/११/३ गते भएको हो । प्रदेश संरचना को स्थापना कालमा गठन भएको ७ वटा मन्त्रालय मध्ये सामाजिक विकास मन्त्रालय विभाजन भई मिति २०७८/१०/२३ गतेका दिन स्वास्थ्य मन्त्रालयको स्थापना भई स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत कोसी प्रदेशका प्रत्येक जिल्लामा एउटा स्वास्थ्य कार्यालय राख्ने निर्णय अनुसार ताप्लेजुङ्ग जिल्लामा स्थापित स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्ग एक हो।

यस कार्यालयले मुख्य रुपमा स्वास्थ्यकर्मीहरुको क्षमता अभिवृद्धि, जिल्ला भित्रका सबै स्थानीय तहहरुमा जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमहरु संचालनमा एकरुपता कायम गर्नको लागि स्थानीय तहहरुसँग समन्वय, सहकार्य र सहजीकरण गर्दै जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने गर्दछ। जिल्लामा संचालित सम्पूर्ण स्वास्थ्यका कार्यक्रमहरुलाई प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्न प्रदेशको मातहतमा रहने गरी सम्पूर्ण जिल्लाहरुमा जिल्लास्तरीय स्वास्थ्य कार्यालयहरु स्थापना गरिएका हुन्। स्वास्थ्य कार्यालयबाट स्थानिय सरकार अन्तर्गत रहने स्वास्थ्य संस्थाहरु ( प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी ,शहरी स्वास्थ्य केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई ) वाट प्रदान हुने उपचारात्मक ,प्रतिकारात्मक र प्रबर्द्धनात्मक सेवाहरु समेत अनुगमन तथा सहजीकरण गर्ने प्रमूख उद्देश्यका साथसाथै निम्न उद्देश्य प्राप्तिका लागि स्वास्थ्य कार्यालय गठन भएको छ।

### स्वास्थ्य कार्यालयका प्रमुख कार्यहरु

- जिल्लामा उपचारात्मक प्रतिकारात्मक तथा प्रवर्धनात्मक र पुर्नस्थापना सम्बन्धी सेवा हरु संचालन गर्न प्राविधिक सहयोग प्रदान गर्नु ,
- स्वास्थ्य मन्त्रालय ,स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय एवम स्वास्थ्य निर्देशनालय मार्फत स्वीकृत कार्यक्रमहरु संचालन गर्नु ,
- जिल्ला भित्रका स्वास्थ्य संस्थाहरुको लागि संघीय तथा प्रदेश सरकारबाट प्राप्त औषधी तथा अन्य सामग्रीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन गर्नु।
- जिल्लामा स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरुको योजना तर्जुमा,कार्यन्वयन तथा तालिमहरु संचालन गर्नु,
- सुपरिवेक्षण ,अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्नुका साथै माथिल्लो निकायमा प्रतिवेदन पठाउनु
- स्वास्थ्य सँग सम्बन्धित अन्य सरकारी,गैरसरकारी तथा निजी क्षेत्रसंग समन्यव राखी कार्यक्रम प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्नु,
- जिल्लामा देखिने महामारी तथा प्रकोप व्यवस्थापन गर्नु,

- स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न आवश्यक भौतिक पूर्वाधार निर्माण तथा मर्मत संभारमा आवश्यक भूमिका निर्वाह गर्नु,
- माथिल्लो निकायको निर्देशन बमोजिम अन्य कार्य गर्नु ।

**स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्गको दरबन्दी विवरण**

| पद | श्रेणी | स्वीकृत दरबन्दी | पदपूर्ती | पद रिक्त | करार | कैफियत |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ज.स्वा.अ | ७/८ | १ | ० | १ | १ | |
| हेअ वा सो सरह | ५/६/७ | १ | १ | ० | ० | |
| प.हे.न | ५/६/७ | १ | ० | १ | ० | |
| ल्याब टे. | ५/६/७ | १ | १ | ० | ० | |
| को.चे.अ. | ४/५/६ | १ | १ | ० | ० | |
| तथ्याङ्क सहायक | ५/६/७ | १ | ० | १ | ० | काजमा |
| प्र. सहायक | ५/६ | १ | ० | १ | ० | |
| लेखा.अ | ५/६ | १ | १ | ० | ० | |
| हसचा | श्रेणी विहीन | १ | ० | ० | १ | |
| का. सहयोगी | श्रेणी विहीन | २ | २ | ० | | |
| जम्मा | | ११ | ६ | ४ | २ | |

•

**जनस्वास्थ्य कार्यक्रम**

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ को मुख्य ध्येय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई दक्ष स्वास्थ्यकर्मीहरुद्वारा आधुनिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरी जनताको सम्पूर्ण स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्नु हो। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति,दिगो विकासका लक्ष हरुनै देशमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि प्रमुख मार्गदशक हुन्।

यसै मुताबिक ताप्लेजुङ्ग जिल्लामा पनि स्वास्थ्य सेवाहरु संचालन भइरहेका छन्। जसमध्ये परम्परागत स्वास्थ्य सेवा,आधुनिक स्वास्थ्य सेवा,सहयोगी स्वास्थ्य सेवा, आयुर्वेद स्वास्थ्य सेवा र होमियोप्याथिक स्वास्थ्य स्वास्थ्य सेवा प्रमुख रहेका छन्। धामीझाँक्रीहरु परम्परागत स्वास्थ्य सेवाका नमुना हुन् भने अस्पताल ,प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा स्वास्थ्यचौकीहरुबाट प्रदान गरिने सेवाहरु आधुनिक स्वास्थ्य सेवाका नमुना हुन्। यसैगरी विभिन्न गैरसरकारी संस्थाहरु तथा अन्य सहयोगी संस्थाहरुबाट प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवालाई सहयोगीस्वास्थ्य सेवाको रुपमा लिन सकिन्छ।

## राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Program)

**पृष्ठपोषण**

खोप कार्यक्रम नेपाल सरकारको पहिलो प्राथमिकता प्राप्त एवं लागत प्रभावकारी जनस्वास्थ्यको प्रमुख कार्यक्रम हो ।जसले निश्चित रोगहरु लाग्नबाट सुरक्षा प्रदान गर्दछ।वि.सं२०३४ सालमा बिफर उन्मुलन पश्चात नेपालमा विस्तारित खोप आयोजनाको रुपमा केही जिल्लाबाट खोप सेवा प्रारम्भ भएको हो। सुरुमा वि.सि.जि र डी.पी.टि तस पश्चात वि.स २०३६/२०३७ सालमा पोलियो र टि .टि थप गरी अन्य जिल्ला हरुमा विस्तार गर्दै वि.सं. २०४५ सालमा ७५ वटै जिल्लामा खोप कार्यक्रम विस्तार भएको हो ।विस्तारित खोप कार्यक्रम अन्तर्गत ६ वटा रोगहरु क्रमश :क्षयरोग,भयागुते रोग ,धनुष्टंकार,लहरेखोकी ,पोलियो र दादुरा बिरुद्धका खोपहरु समावेश गरियो ।वि.स २०६० मा हेपटाईटिस बी (Hepatitis B) ,२०६४ मा जापनिज इन्सेफलाईटिस (Japanese Encephalitis) (जोखिम पूर्ण जिल्लामा मात्र )र २०६६ मा हेमोफोलस इन्फ्लुएन्जा बी,हिब.वी(HaemopholusInfluenza, HIB-B)खोप शुरुवात गरिएको थियो।

त्यसै गरी २०७९ सालमा खोप राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा दादुरा-रुवेला खोपको रुपमा समावेस गरियो। वि .सं. २०७१ सुईबाट दिईने पोलियो खोप IPV तथा न्युमोकोकल खोप (PCV) समेत राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरिनुको साथै आ.व २०७२/७३ मा दादुरा रुवेला खोप अभियान र जे.ई खोप अभियान सुरुवात गरिएको छ। पछिल्लो पटक आ .व २०७७ /७८ बाट रोटा खोप पनि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरी नियमित रुपमा दुई वर्षमुनिका बालबालिकाहरुलाई प्रदान गरिदै आएको छ।त्यस्तै आ.व २०७८ /७९ देखि टाईफाइड रोग बिरुद्धको टाईफाईड खोप पनि शुरु गरिएको छ।

आ.व २०८१/८२ मा सरकारले पाठेघरको मुखको क्यान्सर विरुद्धको HPV खोप पनि समावेश गर्ने योजनाका साथ बजेट विनियोजन गरेको छ। हाल राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अन्तर्गत नियमित खोपमा १४ प्रकारका एन्टिजेन हरु खोपहरु ७ पटकमा १५ महिना मुनिका बालबालिका हरुलाई प्रदान गरिन्छ भने गर्भवती महिलाको लागि टि.डी खोप प्रदान गरिन्छ ।नयाँ खोपहरु पनि नियमित खोप कार्यक्रममा समावेश गराउँदै लैजाने नीति लिएको छ।खोप बाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण,निवारण र उन्मुलनको लागि अनुगमन गर्न सरकारले साझेदार निकायहरु सँग मिलेर पोलियो ,दादुरा ,नवशिशु धनुष्टंकार र जापनिज ईन्सेफलाईटिस रोगहरुको नियमित खोजपड्तालको लागि Surveillance को कार्यक्रमहरु पनि संचालन गरिरहेको छ।

**<u>लक्ष्यहरु:</u>** खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु विरुद्ध विभिन्न प्रकारका खोपहरु प्रदान गरी रोग लाग्ने दर,ती रोगहरुको कारणवाट हुने अपांगता दर र वाल मृत्युदरमा उल्लेखनीय रुपमा कमी ल्याउनु नै यो कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य रहेको छ।

## उद्देश्यहरु

- प्रत्येक बालबालिकाले पूर्ण खोप लगाएको सुनिश्चित गर्ने,
- सबै तहामा सबै खोपहरुको कभरेज कम्तीमा ९५% भन्दा माथि पुऱ्याउने र दिगोरुपमा कायम राख्ने,
- गुणस्तरीय खोप सेवाको लागि आपूर्ति व्यवस्था तथा भ्याक्सिन व्यवस्थापन प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने ,
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रण, खोप कार्यक्रमको लागि दिगो वित्तीय व्यवस्थापन सुनिश्चितता गर्ने,
- खोप कार्यक्रममा अनुसन्धानलाई प्रवर्धन गर्ने र नयाँ कार्यहरुको विस्तार गर्ने,
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरुलाई राष्ट्रिय खोप कार्यक्रममा समावेश गरी खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने,
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरुको खोजपड्ताल कार्यलाई विस्तार गर्ने,
- अन्य उमेर समूहको लागि पनि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने।

## आ .व २०८०/८१मा संचालित मुख्य खोप कार्यक्रमहरुः

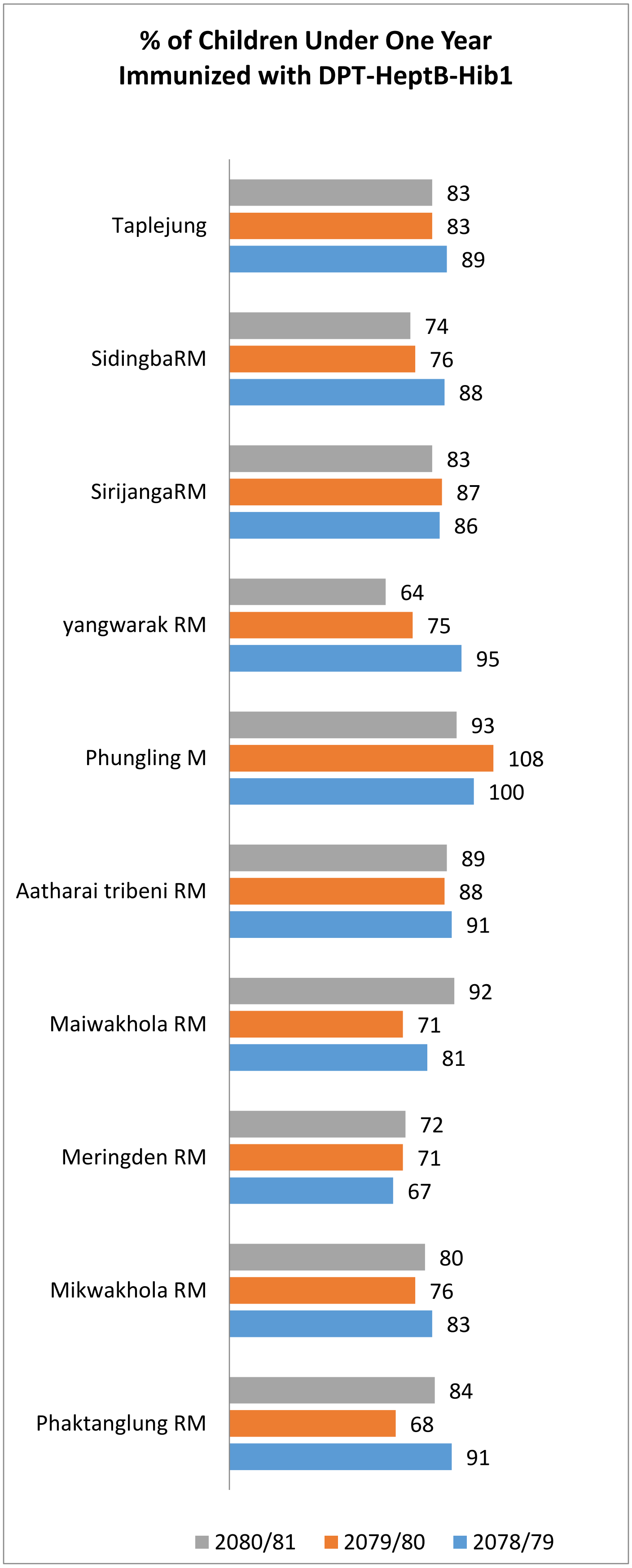
- कोभिड बुस्टर खोप अभियान
- खोप छुट बच्चाको पहिचान र छुट खोप पूरा गरी पूर्णखोप सुनिश्चितता,समीक्षा र नियमित खोप सुदृढीकरण
- बैशाख महिनालाई खोप महिना संचालन
- खोप तथा सरसफाई प्रवर्धन कार्यक्रम तथा पूर्णखोप भेरिफिकेसन र दिगोपनको लागि सहजीकरण र सुपरिवेक्षण
- सुक्ष्म योजना सम्बन्धी  ४ दिने आधारभुत तालिम
- खोप कोल्डचेन सामग्रीको नियमित मर्मत तथा आकष्मिक व्यवस्थापन
- पूर्णखोप कार्यक्रमको समीक्षा
- भ्याक्सिन तथा खोप सामग्री ढुवानी तथा वितरण
- खोप आधारभूत तालिम

  **आ .व २०८० /८१ का खोप कार्यक्रम का उपलब्धि :**

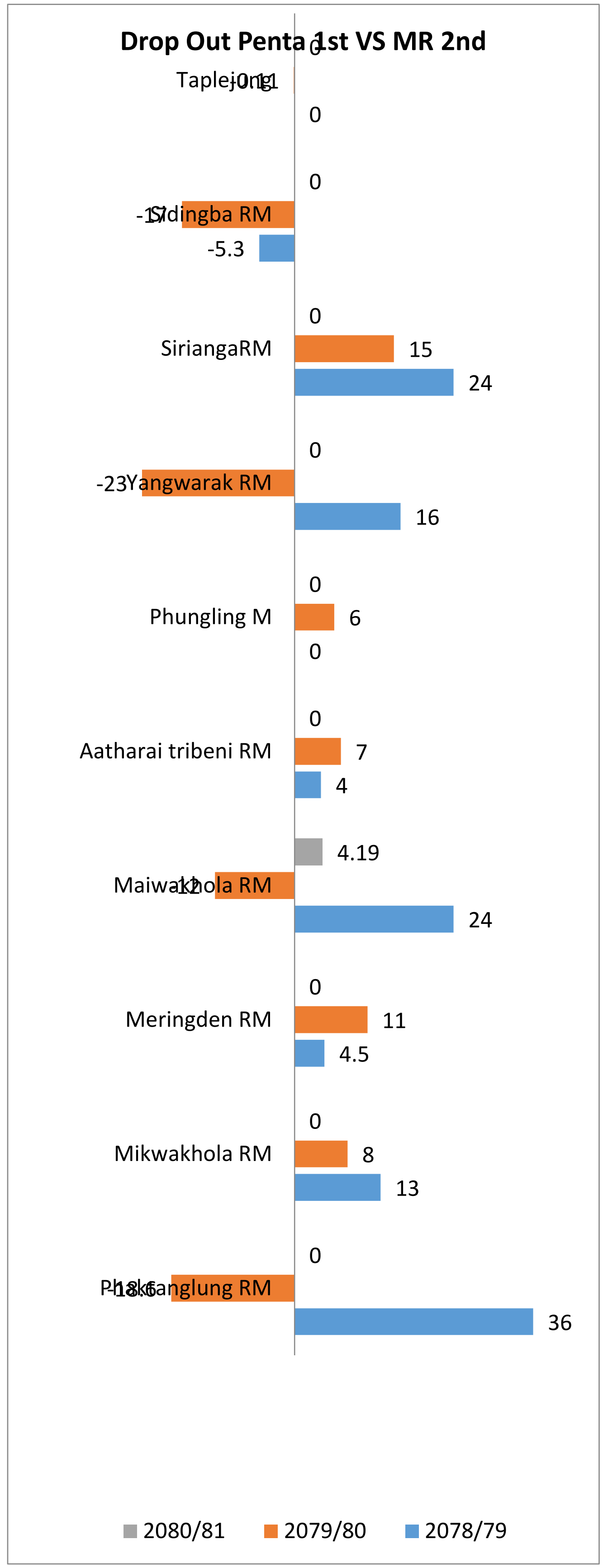
  - खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरु नियन्त्रण र निवारणमा रहेको अवस्था
  - पूर्णखोप लगाएका पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको घरमा पूर्णखोपको स्टिकर टाँसेको
  - जिल्ला भित्रका सबै वडा तथा सबै पालिकाहरु पूर्णखोप घोषणा भई जिल्लासमेत पूर्णखोप प्रमाणीकरण
  - नयाँ नियुक्त स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई खोप सम्बन्धी अधिकांश तालिम प्रदान

## जिल्लाको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रगति विश्लेषण:

ताप्लेजुङ जिल्लामा नियामित खोप सेवाको आ.व. २०८०/८१ अनुमानित लक्षित संख्या, एक वर्ष मुनिका बालबालिकाको संख्या २०५०, १२ देखि २३ महिनाका २१०६ र गर्भवती ३१४९ रहेको छन् ।

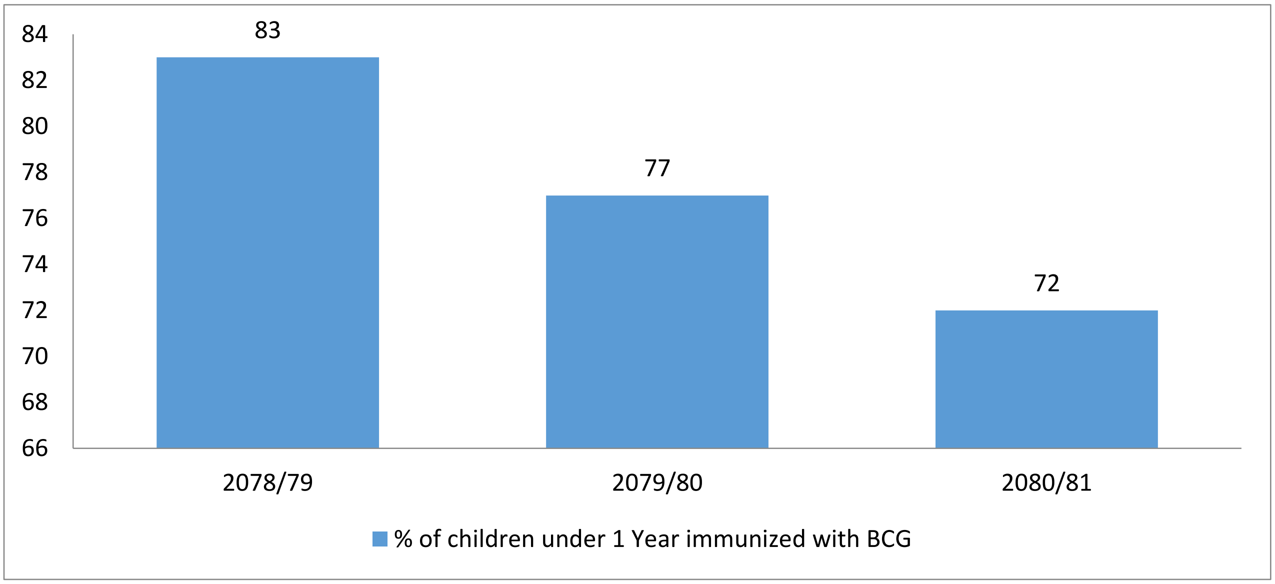


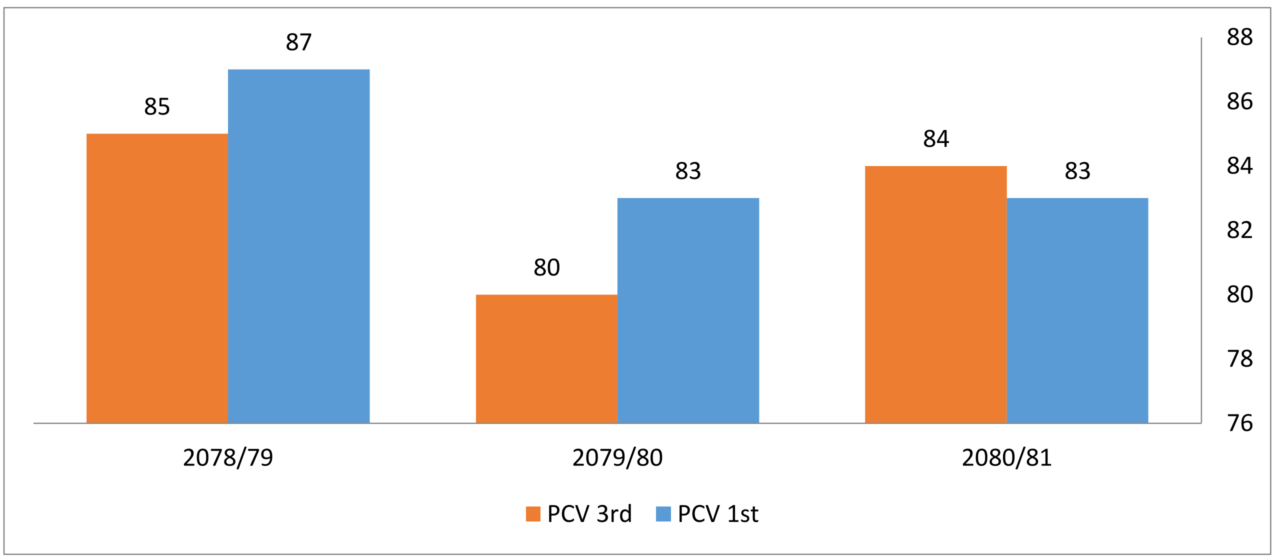
% of Children Under One Year Immunized with DPT-HeptB-Hib1
Taplejung
83
83
89
SidingbaRM
74
76
88
SirijangaRM
83
87
86
yangwarak RM
64
75
95
Phungling M
93
108
100
Aatharai tribeni RM
89
88
91
Maiwakhola RM
92
71
81
Meringden RM
72
71
67
Mikwakhola RM
80
76
83
Phaktanglung RM
84
68
91
2080/81
2079/80
2078/79

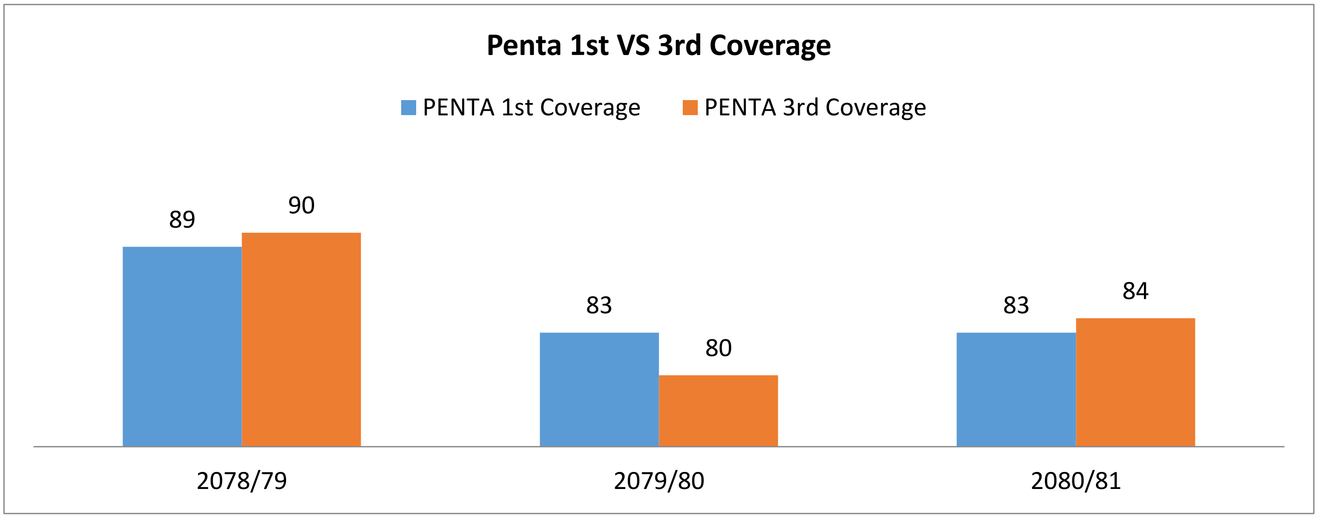
Drop Out Penta 1st VS MR 2nd
Taplejung
0
0
-0.11
Sidingba RM
0
-17
-5.3
SiriangaRM
0
15
24
Yangwarak RM
0
-23
16
Phungling M
0
6
0
Aatharai tribeni RM
0
7
4
Maiwakhola RM
4.19
-12
24
Meringden RM
0
11
4.5
Mikwakhola RM
0
8
13
Phaktanglung RM
0
-18.6
36
2080/81
2079/80
2078/79

नियामित खोप सेवाको पहुँचः

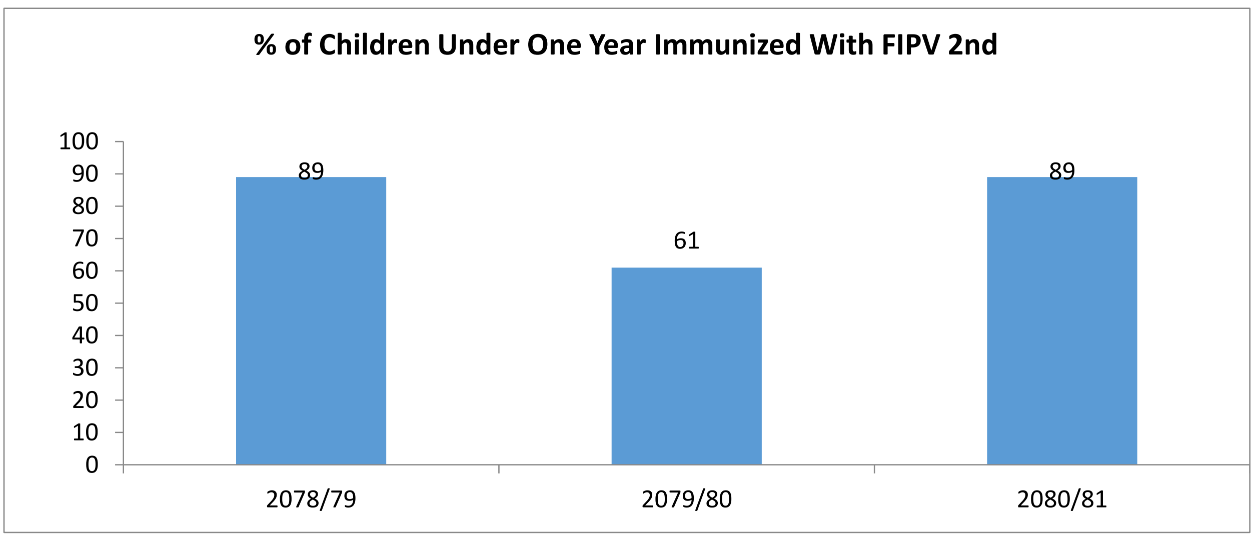


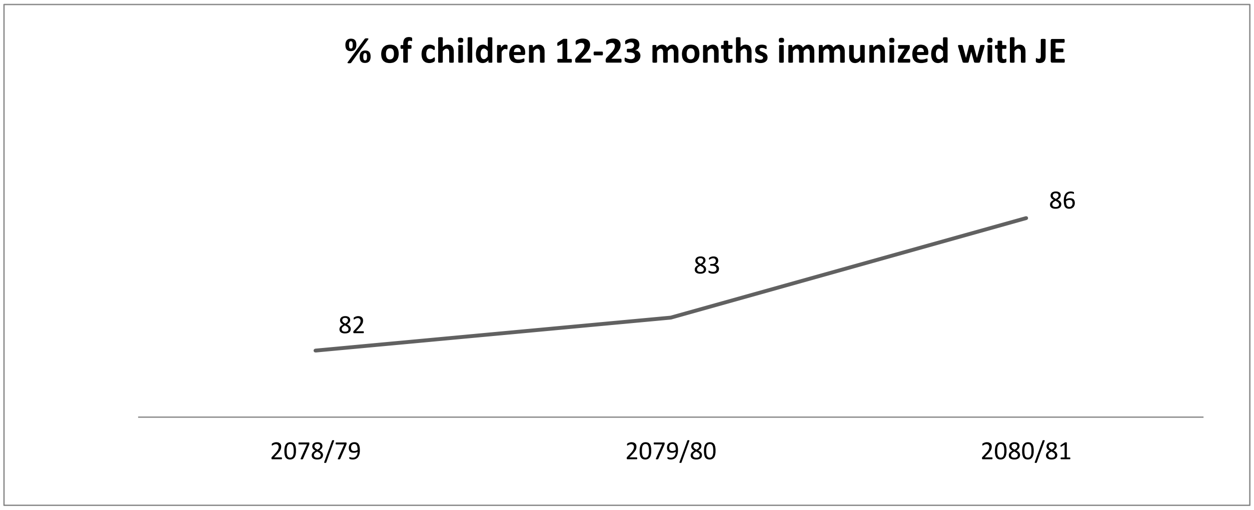

जिल्लाको विसिजि खोप कभरेज गत तिन वर्षमा बढ्दो घट्दो क्रममा देखिएको छ। आ.व. २०७८/७९ मा ८३% रहेको आ.व २०७९/८० मा ७७ % देखि आ.व २०८०/८१ मा घटेर ७२% रहेको छ। स्टेप्टोकोकस निमोनिया (Streptococcus pneumoniae) नामक ब्याक्टेरियाले बच्चाहरुमा लगाउने रोगको विरुद्ध पिसिभि खोप दिइन्छ। उक्त खोपको पहिलो मात्राको प्रगति पछिल्लो तिन वर्षमा हेर्दा आ.व २०७८/७९ मा ८५% आ.व २०७९/२०८० मा ८३% रहेको छ भने यस आ.व २०८० /८१ मा ८३ % रहेको छ। तेस्रो मात्रा लगाएने दर पनि बढ्दो घट्दो क्रममा देख्न सकिन्छ जँहा आ.व २०८० /८१ मा ८४ % देखिएको छ ।

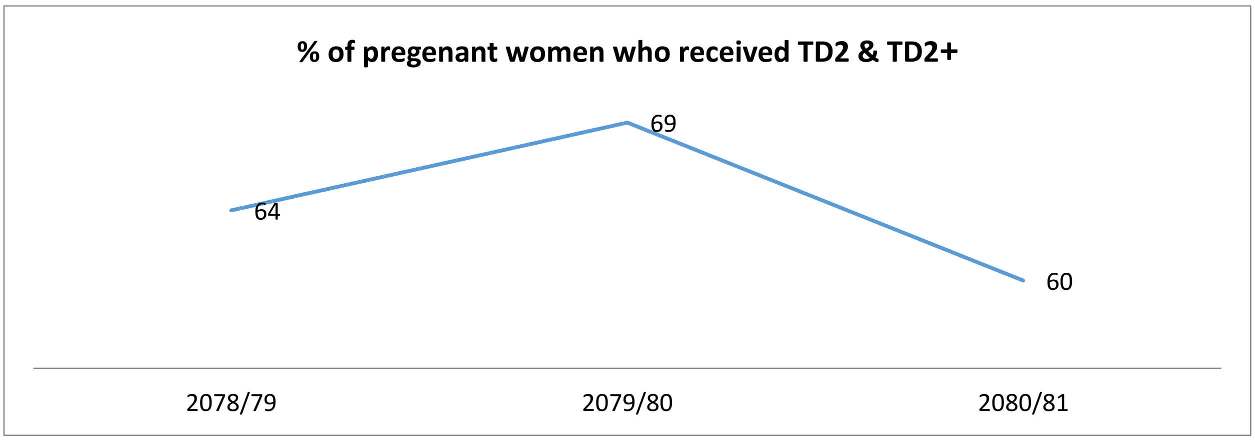



DPT-HepB-Hib (PENTA) खोपको गत तिन वर्षमा भएको पहिलो र तेस्रो मात्राको तुलनात्मक ग्राफ माथि प्रस्तुत गरिएको छ। उक्त खोपको पहिलो र तेस्रो मात्राको कभरेजलाई हेर्दा बढ्दो घट्दो क्रममा देखिएको छ। आ.व २०७८/७९ भन्दा आ.व २०७९/८० मा घट्दो क्रममा देखिन्छ भने आ.व २०८०/८१ मा हेर्दा बढ्ने क्रममा देखिन्छ।




यस जिल्लामा FIPV खोप आ.व २०७५/७६ साल बाट लगाउन सुरु गरिएको हो। यस खोपको पहुँच आ.व तिन वर्षलाई हेर्दा क्रमस घट्दो बढ्दो क्रममा देखिन्छ आ.व २०७८/७९ मा ८९% आ.व २०७९/८० मा ६१% मात्र देखिएको छ भने आ व २०८०/८१ मा ८९ % देखिएको छ।

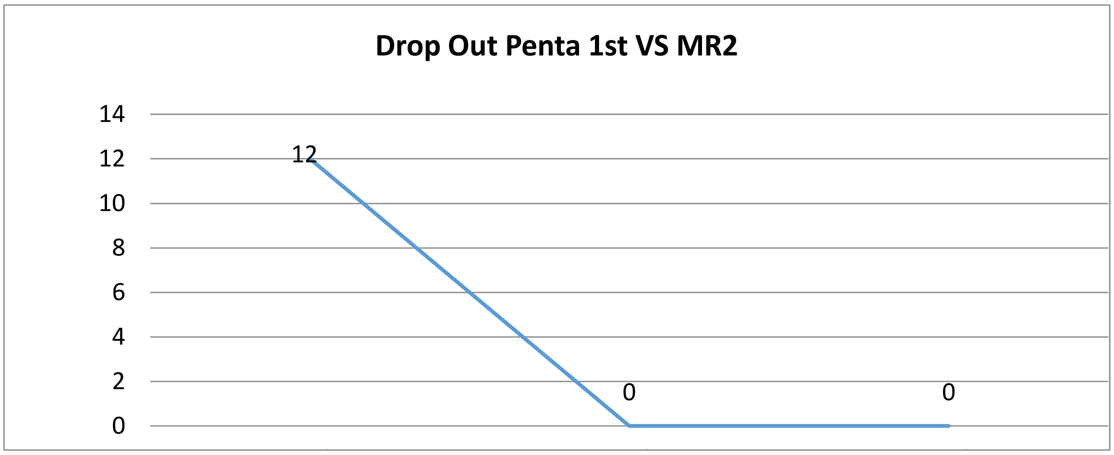



ताप्लेजुङ जिल्लाको जेइखोपको गत तिन वर्षको प्रगति भने बढ्दो क्रममा छ। आ.व. २०७८/७९ मा ८२% बाट आ.ब .२०७९/८० मा ८३% पुगेको छ भने आ.व २०८०/८१ मा ८६ % देखिएको छ। साथै माथि देखाइएको ग्राफमा गर्भवती महिलाहरुले लगाउन टि.डी .खोपको बारेमा गत तिन वर्षको प्रगति विवरण उल्लेखनीय छ। पछिल्लो आ.व. मा प्रगति ६०% रहेको छ जुन अघिल्लो आ.व. भन्दा ९ % ले घटेको देखिएको छ।

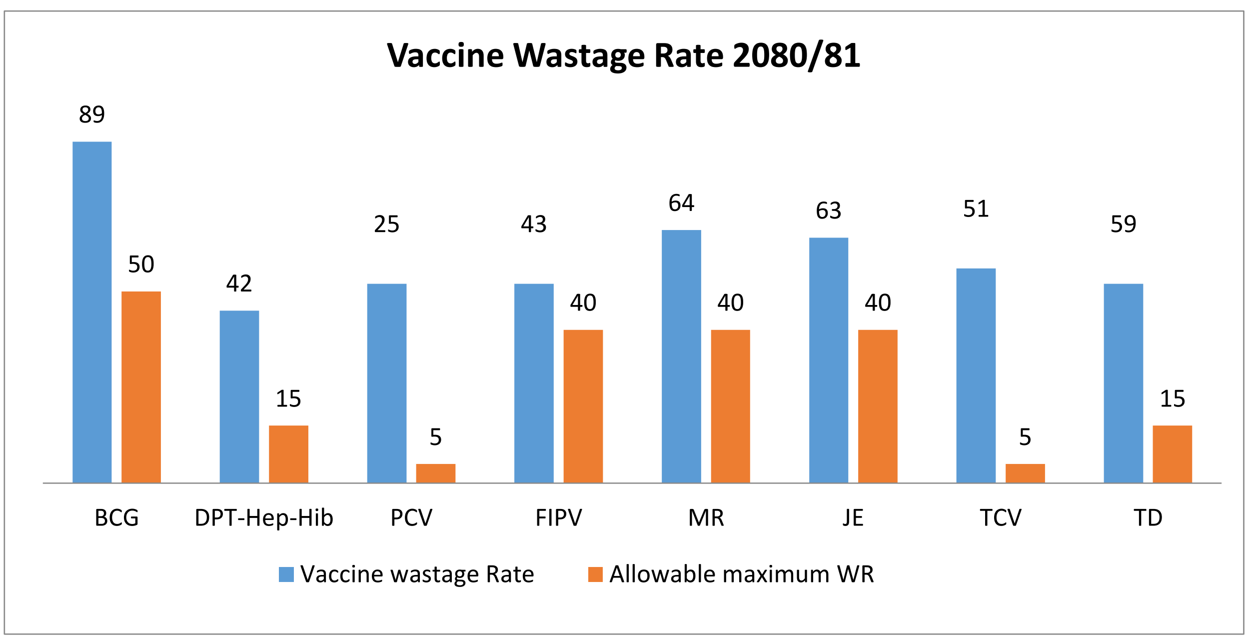
## १. नियामित खोप छुटेको अवस्था (Dropout rate):

खोप छुट भन्नालले खोप सेवाको पहिलेका केही मात्रा लिन खोप केन्द्रसम्म आएको तर पछिल्लो सेवाहरु नलिएको अबस्थालाई जनाउछ। यसका विशेष गरी पेन्टाको पहिलो मात्रा र दादुरारुवेलाको दोस्रो मात्रा तुलना गरिन्छ ।




यस ग्राफमा गत तिन आ.व. मा पेन्टाको पहिलो मात्रा र दादुरा रुवेलाको दोस्रो मात्रा खोप लगाउने दरको जिल्ला स्तरीय अन्तरलाई देखाइएको छ। आ.व.२०७८/७९ मा १२% रहेको छ भने आ.व. २०७९/८० र २०८०/८१ मा सुन्य अवस्थामा रहेको छ ।

## २.खोप खेर जाने अवस्था:



बालबालिकालाई खोप नि:शुल्क प्रदान गरिए पनि खोप खरिद गर्न नेपाल सरकारले वार्षिक अरवौं खर्च गरी रहेको हुन्छ। तसैले खोप खेरजाने दरलाई निश्चित तहसम्म घटाउन अत्ति आवश्यक छ। यहाँ प्रस्तुत गरिएको ग्राफमा गत आ.व.२०८०/८१ मा ताप्लेजुङ जिल्लामा खोप खेर गएको अवस्था प्रस्तुत गरिएको छ जुन सबै किसिमका खोपको स्वीकार्य दरभन्दा धेरै माथि छ।उक्त दरलाई घटाउनका लागि प्रत्येक स्वास्थ्यसंस्था र स्थानीय तहहरुले खोपको सुक्ष्म योजनाअनुसार खोप माग, वितरण, फिर्ता र सेवा प्रबाह गर्नु पर्ने देखिन्छ।

**खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल (Vaccine Preventable Diseases Surveillance) :**

खोपबाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल गरी रोग विरुद्ध तत्काल रोकथामका क्रियाकलाप सञ्चालन गर्न र समय समयमा खोप सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति रणनीति तयार गर्न सन् १९९८ बाट पोलियो रोग उन्मूलनमा सहयोग पुर्याउन विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्राविधिक सहयोगमा अतिशीघ्र लुलो पक्षाघात खोजपड्ताल कार्य शुरु गरिएको थियो। उक्त खोजपड्ताल प्रणालीमा सन् २००३ मा दादुरा र नवशिशु धनुष्टंकार रोगलाई पनि समायोजन गरियो भने सन् २००४ मा एक्युट इन्सेफलाइटिस् सिन्ड्रोम (जापनीज इनसेफलाईटिस) लाई पनि यसै प्रणालीमा संलग्न गरी खोप बाट रोकथाम गर्न सकिने रोगको खोजपड्ताल कार्यको निरन्तरता दिइएको छ।

१. अतिशीघ्र लुलो पक्षाघात (AFP): यो १५ वर्षमुनिका बालबालिकामा शरीरको कुनै अंगमा अचानक कमजोरी र लुलोपन हुनु वा चिकित्सकले कुनै पनि उमेरको मानिसमा पोलियो शंका गरेको अवस्था हो।शंका गरेको व्यक्तिको पक्षघात शुरु भएको १४ दिन भित्र २४ घन्टाको फरकमा दुई पटक दिसा नमुना (८ ग्राम/पटक) संकलन गर्ने र कोल्ड बक्समा राखेर विश्व स्वास्थ्य संगठनको फिल्ड अफिसमा पठाउनु पर्दछ।
२. दादुरा:कुनै व्यक्तिलाई ज्वारो आएमा र रातो डाबर वा बिमिराहरु देखिएमा अथवा चिकित्सकले दादुरा भनि शंका गरेमा। शँकास्पद दादुराका विरामी बाट लक्षण शुरु भएको दिनदेखि २८ दिन भित्र ५ मिलिलिटर रगत संकलन गर्नुपर्छ र जाँचको लागि कोल्ड बक्समा राखेर पठाउनु पर्छ।
३. एक्युट इन्सेफलाइटिस् सिन्ड्रोम (AES):कुनै व्यक्तिलाई अचानक ज्वारो आउनु र चेत अवस्थामा परिवर्तन भएमा (जस्तै कम्पन, अर्ध चेत वा अचेत)

४. नवशिशु धनुष्टंकार:कुनै नवजात शिशु जसले जन्मेको २ दिनसम्म आमाको दुध राम्ररी चुस्न सक्ने र रुन सक्ने तर ३ दिन देखि २८ दिन भित्र दुध राम्ररी चुस्न नसक्ने, कम्पन आउने र शरीर कडा (अह्ररो) भएमा।

**खोप कार्यक्रमका समस्य र समधानका उपायहरु:**

| मुख्य उपलब्धिहरु | कार्यप्रगतिमा देखिएका समस्यहरु | कारणहरु | सुधारकालागि गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरु |
|---|---|---|---|
| • जिल्लालाई पूर्णखोप दिगोपना प्रमाणीकरण गरिएको<br>• ड्रप आउट दर घट्दै गएको<br>• कोल्डचेन सब-सेन्टर विस्तार तथा गुणस्तर सुधार<br>• क्षमता अभिवृद्धि तथा स्थलगत अनुशिक्षण कार्य निरन्तर गरिएको | • नियामित खोप कार्यक्रम सँगै सरसफाइका क्रियाकलाप सबै खोप केन्द्रमा सञ्चालन नभएको ।<br>• खोप केन्द्रको भवन सबै खोप केन्द्रमा नभएको<br>• सबै VPD surveillanceजिरो रिपोर्टिङ साइटबाट नमुना संकलन नभएको<br>• खोपको सुक्ष्म योजना सबै स्थानीय तहमा बनेर कार्यन्वयन भै रहदा पनि खेर जाने दर उच्च रहेको<br>• रेकडिङ रिपोर्टिङमा समस्य | • स्वास्थ्य कर्मीमा उक्तक्रियाकलापको बुझाईमा कमी<br>• खोप केन्द्र बनाउन बजेट नछुट्यउनु<br>• जिरो रिपोर्टिङ साइटहरुमा कर्मचारीको फेरबदल र कार्यक्रममा प्राथमिकता कम दिनु<br>• खोपको सुक्ष्म योजना प्रयोग सबै खोप कोल्डचेन सब-सेन्टर र स्वास्थ्य संस्थामा नहुनु। | • सबै खोप सेसनमा सरसफाइ प्रबर्धनका क्रियाकलाप सञ्चालन गर्नु पर्ने।<br>• प्रत्येक वर्षको साउन महिनामा स्वास्थ्यसंस्थाहरुको सुक्ष्मयोजना तयार गरी प्रयोगमा ल्याउने<br>• प्रत्येक वर्ष पूर्णखोप निर्देशिका बमोजिम समयमै कार्ययोजना बनाई दिगोपनाको प्रमाणीकरण र घोषणा कार्यलाई निरन्तरता दिने<br>• जनप्रतिनिधिसँग खोप कार्यक्रम बारे अन्तरक्रिया गर्ने<br>• खोप कार्यक्रमका लागि स्थानीय तहबाट थप बजेट छुट्यउनु पर्ने। |

# पोषण कार्यक्रम

## पृष्ठभूमि

नेपालमा कुपोषण जनस्वास्थ्यको लागि एउटा ठूलो समस्या र चुनौतीको रूपमा रहेको छ। यसबाट मुख्य गरी बालबालिकाहरू, भविष्यमा आमा बन्ने किशोरीहरू, गर्भवती महिलाहरू र सुत्केरी आमाहरू समेत पीडित छन्। गर्भवती अवस्थामा आमालाई कुपोषण भएमा उनीहरूबाट जन्मने शिशु पनि कुपोषित नै भएर जन्मन्छन्। कुपोषणले बालबालिकाहरूको बृद्धिविकास तथा स्वास्थ्यमा गम्भीर असर पार्दछ। सरूवा रोगहरू को संक्रमण, रोगप्रतिरोधात्मक शक्ति, प्रजननस्वास्थ्य, मातृ तथा बालस्वास्थ्यसँग कुपोषणको गहिरो सम्बन्ध रहेको हुन्छ। नेपालमा प्राय गरेर प्रोटिन शक्ति (PEM) तथा सुक्ष्म पोषक तत्वहरूको कमीबाट हुने कुपोषण, रतन्धो, रक्तअल्पता तथा आयोडिनको कमीले हुने विकृतीहरू वढीमात्रामा पाईन्छन् ।

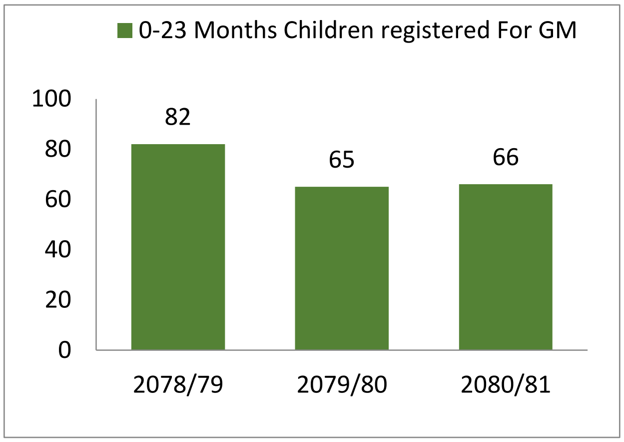
पोषण कार्यक्रमको ध्येयः जनताको समग्र पोषण स्थितिमा सुधार ल्याई मातृ तथा शिशु मृत्यूदर घटाउनुका साथै समतामूलक मानव विकासमा योगदान पुर्याउने रहेको छ।

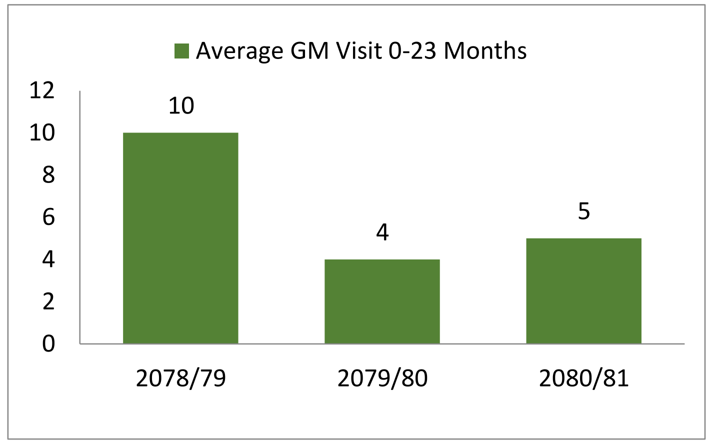
**<u>पोषण कार्यक्रमको उद्देश्यः</u>**

गर्भवती तथा सुत्केरी महिला र बालबालिकाहरूको समग्र पोषणस्थिमा सुधार ल्याउने उद्देश्य राखी पोषण कार्यक्रमले निम्न लिखित उद्देश्य निर्धारण गरेको छ।

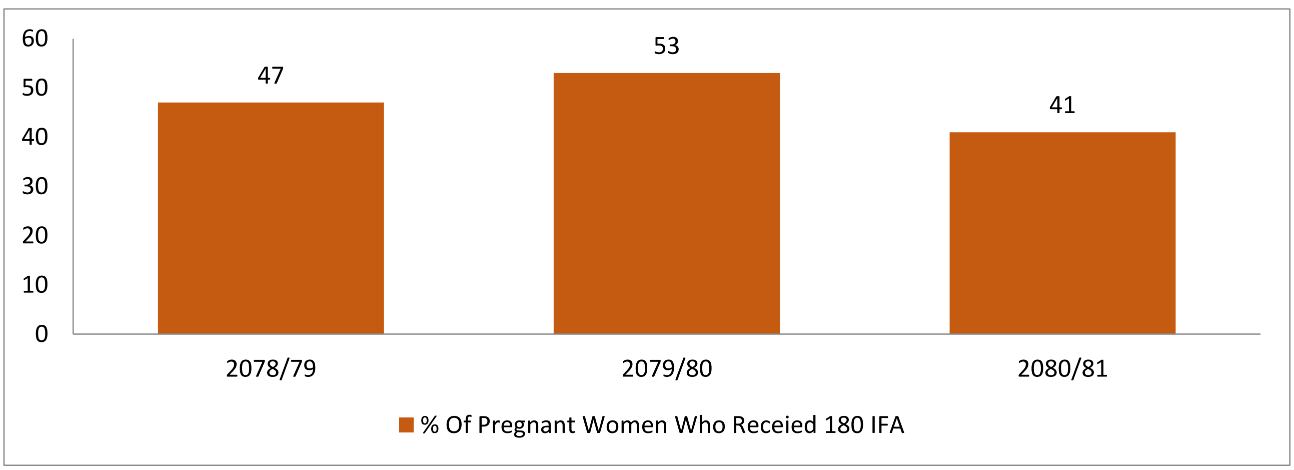
- प्रजनन् उमेरका महिला तथा बालबालिकाहरूमा हुने प्रोटिन शक्ति कुपोषण (PEM) लाई घटाउने।
- गर्भवती महिला तथा बालबालिकाहरूमा लौह तत्वको कमीले हुने रक्तअल्पताको दरलाई कम गर्ने।
- आयोडिनको कमीले हुने विकृतिहरु तथा भिटामिन ए को कमी बाट हुनेरोग वा अवस्थालाई उन्मूलन गर्ने र सो अवस्थालाई कायमै राख्ने।
- गर्भवती तथा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा हुने परजीवी प्रकोपलाई कम गर्ने।
- कम तौलको जन्म दरलाई न्यूनी करण गर्ने।
- जनताको पोषण स्थितिमा सुधार गर्नका लागि आहारसम्बन्धी असल बानीको अभ्यासलाई प्रवर्धन गर्ने।
- पोषण स्थितिमा सुधार ल्याउन तथा बाल मृत्युदर घटाउनका लागि संक्रामक रोगहरुको रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्ने।

## पोषण सेवाको विश्लेषण

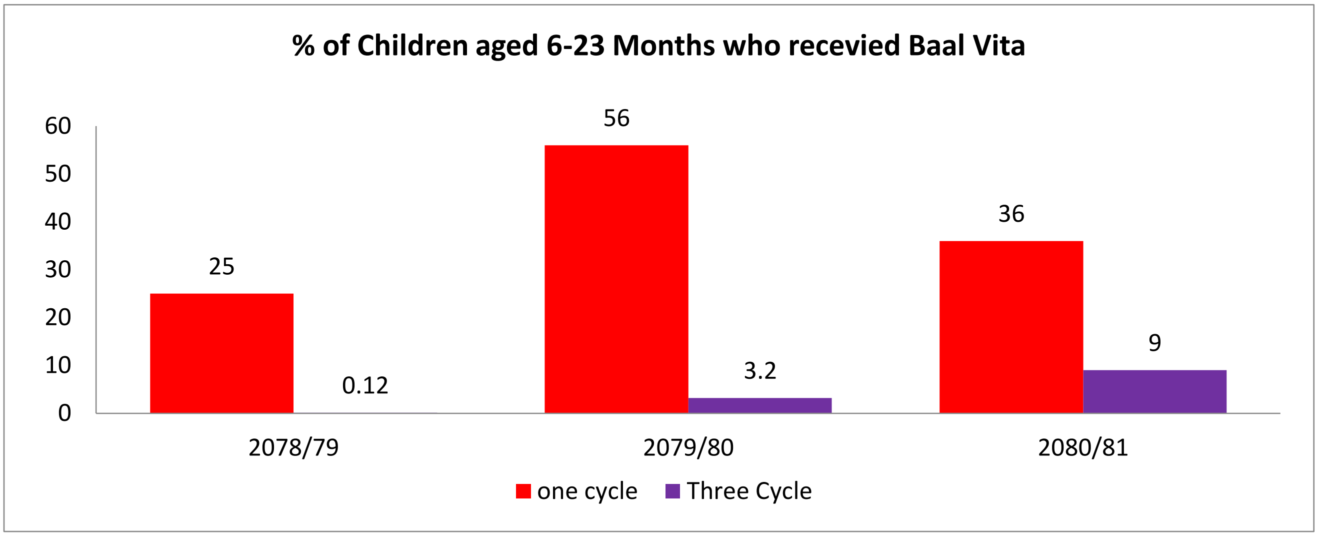


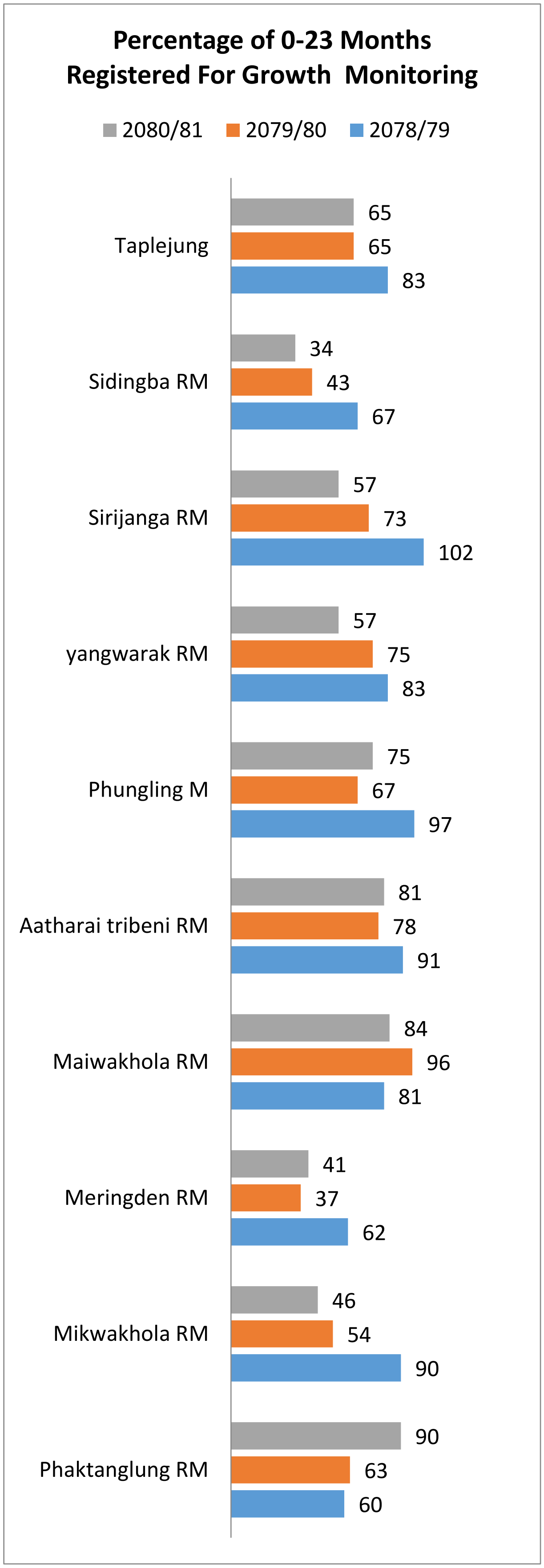

०-११ महिनाका बालबालिकाहरु स्वास्थ्य संस्थामा वृद्धि अनुगमन गराउनेको प्रतिशत आ.व. २०७८/७९ मा पहिलेको भन्दा केही बढी ८२ प्रतिशत रहे तापनि आ.व २०८० /८१ मा घटेर ६६ रहेको छ । त्यसैगरी, औसत वृद्धि अनुगमन आ.व. २०७८/७९ मा १० बाट आ.व. २०८० /८१ मा घटेर ५ पटक पुगेको छ, यस वर्षको डाटा हेर्दा बार्षिक १२ पटक हुनुपर्ने वृद्धि अनुगमनको तुलनामा यो न्यून रहेको छ।

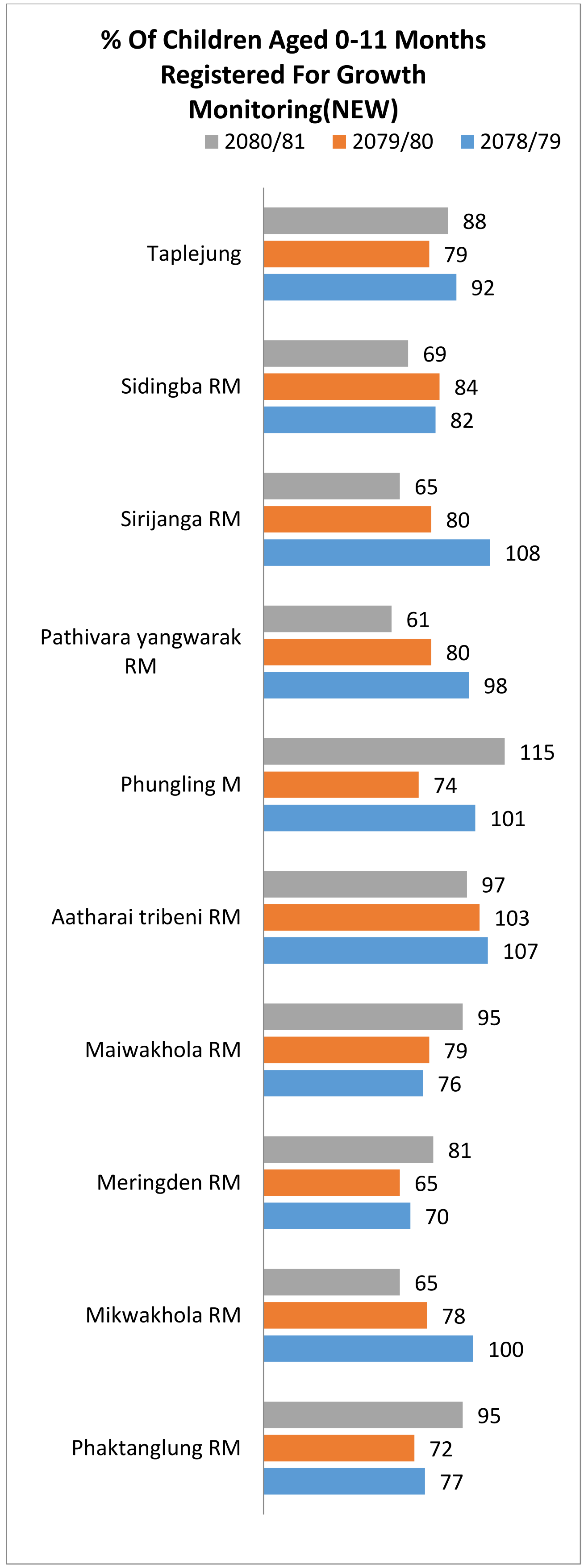



गर्भवती अवस्थामा १८० चक्की आइरन तथा फोलिक एसिड सेवन गर्ने महिलाहरुको प्रतिसत आ.व. २०७८/७९ मा ४७ देखि केही मात्रा बढेर आ.व. २०७९/८० मा ५३ रहेको र आ .व २०८०/८१ मा ४१ % छ जुन अझै घट्दो क्रममा छ । यसका कारणहरुमा विशेष गरी प्रोटोकल अनुसार गर्भवती जाँच मा ल्याउन नसक्नु, गर्भवती आमाहरु विभिन्न स्वास्थ्य संस्थामा गई जाँच गराउने र सो को अभिलेखीकरण गर्ने नगर्नु,HMISमा त्यस्ता आमा हरुको trackingगरि अभिलेख राख्ने खण्ड नहुनु आदि रहेका छन्।




६ महिना देखि २३ महिनासम्मका बालबालिकाहरुलाई सुक्ष्म पोषकतत्व बालभिटा वितरणको प्रगति एक पटक खुवाउने भन्दा पुरै तिन पटक खुवाउनेको प्रतिशत धेरै नै कम देखिन्छ। एक चरण र तिन चरण पुरा लिनेको प्रतिशत क्रमश आव..२०७८/७९मा २५ र ०.१२ प्रतिसत रहेको आ.व. २०७९/८० मा ५६,३.२ प्रतिसत त्यसै गरि आ.व. २०८०/८१ ३६,९ प्रतिसतमा रहेको छ।यस्तो हुनुमा मुख्यतया वालभिटाको समयमा आपूर्ति नहुनु, पालिका बाट समयमा माग नआउनु ,परिवारले खुवाउन नलैजानु,स्वास्थ्यकर्मी बाट उचित परामर्श तथा नियमित फलोअपमा ध्यान नदिनु,आदि रहेको छन् ।


Percentage of 0-23 Months Registered For Growth Monitoring
2080/81
2079/80
2078/79
Taplejung
65
65
83
Sidingba RM
34
43
67
Sirijanga RM
57
73
102
yangwarak RM
57
75
83
Phungling M
75
67
97
Aatharai tribeni RM
81
78
91
Maiwakhola RM
84
96
81
Meringden RM
41
37
62
Mikwakhola RM
46
54
90
Phaktanglung RM
90
63
60


% Of Children Aged 0-11 Months Registered For Growth Monitoring(NEW)
2080/81
2079/80
2078/79
Taplejung
88
79
92
Sidingba RM
69
84
82
Sirijanga RM
65
80
108
Pathivara yangwarak RM
61
80
98
Phungling M
115
74
101
Aatharai tribeni RM
97
103
107
Maiwakhola RM
95
79
76
Meringden RM
81
65
70
Mikwakhola RM
65
78
100
Phaktanglung RM
95
72
77

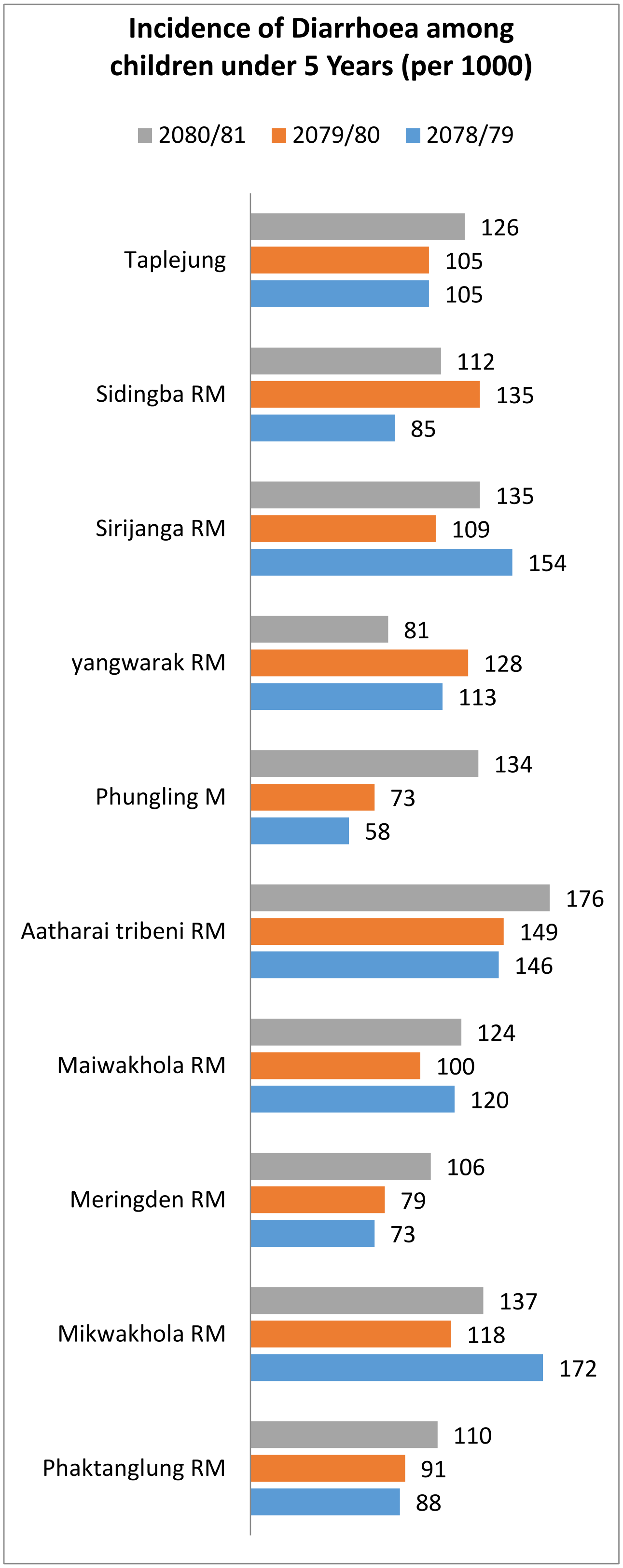
## शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

५ बर्ष मुनिका बालबालिकामा देखिने शीघ्र कुपोषणको उपचार बहिरंग तथा अन्तरंग सेवा मार्फत र समुदायमा व्यवस्थापन गर्न आ.व. २०६६/६७मा पाँच जिल्लामा पाइलोटिंग गरि समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सुरुवात गरियो। आव..२०७६८।७९ मा पाइलोटिंगको मूल्यांकन पश्चात कार्यक्रमको नाम परिमार्जित गरी शीघ्रकुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम बनाईय ( ११ कंचनपुर, मुगु, बर्दिया, जाजरकोट, जुम्ला, कपिलवस्तु, सर्लाही, धनुषा, सप्तरी, र ओखलढुंगा ) लागु गरियो।२०७२ सालको भूकम्प पश्चात १४ अति प्रभावित जिल्लाहरुमा यो कार्यक्रमलाई बिस्तार गरियो।त्यसै गरी, आ.व. २०७३/७४ मा कर्णालीका ७ जिल्लामा थपियो।

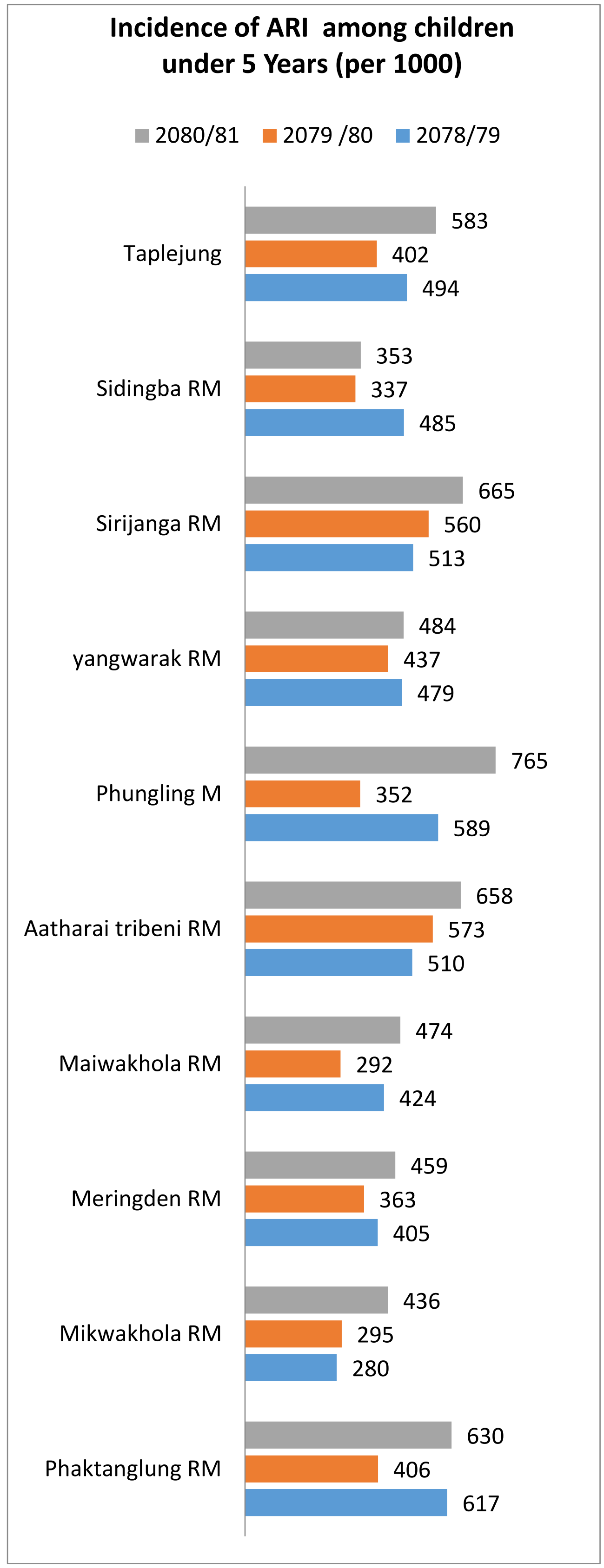
**पोषणकार्यक्रममादेखिएका मुख्य उपलब्धि, समस्या ,कारण र सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु**

| मुख्य उपलब्धीहरु | कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्याहरु | कारणहरु | सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु |
|---|---|---|---|
| ✓ ANC तथाPNCमाIFA दिईएको<br>✓ वृद्धि अनुगमनमा दर्ता भएका बच्चाको प्रतिसत राम्रो रहेको<br>✓ सुआहरा कार्यक्रम मार्फत onsitecoachingगरिपृष्ठपोषण दिईएको<br>✓ नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरिएको। | ✓ औसतवृद्धि अनुगमन अत्यन्तै न्युन रहनु<br>✓ सक्रिय शिघ्र कुपोषित बच्चाको खोजिमा कमी हुनु<br>✓ सेवारजिस्टर पूर्णरुपमा नाभारिनु, पोषणको बर्गीकरण एकदमै न्यून रहनु, पूर्ण वर्गीकरण नहुनु, आदि।<br>✓ ०-५९ महिनाको बच्चा जाँचमा कमि। | ✓ तालिम प्राप्त कर्मचारी न्यून मात्रामा हुनु।<br>✓ HMIS तालिम प्राप्त कर्मचारीको कमी ।<br>✓ अभिलेख पूर्ण नराखु।<br>✓ स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा विभाग बाट विभिन्न समयमा जारी गरिएका नीति तथा निर्देशिकाहरुको अध्ययन तथा पालना मा सबै | ✓ अभिलेखतथा प्रतिवेदन शिपको विकास गर्ने।<br>✓ पोषण , CBIMNCI ,IMAMको तालिम प्रदान गर्नु पर्ने।<br>✓ case finding तथा referralको लागि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका को basicतथा refresher तालिम प्रदान गर्नुपर्ने।<br>✓ पालिका तथा स्वास्थ्य कार्यालयबाट |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ✓ पूर्ण स्तनपान तथा उचित समयमा पुरक खाना खुवाउन गर्नुपर्ने परामर्श तथा अभिलेखीकरण मा कमी हुनु।<br>✓ शीघ्र कुपोषित बच्चा हरुको सक्रिय खोजि तथा उपचारमा कमी | स्वास्थ्य शाखाहरुकोसक्रिय पालनामा कमि रहनु | नियमित अनुगमन तथा onsite coachingप्रदान गर्ने। |



Incidence of Diarrhoea among children under 5 Years (per 1000)
2080/81
2079/80
2078/79
Taplejung
126
105
105
Sidingba RM
112
135
85
Sirijanga RM
135
109
154
yangwarak RM
81
128
113
Phungling M
134
73
58
Aatharai tribeni RM
176
149
146
Maiwakhola RM
124
100
120
Meringden RM
106
79
73
Mikwakhola RM
137
118
172
Phaktanglung RM
110
91
88

Incidence of ARI among children under 5 Years (per 1000)
2080/81
2079 /80
2078/79
Taplejung
583
402
494
Sidingba RM
353
337
485
Sirijanga RM
665
560
513
yangwarak RM
484
437
479
Phungling M
765
352
589
Aatharai tribeni RM
658
573
510
Maiwakhola RM
474
292
424
Meringden RM
459
363
405
Mikwakhola RM
436
295
280
Phaktanglung RM
630
406
617

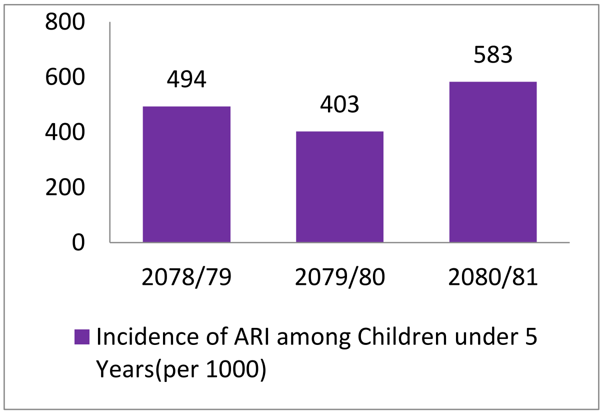
## समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

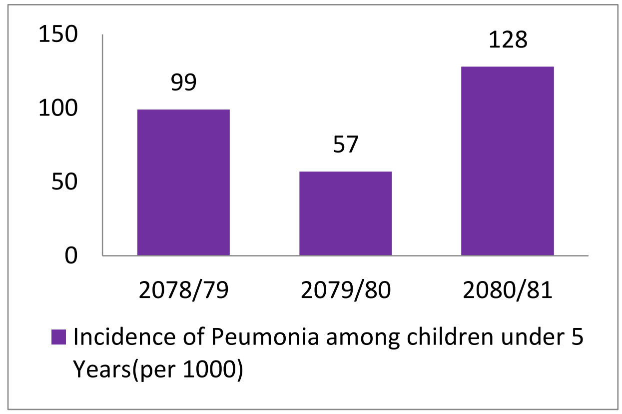
### परिचय

नेपालमा बाल बचाउ कार्यक्रम अन्तर्गत झाडापखाला रोग नियन्त्रण कार्यक्रम सन् १९८३ देखि ,स्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग नियन्त्रण) ARI(कार्यक्रम पनि सन् १९८७ बाट सुरु भएको हो। सन् १९९५/९६ देखि समुदायमा आधारित स्वासप्रश्वस(CB-ARI) (कार्यक्रमको परिक्षण) पाईलोटिंग भयो। सन् १९९७/९८ मा स्वासप्रश्वस रोग नियन्त्रण गर्ने कार्य समुदायमा आधारित स्वासप्रश्वस रत्यो सँगै झाडापखाला रोग नियन्त्रण गर्ने कार्य समाहित हुँदै समुदायमा आधारित स्वासप्रश्वस र झाडापखाला रोग नियन्त्रण CBAC कार्यक्रमको रुपमा विकास भयो। यस कार्यक्रममा पोषण तथा खोप कार्यक्रमलाई पनि विशेष जोड दिइयो। अर्कोतर्फ सन्१९९७ देखि IMCI कार्यक्रम मोहत्तरी जिल्लाबाट स्वास्थ्य संस्था स्थरमाशुरु भयो तर कार्यक्रम त्यति प्रभावकारी हुन सकेन। सन् १९९७ मै समुदायमा आधारित स्वासप्रश्वस र झाडापखाला रोग नियन्त्रणको मुल्यांकन भयो र सो कार्यक्रम निकै प्रभावकारी भएको पाइयो। सन् २००५ सम्म नेपालले बाल मृत्युदर घटाउन उल्लेखनीय सफलता हासिल गरेको थियो तर पनि नवजात शिशुको मृत्युदर भने सोही अनुरुप घटाउन सकिएको थिएन। नवजात शिशुलाई लक्षित गरेर कुनैपनि कार्यक्रम नभएकाले मृत्युदर घटाउन सकिएको थिएन। नेपालमा नवजात शिशुको मृत्युको प्रमुख कारणहरुमा संक्रमण ,जन्मदा निसासिनु ,कम जन्म तौल र शिताङ्ग हुनु हो।

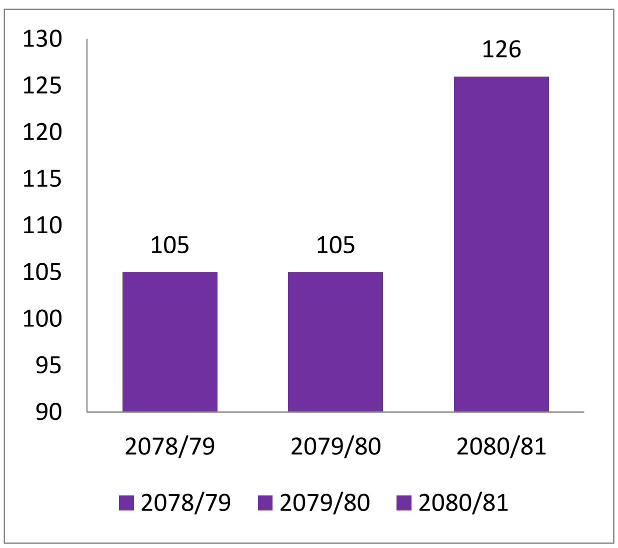
सन् २००४ मा स्वीकृत गरिएको राष्ट्रिय नवजात शिशु स्वास्थ्य रणनीतिबाट अभिप्रेरित भई सन् २००७ मा समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रममा सातवटा क्रियाकलापहरुलाई विशेष जोड दिई समावेश गरिएको थियो। जस्तै ,व्यवार परिवर्तनका लागि सञ्चार ,स्वास्थ्य संस्थामै प्रसुति गराउन प्रबर्द्धन गर्ने ,नवजात शिशु र सुत्केरी आमाको अनुगमन भेट ,ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर संक्रमणको व्यवस्थापन गर्ने ,जन्मदा कम तौल भएका शिशुको मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन गर्ने ,सिताङ्गको रोकथाम ,मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन र निसासिएको शिशुको मूल्याङ्कन तथा व्यवस्थापन तरिका आदि। समुदायमा आधारित नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रमलाई विस्तार गर्दै लगियो र सन् २०११ सेप्टेम्बरमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले नाभीमा हुने संक्रमणको रोकथाम तथा व्यवस्थापनका लागि नाभी सुरक्षाकार्यक्रम) 4% chlorohexidine Gel)नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम अन्तर्गत लागु भएपश्चात यो कार्यक्रम ४१ जिल्लामा लागु समेत भएको हो ।

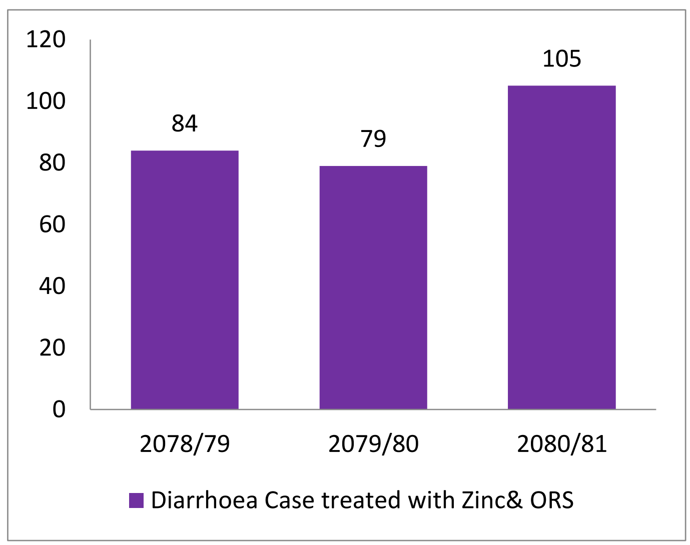
समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत ब्यवस्थापन कार्यक्रमको सूचकहरु




५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको विगत तिन बर्षको स्वासप्रश्वस दरको विश्लेषण गर्दा आव..२०७९/८०मा ४०३ प्रति १००० बाट आव..२०८० /८१ मा बढेर ५८३ मा पुगेको देखिन्छ। त्यसैगरी, भर्ना भएका कुल नयाँ बिरामी मध्ये निमोनिया हुनेको दर आ.व.आव..२०८० /८१ मा १२८ प्रति हजार रहेको छ ।




५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको बिगत तिन बर्षको झाडापखालाको दरको विश्लेषण गर्दा आ.व.२०७८/७९ र २०७९/८० मा १०५ मा रहेको देखिन्छ भने आ.व २०८०/८१ मा १२६ रहेको छ। साथै ,पुनर्जलीय झोल तथा जिंक बाट उपचार गरिएको प्रतिशत १०५ रहेको छ।

**CBIMNCI कार्यक्रममा देखिएका मुख्य उपलब्धि, समस्या ,कारण र सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु**

| मुख्य उपलब्धीहरु | कार्य प्रगतिमा देखिएका समस्याहरु | कारणहरु | सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु |
|---|---|---|---|
| ✓ कडा निमोनिया तथा कडा जलवियोजन भएकाबच्चाको उचित व्यवस्थापन भएको। ✓ व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर सङ्क्रमणको उपचार सही तरिकाले गरिएको। ✓ सुआहारा कार्यक्रम मार्फत RDQAतथा onsitecoaching ✓गरिएको। ✓ नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गरिएको। | ✓समायोजनपश्चात तालिम प्राप्त तथा स्थायी स्वास्थ्यकर्मी जिल्लावाट गएकोले कार्य सम्पादन तथा गुणस्तर कायम गर्न कठिनाइ। ✓सेवारजिस्टर पूर्णरुपमा नाभारिनु, पोषणको बर्गिकरण एकदमै न्यून रहनु, पूर्ण वर्गीकरण नहुनु, आदि। ✓०-५९ महिनाको बच्चा जाँचमा कमी। ✓**Antibiotics** तथा **zinc** र **ORS** मा कमी रहनु | ✓तालिम प्राप्त कर्मचारी न्यून मात्रामा हुनु। ✓ SI MHतालिम प्राप्त कर्मचारीको कमी। ✓अभिलेख पूर्ण नराख्नु । | ✓अभिलेख तथा प्रतिवेदन शिपको विकास गर्ने। ✓पोषण, **CBIMNCI IMAM** को तालिम प्रदान गर्नु पर्ने। ✓महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको लागि**basic**तथा**refresher** तालिम प्रदान गर्नुपर्ने। ✓पालिका तथा स्वास्थ्य कार्यालयबाट नियमित अनुगमन तथा onsitecoaching प्रदान गर्ने। |

## परिवार कल्याण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति 1991(2048) र प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यनीति 1998(2054) ले निर्दिष्ट गरेको प्रजनन् स्वास्थ्य अन्तर्गतका विभिन्न कार्यक्रमहरुका विवरण, हिसाव र लागत सन् 12/2011(आ.ब २०६७।६८) अघि छुट्टै हुने गर्दथ्यो ।यसले गर्दा विभिन्न कार्यक्रमहरुको एकीकृत रुपमा योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन ,अनुगमन र मुल्यांकनमा हुने असजिलोपना हटाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमको सम्पूर्ण कार्यक्रमहरुलाई एउटै छातामुनि ल्याई कार्यन्वयन गर्ने अवधारणा ल्याएको हो।त्यसकारण यी कार्यक्रमहरुलाई एकीकृत महिला तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रमभनेर सन २०११ देखि एकमुष्ठ रुपमा योजना तर्जुमा कार्यन्वयन अनुगमन र मुल्यांकन गर्न थालिएको हो।

तल उल्लेखित विभिन्न कार्यक्रमहरुलाई एकीकृत प्रजनन् स्वास्थ्यको प्याकेज अन्तर्गत राखिएको छ।

- परिवार नियोजन कार्यक्रम
- सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (आमा सुरक्षा कार्यक्रम)
- गर्भपतनका जटिलताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम
- आङ खस्ने रोकथाम तथा नियन्त्रन कार्यक्रम
- महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंमसेवक कार्यक्रम
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम
- किशोर-किशोरी प्रजनन् स्वास्थ्य कार्यक्रम
- फिस्टुला रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
- बाँझोपनाको रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यक्रम
- प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि साना अनुसन्धान कार्यक्रम
- पाठेघरको मुखको क्यान्सरको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम

## परिवार योजना कार्यक्रम

**पृष्ठभूमि**

राष्ट्रिय परिवार नियोजन कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य गुणस्तरीय परिवार नियोजन सेवाको पहुँचमा अभिबृद्धि गरी त्यसबाट आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सुधार गर्दै समग्र परिवारको गुणस्तरीय जीवनमा सुधार गर्नु रहेको छ ।परिवार नियोजन शब्द आउनु भन्दा अगाडि जन्म नियन्त्रण (Birth Control) बाट सुरुवात भएको हो ।

परिवार नियोजन कार्यक्रमलाई लागत प्रभावकारी बनाउन हाल नेपालले परिवार नियजनको राष्ट्रिय लागत कार्यान्वयनको योजना (National cost Implementation Plan of Family planning 2015-2020) को अवधारणा अगाडि सारिएको छ।

**दुर दृष्टि (vision);**

प्रत्येक व्यक्तिलाई उनीहरुको प्रजनन् तथा यौन अधिकार आवश्यकता अनुसार पुरा गराई सुखी, समृद्ध तथा स्वस्थ परिवार निर्माण गर्नु सहेको छ।

**लक्ष्य(Goal) :**

विशेष गरी गरीब , सिमान्तकृत तथा जोखीममा रहेका महिला र किशोरीहरुलाई परिवार नियोजनका साधनहरुको बारेमा आवश्यक जानकारीहरु गराई परिवार योजना आफैले साधनहरु छनौट गरी सबैलाई सामान तबरले पहुँचमा पुर्याईसेवा प्रदान गर्नु हो।

**रणनीतिक कार्यान्वयन क्षेत्रहरु :**

समुचित वातावरण

माग बढाउने गतिविधि

निरन्तर सेवा

क्षमता अभिबृद्धि

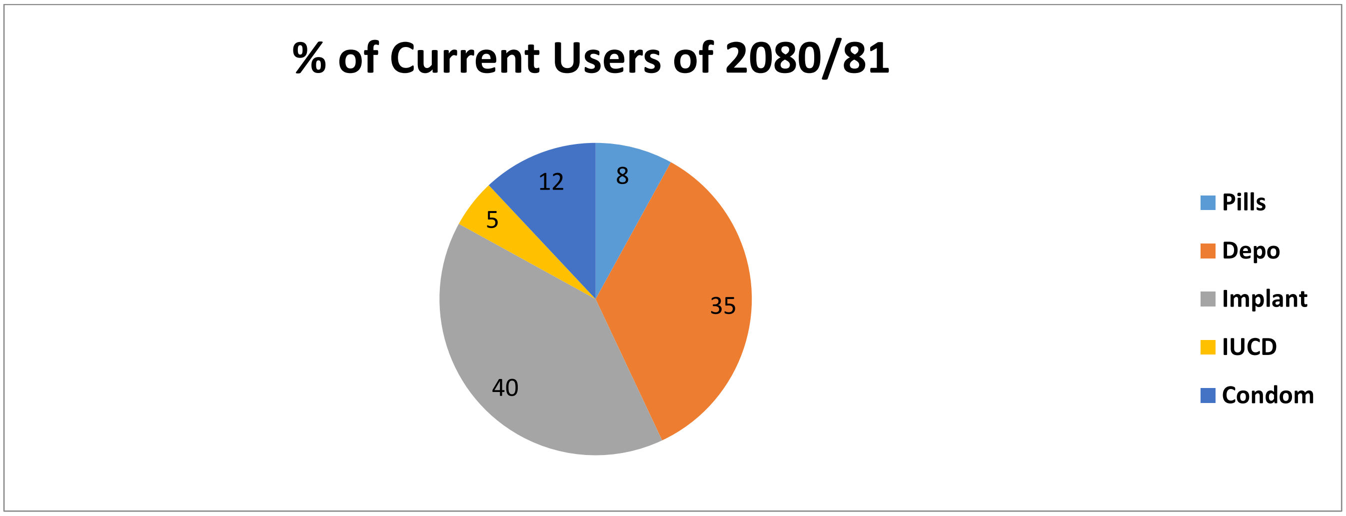
खोज तथा अनुसन्धान

**परिवार नियोजन कार्यक्रमका सूचकहरुको अवस्था तथा दिगो विकास लक्ष्य**

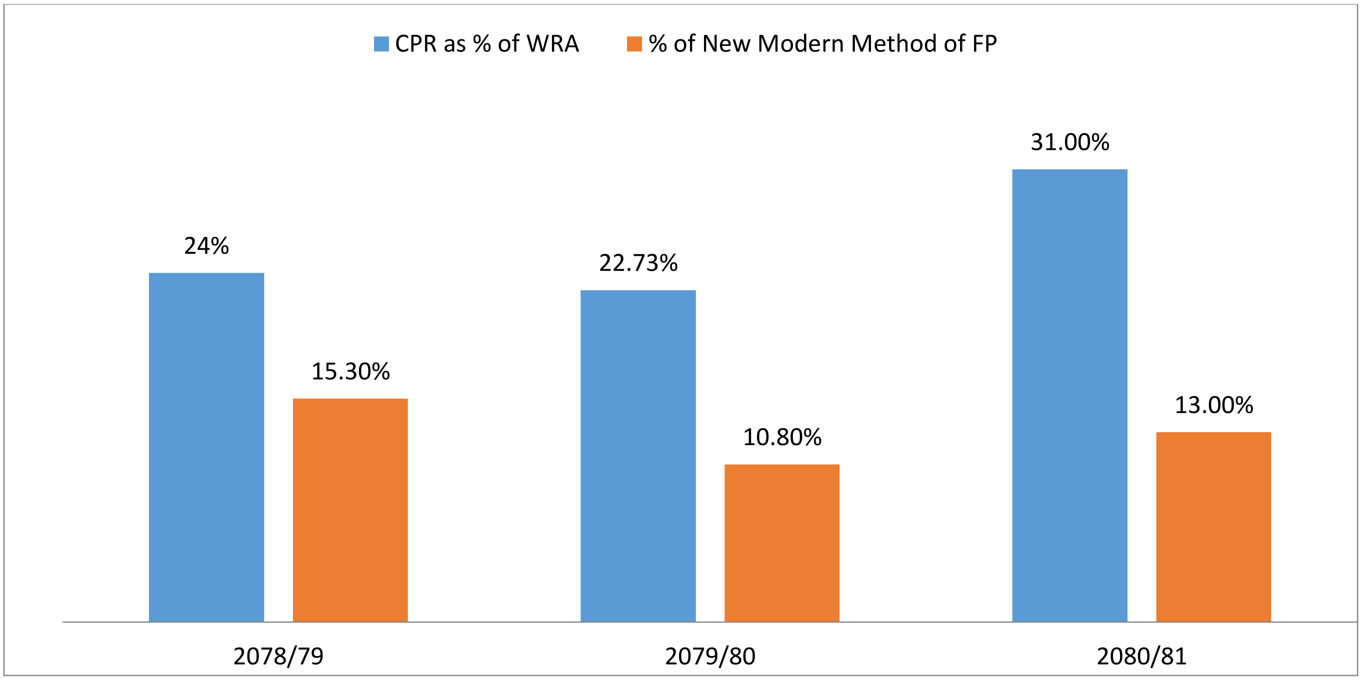
| सुचक(Indicator) | हालको अवस्था(नेपाल) | ताप्लेजुङ | दिगोविकास लक्ष्य(2030) |
|---|---|---|---|
| CPR | 57 All method (NDHS 2022) | २२ | 60 |
| TFR | 2.1 NDHS 2022 | NA | 2.0 |
| Adolescent fertility15-49 population/1000 | 63 (2019 MICS survey) | NA | 30 |
| Unmet need of F.P | 21 NDHS 2022 | NA | 1 |

## विश्लेषण

**Total current user of all methods-6944**




माथि देखाइएको ग्राफमा परिवार नियोजनको मिश्रित साधनको लगातार प्रयोगकर्ता देखाइएको छ ।सबै साधन प्रयोग गर्ने को संख्या ६९४४ रहेको छ जसमा जम्मा प्रयोगकर्ता मध्ये ४० प्रतिशतले लामो अवधीको अस्थायी साधन इम्प्लान्ट अपनाएका छन भने सबै भन्दा कम ५ प्रतिशतले IUCD स्थायी साधन प्रयोग गरेका छन। त्यसै गरी लामो समयका लागि अवाञ्छित गर्भबाट बचावट हुने र मातृ मृत्यु दरमा कमी ल्याउन तथा समग्र प्रजनन् सवास्थ्यको अवस्था स्वस्थ रहने देखिन्छ ।




माथिको ग्राफमा परिवार नियोजनको लगातार प्रगोगकर्तको प्रयोग दर ( CPR) प्रजनन् उमेरका विवाहित तथा अविवाहित दुवै समूहमा दाँजिएको छ। आ.ब २०७९/८० भन्दा आ.ब २०८०।८१ मा बढेको देखिन्छ ।

**परिवार नियोजन कार्यक्रम मुख्य चुनौतिहरु तथा समाधानका लागी गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु**

| मुख्य चुनौतिहर | समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु | जिम्मेबार निकाय |
|---|---|---|
| कम सि.पि.आर | स्वास्थयकर्मीहरुलाई तालिम तथा लार्क(LARC) सेवाको विस्तार | राष्ट्रिय तथा प्रदेश तालिम केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यालय ,स्थानीयतह |
| पाँच किसिमकै आधुनिक प.नि सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या कम | पाँच किसिमकै आधुनिक प.नि सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाको संख्या विस्तार गर्दै जाने । | स्थानीयतह , स्वास्थ्य कार्यालय |
| बर्षैभरि स्थायी बन्ध्याकरण सेवा उपलब्ध नहुनु | जिल्ला अस्पताल ताप्लेजुङ्गमा बर्षै भरि स्थायी बन्ध्याकरण सेवा उपलब्ध गराउने | स्वास्थ्य सेवा विभाग, ताप्लेजुङ्ग अस्पताल, स्वास्थ्य कार्यालय |

## सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका कार्यक्रम

**राष्ट्रिय सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंमसेविका कर्यक्रमको ध्येय :**

- महिला शसक्तिकरण गरी उनीहरुको स्वास्थ्य सम्बन्धि ज्ञान तथा क्षमतामा अभिबृद्धि गरी स्वास्थ्य सम्बन्धि जनचेतना प्रबद्धन गर्ने ।
- राष्ट्रले संचालन गरेका विभिन्न जनस्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रमहरुमा समुदायको सहभागिता जुटाई राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुराउने ।

**उद्देश्यः**

- ✓ स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको लागि स्थानीय व्यक्तिको रुपमा स्वयं उत्प्रेरित स्वयंसेवक तयारी गर्ने।
- ✓ समुदाय र स्वास्थ्य सेवाको बिचमा स्वयंम सेवकको रुपमा रही पुलको काम गर्ने।
- ✓ समुदायको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधारका लागि स्वास्थ्य कार्यक्रमहरु कार्यान्वयन गर्न सहयोग पुर्याउने ।
- ✓ स्वयंम सेविकाहरुलाई स्वास्थ्यको लागि उत्प्रेरकको रुपमा विकास गर्ने ।
- ✓ स्वास्थ्य सेवाको मांग बढाई स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा उपयोगितामा बृद्धि गर्ने।

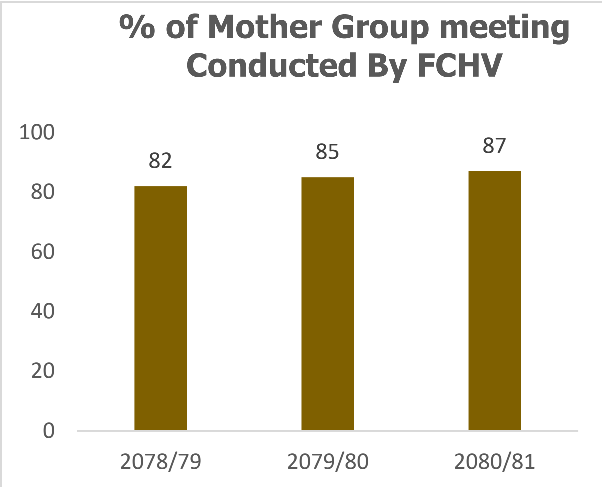
**कार्यक्रमको रणनितिहरुः**

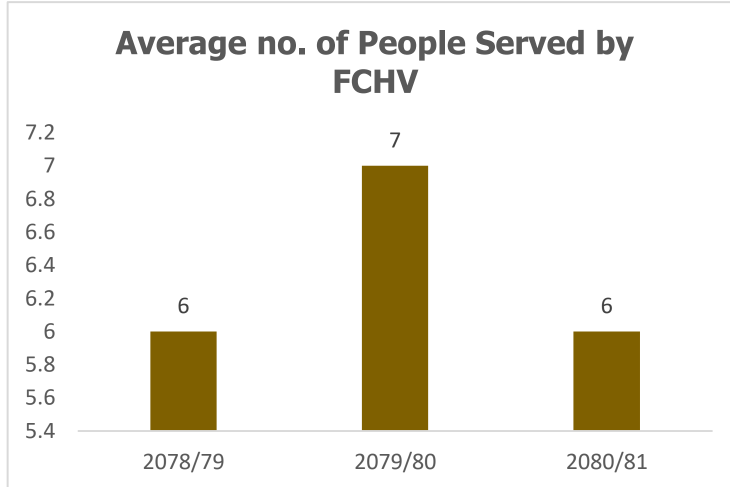
- स्वास्थ्य आमासमूहको गठन तथा पुनरजागरण गरी आमा समूहलाई सक्रिय बनाउने ।
- सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाको संसोधित रणनीति २०७६ अनुसार छनौट तथा विदाई गर्ने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई तालिम दिई क्षमता अभिबृद्धि गर्ने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको कार्य प्रगतिको समीक्षा गर्न बर्षमा २ पटक समीक्षा बैठक गर्ने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई आफनो काममा अझ उत्प्रेरित गर्न उनीहरुलाई लक्षित गरी उत्प्रेरणाका कार्यक्रमहरु संचालन गर्ने।
- कार्यक्रमलाई दिगोपना दिन महिला स्वास्थ्य स्वयंम सेविका कोष स्थापना गरी उक्त कोषलाई बृद्धि गर्दै जाने।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई राज्यबाट दिने सेवा सुविधा अभिबृद्धि गर्दै जाने ।

**महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुबाट सम्पादीत मुख्य कार्यहरु:**

- स्वास्थ्य आमा समुहको बैठक संचालन तथा स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी मुलक सन्देशहरु बारे छलफल
- समुदायको लक्षित समूहमा स्वास्थ्य शिक्षा ।
- गर्भवती जाँचका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेशण तथा गभर्वतीलाई आइरन चक्की  वितरण ।
- नव दम्पतीहरु लाई परिवार नियोजन परामर्श सेवाका लागि प्रेक्षण तथा पिल्स तथा कण्डम वितरण
- स्याटेलाईट क्लिनिक तथा परिवार नियोजन स्थायी बन्ध्याकरण शिविर संचालनमा सेवाग्राहीको खोज पड्ताल गरी सेवा दिने स्थान सम्म पुर्याउने ।
- ५ बर्ष मुनिका बालबालिकाहरुको सामान्य स्वास्थ्य जाँच, परामर्श तथा स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण ।
- झाडा-पखालाको उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि जिंक चक्की तथा पुनर्जलीय झोल वितरण
- गाँउघर क्लिनिक तथा खोप क्लिनिकमा संचालनमा सहयोग तथा खोप लगाउन छुटेका बच्चाहरुको खोजी गरी सेवाको पहुँचमा ल्याउने ।
- प्राथमिक उपचार तथा प्रेषण ।
- राष्ट्रिय भिटामिन ए तथा जुकाको औषधि आम वितरण कार्यक्रम संचालन ।
- सुत्केरीलाई भिटामिन ए क्याप्सुल वितरण ।
- समय समयमा संचालित राष्ट्रिय अभियानमा सहयोग ।
- स्वास्थ्य संचालन हुने मासिक बैठकमा सहभागी भई प्रतिवेदन पेश गर्ने।

**कार्यक्रमको विश्लेषण:**




माथि देखाइएको ग्राफहरुमामा आमा समूहको बैठक तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले औषत सेवा प्रतिस्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रतिमहिना दिईएको सेवाको विश्लेषण गर्न सहज गरेको छ । माथिका ग्राफहरुले आमा समुहको बैठक गत पहिलेका आर्थिक बर्षभन्दा बढदो क्रममा देखिन्छ। यस बर्ष आधारभूत तालिम नलिएका महिला सामूदायिक स्वास्थ्य स्वयंम सेविकाहरुलाईमा जिल्लामा बोलाई १० दिनको basic र refresherतालिम दिने कार्य सफलता पूर्वक सम्पन्न गरिएको छ।

**कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका उपायहरु :**

| समस्याहरु | समाधानका उपायहरु | जिम्मेबार निकाय |
|---|---|---|
| महिलास्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको परिचालनमा कमी। | महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुलाई कामको आधारमा प्रोत्साहन गर्ने । | स्थानीय तह/स्वास्थ्य कार्यालय |

## गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

### पृष्ठभूमि

**1. सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु सेवा**

- गर्भवती, सुत्केरी तथा नवशिशुको हेरचाह
- आईरन चक्की तथा जुकाको औषधी वितरण
- गर्भ अवस्थामा खतराका लक्षण भएका गर्भवती लाई प्रेषण

**2. परिवार नियोजन सेवा**

- डिपो, पिल्स तथा कण्डम सेवा प्रदान
- नियमित प.नि साधन प्रयोग कर्ताको अनुगमन
- प.नि साधनहरु बारे परामर्श तथा आकस्मिक गर्भ निरोधका बारे जानकारी गराउने
- आई.यु.सि.डि , इम्प्लान्ट तथा स्थायी बन्ध्याकरण सम्बन्धि परामर्श तथा प्रेषण
- प.नि सेवामा नियमित नभएका सेवाग्राहीहरुको खोज-पडताल।

**3. बाल स्वास्थ्य सेवा**

- २ बर्ष मुनिका बाल-बालिकाहरुको बृद्धि अनुगमन
- निमोनिया तथा झाडा-पखालाको उपचार

**4. स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा**

- परिवार नियोजन
- सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु हेरचाह

**5. प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि**

- एस.टी.आइ, एच.आइ.भि/एड्स
- किशोर-किशोरी यौंन तथा प्रजनन् सवास्थ्य

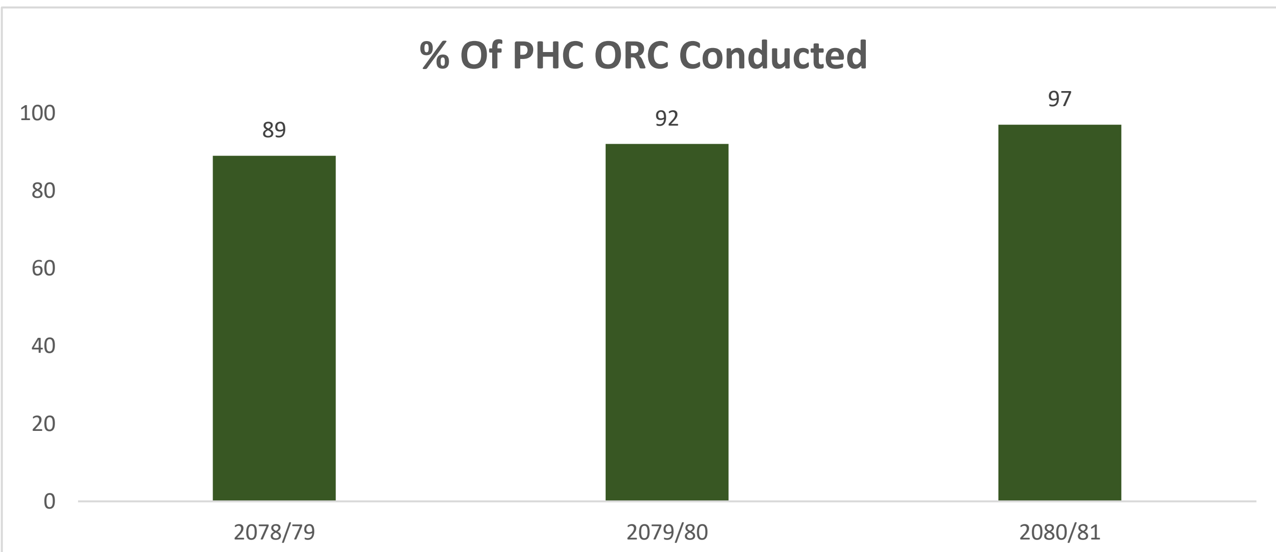
**6. प्राथमिक उपचारः**

साधारण स्वास्थ्य समस्या र चोट पटकको प्राथमिक उपचार तथा जटिल समस्या भएकालाई प्रेषण गर्ने ।

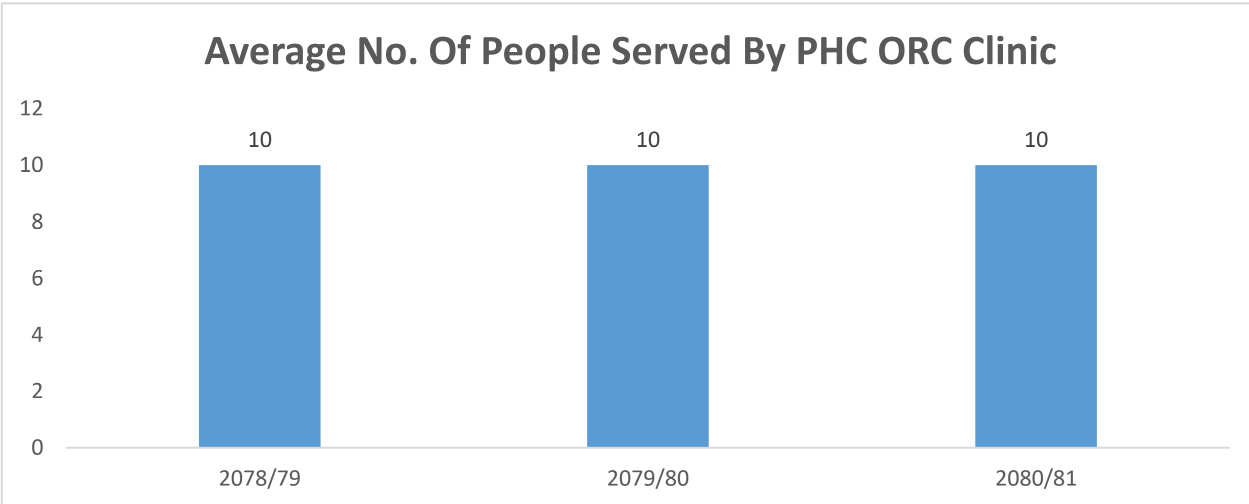
**गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमका रणनीतिहरु :**

- साविक अनुसारका प्रत्येक गा.वि.स मा ३ देखि ५ वटा गाउँघर क्लिनिक स्थापना गर्ने ।
- क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन गर्न स्थानीय स्तरमा क्लिनिक व्यवस्थापन समिति बनाउने ।
- क्लिनिक संचालन गर्न मिति, स्थान र समय निर्धारण गर्ने ।
- क्लिनिक संचालनको लागि स्थानीय स्वास्थ्यकर्मीलाई जिम्मेवारी दिने।
- क्लिनिक संचालनका लागि आवश्यक औषधि तथा उपकरणहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन गर्ने
- क्लिनिक संचालन तथा व्यवस्थापन समितिका सदस्यहरुलाई अभिमुखीकरण गर्ने ।
- क्लिनिकको अनुगमन सुपरीवेक्षण गर्ने र आवश्यकताअनुसार क्लिनिक थप घट गर्ने।
- क्लिनिकबाट दिइने सेवाहरुबारे जनसाधारणमा व्यापक प्रचार गर्ने ।
- क्लिनिकको लागि चाहिने भौतिक सामग्री स्थानीय स्तरबाट व्यवस्थापन गर्न अभिप्रेरित गर्ने।

**कार्यक्रमको विश्लेषण:**




माथि देखाइएको ग्राफले विगतका बर्षमा भन्दा बढदो क्रममा देखिन्छ।




माथि देखाइएको ग्राफहरुले प्रति महिना प्रति गाउँघर क्लिनिक सेवा पाएका औषत सेवाग्राही संख्यालाई देखाइएको छ ।विगतका आर्थिक बर्ष र २०८०/८१ को तथ्याङक हेर्दा उस्तै नै रहेको छ। सेवाग्राहीको संख्या नबढ्नुको कारण नेपाल सरकारको प्रत्येक वडामा आधारभुत स्वास्थ्य ईकाई स्थापना गर्ने रणनीतिअनुसार वडा स्तरमा नयाँ स्वास्थ्य संस्थाहरु स्थापना हुँदै गएको कारणले गाँउघर क्लिनिकहरुमा सेवा ग्राहीको संख्या घट्दै गएको देखिन्छ ।

**गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको मुख्य समस्या तथा समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु :**

| मुख्य समस्या/चुनौति | समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलाप | जिम्मेवार निकाय |
|---|---|---|
| औषधी तथा औषधी जन्य सामग्री अपर्याप्तता तथा स्वास्थ्यकर्मीको अभाव | औषधी तथा अन्य सामग्रीहरुको माग पुर्ति गरी समायोजन पश्चात रिक्त रहेका स्वास्थ्यकर्मी हरुको पदपूर्ति। | स्थानीयतह तथा प्रदेश लोकसेवा आयोग । |

## सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य मातृ तथा नवशिशुको रोगात्मक अवस्था तथा मृत्यु दरमा कमी ल्याउनु रहेको छ ।प्रतिकारात्मक तथा प्रबर्द्धनात्मक कार्यक्रमको माध्यमबाट रोक्न सकिने मातृ तथा नवशिशु मृत्युदरलाई कम गर्न गर्भवती, प्रसुती तथा सुत्केरी अवस्थामा सबै किसिमका प्रतिकारात्मक तथा प्रबर्द्धनात्मक सेवाहरु लक्षित समूहमा पुर्याउन महत्वपूर्ण छ ।विशेष गरी विकासोन्मुख राष्ट्रहरुमा विभिन्न कारणहरुले गर्दा हुने गरेको तीन ढिलाइलाई कम गर्न सकेमा रोक्न सकिने मातृ तथा नवशिशु मृत्यु घटाउन सकिन्छ ।

- स्वास्थ्य सेवा लिनमा (निर्णय गर्नमा)ढिलाइ
- स्वास्थ्य संस्था पुग्नमा ढिलाइ
- स्वास्थ्य संस्थामा पुगे पछि सेवा दिनमा ढिलाइ

नेपालमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम सन् १९९७ (२०५४/५५)मा शुरुवात भए संगै मातृ मृत्यु तथा नव शिशु मृत्युमा निकै सुधार आएको छ। यस क्षेत्रमा नेपालले अन्त्रराष्ट्रिय पुरस्कार समेत प्राप्त गरी सकेको छ।

सुरक्षित प्रसुति एवंम नव शिशु सेवामा सुधार ल्याई मातृ तथा नवशिशु मृत्यु घटाई सह्रश्राब्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्न स्वास्थ्य सेवा विभाग, तत्कालीन परिवार स्वास्थ्य महाशाखा तथा हालको परिवार कल्याण महाशाखा अन्तर्गत विभिन्न कार्यक्रमहरु यस जिल्लामा संचालन हुदै आईरहेका छन्।तालिम प्राप्त दक्ष प्रसुतिकर्मीहरुको माध्यमबाट प्रसुति गराउन सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम दिइरहेको छ।२४सै घण्टा प्रसुतीसेवा प्रदान गर्न प्रसुती केन्द्रहरु स्थापना गरी स्वास्थ्यकर्मीहरुको व्यवस्था गर्दै आएको छ। सरकारले तोकेको स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क प्रसुतिसेवा दिने र ती स्वास्थ्य संस्थाहरुमा प्रसुती सेवा लिन आउने महिलाहरुलाई प्रसुती प्रोत्साहन रकमको व्यवस्था गरेर सेवाको माग बृद्धि गर्ने कार्यक्रम समेत संचालन गर्दै आएको छ।

**उद्देश्यः**

- दक्ष प्रसुतिकर्मीद्वारा स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती गराउने महिलाहरुको संख्या बृद्धि गराउने।
- समुदाय स्तरमा आमा तथा नवशिशुको खतराजनक जटिलताहरु जस्तैः- सुत्केरी अवस्थामा हुने अत्याधिक रक्तश्राव,Eclampsia,नवशिशुको श्वास-प्रश्वासमा हुने कठिनाई र संक्रमणको रोकथाम तथा व्यवस्थापन गराउने।
- दक्ष प्रसुतिकर्मीहरुबाट सेवा पाउन नसकेका महिलाहरुलाई सम्भव भए सम्म स्थानीय स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरुबाट गर्भवती सेवा, परिवार नियोजन सेवा, सुत्केरी सेवा र नवजात शिशु सेवा आदि उपलब्ध गराउन सक्षम बनाउने।
- जटिलतायुक्त गर्भवती एवंम प्रसुति अवस्थाहरु समयमा नै पहिचान गरी प्रेषण गर्न सक्ने बनाउने
- जोखिमपूर्ण अवस्थाका महिलाहरुलाई उपचार गर्नका लागि समयमा नै उपयुक्त CEONC केन्द्रमा प्रेषण गर्न आकस्मिक संचार र याताथातको व्यवस्थापन गर्ने।

सेवा प्रगती विश्लेषण

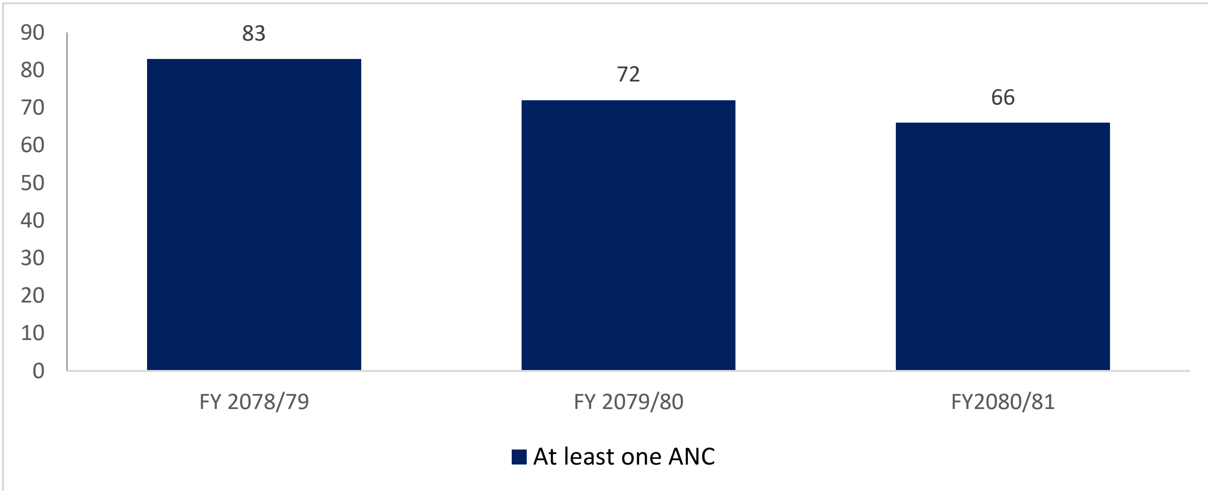
पूर्व प्रसव सेवा (Antenatal care)

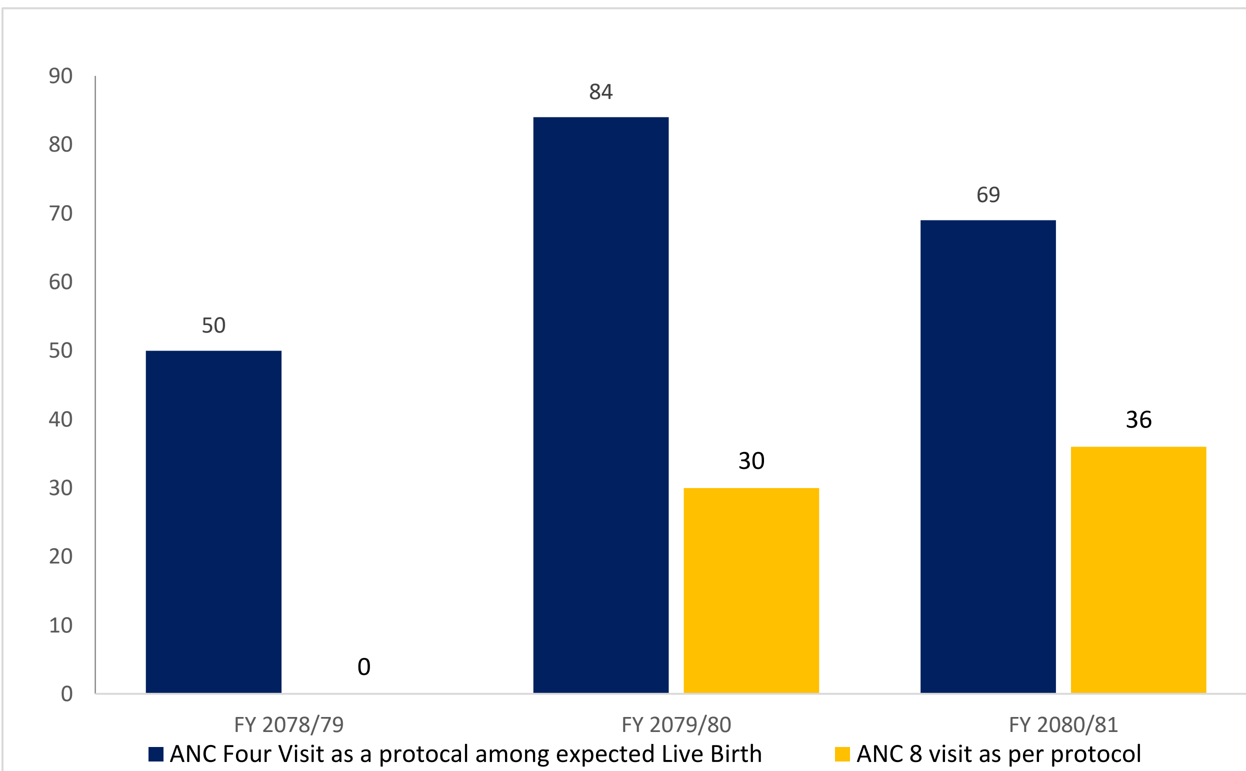
पूर्व प्रसव सेवामा निम्न सेवाहरु पर्दछन्ः

- ✓ गर्भवती अवस्थामा कम्तिमा ८ पटक गर्भ जाँच गराउने ।
- ✓ रक्तचाप, तौल तथा शिशुको हृदय गति(Fetal Heart Rate) को अनुगमन गर्ने।
- ✓ सूचना तथा संचारका माध्यमबाट गर्भवती, प्रसुती तथा सुत्केरी अवस्थामा हुन सक्ने खतराका चिन्हहरु तथा नवजात शिशु एवंम सुत्केरी आमाको हेरचाह लगायत स्वास्थ्य संस्थामागुणस्तरीय प्रेषण गर्नु पर्ने अवस्थाको बारेमा जानकारी गराउने ।
- ✓ सुत्केरीका लागि आवश्यक पूर्व तयारी तथा पहिचान गर्ने (दक्ष प्रसुतीकर्मी, पैसा, यातायात तथा रगत दिने व्यक्ति)
- ✓ टिडी खोप, आइरन चक्की, जुकाको औषधी सबै गर्भवती महिलालाई उपलब्ध गराउने

सेवाको पहुँच तथा गुणस्तररीय सेवा प्रदान गर्न यस जिल्लामा संचालन गरिएका क्रियाकलापहरु

- बर्थिङ सेन्टरको संख्या औचित्यका आधारमा बढाउँदै लगिएको
- ग्रामीण अल्ट्रासाउण्ड कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको
- नसिर्ङ स्टाफहरुलाई SBA तालिम
- SBA तथा Non-SBA नर्सिंग स्टाफहरुलाई MNH updateतथा Onsite Coaching Mentoringकार्यक्रम
- नसिर्ङ स्टाफहरुलाई ANC to PNC Continuum of care तालिम
- बर्थिङ सेन्टरहरुलाई सुरक्षित सुत्केरी गराउन सामग्री आपुर्ति
- जिल्ला भित्रका गर्भवती, प्रसुति र सुत्केरी आमाहरुलाई जटिलता भएमा राष्ट्रपति हवाई उद्धार कार्यक्रम अन्तर्गत १२ जना आमालाई सेवा दिएको ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका परिचालन
- असुरक्षित गर्भपतनबाट हुन सक्ने मातृमृत्यु न्युनीकरण गर्न १८ वटा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा ।
- बर्षैभरि जिल्ला अस्पताल ताप्लेजुङ्ग बाट CEONC सेवा प्रदान
- नर्सिङ्ग कर्मचारीहरुलाई प्रजनन रुग्णता सम्बन्धि तालिम
- PNC HOME VISIT समीक्षा कार्यक्रम



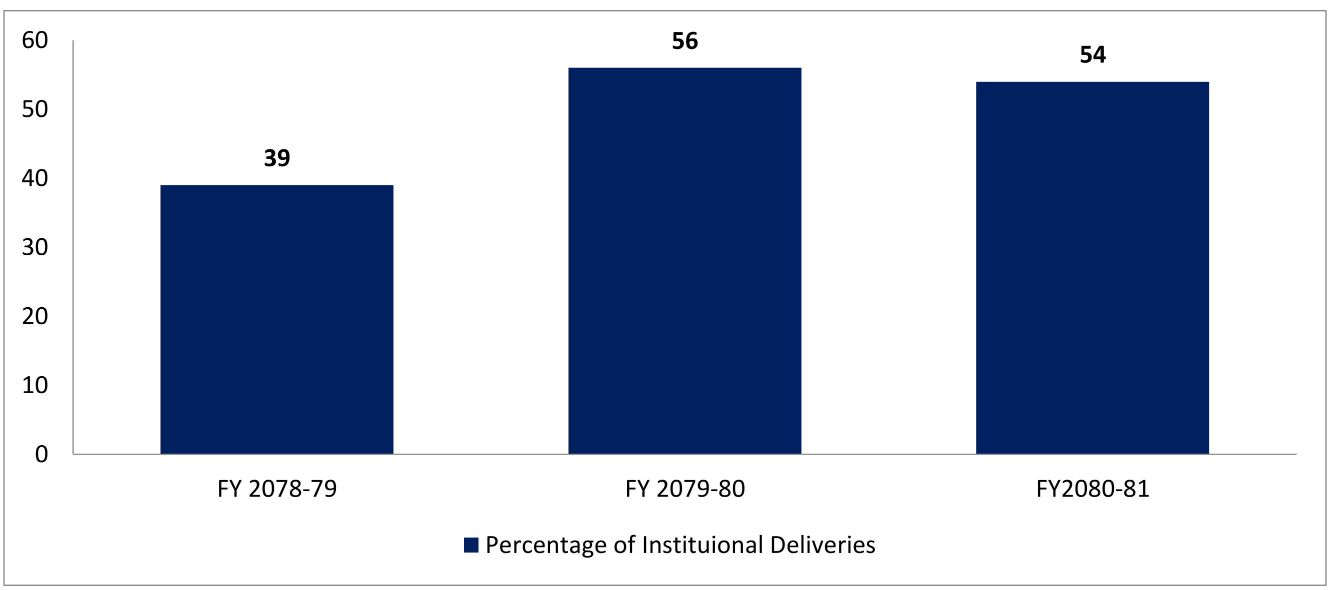




माथि देखाइएको ग्राफमा सेवाको गुणस्तर संगै सेवामा सुधार आएको देखिन्छ।

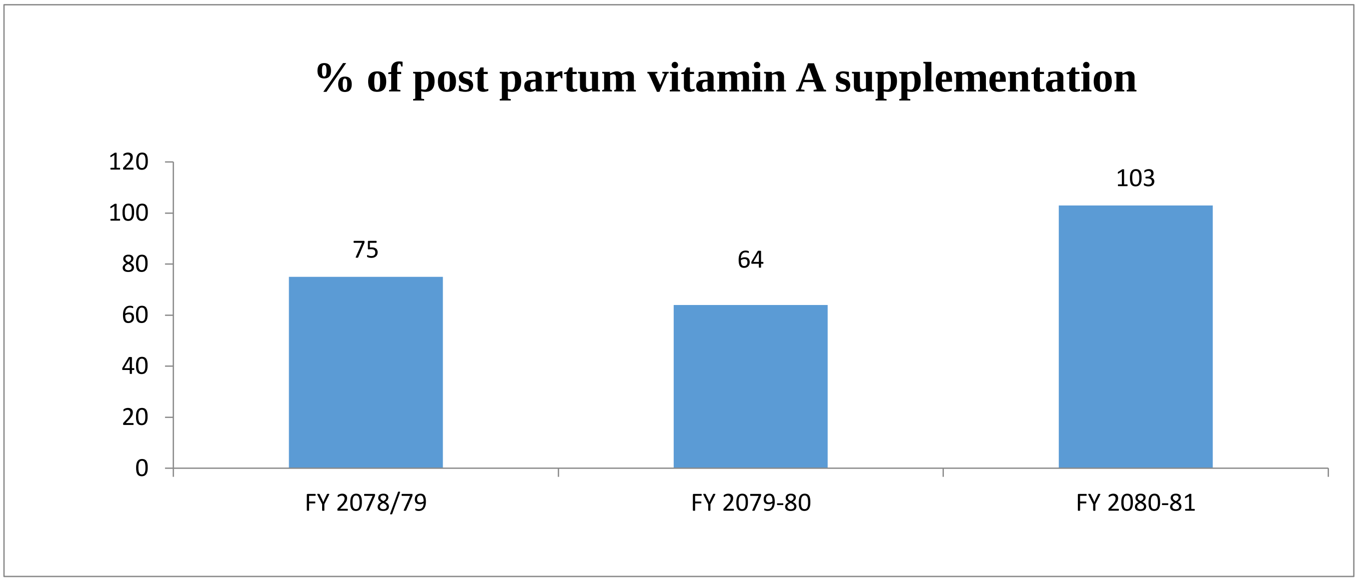
**प्रशुति सेवा (Natal service):**

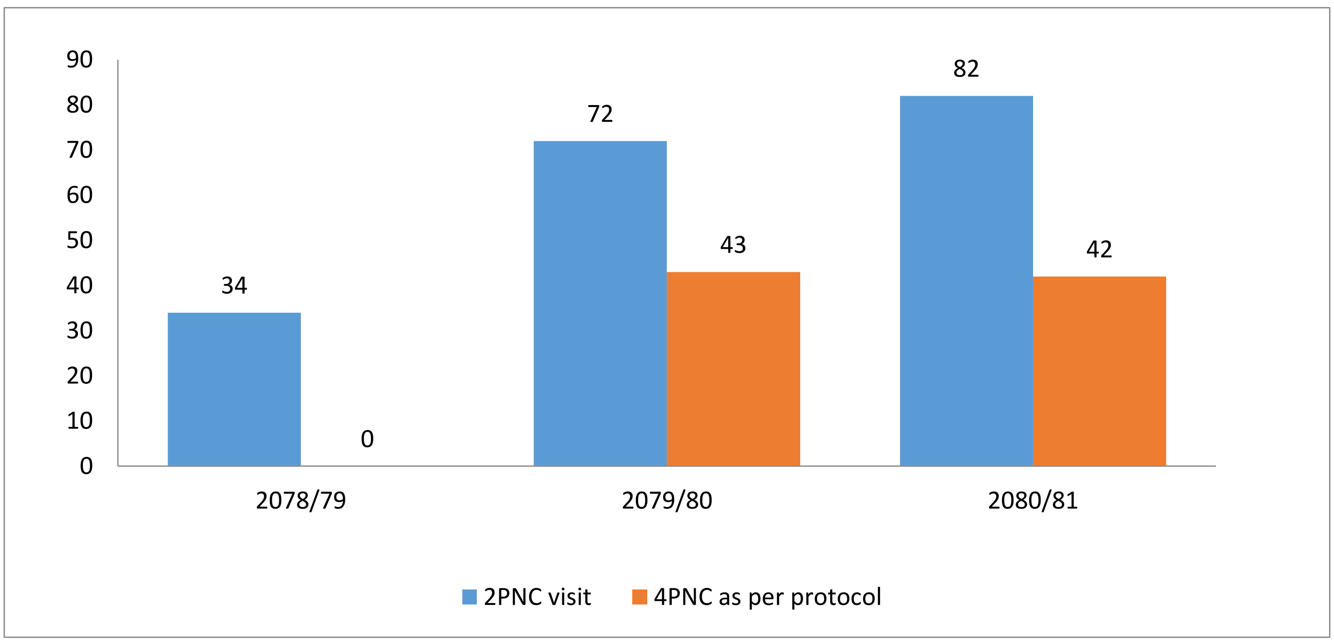
जिल्लामा बर्थिङ सेन्टरको विस्तार संगै २४ सै घण्टा प्रशुति सेवाको पहुँच भौगोलिक हिसाबले बढेको छ। यस सेवाले तल उल्लेखित क्रियाकलापहरु मार्फत सेवा प्रदान गरिदै आएको छ।

- स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष प्रशुतिकर्मीद्वारा सुरक्षित सुत्केरी गराउने, खतराका चिन्हहरुको समयमानै पहिचान गरी प्रारम्भिक उपचार सहित २४ घण्टा सुरक्षित प्रशुति सेवा उपलब्ध भएका स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने ।
- इमरजेन्सी अबस्टेट्रिक कीट (EOC kit) को प्रयोग गरी घर, स्वास्थ्यचौकीमा प्राथमिक उपचार सेवा प्रदान गर्ने।
- प्रसव अवस्थामा देखिने जटिलताको पहिचान गरी आवश्यकताअनुसार उपयुक्त व्यवस्थापनका लागि उपयुक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने।
- जन्म तथा नवजात शिशु एवं मातृ मृत्युको अभिलेख राख्न प्रोत्साहन गर्ने।

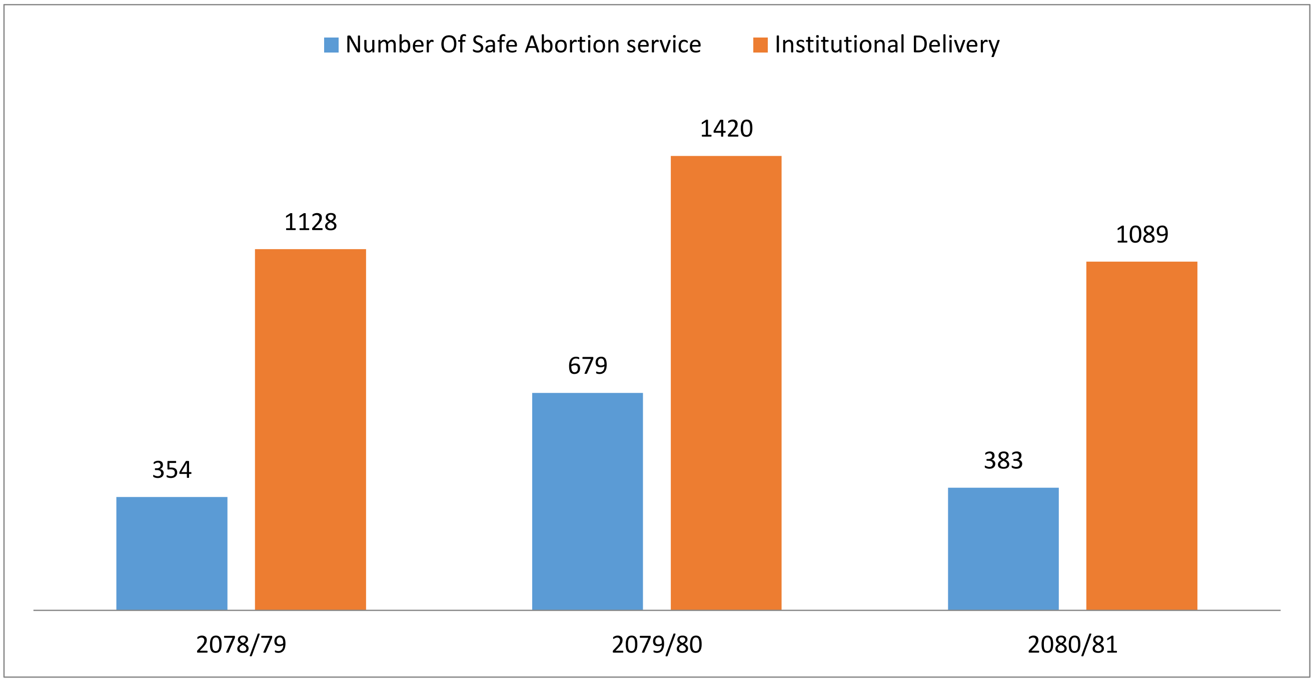



माथि देखाइएको ग्राफको तथ्याङ्क हेर्दा स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुनेको संख्या अगिल्लो वर्षभन्दा घट्दो क्रममा देखिन्छ।


% of post partum vitamin A supplementation
120
100
80
60
40
20
0
75
64
103
FY 2078/79
FY 2079-80
FY 2080-81


90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
34
0
72
43
82
42
2078/79
2079/80
2080/81
2PNC visit
4PNC as per protocol

## औषधीद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा (Medical Abortion):




माथि देखाइएको ग्राफले यस जिल्लामा संस्थागत सुत्केरी, सुरक्षित गर्भपतन सेवा तथा परिवार योजनाको साधन प्रयोगदरलाई विश्लेषण गर्न खोजिएको छ ।विगत तिन बर्षको तथ्यांक् हेर्दा संस्थागत सुत्केरी तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवा पनि घट्दै गएको छ। यस तथ्यांक् लाई स्थानीय तहका सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मी तथा सहयोगी संस्थाहरुसंगको छलफलले औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवालाई जनताले सहज रुपमा परिवार नियोजनको साधन सेवा जस्तै बुझेकाले यसको प्रयोगदर बढेको पाइएको छ ।यसको प्रयोग दर लाई घटाउनको लागि गर्भपतन सेवा सम्बन्धी तथ्यपूर्ण जानकारी प्रदान गर्न तथा परिवार योजनाको साधनको महत्वबारे सबै स्थानीय तहमा लक्षित समूहमा जनचेतनामुलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अपरिहार्य देखिन्छ । ताप्लेजुङ् जिल्लामा नियमित रुपमा जिल्ला अस्पताल ताप्लेजुङ्ले MVA(औजार द्वारा ) तथा MA (औषधि द्वारा) गरिने सुरक्षित गर्भपतन सेवा बर्षै भरि नियमित रुपमा प्रदान गर्दै आएको छ।

## राष्ट्रिय किशोर-किशोरी यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्य कर्यक्रमः

किशोर किशोरीहरुलाई घरपरिवार तथा समुदायबाट स्वस्थ आचरणको अभ्यासद्वारा उनीहरुको आफ्नो पूर्ण सक्षमतामा पुर्याउन सहयोग गर्ने र यसका साथै सार्वजनिक प्रणाली एवं निजी संस्थाहरूलाई किशोरकिशोरी मैत्री सेवा सुविधा प्रदान गर्दै उत्पादकत्व बृद्धिको निम्ति सबलीकरण गर्दै जाने मुख्य लक्ष्य यस परियोजनाको रहेको छ ।यस कार्यक्रममा स्थानीय स्वास्थ्य संयोजक, फोकल पर्सन र सेवाप्रदायकलाई २ दिने अभिमुखीकरण गरेको र साथै स्थानीयतहरुले स्वास्थ्य संस्था प्रमाणीकरण गरेको र निष्कृय रहेका संस्थाहरु लाई सक्रिय बनाई सेवा प्रवाह हुनेछ भनी प्रतिबद्धता गरेका छन्।

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका मुख्य समस्याहरु तथा सुधारका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु

| मुख्य समस्याहरु | समाधानका लागि गर्नु पर्ने क्रियाकलापहरु | जिम्मेबार निकाय |
|---|---|---|
| क. पहिलो पटकको गर्भवती जाँच तथा चौथो पटकको गर्भवती जाँच बिच धेरै भिन्नता ।साथै प्रोटोकल अनुसार आँठौ पटको गर्भवती जाँच गराउनेको कमी। | क. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका तथा सु-आहाराका फिल्डका कर्मचारीहरु परिचालन गरी गर्भवती महिलाहरुको लाईन लिस्ट गरी एच.एम.आई.एस. ३.६.१मा दर्ता गरी एस.एम.एस मार्फत ट्र्याकिङ गर्ने<br>ख. ग्रामिण अल्ट्रासाउण्ड कार्य प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गर्ने। | स्थानीय तह<br>स्वास्थ्य संस्था<br>सहयोगी संस्थाहरु<br>स्वास्थ्य कार्यालय |
| ख. संस्थागत प्रसुती र उत्तर प्रसुती सेवा कम रहेको | क. सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका सु-आहाराका फिल्डका कर्मचारीहरु, तथा वान हर्ट वल्डवाइडको सहयोग लिई सुत्केरी महिलाहरुको अनुगमन कार्यको थालनी गर्ने।<br>ख. स्वास्थ्यकर्मीद्वारा सुत्केरी महिलाहरुको घरमै गई तीन पटक सम्मको उत्तर प्रसुती सेवा प्रदान गर्ने । | स्थानीय तह<br>स्वास्थ्य संस्था<br>सहयोगी संस्थाहरु<br>स्वास्थ्य कार्यालय |

# अध्याय :४

## रोग नियन्त्रण कार्यक्रम) Disease Control Programme

## औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम) Malaria Control Program)

**पृष्ठभूमि (Background)**

नेपालमा औलो नियन्त्रणका कार्यक्रमहरु सन् १९५४ मा अमेरिकी सहयोग नियोगको सहयोगमा सुरुवात गरीएको हो। उक्त आयोजनाको मूल उद्धेश्य मध्ये तराईका जिल्लाहरुमा देखिएको औलोको प्रकोप नियन्त्रण गर्नु रहेको थियो। नेपालको प्रमुख जनस्वास्थ्यका समस्याको रुपमा रहेको औलो रोग उन्मूलन गर्ने उद्धेश्य सहित सन् १९५८ देखि सुरुवात भएको नेपाल औलो उन्मूलन संघ नेपालको पहिलो जनस्वास्थ्य कार्यक्रमको रुपमा चिनिन्छ। विविध कारणले उक्त उद्देश्य पूरा हुन नसक्ने देखिएको हुँदा सन् १९७८ देखि औलो उन्मूलन कार्यक्रम परिवर्तन गरी औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको रुपमा सञ्चालित भइरहेको छ। औलो रोगले निम्न आय भएका हजारौं निमुखा जनताको स्वास्थ्यमा असर पारेको छ। गर्भवती महिला र बालबालिकाहरु यस रोगबाट बढि प्रभावित छन्। औलो नेपालका ७७ जिल्लाहरु मध्ये ६५ जिल्लाहरुमा पाइएको छ। नेपालको जम्मा जनसंख्या मध्ये ४८ प्रतिसत जनसंख्या औलो प्रभावित क्षेत्रमा वसोवास गरिरहेका छन्। यो रोग नियन्त्रणका लागि सरकारी तथा गैह्र सरकारी क्षेत्रबाट पनि सहयोग प्राप्त छ।

नेपाल औलो रणनीतिक योजना २०१४-२०२५

नेपाल औलो रणनीतिक योजना २०१४-**२०२५ Nepal Malaria Strategic Plan,2014-2025**) अनुसार नेपाललाई सन् २०२५ सम्म औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने परिकल्पना गरिएको छ। सोही अनुरुप सन् २०२२ सम्ममा स्थानीय औलो बिरामीको संख्या शून्य कायम गरी त्यसलाई निरन्तारता दिनु रहेको छ।

नेपालमा पहिलो पटक औलो नियन्त्रण परियोजनाको सुरुवात सन् १९५४ मा USAID को सहयोगमा भएको थियो। सो परियोजनाको उद्देश्य मुख्य गरी मध्य तराई भेगमा औलो रोगको अध्ययन गर्ने थियो। सन् १९५८ मा राष्ट्रिय औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरु गरियो जसको उद्देश्य निर्धारित समय अवधिमा नेपालबाट औलोलाई उन्मूलन गर्ने थियो। सन् १९७८ मा विभिन्न कारणले सो उन्मूलनको अवधारणलाई नियन्त्रण कार्यक्रम मै फर्काइयो।औलोको समस्यालाई दीर्घकालीन रुपमा सम्बोधन गर्नको लागि Roll Back Malaria कार्यक्रम को शुरुवात गरियो।

परिकल्पना (Vision):

नेपालमा सन् २०२५ सम्म औलो निवारण गर्ने।

ध्यय (Mission):

औलो निवारणका लागि औलोको गुणस्तरीय सेवामा समुदायको पहुँचमा अभिबृद्धि, औलोको रोकथाम तथा महामारीमा तत्काल प्रतीकारात्मक कार्य गर्ने।

लक्ष्य (Goal):
सन् २०२२ सम्म स्थानीय औलोलाई शून्यमा पुऱ्याउने र त्यसलाई कायम राख्ने।

उद्धेश्य (Objective):
संघीय संरचना अनुसार सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गुणस्तरिय जाँच, उपचारको न्यायोचित पहुँच तथा रोकथामका उपायहरु अवलम्वन गरी औलो निवारण गर्ने।

रणनीतिहरु (Strategies)

१. औलो बिरामीको खोजपड्ताल तथा औलो निवारणका लागि आवश्यक सूचना प्रणाली सुदृढीकरण गर्ने।
२. औलोको जोखिम स्थानहरुमा भेक्टर नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालन गरी औलो सर्ने दरलाई घटाउने।
३. औलोको गुणस्तरिय निदान तथा उपचारमा सर्वसुलभ पहुँच सुनिष्चित गर्ने।
४. औलो निवारणका लागि सरकारको नेतृत्वदायी भूमिका तथा प्रतिवद्धता र समुदायको सहभागिता सुनिश्चित गर्ने।

ताप्लेजुङ जिल्लाको अवस्था :
ताप्लेजुङ जिल्ला औलो प्रभावित क्षेत्रमा नपरे तापनि आयातीत रुपमा बेलाबेलामा औलाका विरामी देखिने गरेका छन् । यस जिल्लाको अरुण नदीको किनाराहरुमा औलो रोग गराउने भेक्टर बाँच्न सक्ने हावापानी भएकोले सो क्षेत्रमा बसोबास गर्ने बासिन्दाहरुको रक्त नमुना संकलन तथा RDT परीक्षणको दायरा बढाइएको छ।
आ ब. २०८०/८१ मा औलो सम्बन्धी सम्पादक कार्यहरु:
१.स्थानीय तहहरुमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा **RDT** परीक्षणको लागि **RDT** टेस्ट किट वितरण।
३ RDT टेस्ट सम्बन्धी स्थानीय स्वास्थ्य कर्मीहरुलाई सहभागी गराई अनुशिक्षण गरीएको।

**ताप्लेजुङ जिल्लामा औलो रोगको अवस्था :**

| सि.नं. | | आब..२०७९/८० | आब..२०८०/८१ |
|---|---|---|---|
| १ | १ )Plasmodium falciparum)आयातीत | १ | 0 |

## डेंगु रोग)Dengue Fever)

परिचय

यो लामखुट्टेको टोकाइबाट सर्ने एक प्रकारको किटजन्य सरुवा रोग हो।एडिस एजिप्टाइ/एलबोपिक्टर्स (**Aedes aegypti/albopicturs)** जातको संक्रमित लामखुट्टेको टोकाइ बाट मात्रै यो रोग सर्दछ। यो लामखुट्टेलाई **Tiger Mosquito** पनि भनिन्छ। जुनसुकै उमेर समूहका व्यक्तिलाई पनि यो रोग लाग्न सक्छ।

**विश्वव्यापि डेंगु रोगको अवस्थाः**

- विगत केही दशकदेखि विश्व भरि नै डेंगु रोगको संक्रमण अत्यधिक रुपमा बढ्दै गैरहेको छ। बितेको ५० वर्षमा यो रोगको संक्रमण ३० गुणाले बढेको पाईएको छ।
- विश्वको आधा भन्दा बढी जनसंख्या यो रोगको जीखिममा रहेका छन्। १२८ भन्दा बढी मुलुकका ३.९ अरब मानिसहरु यस रोगको जोखिमको क्षेत्रमा बसोबास गर्दछन्।
- प्रत्येक वर्ष झन्डै ३९ करोड मानिसमा डेंगु रोगको संक्रमण हुनाका साथै २० हजार भन्दा बढी व्यक्तिको मृत्यु हुने गरेको छ।

नेपालमा डेंगु रोगको अवस्था :

- सन् २००४ मा पहिलो विरामी।
- सन् २००६ मा तराई र भित्रिमधेशका केही जिल्लामा डेंगुका विरामीहरु भेटिएका।
- सन् २०१० मा चितवन लगायत रुपन्देही नवलपरासी आदि जिल्लाहरुमा महामारीको रुपमा फैलिएको। देश भरीमा ९१७ केसहरु देखिएको।
- सन् २०१६ मा चितवन, झापा र रुपन्देही जिल्लामा महामारीको रुपमा फैलिएको र देश भरमा जम्मा १५२७ केसहरु देखिएको।
- सन् २०१७ मा चितवन, झापा र रुपन्देही जिल्लामा महामारीको रुपमा फैलिएको र देश भरमा जम्मा २१११ केसहरु देखिएको।
- सन् २०१८ मा कास्की, रुपन्देही र चितवन जिल्लामा महामारीको रुफमा फैलिएको र देश भरमा जम्मा ८११ केसहरु देखिएको।
- सन् २०१९ मा सुनसरी, मोरङ्ग, झापा, चितवन, कास्की र मकवानपुर जिल्लाहरुमा महामारीको रुपमा फैलिएको सुनसरीमा मात्र ३२६६ विरामीहरु पाइएको थियो।

**ताप्लेजुङ जिल्लाको डेंगु रोगको अवस्था :**

| सि.नं. | २०७८/७९ | २०७९/८० | २०८०/८१ |
|---|---|---|---|
| १ | ० | ० | ० |

# क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

क्षयरोग आँखाले देख्न नसकिने Mycobacterium Tuberculosis नामक किटाणुबाट हुने गर्दछ । क्षयरोगीले खोक्दा हाच्छियू गर्दा निस्कीएका किटाणुबाट हावाको माध्यमबाट स्वस्थ ब्यक्तिमा सर्दछ ।क्षयरोग विश्वमा जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा तथा उच्च मृत्यूदर भएका १० वटा रोगहरु मध्ये रहदै आएको छ ।सन १९९३ मा विश्वा स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग लाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा घोषणा गरी यसको व्यवस्थापनको लागि समय समयमा नयाँ रणनीति तथा कार्यक्रमहरु तय गरी सदस्य राष्टहरुलाई लागू गर्न जोड दिदै आएको छ ।

नेपालमा बिगत लामो समयदेखि जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा बिधमान रहेको क्षयरोग नागरिक मृत्यूको प्रमुख १० रोग भित्र पर्दछ । नेपालमा कुल जनसंख्याको झण्ड आधा जनसंख्या क्षयरोग बाट संक्रमित भएको अनुमान गरीएको छ यस्तो हुनुमा मुख्यतय गरिबी, पोषणयुक्त खानाको कमी, रोग लुकाउने वानी , चेतनाको कमी आदि रहेका छन् भने त्यसको साथै औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको बढ्दो प्रकोप निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुको क्षयरोग उपचार र निदान मुलधारमा नआउनु खुला सिमाना मधुमेहका बिरामीमा क्षयरोगको जोखिम क्षयरोगीहरुमा एच.आई.भी .संक्रमणको जोखिम आदी मुख्य चुनौतिको रुपमा रहेको छन् ।यी मुख्य चुनौतीका बावजुद नेपाल सरकारले WHO ले सिफारिस गरे अनुसार स्वास्थ्यकर्मीको प्रत्यक्ष निगरानीमा गरिने उपचार बिधि (DOTS ) अवलम्बन, सरकारी  निजी स्वास्थ्य संस्थाहरु बिच सहकार्य, जनचेतना अभिबृध्दि कार्यक्रम, क्षयरोगका बिरामीहरुको सक्रिय खोजपड्ताल, औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवा बिस्तार, समुदायमा आधारित क्षयरोग ब्यबस्थापन, क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा आएका ब्यक्तिहरुको सकृय परीक्षण, बच्चाहरुमा हुने क्षयरोगको ब्यबस्थापन तथा TB-HIV  संक्रमणको व्यवस्थापन आदि कार्यक्रमहरु सन्चालन गर्दै आएको छ ।उक्त क्रियाकलापहरु शुरुवात गरी निरन्तरता भएबाट रोग नियन्त्रणमा उल्लेख्य उपलब्धी हासिल भएको पाइन्छ तथापि राष्टिय क्षयरोग केन्द्रबाट २०७५ सालमा भएको राष्ट्रिय क्षयरोग प्रिभ्यालेन्स सर्भेको प्रतिबेदनले हाल नेपालमा निदान भएका क्षयरोगी संख्या को १.८गुणा बार्षिक ६९००० जना नयाँ क्षयरोगी हरु थपिने गरेको अनुमान गरीएकोले कार्यक्रममा थप चुनौती थपिएको छ ।

ताप्लेजुङ जिल्लामा क्षयरोग नियन्त्रणको लागि स्वास्थ्य कार्यालयबाट स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई क्षयरोग सम्बन्धी आधारभूत तालिम, कार्यक्रमको कोहर्ट एनालाईसिस, आबश्यक पर्ने औषधी प्रयोगशाला सामग्री, सूचना शिक्षा सामग्री लगायत अन्य आबश्यकिय ब्यबस्थापन, जनचेतनामूलक कार्यक्रम, स्थलगत अनुशिक्षण,Master eTB Register अधावधिक गर्न सहयोग गर्ने कार्यक्रम/क्रियाकलापहरु सन्चालित छन् ।

क्षयरोगको अवस्था :

विश्व स्वास्थ्य संगठनको सन् २०२० को प्रतिबेदनअनुसार विश्वमा करीव १ करोड क्षयरोगका बिरामीहरु थपिने गर्दछन् जसमध्ये ९०  प्रतिशत बिरामीहरु विकासशील तथा विकासोन्मुख देशहरुमा छन् । कुल क्षयरोगका बिरामीहरु मध्ये ४४  प्रतिशत दक्षिणपूर्व एशियामा छन् भारतमा मात्र २७ प्रतिशत छन । जम्मा विरामीहरुमा १५वर्षमुनिका  १२ प्रतिशत तथा१५ वर्ष माथिका उमेर समूह का ८८ प्रतिशत रहेका छन् ।

क्षयरोगका कारण विश्वमा प्रतिवर्ष करीव १४ लाख ८ हजार तिनसय मानिसहरुको मृत्यू हुने गर्दछ जसमध्ये एच.आई.भी .संक्रमित क्षयरोगका विरामीको संख्या २ लाख ८ हजार तिन सय रहेको छ ।

क्षयरोग विश्वमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा रही आएको छ। क्षयरोग नेपालमा पनि प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहेकाले नेपाल सरकारले यसलाई पहिलो प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम अन्तर्गत राखेर कार्यक्रमहरु संचालन गर्दै आएकोछ। व्यापक गरिबी र अशिक्षाले हाम्रो जस्तो मुलुकमा करिव %४५वयस्क जनशक्ति क्षयरोगबाट संक्रमित भएको अनुमान गरिएको छ। देशको उत्पादनशील उमेरका जनशक्तिमा क्षयरोगको प्रकोप बढी हुँदा देश विकासका अन्य क्षेत्रमा समेत नकारात्मक असर परेको छ।

हाल विश्व स्वास्थ्य संगठनले अंगिकार गरेको END TB Strategy नेपाल सरकारले सन् २०१६ देखि अबलम्बन गर्दै यसै सँग सम्बन्धित कार्यक्रमहरु संचालन गरिरहेको छ। यही रणनीति अनुसार राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमले सन् २०५० सम्ममा नेपाललाई क्षयरोग मुक्त बनाउने परिकल्पना गरेको छ। साथै सन् २०५० सम्म क्षयरोगलाई निवारण (<1 case per 10 lakhs population) गर्ने र क्षयरोगबाट हुने बिरामी र मृत्यदरलाई रोग सर्ने प्रक्रिया रोकी सन् २०३५ सम्ममा क्षयरोगलाई जनस्वास्थ्यको प्रमुख समस्याको रुपमा रहन नदिने दिर्घकालीन लक्ष्य समेत क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमले लिएको छ।

**लक्ष्य**

क्षयरोग रहित नेपाल बनाउने परिकल्पना।

**उद्देश्य**

- उच्च गुणस्तरीय रोग निदान र विरामी केन्द्रित उपचार सेवा सर्वसुलभ बनाउने,
- क्षयरोगसँग जोडिएका सामाजिक तथा आर्थिक समस्या र मानवीय पिडा कम गर्ने,
- गरिब तथा जोखिममा रहेका जनसमुदायलाई TB, TB/HIV, MDR TB बाट बचाउने,
- रोग निदान तथा उपचारका क्रममा नयाँ साधन ,पद्दति विकास र प्रभावकारी प्रयोग गर्न सहयोग गर्ने
- क्षयरोग रोकथाम,नियन्त्रण,तथा बिरामीको हेरचाह गर्दा मानव अधिकारको संरक्षण तथा प्रवर्द्धन गर्ने।

**आ.व २०८०/८१ मा क्षयरोग नियन्त्रण अन्तर्गत संचालित कार्यक्रमहरु**

- क्षयरोग मुक्त अभियान सम्बन्धि कार्यक्रमहरु
- क्यू .सि को लागि खकार संकलन र प्रेषण
- क्षयरोगको आधारभूत तालिम
- कोहर्ट विश्लेषण र समीक्षा गोष्ठी

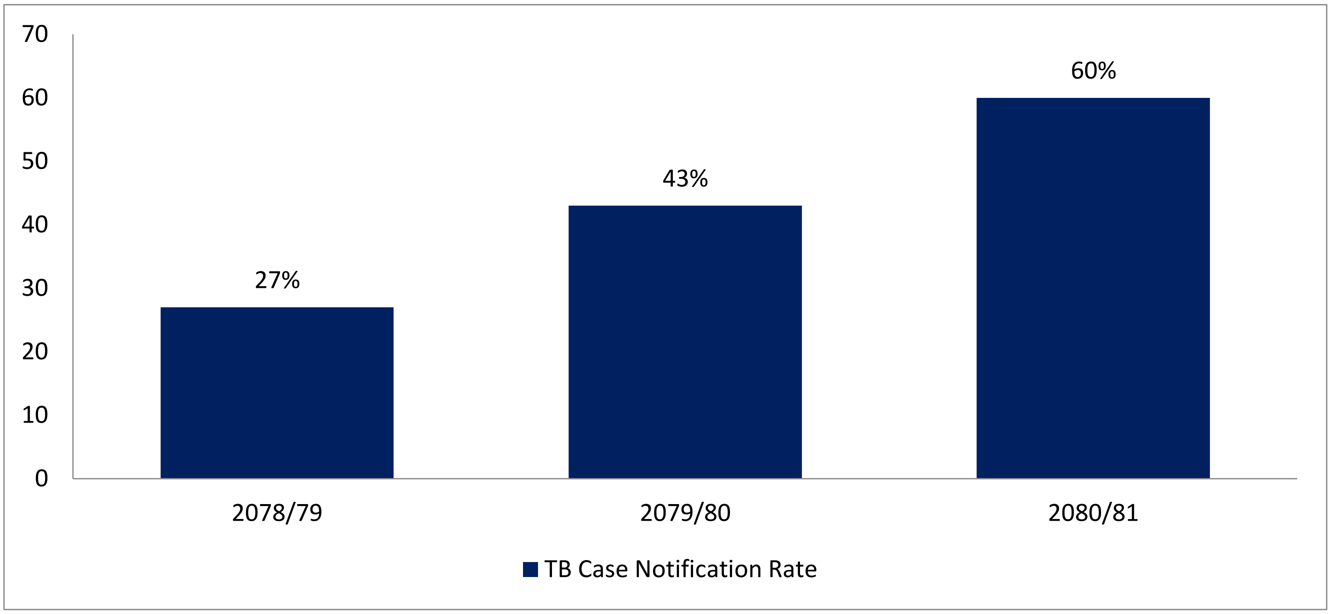
**क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको चुनौतिहरु**

- स्वास्थ्यकर्मीहरुले बहिरंग सेवामा आएका सेवाग्रहीहरुमा क्षयरोगको स्क्रिनिङ गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता नदिंदा सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा गई रोग पत्तालाग्ने दर कम हुनु
- निजी क्षेत्रले उपचार निर्देशिकाभन्दा अलग औषधी सिफारिस गर्नु
- जिल्ला अस्पताल ताप्लेजुङ समयमा रेकर्डिङ र रिपोर्टिङ नगर्दा औषधि व्यवस्थापनमा समस्या हुनु

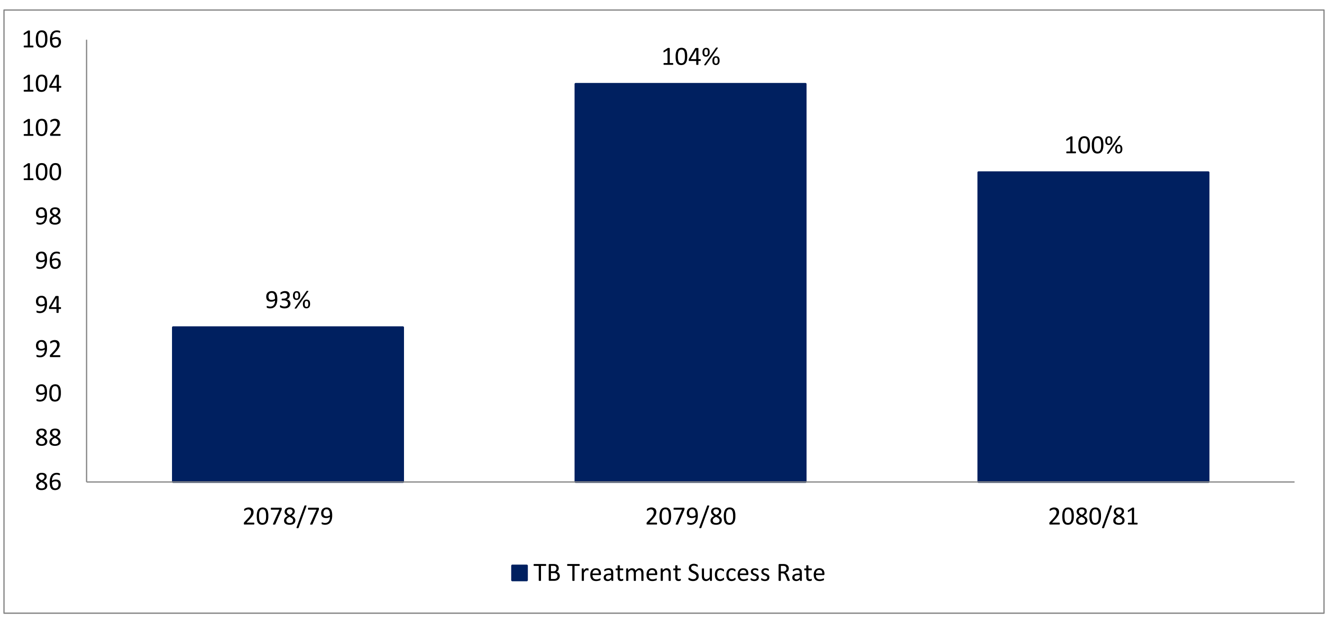
## क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको सूचकहरु

| S.N | Palika Name | F/Y 2078/79 | | F/Y 2079/80 | | F/Y 2080/81 | | Remarks |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Case notification Rate | Cured Rate | Case notification Rate | Cured Rate | Case notification Rate | Treatment success rate | |
| 1 | Phaktanglung | 25 | 75 | 25 | 50 | 18 | 100 | |
| 2 | Mikwakhola | 37 | 0 | 25 | 0 | 105 | 100 | |
| 3 | Meringden | 17 | 0 | 82 | 100 | 89 | 87 | |
| 4 | Maiwakhola | 9 | 0 | 67 | 100 | 41 | 100 | |
| 5 | Athrai Tribeni | 16 | 0 | 56 | 100 | 60 | 116 | |
| 6 | Phungling | 58 | 80 | 48 | 85 | 72 | 100 | |
| 7 | Yangwarak | 52 | 0 | 59 | 0 | 71 | 100 | |
| 8 | Sirijanga | 25 | 100 | 14 | 0 | 53 | 67 | |
| 9 | Sidingba | 7 | 100 | 0 | 100 | 29 | 100 | |
| | District | 27 | 93 | 43 | 103 | 60 | 100 | |

रोग पत्ता लाग्ने दर




क्षयरोग उपचार सफलतादर



## कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा अपांगता नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

कुष्ठरोग विगत लामो समयदेखि नेपालमा जनस्वास्थ्य समस्याको रुपमा रहँदै आएको छ। सन् १९७३ मा नर्वेका वैज्ञानिकले प्रथम पटक यस रोगको किटाणु पत्ता लगाएका थए। विश्वका मानिसहरुमा शरीरिक अपांगता गराउने रोगहरुमध्ये कुष्ठरोग पहिलो नंबरमा पर्दछ। यस रोगका विरुद्ध प्रभावकारी र प्रभावशाली औषधीको प्रयोग भईरहेतापनि समाजिक भेदभाव र संकुचनको कारण रोग लुकाउने र समयमै उपचार नगराउने जस्ता कारणहरुले गर्दा यो कुष्ठरोग एक सामाजिक रोगको रुपमा चुनौतिका साथ विद्यमान रहेको छ। नेपालमा वि.सं. २०६६ साल माघ १० गते कुष्ठरोग निवारण भएको घोषणा भए तापनि हालका वर्षहरुमा कुष्ठरोगका विरामीहरु बढ्दै गइरहेका छन्। हाल सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट यस रोगको उपचार निःशुल्क प्रदान गरिदै आएको छ। साथै यस रोगका विरामीहरुले उपचार शुरु गरेपश्चात् तोकिएको अवधिसम्म उपचार बिचमा नछाड्नु भनेर कुष्ठरोगका विरामीहरुलाई यातायात खर्च समेत उपलब्ध गराइन्छ।

### कुष्ठरोग नियन्त्रण तथा अपांगता व्यवस्थापन शाखा

- छाला रोग तथा कुष्ठ रोग नियन्त्रणका लागि आवश्यक राष्ट्रिय कानून, नीति तथा रणनीति तयार गर्न स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सहयोग गर्ने ।
- विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने छाला रोग तथा कुष्ठरोग सम्बन्धी उपचारात्मक सेवाहरुका लागि आवश्यक मापदण्ड, प्रोटोकल, निर्देशिका तयार एवम् गुणस्तर निर्धारण गर्ने ।
- छाला रोग तथा कुष्ठ रोग समबन्धी प्राविधिक जनशक्ति विकासका लागि आवश्यक समन्वय तथा सहयोग गर्ने ।
- प्रदेश र स्थानीय तहलाई रोग नियन्त्रण तथा कुष्ठरोग प्रभावितहरुको सामाजिक पुनर्स्थापनका लागि आवश्यक सहयोग तथा समन्वय गर्ने ।

**आ.व. २०८०/८१ मा संचालित कुष्ठरोगका क्रियाकलापहरु**

- नियमित औषधी आपूर्ति

**कुष्ठरोग कार्यक्रमको चुनौतिहरुः**

- बिरामीको संख्या प्रत्येक वर्ष बढ्दै जानुले समुदायमा रोग फैलने आशंका हुनु
- छालामा लक्षण देखिने भएकोले शुरुवाती अवस्थामै विरामीले खासै चासो नदिनु
- स्वास्थकर्मीहरुको लागि कुष्ठरोगको आधारभूत तालिम संचालन नहुनु

# एच.आई.भि.एड्स कार्यक्रम

पृष्ठभूमि

एच.आई.भि .को पुरा रुप Human Immunodeficiency Virus हो । एचआईभि ले शरीरको संक्रमण तथा रोगसँग लड्ने क्षमता Immune System मा कमी ल्याउछ। यसले White Blood Cells नष्ट गर्छ जसले गर्दा शरीरको Immune System कमजोर हुन्छ। शरीरले रोगसँग लड्न सक्दैन र व्यक्तिमा विभिन्न अवसरवादी संक्रमण हरु देखा पर्दछन्।एचआईभि संक्रमणको पछिल्लो अवस्था AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) हो ।AIDS भएपछि Immune System कमजोर हुन्छ र बिभिन्न गम्भिर रोगहरु र अवसरवादी संक्रमणहरु लाग्दछ यही अवस्थालाई एड्स भनिन्छ।

नेपाल HIV Concentrated Epidemic को रुपमा रहेको छ। ८०% भन्दा बढि HIV को संक्रमण पुरुष र महिला बीच हुने अशुरक्षित यौन सम्पर्कको माध्यम बाट हुने गरेको पाईएको छ। आप्रवासी कामदार र यौनकर्मीका ग्राहकहरुले नेपालमा बढी जोखिम रहेको समुहबाट अन्य मानिसहरुमा HIV संक्रमण फैलाउने काम गरिरहेका छन्। राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रको अगुवाइमा हाल हाम्रो देशमा HIV/AIDs सँग सम्बन्धित सेवा जस्तै HIV परामर्श ,PMTCT, उच्च जोखिममा रहेका लक्षित समूहमा HIV को रोकथाम कार्यक्रम रहेका छन् ।

लक्ष्यः

एच.आई.भि .रोकथाम उपचार हेरचाह र सहयोगमा सर्वव्यापी पहुँच पुर्याउने ।

उदेश्य

- मुख्य समुहहरुमा ९० %को पहिचान,सिफारिस तथा परिक्षण गर्ने,
- HIV निदान भएका ९०%व्यक्तिहरुको उपचार गर्ने,
- HIV निदान भएका मध्ये ९० %व्यक्तिलाई निरन्तर ARV उपचारमा राख्ने
- आमाबाट बच्चामा हुने संक्रमणको निवारण गर्ने र आमाहरुलाई जीवित तथा स्वास्थ्य राख्ने,
- जन्मजात सिफिलिसिस उन्मुलन गर्ने,
- नयाँ HIV संक्रमण ७५ %ले कमी ल्याउने।

रणनिति (२०२१ देखि २०२६ )

- जनस्वास्थ्यको चुनौतीको रुपमा रहेको एड्स ईपिडेमिकलाई सन् २०३० सम्ममा अन्त्य गर्ने ।
- पहिचान पहुँच सिफारिस परीक्षण उपचार र उपचार विधिबाट रोकथाम तथा उपचार
- सार्वजनिक निजी साझेदारी तथा कामको बाँडफाँड
- HIV कार्यक्रममा राष्ट्रिय लगानीलाई पनि प्राथमिकताका साथ अगाडि बढाउने

- HIV संक्रमणको नयाँ स्रोतहरुको पहिचानका लागि प्राथमिकता दिने
- तथ्यमा आधारीत योजना र कार्यक्रमको निर्धारण गर्ने
- HIV कार्यक्रमलाई विकेन्द्रित बहुपक्षीय र बहुविषयक संलग्नता दिलाउने

| Data Name | 2078/79 | 2079/80 | 2080/81 |
|---|---|---|---|
| Number of tested HIV | 0 | 0 | 0 |
| Number of positive case | 0 | 0 | 0 |
| No of PLHIV Case under ART | 0 | 0 | 0 |
| Number of Pregnant women who tested for HIV(PMTCT) | 1919 | 1416 | 1265 |

## नसर्ने तथा मानसिक रोगः

वर्तमान अवस्थामा समुदायमा नसर्ने तथा मानसिक रोगको प्रकोप बढ्दै भयाभह स्थिति सृजना हुने अवस्थामा पुगेकोछ। नेपाल सरकार र प्रदेश सरकारबाट संचालित नसर्ने तथा मानसिक रोग सम्बन्धी कार्यक्रमहरु पनि रोग लग्न नदिने भन्दा पनि रोगको उपचार गर्ने प्रकृतिका बढी छन्। मानिसहरुको बढ्दो शारीरिक निस्कृयता , व्यस्तता,मानसिक तनाव,अप्राकृतिक खानपान जस्ता क्रियाकलापहरुले कम उमेर मै नसर्ने तथा मानसिक रोगको संख्या बढ्दै छ। यो समस्या सँग लड्न हाल सम्म पनि समुदायस्तर सम्म प्रभावकारी हुने कुनै कार्यक्रम ताप्लेजुङ् जिल्लामा प्राप्त भएको छैन। आव..२०७९/८० देखि नसर्ने तथा मानसिक रोगको लागि पनि स्वास्थ्य मन्त्रालयले छुटै रेकर्डिङग र रिपोर्टिङको व्यवस्था गरिएको छ।

**आव..२०८०/८१ मा देहाय बमोजिमको नसर्ने तथा मानसिक रोगको तथ्यांक उपलब्ध छ।**

| NCDs and Mental Health Cases | Total New Cases | NCDs and Mental Health Cases | Total New Cases |
|---|---|---|---|
| Hypertension | 1708 | Depression | 0 |
| Diabetics | 680 | Suicide Attempt | 0 |
| Chronic Kidney Disease | 3 | Epilepsy | 0 |
| Cardiovascular Disease | 12 | Other Mental Disorder | 0 |
| Asthma | 93 | Alcohol Use Disorder | 4 |
| COPD | 215 | Thyroid Disease | 7 |

**आ.व २०८०/८१ मा स्वास्थ्य संस्थाबाट बहिरंग विभागबाट दिइएका मध्ये प्रमुख सेवाहरु**

| Rank | Morbidity |
|---|---|
| 1 | Acute Tonsilitis |
| 2 | Conjunctivitis |
| 3 | URTI |
| 4 | APD |
| 5 | Hypertension |
| 6 | ARI |
| 7 | Cut Injuries |
| 8 | Pharyngitis |
| 9 | Fungal Infection |
| 10 | Diabetes |
| | Total OPD Visits - 45870 |

| Rank | Top 5 Symptoms | Top 4 Reason for Contacts |
|---|---|---|
| 1 | Fever | General Examination |
| 2 | Headache | Counseling |
| 3 | Cough | Pregnancy Examination |
| 4 | Abdominal Pain | Routine health checkup |

| 5 | Fatigue and weakness | |
|---|---|---|

# अध्याय :५

## राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रम (Health Education Communication and Information Program)

नेपाल सरकार,स्वास्थ्य मन्त्रालयवाट संचालित स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमहरु राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा,सूचना तथा संचार केन्द्रले केन्द्र देखि स्थानीय स्तरसम्म कार्यान्वयन गर्दै आइरहेको छ। जनसमुदायलाई स्वास्थ्यका विभिन्न विषयहरुबारे सचेत गराई उनीहरुको चेतनाको स्तरमा अभिवृद्धि गराउने यी कार्यक्रमहरुको मुख्य उद्देश्य हो।

सबै किसिमका स्वास्थ्य सेवा र कार्यक्रमले निकै महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ। यी कार्यक्रमहरुको प्रभावकारिता कार्यान्वयनले गर्दा जनसमुदायमा स्वास्थ्य सम्बन्धी विषयहरुमा ज्ञान तथा चेतनाको स्तरमा अभिवृद्धि भएको र उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाहरुको उपभोग र उपयोग वृद्धि भएको छ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा ,सूचना तथा संचार केन्द्रले स्वास्थ्य समस्या ,रोगको किसिम र जीवनशैलीमा आएको परिवर्तनअनुसार स्वास्थ्य शिक्षा,सूचना कार्यक्रमहरु मा विविधता र परिवर्तन ल्याएको हो ।स्वास्थ्यशिक्षा कार्यक्रम को मुख्य लक्षित वर्ग भनेको सिमान्तकृत,अल्पसंख्यक र पिछडिएका वर्ग हुन् ।यसका साथै सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्ने समुदायलाई पनि उत्तिकै प्राथमिकतामा राखिएको छ र सोही अनुरुप कार्यक्रमको पनि लक्ष्य तर्जुमा गरिएको छ। साथै बदलिदो परिस्थिति र परिवेशलाई पनि उत्तिकै महत्व दिइएको छ।

### आ.व २०८० /८१ मा संचालित राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार अन्तर्गतका कार्यक्रमहरु

- विद्यालय स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम
- स्थानीय आम संचार माध्यमद्वारा स्वास्थ्य सूचना प्रसारण
- स्वास्थ्य दिवसहरु मनाउने
- स्वास्थ्य शिक्षा ,सूचना तथा संचार लगायतका स्वास्थ्य प्रबर्धन कार्यक्रमको अनुगमन

### राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रमको चुनौतिहरु

- प्रभावकारी तथा व्यवहारिक कार्यक्रमहरु प्राप्त नहुँदा समुदायमा संचालित सचेतनाका कार्यक्रमहरु कम प्रभावकारी हुनु
- IEC सामग्रीहरु पऱ्याप्त मात्रामा प्राप्त नहुनु

## आपूर्ति व्यवस्थापन

### पृष्ठभुमी

स्वास्थ्य कार्यालयमा संघीय सरकार तथा प्रदेश सरकारबाट प्राप्त औषधी तथा अन्य सामग्रीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन निर्धारित समय तालिकाअनुसार सहज र सरल रुपमा गराउनु,भण्डारणमा मौज्दातको स्थिति पुनरावलोकन गरी माग ,स्टक आउट ओभर स्टक हुन नदिनु नै भण्डार व्यस्थापन हो ।स्वास्थ्य

कार्यालय ताप्लेजुङले केन्द्र र प्रदेश सरकारवाट प्राप्त औषधी तथा अन्य स्वास्थ्यका उपकरणहरु पालिकाहरुमा रहेको संस्थाहरुको संख्या,जनसंख्या तथा रोगको किसिमको आधारमा समुचित वितरण गर्ने गरेको छ।

**लक्ष्य**

नेपाल सरकारले तोकेको निःशुल्क औषधीहरुको माग तथा आपुर्ति व्यवस्थापन गर्नु।

**उद्देश्य**

यस जिल्लामा रहेको १ वटा नगरपालिका र ८ वटा गाउँपालिका अन्तर्गत रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा संघीय सरकार तथा प्रदेश सरकार द्वारा प्रदान गरिने निःशुल्क औषधीहरु समय तालिकाअनुसार नियमित आपूर्ति , व्यवस्थापन र तोकिएअनुसार मालसामान खरिद तथा आपूर्ति गर्नु नै यस कार्यक्रमको मुख्य उदेश्य हो ।

**व्यवस्थापन सूचना प्रणाली**

स्वास्थ्य संस्था तथा समुदाय स्तरमा सम्पादित स्वास्थ्य सम्बन्धी क्रियाकलापहरु व्यवस्थित राख्नुको साथै सरोकारवालाहरुलाई जानकारी प्रदान गर्न निर्दिष्ट फारमहरुको प्रयोग गरी नियमित रुपमा (मासिक) संकलन गरी विभिन्न निकायहरुमा प्रतिवेदन पठाइन्छ। त्यस्तै जिल्लामा संचालित गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्था नीजी क्लिनिकहरुको समेत नियमित प्रतिवेदन गर्ने व्यवस्था शुरु भएको छ। विगतको लिखित प्रतिवेदन गर्ने प्रक्रियामा सुधार गर्दै Web-basedबनाउन केन्द्रबाट Open Software को प्रयोग गरी इन्टरनेटको माध्यमद्वारा संस्थाहरुले प्रदान गरेको महिनाभरिको सेवाको विवरण पालिकाको केन्द्र वा स्वयम् स्वास्थ्य संस्थाबाटनै सोझै प्रवृष्टि गर्ने व्यवस्था गरिएको छ। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्यका विभिन्न अंगहरु,म.सा.स्वा.से, गाउँघर क्लिनिक,खोप क्लिनिक ,सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई,नगर स्वास्थ्य केन्द्र,प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र,स्वास्थ्य चौकी ,आधारभूत स्वास्थ्य इकाई,विभिन्न तहका अस्पताल तथा निजी र गैर सरकारी संस्थाहरु वाट प्रदान गरिएका सेवाहरुको अभिलेख राख्ने ,सूचना संकलन गर्ने ,प्रशोधन गर्ने ,विश्लेषण गर्ने साथै सूचनाको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रक्रिया हो। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट संकलित तथ्यांकको सहयोगले योजना तर्जुमा,कार्यावन्यन, अनुगमन तथा मुल्यांकनमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने गर्दछ ।

आ.व २०८०/८१ मा स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत संचालित क्रियाकलापहरु

- अर्धवार्षिक तथा वार्षिक समीक्षा
- एच तालिम.एस.आई.एम.
- eTB Register तालिम
- eLMIS तालिम
- स्वास्थ्य संस्था तथा पालिकाहरुको डाटा भेरिफिकेसन

**उपसंहार र निष्कर्ष**

**जिल्लाका राम्रा पक्षहरु**

- जिल्लामा स्वास्थ्य मापदण्डको पूर्ण पालनामा जोड दिई कोभिड-१९ विरुद्धको खोपको उच्च प्रगति,
- खोपको कभरेज, ड्रपआउट, वृद्धि अनुगमन ,संस्थागत प्रसुतीमा उल्लेखनीय सुधार
- निमोनिया र झाडापखाला रोग लाग्ने दरमा सुधार,

- ढुवानी रकम अपुग भएतापनि प्राप्त भएका औषधिर सामाग्रीहरु पालिकासँगको सहकार्य र समन्वयमा समयमै आपूर्ति।

**जिल्लाका समस्याहरु**

- रेकर्डिङ रिपोर्टिङका टुल्सहरु समयमा प्राप्त नहुनु र अपुग प्राप्त हुनु,
- Under/Over रेकर्डिङ र रिपोर्टिङ,
- पालिकाका स्वास्थ्य शाखामा कार्यक्रम संचालन गर्ने दक्ष जनशक्तिको अभाव,
- सीमित बजेट र कर्मचारीको सरुवा,नया नियुक्ति,समायोजन,करार कर्मचारी आदिको कारण सबै स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम  प्रदान गर्न समस्या
- रिक्त दरबन्दी तथा नयाँ खुलेका आधारभूत इकाइहरुमा दक्ष जनशक्ति पठाईएको कारण सुरक्षित मातृत्व,सुरक्षित गर्भपतन,परिवार नियोजन जस्ता सेवा प्रभावित हुनु
- पालिकामा राजनैतिक परिवर्तनसँगै कर्मचारी परिवर्तन हुँदा विभिन्न तालिममा गरिएबाट प्रतिफल प्राप्त नहुनु,
- म्याद सकिन लागेका औषधि प्राप्त हुनु र अपुग औषधि प्राप्त हुनु।

**सुझावहरु**

- स्वास्थ्य संस्था स्तरमा तथ्यांक संकलन र रेकर्ड रिपोर्ट गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुले तथ्यांकको महत्व बुझि यथार्थपरक तथ्यांकहरु रेकर्ड र रिपोर्ट गर्ने,
- पालिकाहरुले संकलन गरेको जनसंख्यालाई वैधानिकता दिई लक्षित जनसंख्याको रुपमा प्रयोग गर्न दिईनुपर्ने,
- पालिकास्तरीय मासिक बैठकमा स्वास्थ्य कार्यालयबाट एक जना प्रतिनिधि अनिवार्य उपस्थित गराउनुपर्ने र मासिक रुपमा स्वास्थ्य कार्यालयमा स्वास्थ्य संयोजकहरुको बैठक अनिवार्य बस्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने,
- रिक्त पदहरु यथाशिघ्र स्थायी पदपूर्ति गर्नुपर्ने र पालिकामा स्वास्थ्यको दरबन्दी संख्या थप गर्नुपर्ने ,

# अध्याय :६

## SUPPORTING PARTNER

## Action for Nepal-Taplejung

### Background

Action for Nepal is a high performing, community centric organization building healthy, educated communities in Nepal through effective projects, sound strategies, efficient processes, and successful partnerships.

Action for Nepal works for the upliftment of the rural communities through various developmental activities in health, education and drinking water that will contribute to improve the quality of life of people of intervention area and eventually empowering them to become self-reliant. AF Nepal is working at remote areas of two districts (Solukhumbu and Taplejung) through various infrastructure developments, literacy improvement, capacity building trainings, scholarship programs for students, and afforestation activities under themes of education, women's reproductive health, training to the health workers, equipment's and medicine support and environment conservations.

AF Nepal believes human development can be achieved only if the community people have access to good quality education, health facilities and basic human needs such as proper drinking water supply, proper sanitation and proper health and education infrastructure. And it also works for the community in collaboration with both donors as well as various local bodies (local government authorities, local groups e.t.c) to contribute to the development of the community by addressing the real needs of people.

AF Nepal is implementing the Taplejung Women's Health Projects (SWHP) in Taksindo of Phaktalung Rural Municipality. This program is supported by Australian Himalayan Foundation (AHF). With approval of the SWC, project is being implemented smoothly in the project area.

**Rawdata: Target Population of taplejung district**

| | | |
|---|---|---|
| Shrawan 2080 - Asar 2081 | Target Pop - Total population | 114187 |
| | Target pop - Adolescent Population Aged 10-19 Years | 22415 |
| | Target pop - Population under 1 year | 2055 |
| | Target pop - Population 12 - 23 months | 2106 |
| | Target pop - Population aged 6-59 months | 8632 |
| | Target pop - Total expected live birth | 2022 |
| | Target pop - Total expected pregnancies | 2405 |
| | Female population under 15-49 years | 28977 |

**Percentage of children under one year immunized with BCG**

| | | |
|---|---|---|
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 84.39 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 65.71 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 64.68 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 81.22 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 73.33 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 86.95 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 50.25 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 55.16 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 57.3 |
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 71.1 |

**DPT-HepB-Hib1 vs MR2 dropout rate**

| | | |
|---|---|---|
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -1.16 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -21.43 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -7.59 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 4.19 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -15.5 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -10.45 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -3.88 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -10.75 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -10.22 |
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | -8.64 |

**Percentage of children fully immunized as per NIP schedule**

| | | |
|---|---|---|
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 76.42 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 67.81 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 75.56 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 64.52 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 100 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 101.25 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 68.12 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 63.04 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 78.95 |
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 80.86 |

**Percentage of Institutional deliveries:**

| | | |
|---|---|---|
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 55.94 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 43.7 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 44.6 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 48.31 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 27.03 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 114.14 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 19.5 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 29.17 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 18.13 |
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 5 |

## Percentage of women who receive 180 IFA :

| | | |
|---|---|---|
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 52.48 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 54.07 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 37.09 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 42.13 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 59.91 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 37.76 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 31 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 33.33 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 32.97 |
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 41.49 |

**Percentage of Reporting Status(FCHV)**

| | | |
|---|---|---|
| 101 TAPLEJUNG | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 88.84 |
| 10101 Phaktanlung Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 81.8 |
| 10102 Mikwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 84.72 |
| 10103 Meringden Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 90.35 |
| 10104 Maiwakhola Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 81.41 |
| 10105 Aatharai Tribeni Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 95.87 |
| 10106 Phungling Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 96.58 |
| 10107 Yangwarak Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 85.51 |
| 10108 Sirijanga Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 87.67 |
| 10109 Sidingba Rural Municipality | Shrawan 2080 - Asar 2081 | 91.98 |

**पालिकाका स्वास्थ्य संयोजकको नामावली र सम्पर्क नं :**

| सि.न | पालिकाको नाम | स्वास्थ्य संयोजक | सम्पर्क नं |
|---|---|---|---|
| १ | फुङ्गलिङ्ग नगरपालिका | मन्झु गुरुङ | ९८४४६८२२२९ |
| २ | पाथिभरा याङ्गवरक गा .पा | देवेन्द्र लिम्बु | ९८४२६९०७७३ |
| ३ | सिरिजंघा गा.पा | संजिप सिंह | ९८४९५००२०६ |
| ४ | सिदिङवा गा.पा | प्रदिप कुमार यादव | ९८६३०१२३८६ |
| ५ | आठराई त्रिवेणी गा.पा | समिर प्रधान | ९८६२७६६८१२ |
| ६ | मैवाखोला गा.पा | फुर्वा शेर्पा | ९८६०४७०६७ |
| ७ | फक्ताङ्गलुङ्ग गा.पा | दिनेश भट्टराई | ९८५२६६०३१० |
| ८ | मेरिङ्गदेन गा.पा | उदय नारायण यादव | ९८५११९१०२४ |
| ९ | मिक्वाखोला गा.पा | ललित नारायण यादव | ९७४५४८६५५५ |

| सि.न | पालिकाको नाम | स्वास्थ्य संस्थाको नाम | इन्चार्जको नाम | सम्पर्क नं |
|---|---|---|---|---|
| १ | सिदिङवा गा.पा | स्वास्थ्य चौकी कालिखोला | नेत्र ब.माझी | ९८६४९५११५६ |
| २ | | स्वास्थ्य चौकी सादेवा | सिधि कुमारी महासेठ | ९७६९७३३२८६ |
| ३ | | स्वास्थ्य चौकी आंखोप | अनिल बुडा क्षेत्री | ९८१६०१५०१६ |
| ४ | | स्वास्थ्य चौकी साब्लाखु | बिनय कुमार महतो | ९७४९२०१६७९ |
| ५ | | स्वास्थ्य चौकी लिम्बुदीन | पुनडरि न्यौपाने | ९८६१२८३१८० |
| ६ | | स्वास्थ्य चौकी मेहेले | मदन लिङ्देन | ९८४०७८१०७२ |
| ७ | | स्वास्थ्य चौकी सुरुम्खिम | प्रभात किरण लिम्बु | ९८६२१२९५२५ |
| | | कालिखोला सा.इ | विरेन्द्र लिम्बु | ९७४९४७७५१५ |
| | | साब्लाखु सा.इ | नुमा लावती | ९८१६९२७३३८ |
| ८ | आठराई त्रिवेणी गा.पा | स्वास्थ्य चौकी निघुरादिन | मन कुमारी लिम्बु | ९८६३०५२०८३ |
| ९ | | स्वास्थ्य चौकी फुलवारी | संगीता मेचे | ९८२८२८५५८८ |
| १० | | स्वास्थ्य चौकी चोकपुर | विजय कुमार शाह | ९८४२४२०२८० |
| ११ | | स्वास्थ्य चौकी हाङपाङ | रचना थलङ् | ९७०४३०८१२४ |
| १२ | | स्वास्थ्य चौकी हाङपाङ मेहेले | सुनिता तामांग | ९८२४०८१३८४ |
| १३ | | स्वास्थ्य चौकी सोबुवा | कौशिला राई | ९८२१३२४३२१ |
| १४ | | स्वास्थ्य चौकी चाँगे | लक्ष्मी देवी लिम्बु | ९८४४६५४१८४ |
| | | आ.स्वा.सेवा केन्द्र चाँगे | प्रकाश शेर्पा | ९८६०७४८७५१ |
| | | सा.स्वा.ई दोभान | प्रेम प्रसाद प्रसाईं | ९८४३८३१०७ |
| | | सा.स्वा.ई रमिते | आनन्द कुमार शाह | ९८१९२६४७८७ |
| | | सा .स्वा.ई खानिगाउँ | मबिन ओखाबु | ९८४०९९९६६३ |
| १५ | सिरिजंघा गा.पा | स्वास्थ्य चौकी सिनाम | | |
| १६ | | स्वास्थ्य चौकी आम्बेगुदिन | | |
| १७ | | स्वास्थ्य चौकी सिकैचा | | |
| १८ | | प्रा.स्वा.के तेल्लोक | | |
| १९ | | स्वास्थ्य चौकी पेदांङ | | |
| २० | | स्वास्थ्य चौकी मामांखे | | |
| २१ | | स्वास्थ्य चौकी खेवाङ्ग | | |
| २२ | | स्वास्थ्य चौकी याम्फुदिन | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| २३ | पाथिभरा याङ्गवरक गा.पा | स्वास्थ्य चौकी नाङ्गखोल्याङ्ग | संजय यादव | ९७४६५७९४०६ |
| २४ | | स्वास्थ्य चौकी थेचम्बु | बिशाल सिजुवाल | ९८४३४४०१६१ |
| २५ | | स्वास्थ्य चौकी तिरिङगे | राम यादव | ९८६३०१२३८६ |
| २६ | | स्वास्थ्य चौकी डुम्रिसे | कृष्ण रोकया | ९८६०४१०९०३ |
| २७ | | स्वास्थ्य चौकी चाक्सिबोटे | बिमला सापकोटा | ९८४२०२४६६० |
| २८ | | स्वास्थ्य चौकी थुम्वेदिन | विकाश मगर | ९८६७६७६०३३ |
| २९ | फक्ताङ्गलुङ्ग गा.पा | स्वास्थ्य चौकी सावदिन | हिमादेवी अधिकारी | ९८४४६१८८०९ |
| ३० | | स्वास्थ्य चौकी खेजेनिम | विजय ठाकुर | ९८४०२४७६५४ |
| ३१ | | स्वास्थ्य चौकी लिङ्गखिम | प्रेम कुमारी लिम्बु | ९८४२१७००९८ |
| ३२ | | स्वास्थ्य चौकी ईखाबु | इन्दिरा बराईली | ९८६२७६२८२३ |
| ३३ | | स्वास्थ्य चौकी तापेथोक | अर्जुन प्रसाद शाह | ९७६६५५६२८२३ |
| ३४ | | स्वास्थ्य चौकी लुङ्गथुङ्ग | चन्द्रकला भट्टराई | ९८४११७६२२८ |
| ३५ | | स्वास्थ्य चौकी ओलाङचुङगोला | उमेश लिम्बु | ९८४०९८०५५९ |
| | | घुन्सा सामुदायिक | सुक्ध्वज माबो लिम्बु | ९८६०४९७३७४ |
| | | मेदिबुङ सामुदायिक | कामना सवेहाङ | ९८६३७१९७५७ |
| | | लुङ्गथुङ्ग सामुदायिक | शोनी राना | ९८४९६५०९९२ |
| | | मालबाँसे सामुदायिक | लक्ष्मि मायाँ बस्नेत | ९८६२७७११३४ |
| | | मामाङखे सामुदायीक | पमुना मावोहाङ लिम्बु | ९८६३४२८४९० |
| | | खानी सामुदायीक ईकाइ | पदमाया लिम्बु | ९८६२३२९३०२ |
| | | सुङसाबु सामुदायीक | अञ्जु शेर्पा | ९८६५०६०७५८ |
| | | हेल्लोक सामुदायीक | अनिता लिम्बु | ९८६४२२७८७७ |
| | | लिमखिम सामुदायीक | यन्जना लिम्बु | ९८४०९९३७२२ |
| | | सिबु सामुदायिक | सन्जिप शार्कि | ९८६९५५४४२० |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | खुपाताल सामुदायिक | रेमिका लिम्बु | ९८६४२४६१२१ |
| | | विपुधाप सामुदायिक | देवेन्द्र शर्कि | ९८६६०८५६०७ |
| | | भाङवारी सामुदायिक | पोमोहाङ लिम्बु | ९८४५१६५५१२ |
| | | ग्याब्ला सामुदायिक | पेम्बा फुटि शेर्पा | ९८४८३९९६७१ |
| | | मैलुङ डाँडा सामुदायिक | सृजना लिम्बु | ९८४०४७१६०७ |
| ३६ | फुङ्गलिङ्ग नगरपालिका | दोखु स्वास्थ्य चौकी | देउमान गुरुङ | ९८४२७९३६२६ |
| ३७ | | हाङदेवा स्वास्थ्य चौकी | अम्बिका अधिकारी | ९८६२६५२२५५ |
| ३८ | | फुरुम्बु स्वास्थ्य चौकी | हेमन्ता गौतम | ९८४४६५६१७८ |
| ३९ | | फावाखोला स्वास्थ्य चौकी | रोशन दाहाल | ९८४४६६६२४२ |
| ४० | | आ.स्वा.से केन्द्र डाडागाउँ | सरिता लिम्बु | ९८६२६३६३४९ |
| ४१ | | आ.स्वा.से केन्द्र देवलिङगे | कृतिका खतिवडा | ९८१६०२८०७२ |
| ४२ | | आ.स्वा.सेकेन्द्रपालुङवाचोक | गीता अधिकारी | ९८४२६६४९९९ |
| ४३ | | आ.स्वा.से केन्द्र वडा न ४ | भिमा देवी मादेन | ९८६२६०४५५५ |
| ४४ | | आ.स्वा.सेकेन्द्र उकलिपानी | रेशा गुरुङ | ९८११०९३७१९ |
| ४५ | | आ.स्वा.सेकेन्द्र खोल्सापारी | ऋतु पालुङवा | ९८४४६५४४२१ |
| ४६ | | सहरी स्वा.के हिटी | जगदिस घिमिरे | ९८४२६६४१४२ |
| ४७ | | सहरी स्वा.के सुकेटार | विक्रम लिम्बु | ९८४४६८२४२० |
| ४८ | | सहरी स्वा.के मयाम | तारावीर लिम्बु | ९८४२६८२०८६ |
| ५० | मेरिङ्गदेन गा.पा | स्वास्थ्य चौकी थिङ्गलाबु | दुर्गामाया ओख्राबु | ९८६३७१५४४७ |
| ५१ | | स्वास्थ्य चौकी सान्थाक्रा | सुरुती कुमारी बुढा | ९८६५३१५७३२ |
| ५२ | | स्वास्थ्य चौकी खाम्लुङ्ग | नन्दकिशोर साह | ९८४५२३३३७४ |
| ५३ | | स्वास्थ्य चौकी लिङतेप | सुमन श्रेष्ठ | ९८०७३२५२३५ |
| ५४ | | स्वास्थ्य चौकी महाश्रेङ | सुमु बुढा क्षेत्री | ९८४५२२७८६१ |
| ५५ | | स्वास्थ्य चौकी नाल्बु | बुशाल ओखाबु लिम्बु | ९७०२२५९८९० |
| | | सा.स्वा.इ थुङथाप | सलेन्द्र कुमार यादव | ९८४५८६०९५४ |
| | | सा.स्वा.इ सारसुङ | रिता लिम्बु | ९८४२०३६४५३ |
| | | सा.स्वा.इ चांगा | सोमिहाङ लिम्बु | ९८६२७७९६३५ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ५६ | मिक्वाखोला गा.पा | स्वास्थ्य चौकी खोक्लिङ्ग | दिनेश कुमार भण्डारी | ९८११७९०७१४ |
| ५७ | | स्वास्थ्य चौकी लिवाङ्ग | वारिश राईन | ९८०९६३०५५० |
| ५८ | | स्वास्थ्य चौकी साँवा | उर्मिला कुमारी | ९८०८१९२८०३ |
| ५९ | | स्वास्थ्य चौकी पापुङ्ग | चादनी साँवा | ९८१६९२०६८५ |
| | | थापागाउँ आधारभुत स्वा.संस्था | अविनाश बिष्ट | ९८४२३४५४९५ |
| | | सिम्बुक स्वा.इकाई | सन्तोष कुमार यादव | ९८१५८०२८६३ |
| ६० | मैवाखोला गा.पा | स्वास्थ्य चौकी साँघु | इशवरी निरौला | ९८४२६४०१५५ |
| ६१ | | स्वास्थ्य चौकी फाकुम्बा | ज्ञान ब लिम्बु | ९८४२६६०६२३ |
| ६२ | | प्रा .स्वा .के ढुङ्गेसाँघु | नवराज चापगाई | ९८४६२६४८९१ |
| ६३ | | स्वास्थ्य चौकी तेल्लाबुङ्ग | यमुना राई | ९८६१९६५२२७ |
| ६४ | | सा.स्वा.ई.हात्तिखावा | हरेराम साह | ९८१६७०७८८६ |
| ६५ | | सा.स्वा.ई. साम्तुङ्ग | ममता लिम्बु | ९८६२६५२१८५ |
| | | स्वास्थ्य चौकी साङलुक्पा | मिङमा चोमु शेर्पा | ९८६१६१९८८० |

### स्वास्थ्य कार्यालय ताप्लेजुङ्गका कर्मचारी हरु :
### कार्यालय को फोन नं —०२४-४६०१८९

**ईमेल-taplejungpho@gmail.com**

| सि.न | नाम थर | पद | सम्पर्क नं | इमेल |
|---|---|---|---|---|
| १ | कुल बहादुर पौडेल | कार्यालय प्रमूख | ९८५२०२९८८४ | Kool.paudel123@gmail.com |
| २ | विधा भण्डारी | लेखा .अधिकृत | ९८४२६३९८३५ | Bidhyabhandari195@gmail.com |
| ३ | उदय नारायण दुलाल | ल्याब .टे.निरिक्षक | ९८५२६८११९६ | udaydulal1980@gmail.com |
| ४ | दिनेश राय | को .चे.निरिक्षक | ९८५२६६०६६२ | rayd7877@gmail.com |
| ५ | भावना दुलाल | जनस्वास्थ्य .अ | ९८४२७७०६१७ | vawanadulal92@gmail.com |
| ६ | सूर्यमान बिष्ट | तथ्यांक सहायक | ९८६२९५५३४४ | bcsurya88@gmail.com |
| ७ | अजित थापा | को.चे.अ | ९८२०७२१८२२ | thapaajeet2@gmail.com |
| ८ | सन्तु अधिकारी | ह .स .चा | ९८४२७४७८६० | |
| ९ | याम कण्ठ गुरुङ | का .स | ९८६२७७१५९७ | |
| १० | याम कुमार गुरुङ | का.स | ९८४२६४२३७४ | |
| ११ | चतुरमान मादेन | का.स | ९८४४६५५३१३ | |
| १२ | मनिषा सुब्बा | का.स | ९८४२९६६०११ | |

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
स्वास्थ्य कार्यालय
ताप्लेजुङ
2024.9.17 11:20