

# नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति

२०७२-२०७७



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

२०७२



# नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति

२०७२-२०७७



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

२०७२

मुद्रण: सौगात प्रिन्टिड एण्ड पब्लिकेशन

फोन: ०१-२३३४७४, ९८४१-३११८६६

ईमेल: [printsaugat2009@gmail.com](mailto:printsaugat2009@gmail.com)



नेपाल सरकार

# स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

(.....शाखा)

फोन नं.

४२६२५६०

४२६२८०२

४२६२७०६

४२६२५३५

४२६२८६२

४२३३५८०

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :-

रामशाहपथ,

काठमाडौं, नेपाल ।

मिति : २०७२।०९।१४

## विषय :- मन्तव्य

नेपालले विगत दुई दशकमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेख्य उपलब्धिहरू हासिल गरेको छ । मातृ मृत्यु दर, बाल मृत्यु दर तथा शिशु मृत्यु दर लगायतका सूचकहरूमा कमी आउनुका साथै नेपालीहरूको औसत आयुमा समेत वृद्धि भएको छ । हामीले विभिन्न सरुवा रोगहरू नियन्त्रणको प्रयासहरूमा अपेक्षित नतिजा हासिल गरेका छौं । सोही अवधिमा मातृ तथा नवशिशु धनुषंकार एवम् कुष्ठरोगको निवारण गर्नुका साथै मुलुकलाई पोलियोशून्य अवस्थामा पुर्याउन सफल भएका छौं । यसरी नै प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा रहेका क्षयरोग, एचआईभी, दादुरा, कालाजार, हात्तीपाईले तथा औलो जस्ता सरुवारोगहरूको रोकथाम तथा निवारणका लागि हाम्रो घनिभूत प्रयास जारी छ । यी सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रका उपलब्धिहरूको श्रेय विभिन्न विषयगत निकाय तथा क्षेत्र, गैरसरकारी संघसंस्था, दातृ निकाय, नागरिक समाज, संचार जगत समेतलाई जान्छ ।

नेपाली जनताको स्वास्थ्य अवस्था सुधारमा नेपाल सरकारले समयानुकूल रूपमा परिमार्जन गर्दै अख्तियार गरेका नीति, रणनीति तथा कार्यक्रमहरूको महत्वपूर्ण भूमिका रहेको छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ र स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०६० का आधारमा कार्यान्वयन गरिएका स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ तथा स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ले स्वास्थ्य क्षेत्रमा व्यवस्थित रूपमा कार्यान्वयनको पद्धति वसालेको थियो । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्रतिस्थापन गरिसकेको सन्दर्भमा समय सापेक्षिक रूपमा स्वास्थ्य क्षेत्रका गतिविधिहरूलाई निर्देशित गर्न यो स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ तर्जुमा गरिएको हो।

यस रणनीतिले स्वास्थ्य क्षेत्रका विद्यमान चुनौतीहरूलाई सम्बोधन गर्नुका साथै संविधान प्रदत्त निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको सर्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्ने एवम् नागरिकले सर्वसुलभ ढंगले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उचित मुल्यमा प्राप्त गर्ने गरी निजी क्षेत्रको सहभागिता समेतलाई प्रोत्साहित गर्दै सेवा प्रवाहलाई पारदर्शी तथा जनउत्तरदायी बनाउन मार्ग प्रशस्त गर्नेछ। यस रणनीतिले स्वास्थ्यलाई मुलुकको समग्र आर्थिक एवम् सामाजिक विकासको केन्द्रमा राखेको छ । यस रणनीतिलाई कार्यान्वयन गर्नका लागि यस मन्त्रालयले आगामी पाँच वर्षका लागि बृहत कार्ययोजना तयार पारी लागु गर्नेछ ।

यो रणनीतिको निर्माणको सन्दर्भमा कानून निर्माता, नीति निर्माता, विकासका वाहय साझेदार, गैरसरकारी संघसंस्था, प्राज्ञ, निजी क्षेत्र लगायत स्वास्थ्यसंग सम्बन्धित सम्पूर्ण सरोकारवालाहरूको सकृय सहभागितामा कार्यशाला, गोष्ठी, सघन छलफल आयोजना गरिनुका साथै विषय विशेषज्ञ राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाताहरूको समेत सहयोग लिईएको थियो। यस रणनीतिको तयारीको विभिन्न चरणमा योगदान दिनुहुने उच्च स्तरीय समिति एवम् निर्देशक समिति (Steering Committee) मा रही यस कार्यलाई मार्गदर्शन प्रदान गर्ने सम्पूर्ण महानुभावहरूलाई तथा विशेषतः सभासदहरू, राष्ट्रिय योजना आयोगका सदस्य एवम् पदाधिकारीहरू, अर्थ मन्त्रालय, संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय, अन्य विषयगत निकायका पदाधिकारीहरू, यस मन्त्रालय एवम् अन्तर्गतका कर्मचारीहरू, यस कार्यमा संलग्न अन्तर्राष्ट्रिय, द्विपक्षीय, बहुपक्षीय दातृ निकायका प्रतिनिधिहरूलाई म धन्यवाद ज्ञापन गर्न चाहन्छु। साथै यस रणनीति तयारीका क्रममा पूर्णकालिन रूपमा संलग्न हुनुभएका कार्यक्रम विकास दल ( Program Development Team) र विषयगत कार्य समुहका संयोजक एवम् सम्पूर्ण सदस्यहरूलाई यस रणनीति निर्माणमा पुऱ्याउनु भएको योगदानको लागि यस मन्त्रालयको तर्फबाट आभार प्रकट गर्न चाहन्छु ।

अन्तमा, यस रणनीतिले सम्पूर्ण नेपाली नागरिकहरूलाई शारीरिक, मानसिक, सामाजिक तथा भावनात्मक रूपमा स्वस्थ रही उत्पादनशील र गुणस्तरीय जीवन यापन गर्न सक्षम तुल्याउने विश्वास सहित यस रणनीतिको कार्यान्वयनमा सर्वपक्षीय सहयोगको अपेक्षा गर्दछु ।

(शान्त बहादुर श्रेष्ठ)

सचिव



# विषय-सूची

सारसंक्षेप	i
१ पृष्ठभूमि	१
१.१ परिचय	१
१.२ नीतिगत सन्दर्भ	२
१.३ नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको कार्यक्षेत्र	३
२ परिस्थितिको विश्लेषण	४
२.१ स्वास्थ्य क्षेत्रका उपलब्धि	४
२.२ स्वास्थ्य सेवामा समता	६
२.३ जनसङ्ख्याको गतिशिलता तथा स्वास्थ्य	९
२.४ सेवाको गुणस्तर	११
२.५ परिवर्तित रोग भार (Shifting Burden of Diseases) तथा स्वास्थ्य समस्या	१३
२.६ विपदपछिको स्थिति	१४
२.७ स्वास्थ्य सेवामा लगानी र लगानीको संरक्षण	१५
२.८ क्षेत्रगत व्यवस्थापन तथा संयोजन	१७
२.९ स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण	१९
२.१० आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा प्रणाली	२०
३ भावी सोच तथा ध्येय	२१
३.१ भावी सोच	२१
३.२ ध्येय	२१
४ रणनीतिक दिशा र मार्ग	२२
४.१ स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच	२२
४.२ गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा	२३
४.३ स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा सुधार	२४
४.४ बहुपक्षीय सहकार्य	२७
५ लक्ष्य, नतिजा र प्रतिफल	२९
५.१ लक्ष्य	२९
५.२ नतिजा र प्रतिफल	२९
नतिजा १: पुननिर्माण तथा स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण: भौतिक संरचना, स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि जनशक्ति, खरिद र आपूर्ति व्यवस्थापन	३०
नतिजा २: स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा नै गुणस्तर अभिवृद्धि	३३
नतिजा ३: स्वास्थ्य सेवाको समतामूलक उपभोग	३५
नतिजा ४: विकेन्द्रित योजना तथा बजेट प्रणाली सुदृढीकरण	३६
नतिजा ५: स्वास्थ्य क्षेत्र व्यवस्थापन र सुशासन सुदृढीकरण	३६
नतिजा ६: स्वास्थ्य क्षेत्र लगानीको दिगोपन सुधार	३८

नतिजा ७:	स्वस्थ जीवनशैली तथा वातावरण सुधार	३८
नतिजा ८:	जनस्वास्थ्य विपद् व्यवस्थापन सुदृढीकरण	३९
नतिजा ९:	निर्णय प्रक्रियामा प्रमाणहरू जुटाउने र प्रयोग गर्ने बानी विकास	४०
<b>६</b>	<b>स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage)</b>	<b>४२</b>
६.१	पृष्ठभूमि	४२
६.२	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा	४२
६.३	सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा	४२
६.४	स्वास्थ्य सेवा प्रवाह संयन्त्र	४२
<b>७</b>	<b>वित्तीय व्यवस्थापन</b>	<b>४५</b>
<b>८</b>	<b>रणनीतिको कार्यान्वयन तथा मूल्याङ्कन</b>	<b>४५</b>
<b>९</b>	<b>अनुसूची</b>	
	अनुसूची १ : आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सूची	४७
	अनुसूची २ : नतिजा अनुगमन खाका	५२
	अनुसूची ३ : सन्दर्भ सूची	७५



## सारसंक्षेप

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ को भावना अनुरूप आगामी पाँच वर्षका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रलाई अगाडि बढाउने प्राथमिक साधनकारूपमा यस नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०७२-२०७७ रहने छ । यसले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिको भावी सोच तथा ध्येयलाई अङ्गीकार गर्दै हरेक नागरिकको आधारभूत स्वास्थ्य सेवासम्मको पहुँच प्रत्याभूतिको संवैधानिक हकलाई आत्मसात् गरेको छ । यसका अतिरिक्त, स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) प्रतिको राष्ट्रिय प्रतिबद्धताको सफल कार्यान्वयनका लागि आवश्यक श्रोत तथा लगानीको आधार यस रणनीतिले तय गरेको छ ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले स्वास्थ्यलाई मुलुकको समग्र आर्थिक एवम् सामाजिक विकासको केन्द्रमा राखेको छ । नेपाललाई सन् २०२२ सम्ममा अति कम विकसित राष्ट्रको सूचीबाट मध्य आय भएका विकासिल मुलुकको सूचीमा पुऱ्याउने सरकारको भावी सोचलाई साकार गर्न स्वास्थ्य क्षेत्रले पुऱ्याउन पर्ने योगदानलाई यस रणनीतिले नै निर्देशित गर्दछ ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको विकास स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुरु गरिएको क्षेत्रगत पद्धति Sector Wide Approach (SWAp) को सन्दर्भमा भएको हो र यसले साभेदारीलाई नेपालमा स्वास्थ्य सेवाको विकासको आधारशिलाको रूपमा लिएको छ । सरकार तथा साभेदारहरू यस रणनीतिका प्राथमिकतालाई साकार पार्न प्रतिबद्ध भई नतिजा प्राप्तिका लागि संयुक्त रूपमा उत्तरदायी हुनेछन् । स्वास्थ्यका सामाजिक निर्धारकलाई सम्बोधन गर्नका लागि बहुपक्षिय सहकार्यलाई यस रणनीतिले बढावा दिएको छ ।

विगत दुई दशकमा नेपालले स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेखनीय उपलब्धि हासिल गरेको छ । सन् १९९० देखि २०१४ को अवधिमा नेपालले पाँच वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिकाको मृत्युदर ७३ प्रतिशतले घटाएको छ भने शिशु मृत्युदर ६७ प्रतिशतले घटाएको छ । यसैगरी सन् १९९६ देखि २०१३ को अवधिमा नेपालले मातृ मृत्युदर ७६ प्रतिशतले घटाएको छ । तुलनात्मक रूपमा नवजात शिशुको मृत्युदर तथा कुपोषण कम गर्ने सवालमा भने कम प्रगति भएको छ । यस अवधिमा पोलियो उन्मूलनको संघारमा पुगेको छ भने कुष्ठरोग निवारणको स्थितिमा पुगेको छ । साथै क्षयरोग, एचआइभी तथा औलो रोग रोक्न र तिनको फैलावटलाई घटाउने घनिभूत प्रयास भएको छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा उलेख्य प्रगति भएपनि, स्वास्थ्य प्रतिफलमा केहि असमतासहित विविध चुनौतिहरू अझै विद्यमान छन् । स्वास्थ्य सेवाको सहज पहुँचमा अझै पनि नागरिकहरूले आर्थिक, सामाजिक, साँस्कृतिक, भौगोलिक तथा संस्थागत बाधाहरू भोगिरहेका छन् । लैङ्गिक असमानता घटाउनका लागि अनेकन प्रयास भएपनि नेपाली महिलाहरू अझै पनि सीमान्तकृत छन् जसका कारण उनीहरूको स्वास्थ्य तथा सम्बृद्धिमा असर परिरहेको छ । सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा असमता कम गर्नका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा, सुरक्षित मातृत्व लगायतका कार्यक्रमहरू कार्यान्वयन गरेको छ । विगतका केही दशकमा सरकारले स्वास्थ्य संस्था तथा समुदायमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको विस्तार लगायतका कदमहरू मार्फत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउनमा ध्यान केन्द्रित गरेको छ ।

स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तार गर्दै स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधार गर्नु एउटा मुख्य चुनौति हो । यसका अतिरिक्त सरुवा रोगको व्यवस्थापन, नसर्ने रोगको बढ्दो भार, बढ्दो सहरीकरण अनुरूपको सहरी स्वास्थ्य सेवाको विस्तार, प्राकृतिक प्रकोप, प्रदुषण, जलवायु परिवर्तन एवम् सडक दुर्घटनाबाट हुने क्षतिहरू स्वास्थ्य क्षेत्रमा थप चुनौतिका रूपमा देखा परेका छन् ।

२०७२ साल वैशाख १२ को विनाशकारी भूकम्प र त्यसपछिका पराकम्पहरूका कारण क्षति भएका करिब १२०० स्वास्थ्य संस्थाहरूको पुनर्निर्माण एवम् मर्मतसम्हार थप चुनौतिका रूपमा देखापरेको छ। साथै आपतकालिन अवस्थाको तयारी तथा व्यवस्थापनका लागि तत्कालै दरिलो प्रयास थाल्नु पर्ने आवश्यक देखिन्छ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको २५ वर्षभन्दा पुरानो विद्यमान सांगठनिक संरचना समसामयिक तथा भावी स्वास्थ्य चुनौतीलाई सम्बोधन गर्नका लागि यथेष्ट हुन सक्दैन। साथै नेपालको संविधानमा रहेको संघियताका प्रावधान अनुरूप स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको पुनर्संरचना गर्न आवश्यक देखिएको छ। यसरी पुनर्संरचना गर्दा, विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको भौगोलिक एवम् जनसङ्ख्याका आधारमा न्यायोचित वितरण सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ। यसका अतिरिक्त, नागरिकको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउनका लागि स्वास्थ्य प्रणालीका विभिन्न आयामहरूमा पनि सुधार एवम् सुदृढीकरण गर्न आवश्यक देखिन्छ।

विद्यमान उपलब्धिको दिगोपना तथा भावी चुनौतिको सामना गर्नका लागि नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले तपसिलका चार निर्देशक सिद्धान्त अङ्गीकार गरेको छ:

- स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा
- स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार
- बहुपक्षीय सहकार्य

उपरोक्त निर्देशक सिद्धान्त अन्तरगत रही यो रणनीतिले सहरी गरिबसहित स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुगेका नागरिकलाई सेवा पुऱ्याउने तथा सेवाको समतामूलक उपभोग बढाउने ध्येय राखेको छ। यस रणनीतिले महिला सशक्तिकरण, सहयोगी साँस्कृतिक अभ्यासलाई प्रोत्साहन तथा लैङ्गिक हिंसा कम गर्नका लागि स्थानीय संस्था तथा सामुदायसँग साभ्केदारी गर्ने नीति अंगिकार गरेको छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा नै गुणस्तर सुधार गर्न पर्नेमा पनि रणनीतिले ध्यान केन्द्रित गरेको छ। सरकारी तथा नीजि क्षेत्रबाट दिइने स्वास्थ्य सेवाको उच्च गुणस्तर सुनिश्चित गर्न यो रणनीतिको अवधिभरमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले परिकल्पना गरेको गुणस्तर नियमनका लागि एक स्वायत्त निकायको गठन गरिनेछ। रणनीतिले अनुसन्धानलाई अभिवृद्धि गर्दै प्राप्त प्रमाणको प्रयोगलाई प्रोत्साहित गर्न पनि जोड दिएको छ। यसले स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन सुदृढ गर्न, स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउन, खरिद तथा आपूर्ति व्यवस्थापनलाई सुदृढ गर्न तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूको प्रभावकारी निर्माणका लागि नयाँ प्रविधिको प्रयोगमा जोड दिएको छ।

योजना तर्जुमा तथा बजेट विनियोजन प्रक्रियालाई समेत विकेन्द्रिकृत गर्न यो रणनीतिले “नेपालमा स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन सुदृढीकरणका लागि सहकार्यात्मक रूपरेखा” को कार्यान्वयनलाई प्राथमिकतामा राखेको छ। यस रणनीतिले जनताको समग्र हितलाई ध्यानमा राखेर सरकारी तथा गैरसरकारी/नीजि क्षेत्र बीचको साभ्केदारी विकासलाई जोड दिएको छ। सरकारी एवम् गैरसरकारी/नीजि क्षेत्रबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाको सुदृढ नियमनका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको संस्थागत क्षमताको निरन्तर अभिवृद्धिको लक्ष्य यस रणनीतिले लिएको छ।

यो रणनीतिले बहुपक्षीय सहकार्य पद्धतिमार्फत स्वस्थ जीवनशैली तथा स्वस्थ वातावरणको प्रवर्द्धनमा ध्यान केन्द्रित गर्नेछ। यसअन्तरगत, स्वस्थ जीवनशैली सम्बन्धी आधारभूत सीप तथा व्यवहारको विकासको सुरुवात बालबालिकाबाट गर्ने, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थालाई स्वस्थ जीवनशैली सिकाइ केन्द्रमा रूपान्तरण गर्ने, कुपोषण नियन्त्रण गर्ने तथा स्वास्थ्यवर्धक खानाको प्रवर्द्धन गर्ने, सडक सुरक्षाका मार्फत बढ्दो मृत्यु तथा घाइते दर कम गर्ने, स्वस्थ वातावरणलाई बढावा दिने र जलवायु परिवर्तनको स्वास्थ्यसम्बन्धी नकारात्मक असरलाई सम्बोधन गर्ने लगायतका काम गरिनेछ।

यस रणनीतिले उत्तरदायी तथा समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली मार्फत सबै नागरिकको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउन निम्न नतिजा हासिल गर्ने लक्ष्य राखेको छ ।

१. पुनर्निर्माण तथा स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण: भौतिक संरचना, स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि जनशक्ति, खरिद र आपूर्ति व्यवस्थापन ।
२. स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा नै गुणस्तर अभिवृद्धि ।
३. स्वास्थ्य सेवाको समतामूलक उपभोग ।
४. विकेन्द्रित योजना तथा बजेट प्रणाली सुदृढीकरण ।
५. स्वास्थ्य क्षेत्र व्यवस्थापन र सुशासन सुदृढीकरण ।
६. स्वास्थ्य क्षेत्र लगानीको दिगोपन सुधार ।
७. स्वस्थ जीवनशैली र वातावरण सुधार ।
८. जनस्वास्थ्य विपद् व्यवस्थापन सुदृढीकरण ।
९. निर्णय प्रक्रियामा प्रमाणहरू जुटाउने र प्रयोग गर्ने बानी विकास ।

स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) सुनिश्चित गर्नका लागि यस रणनीतिले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क उपलब्ध गराउने र आधारभूत स्वास्थ्य सेवाभन्दा बाहेकका स्वास्थ्य सेवाहरू, स्वास्थ्य बीमा लगायतका सामाजिक सुरक्षाका संयन्त्रहरू मार्फत प्रदान गर्ने व्यवस्था मिलाउने परिकल्पना गरेको छ ।

उपलब्ध सीमित श्रोत तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा आवश्यक लगानीका बीचमा सिर्जना हुने अन्तरलाई पहिचान गर्दै यस रणनीति कार्यान्वयनका लागि विस्तृत वित्तीय आवश्यकता अनुमान गरिने छ । उक्त अनुमानका आधारमा यस रणनीति कार्यान्वयनका लागि आवश्यक वित्तीय श्रोत परिचालनमा नेपाल सरकारको आन्तरिक श्रोतको अधिकाधिक प्रयोग गर्दै लैजाने एवम् विकास सहायता नीति २०७१ (Development Cooperation Policy 2014) अनुरूप बाह्य श्रोतसमेत उपयोग गरिनेछ । साथै आगामी पाँच वर्षमा क्रमशः आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा नेपाल सरकारको पूर्ण लगानी सुनिश्चित गरिनेछ ।

यस रणनीतिलाई सफलतापूर्वक लागु गर्न पाँच वर्षे कार्यान्वयन योजना एवम् त्यस अनुरूपको वार्षिक कार्ययोजना तथा बजेट तर्जुमा गरिनेछ । यस रणनीतिको कार्यान्वयन, अनुगमन एवम् मूल्याङ्कन स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको नेतृत्वमा, विषयगत मन्त्रालय, विकास साभेदार, गैरसरकारी संस्था, नागरिक समाज, निजी क्षेत्र, सहकारी तथा समुदायको सहभागिता र समन्वयमा गरिनेछ । रणनीतिको अनुगमन एवम् मूल्याङ्कन नतिजा अनुगमन खाकामा निर्धारित सूचकहरूको आधारमा वार्षिक तथा मध्यावधी समीक्षा मार्फत गरिनेछ ।



# १ पृष्ठभूमि

## १.१ परिचय

नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति: सुधारको कार्यसूची २०६० (Health Sector Strategy: An Agenda for Reform 2004) को अवलम्बनसँगै क्षेत्रगत पद्धति (Sector Wide Approach-SWAp) अनुरूप पाँच वर्षे रणनीतिक स्वास्थ्य योजना तर्जुमा प्रक्रिया शुरु भएको हो । उक्त रणनीति गरिबी निवारण रणनीति (Poverty Reduction Strategy Paper - PRSP) तथा सहश्राब्दी विकास लक्ष्य (Millennium Development Goals) मा नेपालको प्रतिबद्धता अनुरूप ल्याइएको थियो । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ तथा दोश्रो दीर्घकालिन स्वास्थ्य योजना (१९९७-२०१७) बाट निर्देशित भएर सन् २००४ देखि २००९ का लागि पहिलो नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम ल्याइएको थियो । यसकै निरन्तरताका रूपमा दोश्रो नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (२०१० देखि २०१५) ल्याइएको थियो । यसले साभेदारी, स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, समता एवम् समावेशीकरण, स्थानीय सुशासन तथा स्वास्थ्य सेवाको विकेन्द्रिकरणमा विशेष जोड दिएको थियो ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ र स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०६० का आधारमा तयार पारिएका स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम १ र २ ले विशेषतः स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको रूपरेखा तयार पारि कार्यान्वयनमा जोड दिएको थियो । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले प्रतिस्थापन गरेको सन्दर्भमा उक्त नीतिलाई रूपान्तरण गर्न एवम् परिवर्तित सन्दर्भमा स्वास्थ्य क्षेत्रलाई निर्देशित गर्न यो पाँच वर्षे रणनीति तयार पारिएको हो । यो रणनीति अनुसार पाँच वर्षका लागि कार्ययोजना तयार पारी मन्त्रालयले अनुमोदन गरी कार्यान्वयन गर्नेछ ।

यस नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (२०७२-२०७७) ले आगामी पाँच वर्षमा स्वास्थ्यका विविध सामाजिक निर्धारकलाई सम्बोधन गर्न बहुपक्षीय सहकार्यमा जोड दिएको छ । यसले विद्यमान सामाजिक तथा राजनीतिक वातावरण एवम् स्वास्थ्यका स्थानीय तथा विश्वव्यापी कार्यसूचीमा आएका परिवर्तनलाई पनि आत्मसात् गरेको छ । यो रणनीति राष्ट्रिय योजना आयोगको विस्तारित योजना तथा अनुगमन रूपरेखाको आधारमा तयार गरिएको छ । यस रणनीतिले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले अङ्गीकार गरेको मर्मलाई आत्मसात् गरेको छ ।

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रको विकासमा साभेदारी एउटा मुख्य अवयव हो र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको विकास प्रक्रिया पनि यसै सिद्धान्तको आधारशिलामा थालनी भएको हो । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति, सरकार तथा विकास साभेदारहरूको सहकार्यको परिणाम हो,<sup>1</sup> यसर्थ स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत सबै विकास साभेदारहरू आफ्ना कार्यक्रमलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको प्राथमिकतामा ढाल्न तथा प्रस्तावित परिणाम प्राप्तिका लागि संयुक्त रूपमा प्रतिबद्ध हुनेछन् । यस रणनीतिलाई प्रवर्द्धन गर्न राष्ट्रिय तथा स्थानीय तहमा चौतर्फी समन्वय सुनिश्चित गर्नका साथै सबै खाले सरोकारवालाहरूबाट प्राप्त सान्दर्भिक सुझावहरूलाई यसमा समेटिएको छ ।

उच्चस्तरिय समिति र निर्देशक समितिको मार्गदर्शन तथा अन्य विषयगत समितिहरूको समन्वय तथा सुझावका आधारमा विभिन्न सरोकारवाला निकायहरूको प्रतिनिधित्व भएको कार्यदलले यो रणनीति तयार पारेको हो ।

<sup>1</sup> Development partners include external donor and supporting agencies, I/NGOs, Civil Societies, Private Sector and cooperatives

## १.२ नीतिगत सन्दर्भ

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले लोकतान्त्रिक भावनालाई आत्मसात गर्दै सामुदाय तथा नीज क्षेत्रको बढ्दो सहभागिताको आव्हानसहित स्वास्थ्य सेवालालाई जनमूखी बनाएको थियो। वि.सं. २०६३ को राजनीतिक परिवर्तनलाई आत्मसात गर्दै नेपालको संविधानले इतिहासमा पहिलो पटक नागरिकको स्वास्थ्यलाई मौलिक हकका रूपमा प्रत्याभूत गरेको छ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले समग्र नागरिकहरूको स्वास्थ्य अवस्था सुधार गर्ने अग्रगामी कार्यसूची तय गरेको छ। यसमा प्रौढ, अपाङ्गता भएका व्यक्ति, एकल महिला, गरिब तथा सीमान्तकृत समुदायलाई विशेष प्राथमिकता दिइएको छ। यस नीतिले स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (*Universal Health Coverage*) को प्रतिबद्धतालाई आत्मसात् गरेको छ। यसका साथै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको सर्वसुलभ पहुँच पुऱ्याउन सबै सेवा प्रदायकलाई अभै बढी प्रभावकारी तथा उत्तरदायी बनाउने उद्देश्य लिएको छ। यस नीतिले स्वास्थ्यलाई समग्र विकासको मूल मुद्दाका रूपमा स्थापित गर्न साभेदारी तथा बहुसरोकारवालाहरू बीचको सहकार्यलाई जोड दिएको छ। स्वस्थ वातावरण सिर्जना गर्न तथा स्वस्थ जीवनशैली अंगाल्न प्रेरित गर्ने उद्देश्य लिएको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले आधुनिक चिकित्सा पद्धतिसँगै आयुर्वेद एवम् परम्परागत औषधी उपचार पद्धतिलाई समावेश गर्दै लाने रणनीति तय गरेको छ।<sup>१२</sup> नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिका प्रतिफलहरू राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिका यिनै भावनाहरूसँग जोडिएका छन्।

नेपालको संविधान अनुरूप संघीयतामा आधारित भएर राज्यको पुनर्संरचना गर्नु अहिलेको प्रमुख कार्यसूची हो, यसलाई आत्मसात् गर्दै नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको तर्जुमा गरिएको छ। विकेन्द्रीकरण तथा स्थानीय स्वास्थ्य शासनको सुदृढीकरणमा जोड दिँदै स्वास्थ्यका वर्तमान आवश्यकतालाई तदारुकताका साथ सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एवम् मातहतका कार्यालयहरूको पुनर्संरचनामा यस रणनीतिले जोड दिएको छ।

आर्थिक विकासका लागि स्वस्थ जनशक्ति अपरिहार्य छ। स्वास्थ्यमा गरिएको लगानीले स्वस्थ जनशक्तिमार्फत गरिबी निवारणमा योगदान गर्नेछ। स्वास्थ्यलाई राष्ट्र विकासको मूल मुद्दा बनाउनका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय तथा बृहत् सरोकारवालाहरू बीच निरन्तर सहकार्यको आवश्यकतालाई यो रणनीतिले स्थापित गरेको छ।

नेपाल सरकारको विकास सहायता नीति, २०७१ ले स्वास्थ्य क्षेत्रमा वैदेशिक सहयोगको प्रभावकारिताको कार्यसूची अगाडि बढाउन नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिका लागि आधार प्रदान गर्दछ। राष्ट्रको क्षमता अभिवृद्धि गरी अधिकतम उपलब्धि हासिल गर्नका लागि विकास सहायता परिचालित गर्ने विकास सहायता नीतिको लक्ष्यलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले आत्मसात् गरेको छ।<sup>१३</sup> सन् २०२२ सम्म नेपाललाई कम विकसित मुलुकबाट विकासशिल मुलुकको दर्जामा पुऱ्याउने राष्ट्रिय लक्ष्यलाई यस रणनीतिले आत्मसात् गरेको छ।

नेपालको संवैधानिक व्यवस्था तथा नेपालले अन्तर्राष्ट्रिय मञ्चहरूमा व्यक्त गरेका प्रतिबद्धताहरूलाई यस रणनीतिमा आत्मसात् गरिएको छ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा स्वास्थ्यमा समतालाई केन्द्रविन्दुमा राख्दै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सबै नागरिकहरूको सहज पहुँचमा पुऱ्याउने कार्यमा यस रणनीतिले जोड दिएको छ। नेपालले सहश्राब्दी विकास लक्ष्यका स्वास्थ्य सम्बन्धी सबैजसो लक्ष्यलाई पूरा गरेको छ। यी उपलब्धिहरूलाई संस्थागत गर्दै दिगो विकास लक्ष्य (*Sustainable Development Goals*) प्राप्तिका लागि यो रणनीतिले मार्ग प्रशस्त गर्नेछ।

<sup>१२</sup> Ministry of Health and Population, "National Health Policy 2071," (Kathmandu: Government of Nepal, 2014).

<sup>१३</sup> Ministry of Finance, "Development Cooperation Policy: International Cooperation for Development Effectiveness," (Kathmandu: Government of Nepal).

### १.३. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको कार्यक्षेत्र

स्वास्थ्य क्षेत्र मुलुकको सामाजिक-आर्थिक विकासको एक मूलभूत तथा अविभाज्य अङ्ग हो । स्वास्थ्यमा गरिएको लगानीले राष्ट्रको विकासलाई अझ अगाडि बढाउने अवधारणा सहित यो रणनीति ल्याइएको हो । यसले स्वास्थ्यलाई विकासको साभा मुद्दाका रूपमा स्थापित गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयसँगै अन्य मन्त्रालय, निकाय एवम् विभिन्न सरोकारवालाहरूको सहकार्य तथा उत्तरदायित्वमा जोड दिएको छ ।

यो रणनीतिले वैदेशिक सहायताको प्रभावकारिता सम्बन्धी पेरिस घोषणा (Paris Declaration on Aid Effectiveness) लगायत अन्य अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धता अनुरूप सहयोगको प्रभावकारी कार्यान्वयनमा जोड दिएको छ ।

यस रणनीतिले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ अनुसार आगामी पाँच वर्षका लागि प्राथमिकताहरू निर्धारण गर्नुका साथै नतिजामूलक अनुगमन खाका (Results-based Monitoring Framework) समेत तय गरेको छ । आगामी पाँच वर्षका लागि तयार गरिने स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यान्वयन योजना निर्माणमा पनि यस रणनीतिले मार्गदर्शन प्रदान गर्नेछ ।

यस रणनीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि आन्तरिक श्रोतको अधिकाधिक प्रयोग गर्दै आगामी पाँच वर्षमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा क्रमशः नेपाल सरकारको पूर्ण लगानी सुनिश्चित गरिनेछ । यसका साथै बाह्य श्रोतको परिचालन गर्दा नेपाल सरकारको विकास समन्वय नीति २०१४ (Development Cooperation Policy 2014) को आधारमा गरिनेछ ।

## २. परिस्थितिको विश्लेषण

### २.१ स्वास्थ्य क्षेत्रका उपलब्धि

विगत दुई दशकमा नेपालले स्वास्थ्य सुधारमा उल्लेख्य प्रगति हासिल गरेको छ। विशेषगरी नेपालले सहश्राद्धी विकास लक्ष्यहरू ४ र ५ मा अन्तरगतको बाल मृत्युदर तथा मातृ स्वास्थ्यमा उल्लेखनीय उपलब्धि हासिल गरेको छ।<sup>4</sup>

सहश्राद्धी विकास लक्ष्य अन्तरगत पाँच वर्षमूिनको बाल मृत्युदर सन् १९९० देखि २०१५ सम्ममा दुई तिहाइले घटाउने लक्ष्य लिइएको थियो। नेपालले सो अवधिमा ७३ प्रतिशतले घटाउँदै १९९० मा १४२<sup>5</sup> रहेको मृत्युदरलाई सन् २०१४ मा यो दर प्रतिहजार ३८<sup>6</sup> मा ल्याउन सफल भयो। यसै हिसावले एक वर्षमूिनका शिशुको मृत्युदर ६७ प्रतिशतले घटेको छ, यो दर प्रतिहजार ९९<sup>7</sup> बाट घटेर ३३<sup>8</sup> प्रति हजार जीवित जन्ममा सीमित भएको छ। तर २८ दिनभित्र हुने नवजात शिशुको मृत्युदरमा कमी आएपनि सन्तोषजनक भने छैन। यही अवधिमा नवजात शिशुको मृत्युदर ५७ प्रतिशतले मात्र कम भएको छ, अर्थात् सन् १९९० मा एक हजार शिशुमा ५३<sup>9</sup> को मृत्यु हुन्थ्यो भने सन् २०१४ मा यो दर प्रतिहजार २३<sup>10</sup> मा झरेको छ। अझैपनि २८ दिनभित्र हुने नवजात शिशुको मृत्युदरले पाँच वर्षमूिनका शिशुको मृत्युदरको ५७ प्रतिशत ओगट्छ।<sup>11</sup> संयुक्त राष्ट्रसंघीय निकायहरूका अनुमान अनुसार विगत १५ वर्ष यता नेपालमा मातृमृत्यु दरमा ७६ प्रतिशतले कमी आएको छ। सन् १९९६ को ७९० मातृ मृत्यु दर सन् २०१३ मा १९० मा झरेको छ।<sup>12</sup>

विश्वमा ४५ प्रतिशत पाँच वर्षमूिनको बाल मृत्युको कारण कुपोषण हो।<sup>13</sup> नेपालमा आमा तथा बालबालिकाको पोषणको अवस्थामा केही प्रगति भएपनि यो अझै चुनौतीपूर्ण छ। पाँच वर्षमूिनका बालबालिकाहरूमा पुडको हुने दर (Stunting Rate) सन् २००१ मा ५७ प्रतिशत रहेकोमा सन् २०१४ मा यो दर झरेर ३७ प्रतिशत छ।<sup>14</sup> यही अवधिमा कम तौल भएका (Under Weight) बालबालिकाहरूको प्रतिशत ४३ बाट ३०<sup>15</sup> मा झरेको छ। बालबालिका पुडको हुने दर घट्दै गएपनि यो विश्व स्वास्थ्य संगठनले तय गरेको सीमाभन्दा बढी नै छ। बालबालिका तथा प्रजनन उमेरका महिलामा पोषणको कमीका कारण हुने रक्तअल्पताको प्रतिशत पनि विश्व स्वास्थ्य संगठनले तोकेको सीमाभन्दा बढी नै छ।<sup>16</sup> बालबालिकाको उचाईको अनुपातमा तौल कम हुनु (Wasting) अझै पनि जनस्वास्थ्यको ठूलो समस्याको रूपमा रहेको छ। ११ प्रतिशत बालबालिकामा उचाईको अनुपातमा तौल कमी (Wasting) छ भने ३ प्रतिशतमा यो समस्या गम्भीर रूपमा देखिएकोछ।<sup>17</sup>

महिलाहरूको पोषणमा कमी एक गम्भीर चासोको विषय हो। शारीरिक घनत्व सूचकाङ्क (Body Mass Index, BMI) को न्यूनतम बिन्दु १८.५ भन्दा मूिन रहेका महिलाको प्रतिशत १८ छ। यसले उनीहरू साह्रै पातला वा कुपोषित भएको सङ्केत दिन्छ। मध्य तराई क्षेत्रका महिलाहरूमा यो समस्या बढी देखिएको छ।

<sup>4</sup> United Nations Development Programme, "Nepal Millennium Development Goals Progress Report 2013," (Kathmandu: National Planning Commission, 2013).

<sup>5</sup> UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, "Levels & Trends in Child Mortality," (New York 2014).

<sup>6</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Key Findings," (Kathmandu 2014).

<sup>7</sup> UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, "Levels & Trends in Child Mortality."

<sup>8</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Key Findings."

<sup>9</sup> UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, "Levels & Trends in Child Mortality."

<sup>10</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Key Findings."

<sup>11</sup> UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, "Levels & Trends in Child Mortality."

<sup>12</sup> WHO et al., "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013," (Geneva 2014).

<sup>13</sup> WHO, "Children: Reducing Mortality," WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.

<sup>14</sup> CBS, "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014"

<sup>15</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International Inc., "Nepal Demographic and Health Survey 2011," (Kathmandu: Ministry of Health and Population, New ERA, ICF International Inc., 2012).

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Ibid.



यो क्षेत्रका २६ प्रतिशत महिलाहरूको विएमआइको न्यूनतम विन्दु १८.५ भन्दा तल छ।<sup>18</sup> तर हाल पोषणको कमी भएका महिलाको सङ्ख्यामा कमी आएपनि मोटोपनको समस्या भने बढ्दो छ। सन् २००६ मा ९ प्रतिशत महिलामा मोटोपन (विएमआइ २५ भन्दा बढी) देखिएको थियो भने सन् २०११ मा यो बढेर १४ प्रतिशत पुगेको छ।<sup>19,20</sup>

विगत एक दशकमा ६ थरीका Antigen बाट विस्तार गरी ११ थरीको Antigen विरुद्धका खोपहरू राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम मार्फत दिइदै आएको छ। पछिल्ला पाँच वर्षमा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको पहुँचमा विस्तार भएको छ। यस अवधिमा ९० प्रतिशतभन्दा बढी बालबालिकालाई डीपीटी ३ र पोलियो खोप दिइएको छ भने ८८ प्रतिशत बालबालिकाले दादुरा खोप लगाएका छन्।<sup>21</sup> नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम दोश्रोले तय गरेको खोपको लक्ष्य प्राप्त भएको छ। यिनै प्रयत्नहरूको फलस्वरूप नेपालले पोलियो मुक्त देशको हैसियत पाएको छ, दादुराबाट हुने मृत्युदर घटाउने लक्ष्य पूरा गरेको छ, कुष्ठरोग निवारणको लक्ष्य हासिल गरेको छ, सुत्केरी तथा नवजात शिशुमा घनषटङ्कार रोग निर्मूलन गरेको छ, र जापानी इन्सेफलाइटिसलाई नियन्त्रणमा ल्याएको छ। सन् २०१७ सम्ममा नेपाल पूर्ण खोप राष्ट्रमा पुग्ने लक्ष्यका साथ अघि बढिरहेको छ।

निमोनियाबाट मृत्यु हुने दर सन् २०००/०१ को ०.४ प्रतिशतबाट घटेर सन् २०१३/१४ मा ०.०६ प्रतिशत भएको छ।<sup>22</sup> यसैगरी पाँच वर्षभन्दाभन्दा बढी बालबालिकामा भाडापखालाबाट हुने मृत्युदर सन् २०००/०१ को ०.४ प्रतिशतबाट घटेर सन् २०१३/१४ मा ०.०२ प्रतिशत भएको छ।<sup>23</sup> बालबालिकामा हुने रोग तथा मृत्यु यसरी घट्नुमा समुदायमा आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रमको महत्वपूर्ण भूमिका छ। ९३ प्रतिशत घरमा खानेपानीको सुधारिएको श्रोत छ तर पनि विभिन्न कारणले ति घरका ८० प्रतिशत सदस्यले प्रयोग गर्ने पानीमा इकोली हुने जोखिम विद्यमान छ।<sup>24</sup>

रोग विशेषसँग सम्बन्धित प्रतिफललाई हेर्ने हो भने क्षयरोग (टिबी), एचआइभी तथा औलोसम्बन्धी कार्यक्रमले ति रोगलाई रोक्न र कम (Halt and Reverse) गर्नमा सफलता हासिल गरेका छन्। विगतका वर्षमा क्षयरोगका विरामी पत्ता लगाउने दरमा स्थिरता भएपनि तिनको सफल उपचारको दर बढ्दो छ। तर यो दर सबै जात, वर्ग तथा क्षेत्रमा समान भने छैन। यो असमानता हटाउन सक्रिय रूपमा क्षयरोगका विरामी पत्ता लगाउन सशक्त प्रयास हुनु आवश्यक छ। विगत केही वर्ष यता देखिएको औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको बढ्दो सङ्ख्या क्षयरोग नियन्त्रणका लागि थप चुनौतीका रूपमा देखा परेको छ।<sup>25</sup>

एचआइभीको नयाँ सङ्क्रमण घट्दै गएको छ। यो सबैभन्दा बढी सन् २००२ मा ८,३२९ थियो भने सन् २०१३ मा घटेर १,४०८ पुग्यो। सन् २०२० मा यो अझै घटेर ७२० पुग्ने अनुमान गरिएको छ।<sup>26</sup> एन्टी-रेट्रोभाइरल ट्रिटमेन्ट सहितको सेवाको विस्तार एवम् क्षयरोग, एचआइभी र मातृ तथा बालस्वास्थ्य सेवाका बीच संयोजित प्रयत्न गरेपछि सङ्क्रमितको सङ्ख्यामा कमी आएको हो। यी सेवाको विस्तारको फलस्वरूप आमाबाट शिशुमा सर्ने क्रम (PMTCT) को रोकथाम र एन्टी-रेट्रोभाइरल ट्रिटमेन्ट सेवामा समेत सुधार आएको छ।

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and Macro International Inc., "Nepal Demographic and Health Survey 2006," (Kathmandu: Ministry of Health and Population, New ERA and Macro International Inc., 2007).

<sup>21</sup> Department of Health Services, "Annual Report 2069/70," (2014).

<sup>22</sup> "Annual Report 2070/71," (2015).

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Key Findings."

<sup>25</sup> Lochana Shrestha, Kashi Kanta Jha, and Pushpa Malla, "Changing Tuberculosis Trends in Nepal in the Period 2001-2008," Nepal Medical College Journal 12, no. 3 (2010).

<sup>26</sup> National Centre for AIDS and STD Control, "Country Progress Report on HIV/AIDS Response Nepal," (2014).

दुई दशक यता औलो हुने दर घट्न थालेपछि, सरकारले सन् २०२६ सम्ममा औलो उन्मूलन गर्ने लक्ष्य लिएको छ।<sup>27</sup> सन् २०१३ मा भएको Micro-Stratification योजनाले गाविस तहसम्म रहेको औलोको जोखिमलाई प्रष्ट रूपमा चित्रण गरेको छ। उक्त योजनाका कारण औलोको जोखिममा रहेको जनसङ्ख्या ७२ प्रतिशतबाट घटेर ५२<sup>28</sup> प्रतिशत रहेको देखाएको छ।

तलको तालिकामा Neglected Tropical Diseases को अवस्था र उन्मूलनको लक्ष्य उल्लेख गरिएको छ।

रोग	निवारण वर्ष	निवारण परिभाषा	बर्तमान अवस्था
कुष्ठरोग	जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा नरहने गरि राष्ट्रिय स्तरमा वि.सं. २०६७ मा निवारण लक्ष्य हासिल भएको	प्रति १०००० जनसङ्ख्यामा एक भन्दा कम विरामी सङ्ख्या	राष्ट्रिय स्तरमा हालको अवस्था कायम राख्नु
कालाजार	२०७२	प्रति १०००० जनसङ्ख्यामा एक भन्दा कम नयाँ विरामी	राष्ट्रिय स्तरमा २०७० मा निवारण भएको अवस्था
ट्राकोमा Trachoma	२०७४	०.१ प्रतिशत भन्दा कम Trachomatous Trichiasis (TT) का कूल रोगी दर, एक देखि नौ वर्ष सम्मका बालबालिकाहरूमा ५ प्रतिशत भन्दा कम Follicular Trachoma (TF) का कूल रोगी दर	२० वटा प्रभावित जिल्लाहरूमा आम औषधी वितरणको नक्साङ्कन गरिसकिएको, प्रभाव मूल्याङ्कन सम्पन्न गरिएको, surveillance initiated, निवारण अवस्था कायम रहेको
हात्तीपाइले रोग Lymphatic Filariasis	२०७७	माइक्रोफाइलारिया दर एक प्रतिशत भन्दा कम र एन्टीजेन दर २ प्रतिशत भन्दा कम	सबै जिल्लाहरूमा आम औषधी वितरणको नक्साङ्कन गरिसकिएको, प्रभावित सबै जिल्लाहरूमा आम औषधी वितरण भैसकेको, २० जिल्लामा अभियान समाप्त भएको, रोगको व्यवस्थापन तथा रोकथाम कार्यको निगरानी शुरु गरिएको

## २.२ स्वास्थ्य सेवामा समता

स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेखनीय उपलब्धि हासिल गरेपनि स्वास्थ्य उपलब्धिहरूका बीच असमता भने विद्यमान छ। नागरिकहरूले अबै पनि गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवासम्मको पहुँचमा आर्थिक सामाजिक, भौगोलिक तथा संस्थागत कठिनाईहरू भोगिरहेका छन्।<sup>29</sup> तलको तालिकामा यस्ता बाधाहरू के के हुन र तिनले स्वास्थ्य क्षेत्रमा कसरी असर गर्दछन् भन्ने औल्याइएको छ।

<sup>27</sup> Epidemiology & Disease Control Division, "Nepal Malaria Strategic Plan 2011-2016," (Kathmandu 2011).

<sup>28</sup> Shiva Raj Adhikari, "Towards Universal Health Coverage: An Example of Malaria Intervention in Nepal," WHO South-East Asia Journal of Public Health 3, no. 1 (2014).

<sup>29</sup> Ministry of Health and Population, "Operational Guidelines for Gender Equality and Social Inclusion Mainstreaming in the Health Sector," (Kathmandu: Government of Nepal, 2013).

बाधा	स्वास्थ्य क्षेत्रमा असर
आर्थिक	१. औषधोपचारका लागि अत्यधिक व्यक्तिगत खर्च (इगत या एयअपभत भ्रुउभलमपुतगचभ) २. उपचारका लागि व्यक्तिले अप्रत्यक्ष रूपमा व्यहोर्न पर्ने लागत (जस्तै कामदारले गुमाउने ज्याला)
आर्थिक सामाजिक	१. हानिकारक सांस्कृतिक अभ्यास २. केही सेवालाई अस्वीकार (जस्तै परिवार नियोजन सेवा) ३. आफ्नै स्वास्थ्य, विशेषगरी प्रजनन स्वास्थ्यका बारेमा धेरै महिलाले अभै पनि आफै निणर्यगर्न सक्दैनन् ।
भौगोलिक	१. अपायक ठाउँमा स्वास्थ्य संस्था खोलिनु र विकट भौगोलिक बनोटका कारण यात्रामा हुने समस्या २. बाढी पहिरो तथा मौसमी प्रतिकूलताका कारण हुने समस्या
संस्थागत	१. स्वास्थ्यकर्मी उपलब्ध नहुनु २. विरामी केन्द्रित सेवाको कमी (सेवा प्रदायकको व्यवहार तथा प्रवृत्ति) ३. औषधी तथा अन्य सामाग्रीको मौज्दात नहुनु ४. स्वास्थ्य संस्था खुल्ने अपायक समय ५. स्वास्थ्य संस्थामा मापदण्ड अनुसारको आधारभूत सेवाको कमी

तालिका १: स्वास्थ्यमा सामाजिक समावेशीकरणका बाधक

विभिन्न सामाजिक आर्थिक तथा भौगोलिक समूहमा स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता, प्रयोग र स्वास्थ्य अवस्थामा अत्यन्तै भिन्नता छ । यसले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको पहुँच र समताको चुनौतीलाई उजागर गरेको छ ।<sup>30</sup> उदाहरणका लागि, सन् २००१ यता गरिब र धनीका बीचमा पाँच वर्षभन्दा कम उमेरका बाल मृत्युदर बीचको भिन्नता बढेको देखिन्छ । सन् २०११ मा पाँच वर्षभन्दा कम उमेरका बाल मृत्युदर गरिब परिवारमा ७५ (प्रति हजारमा) थियो भने धनी परिवारमा ३६ थियो । शिशु मृत्युदर मुसलमान समुदायमा ६९ छ, दलितमा ६५ छ भने ब्राम्हण क्षेत्रीमा ४५ छ । यसले पनि विभिन्न जातजातिमा स्वास्थ्यको अवस्थामा समेत भिन्नता देखिएको छ ।<sup>31</sup>

निरन्तर रूपमा खोपको पहुँच विस्तार भएपनि केही समूह भने यो सेवाबाट वञ्चित छन् । सन् २०११ मा भएको नेपाल जनसङ्ख्या तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणले तीन प्रतिशत बालबालिकाले कुनै पनि खोप नपाएको र दश प्रतिशतले पूर्ण खोप नपाएको देखाएको छ ।<sup>32</sup>

नेपालको जटिल भौगोलिक परिस्थितिले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता, पहुँच तथा उपभोगमा असमता बढाएको छ । सन् २०११ मा तराईमा ४२.८ प्रतिशत महिलाले तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट प्रसुति सेवा लिएका थिए भने हिमाली क्षेत्रमा १८.९ प्रतिशतले मात्र तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट सेवा प्राप्त गरेका थिए ।<sup>33</sup>

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ (२००५-२०१०) तथा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ (२०१०-२०१५) मा स्वास्थ्य क्षेत्रमा समतालाई महत्वपूर्ण रूपमा स्थान दिइएको थियो । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ ले “गरिब तथा जोखिममा रहेका समुदायसम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गर्ने व्यवस्था” का लागि कार्य गरेको थियो ।<sup>34</sup> यसैगरी नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ “गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र प्रयोग बढाउने”

<sup>30</sup> David Daniels et al., “Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review,” (2013).

<sup>31</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International Inc., “Nepal Demographic and Health Survey 2011.”

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Ministry of Health, “Nepal Health Sector Programme - Implementation Plan (NHSP-IP),” (Kathmandu: His Majesty’s Government, 2004).

तथा “स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा बाधा पुऱ्याउने साँस्कृतिक तथा आर्थिक अवरोध हटाउने”<sup>35</sup> आशा लिएको थियो । सन् २००४ मा तर्जुमा गरिएको जोखिममा रहेका समुदायको विकास योजना (Vulnerable Community Development Plan-VCDP) ले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ लाई स्वास्थ्य क्षेत्रमा समावेशीकरणको मुद्दालाई मूर्त रूप दिन सहयोग गरेको थियो भने सन् २००९ को स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति मार्फत यी मुद्दाहरूलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ अवधिमा प्रभावकारी रूपमा लागू गर्न सहयोग पुऱ्यायो ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ को अवधिमा स्वास्थ्य बजेटको करिब दुई तिहाई अंश सरुवा रोगलगायत सामान्य रूपमा रोकन सकिने मृत्युका कारणहरूलाई कम गर्न खर्च गरिएको थियो ।<sup>36</sup> यस्ता रोगको मारमा गरिब नै बढी पर्ने भएकाले बजेटमा गरिएको यो वृद्धिलाई गरिबमूखी कदमका रूपमा लिइयो ।<sup>37</sup> यही अवधिमा परिवार नियोजन तथा बाल स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा विभिन्न जातजाति, जनजाति आदिवासी समूह एवम् गरिब तथा धनी बीच रहेको असमानतालाई कम गर्नमा महत्वपूर्ण प्रगति गऱ्यो ।<sup>38</sup> यसको ठिक विपरित सन् २००५ मा EQUITAP ले ११ वटा एसियाली मुलुकमा स्वास्थ्य अनुदानको उपयोगका बारेमा गरेको एक अध्ययनले अध्ययन गरेका मुलुक मध्येमा सबैभन्दा बढी नेपाल धनीप्रति पक्षपाती भएको पाएको थियो ।<sup>39</sup> तर यो अध्ययन “सन् १९९० को दशकको मध्यतिरका तथ्याङ्क (नेपाल जीवनस्तर सर्वेक्षण १९९५/९६)मा आधारित थियो, जुन जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमको बृहत् विस्तार हुनुभन्दा अगाडिको तथ्याङ्क हो ।”<sup>40</sup> सन् २०१२ मा भएको Benefit Incidence Analysis ले भने “स्वास्थ्यको अनुदानको कूल प्रभाव प्रगतिशिल”<sup>41</sup>, अर्थात गरिबमूखी भएको देखाएको छ ।

स्वास्थ्य सेवामा पहुँचका आर्थिक बाधाहरूलाई हटाउनका लागि सन् २००८ मा निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम लागू भयो । यद्यपि यसका परिणामहरू मिश्रित छन् । सबै तहका सेवाका लागि “निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको उपभोग गर्ने सेवाग्राहीको सङ्ख्या बढेर गएको छ”<sup>42</sup> र “गरिब परिवारका सदस्यहरूले निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा पाउने सम्भावना बढेको छ ।”<sup>43</sup> तर यर्थाथमा सन् २०११ मा ३१ प्रतिशत (सन् २०१३ मा १९ प्रतिशत) ले निःशुल्क पाउनु पर्ने बहिरङ्ग स्वास्थ्य सेवाका लागि पैसा तिरेको देखियो जसको अर्थ निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको कार्यान्वयनमा उल्लेखनीय सुधार गर्न पर्ने देखिन्छ ।<sup>44</sup>

सरकारले सन् २००५ मा सुरक्षित मातृत्व प्रोत्साहन योजना (Maternity Incentive Scheme) ल्यायो जसलाई सन् २००९ मा आमा कार्यक्रममा रूपान्तरण गरी विस्तार गरियो । उक्त कार्यक्रम लागू भएपछि स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुनेको सङ्ख्यामा व्यापक वृद्धि (२००९/२०१० मा ३१ प्रतिशत तथा २०११/२०१२ मा ४४ प्रतिशत) भएको छ ।<sup>45</sup> सीमान्तकृत समुदायका महिलाहरूले यो कार्यक्रमबाट बढी फाइदा लिएको देखिन्छ । सन् २०१३ मा “दलित समुदायका धेरै (७४ प्रतिशत) तथा धार्मिक अल्पसङ्ख्यकहरू (५४ प्रतिशत) ले अन्य समुदायभन्दा बढी निःशुल्क सुत्केरी सुविधा लिए ।”<sup>46</sup>

<sup>35</sup> Ministry of Health and Population, “Nepal Health Sector Programme II (2010-2015),” (Kathmandu: Government of Nepal, 2010).

<sup>36</sup> Mick Foster et al., “Review of Nepal Health Sector Programme: A Background Document for the Mid-Term Review,” (Kathmandu: Mick Foster Economics Ltd. and Development Consultancy Center (DECC), 2007), pp 41.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Ministry of Health and Population, “Nepal Health Sector Programme II (2010-2015),” pp 8.

<sup>39</sup> Owen O'Donnell et al., “Who Benefits from Public Spending on Health Care in Asia?,” EQUITAP Project: Working Paper #3(2005), <http://www.equitap.org/publications/docs/EquitapWP3.pdf>.

<sup>40</sup> Foster et al., “Review of Nepal Health Sector Programme: A Background Document for the Mid-Term Review.”

<sup>41</sup> Sebastian Silva-Leander, “Benefit Incidence Analysis in Health,” (Kathmandu: Nepal Health Sector Support Programme, 2012).

<sup>42</sup> Bal Krishna Subedi et al., “Service Tracking Survey 2011 Nepal Health Sector Programme II,” (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2012).

<sup>43</sup> RTI International, “Pro-Poor Health Care Policy Monitoring: Household Survey Report from 13 Districts,” (Kathmandu: Research Triangle Park, NC, USA, 2010).

<sup>44</sup> Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), “Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II,” (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2014).

<sup>45</sup> Senendra Raj Upreti et al., “Rapid Assessment of the Demand Side Financing Schemes: Aama and 4anc Programmes,” (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2013).

<sup>46</sup> Ibid.

विश्वव्यापी लैङ्गिक विभेद प्रतिवेदन २०१४ ले नेपाली समाजमा महिला सीमान्तीकृत तथा लैङ्गिक विभेदको सिकार छन् भन्ने देखाएको छ। उक्त प्रतिवेदनले नेपाललाई लैङ्गिक विभेदका मामिलामा १४२ मुलुक मध्ये ११२ औं स्थानमा राखेको छ।<sup>47</sup> तर सन् २०११ को तुलनामा यसमा धेरै सुधार आएको हो, त्यतिबेला नेपालको स्थान १२६ मा थियो। अर्को उल्लेखनीय कुरा, हेल्थ एण्ड सरभाइभलको उपसूचीमा सन् २०१४ मा नेपाल ८८ औं स्थानमा उक्लिएको छ जबकी सन् २०११ मा नेपाल १११ औं स्थानमा थियो।<sup>48</sup>

नेपालको स्वास्थ्य कार्यक्रम गरिवमूखी भएतापनि स्वास्थ्यकर्मीको परिचालन र वितरणमा असमानता भएको देखिन्छ। नेपालमा उपलब्ध ३२,८०९ सरकारी क्षेत्रमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी मध्ये ४५ प्रतिशत मध्यमाञ्चलमा रहेका छन् भने सुदुरपश्चिममा केवल ७ प्रतिशत मात्र छन्। नीजि स्वास्थ्य क्षेत्रमा स्वास्थ्यकर्मीको वितरणमा अझ बढी असमानता देखिन्छ। नीजि क्षेत्रका २१,६३८ स्वास्थ्यकर्मी मध्ये सुदुरपश्चिममा केवल २ प्रतिशत मात्र छन् भने ५८ प्रतिशत मध्यमाञ्चलमा कार्यरत छन्।<sup>49</sup>

विगतमा विभिन्न जातजाति तथा गरिव समुदायले प्राप्त गरेको सेवाको सूचना सङ्कलनको अभावमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा सेवाको पहुँच तथा समताको अनुगमन प्रभावकारी हुन सकेको देखिदैन। तर यस रणनीति कार्यान्वयनको क्रममा विस्तृत खण्डकृत तथ्याङ्कहरू नियमित रूपमा सङ्कलन गरिने भएकाले स्वास्थ्य क्षेत्रमा पहुँच तथा समताको अनुगमन प्रभावकारी हुनेछ।

समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न विगतमा धेरै प्रयास भएपनि सबै नागरिकलाई समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न अझै धेरै प्रयत्न आवश्यक छ।

### २.३ जनसङ्ख्याको गतिशिलता तथा स्वास्थ्य

नेपालको जनसङ्ख्या २ करोड ६५ लाख छ र हरेक वर्ष अनुमानित ७ लाख २४ हजार शिशुको जन्म हुन्छ। जनसङ्ख्या वृद्धिदर २ देखि २.५ प्रतिशत रहेको विगतका तीन दशकको तुलनामा वृद्धिदर घटेर १.३५ प्रतिशत भएको छ।<sup>50</sup> जनसङ्ख्या वृद्धिदर घटनु पछाडिको कारण “प्रजनन दरमा आएको कमी तथा उल्लेख्य सङ्ख्यामा युवाहरू परदेश तिर लाग्नु” हो।<sup>51</sup> यसका अतिरिक्त “हिमाल र पहाडमा जनसङ्ख्या विस्तारै घटिरहेको देखिन्छ भने तराईमा सामान्य दरमा बढिरहेको देखिन्छ।”<sup>52</sup>

सन् १९९६ र २००६ का बीचमा परिवार नियोजन प्रयोग दर (Contraceptive Prevalence Rate-CPR) वार्षिक २ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ। यही अवधिमा आधुनिक परिवार नियोजन साधन प्रयोग पनि २६ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ।<sup>53</sup> कूल प्रजनन दर (Total Fertility Rate-TFR) पनि सन् १९९० को ५ प्रति महिलाबाट घटेर सन् २०११ मा २.६ भएको देखिन्छ। सन् २००६ पछि, परिवार नियोजन प्रयोग दर (CPR) मा उल्लेख्य वृद्धि नहुँदा पनि सन् २०११ मा कूल प्रजननदरमा उल्लेख्य कमी भएको पाइन्छ।<sup>54</sup> यो दर सन् २०२० सम्म निरन्तर हुने देखिन्छ। परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगकर्ता आवश्यकता अनुसार नबढ्नुको कारणले सन् २०२१ सम्ममा परिवार नियोजन प्रयोग दर (CPR) ५२ पुऱ्याउने लक्ष्य चुनौतीपूर्ण देखिएको छ।<sup>55</sup>

<sup>47</sup> World Economic Forum, “The Global Gender Gap Report 2014,” (Geneva: World Economic Forum, 2014).

<sup>48</sup> Ibid.

<sup>49</sup> Ministry of Health and Population, “Human Resources for Health Nepal Country Profile,” (Kathmandu: Government of Nepal, 2013).

<sup>50</sup> Central Bureau of Statistics, “National Population and Housing Census 2011,” (Kathmandu 2012).

<sup>51</sup> “Population Monograph of Nepal,” (Kathmandu: National Planning Commission, 2014).

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and Macro International Inc., “Nepal Demographic and Health Survey 2006.”

<sup>54</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International Inc., “Nepal Demographic and Health Survey 2011.”

<sup>55</sup> Department of Health Services, “National Family Planning Costed Implementation Plan 2015-2021,” (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2015).

स्वैच्छिक परिवार नियोजनमा समतामूलक पहुँचका लागि आव्हान गर्ने FP 2020 मा सरकार प्रतिबद्ध छ । यसका लागि सरकारले वित्तीय, नीतिगत तथा कार्यक्रमगत विभिन्न प्रतिबद्धता जनाउनुका साथै परिवार नियोजन कार्यक्रममा हरेक वर्ष आवश्यकता अनुसार बजेट बढाउँदै लान सरकार प्रतिबद्ध छ ।<sup>56</sup>

विगतका चारवटा जनसङ्ख्या तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणको विश्लेषणबाट सन् २००२ यता भ्रूणको लिङ्ग परीक्षण र छनौट गर्नेहरूको सङ्ख्यामा उल्लेख्य वृद्धि भएको देखिन्छ । सन् २००२ मा नै नेपालले गर्भपतनलाई कानुनी मान्यता दिएको थियो । तर कानुनी रूपमा गरिएका गर्भपतनमा पनि भ्रूणको लिङ्ग परीक्षण भएको हुनसक्ने सम्भावना देखिएकाले<sup>57</sup> सुरक्षित गर्भपतन ऐनको कार्यान्वयनमा अबै बढी सावधानी अपनाउनु पर्ने देखिन्छ ।

नेपालीको अहिलेको औसत आयु ६६.६ वर्ष छ । “विगत ३० वर्षमा पुरुषको तुलनामा महिलाको औसत आयु बढेको पाइन्छ । सन् १९८१ मा महिलाको औसत आयु ४८.१ वर्ष थियो भने सन् २०११ मा त्यो ६७.९ पुगेको देखिन्छ ।”<sup>58</sup> प्रौढता सूचकाङ्क (Ageing Index) ले “विगतका दशकहरूमा बालबालिकाको तुलनामा प्रौढ नागरिकको सङ्ख्या निरन्तर बढी रहेको देखाएको छ,”<sup>59</sup> जसबाट प्रौढ नागरिकको स्वास्थ्य सेवाका लागि लगानी बढाउनु पर्ने देखिन्छ ।

नेपालमा कूल जनसङ्ख्याको एक तिहाइ हिस्सा अर्थात् ९० लाख १० देखि २४ वर्षका युवा पुस्ताका मानिस छन् । कूल जनसङ्ख्याको २४.२ प्रतिशत किशोरकिशोरी (१० देखि १९ वर्षका) छन् भने करिब २० प्रतिशत युवाहरू (१५ देखि २४ वर्षका) छन् । किशोरकिशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थाको सङ्ख्यामा उल्लेख्य वृद्धि (सन् २०११ मा ७८ वटाबाट २०१३ मा ५००) भएतापनि सेवाको गुणस्तर, जनशक्तिको उपलब्धता तथा भौतिक संरचनाजस्ता चुनौतीले किशोरकिशोरी/युवाहरूलाई प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा दिने काममा बाधा पुऱ्याएको देखिन्छ ।<sup>60</sup> तरपनि युवामैत्री स्वास्थ्य सेवा दिने संस्थाहरूको स्थापनाले आगामी दिनहरूमा किशोरकिशोरी/युवाप्रति लक्षित र उत्तरदायी स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्नमा सहयोग पुग्ने देखिन्छ ।

बसाइँसराई नेपालको जनसङ्ख्याको गतिशिल पाटो रहदै आएको छ । विगत वर्षहरूमा विदेश जाने युवाहरूको सङ्ख्या बढिरहेको छ । सन् २००१ मा नेपालमा अनुपस्थित जनसङ्ख्या (Absent Population) ७,६२,१८१ थियो भने सन् २०११ मा यो सङ्ख्या बढेर १९,२१,४९४ पुगेको देखिन्छ । यसका साथै आन्तरिक बसाइँसराई पनि बढ्दो छ । सन् २०११ मा पूर्ण रूपमा बसाइँसराई गरेर अर्को जिल्लामा जानेको सङ्ख्या २६ लाख पुगेको देखिन्छ, यो सङ्ख्या सन् १९८१ मा १५ लाख मात्र थियो ।<sup>61</sup> नियमित बस्नेहरूभन्दा बसाइँसराई गर्नेहरूका छुट्टै खालका स्वास्थ्य जोखिम हुन्छ र त्यसलाई समयमा नै पहिचान गरेर यथोचित सम्बोधन गर्न सरकारको चुनौती हो । उदारहणका लागि “नेपालमा एचआइभी सङ्क्रमित मध्ये उल्लेख्य प्रतिशत (४६ प्रतिशत) कामको खोजीमा बसाइँसराई गर्नेहरूको छ ।”<sup>62</sup>

बढ्दो सहरीकरणका कारणले सहरी जनसङ्ख्यामा पनि व्यापक वृद्धि भएको पाइन्छ । नेपालमा सन् १९९१ मा सहरी जनसङ्ख्या ९ प्रतिशत मात्र थियो भने सन् २०११ मा त्यो बढेर १७ प्रतिशत पुगेको छ ।<sup>63</sup> त्यसमाथि नेपाल सरकारले आर्थिक वर्ष २०७१/७२ मा १३३ वटा नयाँ नगरपालिका घोषणा गरेको छ । यसबाट, आर्थिक वर्ष २०७१/७२ को आर्थिक सर्वेक्षण अनुसार, नेपालमा कूल नगरपालिकाको सङ्ख्या १९१ पुगेको छ । ति सबै

<sup>56</sup> Family Planning 2020: Commitment Form for Countries, (16 March, 2015).

<sup>57</sup> Melanie Dawn Frost, Mahesh Puri, and Peter Richard Andrew Hinde, “Falling Sex Ratios and Emerging Evidence of Sex-Selective Abortion in Nepal: Evidence from Nationally Representative Survey Data,” BMJ Open 3(2013).

<sup>58</sup> Central Bureau of Statistics, “Population Monograph of Nepal.”

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Daniels et al., “Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review.”

<sup>61</sup> Central Bureau of Statistics, “Population Monograph of Nepal.”

<sup>62</sup> Arjun Aryal, YN Yogi, and H Ghimire, “Vulnerability to Unsafe Sex and HIV Infection among Wives of Migrant Workers in Far Western Nepal,” Journal of Chitwan Medical College 3, no. 3 (2013).

<sup>63</sup> Central Bureau of Statistics, “National Population and Housing Census 2011.”

नगरपालिकामा बस्ने सहरी जनसङ्ख्या नेपालको कूल जनसङ्ख्याको ३८.२६ प्रतिशत हुन्छ।<sup>64</sup> बढ्दो सहरी जनसङ्ख्यासँगै सहरमा गरिबहरूको सङ्ख्यामा पनि उल्लेख्य वृद्धि भइरहेको छ। जसका कारण सहरमा बस्ने धनी र गरिब बीचको स्वास्थ्य स्थितिमा असमानता बढ्दो छ। उदाहरणका लागि सहरी क्षेत्रमा धनीका तुलनामा गरिब परिवारका पाँच वर्षमूनिका बालबालिकाहरू मर्ने सम्भावना ४.५ गुना बढी पाइन्छ। यसैगरी ८५ प्रतिशत धनी महिलाको तालिम प्राप्त प्रसुतिकर्मीसम्म पहुँच छ भने गरिब परिवारका महिलाका लागि यस्तो पहुँच ४५ प्रतिशत मात्रै छ।<sup>65</sup>

सन् २०११ मा नेपालमा अपाङ्गता भएकाको दर २ प्रतिशत थियो। उक्त दर हिमाली क्षेत्रमा सबैभन्दा बढी (३ प्रतिशत) थियो। अधिकांश अपाङ्गता ३० वर्षभन्दा कम उमेरका व्यक्तिहरूमा पाइएको थियो। कूल अपाङ्गतामध्ये ५० प्रतिशतभन्दा बढीमा शारिरीक अपाङ्गता तथा अन्धोपना वा दृष्टिदोष पाइएको थियो।<sup>66</sup> अप्रिल २०१५ को भूकम्पका कारणबाट अपाङ्गता भएका मध्ये ४३९ जनालाई दीर्घकालिन उपचार सेवा र तिमध्ये २५३ जनालाई दीर्घकालीन पुनर्स्थापना सेवा आवश्यक भएको प्रारम्भिक आँकलन छ।<sup>67</sup> यद्यपि यो सङ्ख्या बढ्न सक्ने अनुमान गरिएको छ।

सन् २०१४ मा नेपालको मानव विकास सूचकाङ्क ०.५४ रहेको पाइयो। यसअनुसार, मानव विकास सूचकाङ्कमा नेपाल १८७ देशमध्ये १४५ औँ स्थानमा रहेको छ। सन् २०१०/११ मा २५.१६ प्रतिशत नेपाली गरिबीको रेखामूनि थिए। उक्त दर सन् २००३/०४ मा ३०.८ प्रतिशत थियो। यो हिसाबले सन् २००३/०४ को तुलनामा सन् २०१०/११ मा ५.७ प्रतिशतले गरिबीको रेखामूनी रहेको जनसङ्ख्यामा कमी आएको देखिन्छ। रोजगार मध्येमा ६० प्रतिशत मानिस कृषि क्षेत्रमा संलग्न छन् तर “कूल ग्राहस्थ उत्पादनमा कृषि क्षेत्रको योगदान सन् १९८१ मा ६१ प्रतिशत थियो भने सन् २०११ मा ३१ प्रतिशतमा झर्‍यो जबकी यही अवधिमा सेवा क्षेत्रको योगदान २७ प्रतिशतबाट ४८ प्रतिशत भयो।”<sup>68</sup> सेवा, निर्माण, यातायात लगायतका गैरकृषि क्षेत्रमा रोजगारी क्रमिक रूपमा बढ्दै गएको छ।

तसर्थ हालसम्म कम महत्व दिइएको पेशागत सुरक्षा र स्वास्थ्यको मुद्दामा आगामी दिनहरूमा उचित ध्यान दिएर आवश्यक कार्यक्रम ल्याउनु अपरिहार्य भएको देखिन्छ।<sup>69</sup> सन् २०११ को जनगणना अनुसार ६७ प्रतिशत नेपालीलाई साक्षर छन्। महिला साक्षरता सन् २००१ को ४३ प्रतिशतबाट बढेर सन् २०११ मा ५८ प्रतिशत पुगेको देखिन्छ। यसैगरी ६७ प्रतिशत जनसङ्ख्याले विद्यालय शिक्षा हासिल गरेका छन्। अध्ययनहरूले शिक्षा र स्वस्थ व्यवहारका बीचमा पारस्परिक सम्बन्ध देखाएको छ भने शिक्षित व्यक्ति जोखिमपूर्ण व्यवहारबाट टाढा हुने देखाएको छ।<sup>70</sup>

## २.४ सेवाको गुणस्तर

नेपालले सरकारले स्वास्थ्य सेवालाई मुलुकको दुर्गम क्षेत्रहरूसम्म विस्तार गरेकाले स्वास्थ्य सेवामा नागरिकको पहुँचमा वृद्धि भएको छ। यद्यपि स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको विस्तारसँगै स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा आशा गरेअनुरूप सुधार हुन सकेको देखिँदैन। तसर्थ सेवाको पहुँचमा वृद्धिसँगै सेवाको गुणस्तरमा पनि ध्यान दिन अति आवश्यक छ। नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ को मध्यवर्ती समीक्षाले विशिष्ट रूपमा विगतमा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउनु प्रमुख मुद्दा रहेकोमा अबको प्राथमिकता चाहिँ पहुँचसँगै सेवाको गुणस्तरको सुधारमा हुनुपर्छ भनि निर्दिष्ट गरेको छ।<sup>71</sup>

<sup>64</sup> “Population Monograph of Nepal.”

<sup>65</sup> Health Research and Social Development Forum (HERD) and COMDIS-HSD, “Urban Health Technical Brief,” (Kathmandu 2014).

<sup>66</sup> Central Bureau of Statistics, “Population Monograph of Nepal.”

<sup>67</sup> Health Emergency Operation Centre (HEOC), “Health Sector Response: Situation Update Report,” (2015).

<sup>68</sup> Central Bureau of Statistics, “Population Monograph of Nepal.”

<sup>69</sup> Rudra Prasad Gautam and Jiba Nath Prasain, “Current Situation of Occupational Safety and Health in Nepal,” (Kathmandu: General Federation of Nepalese Trade Unions (GEFONT), 2011).

<sup>70</sup> Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International Inc., “Nepal Demographic and Health Survey 2011.”

<sup>71</sup> Daniels et al., “Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review.”

वर्तमान सन्दर्भलाई विश्लेषण गर्दा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सवालमा : स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको अभाव, औषधि तथा अन्य सामग्री, औजार तथा उपकरणको अभाव, स्वास्थ्य संस्थाको कमजोर भौतिक संरचना जस्ता चुनौतीहरू रहेका छन्।<sup>172737475</sup> विशेषगरी गुणस्तरको मामिलामा उपचारात्मक सेवामा बढी समस्या देखिएको छ।<sup>176</sup>

हालै सम्पन्न प्रसूति केन्द्र (Birthing Center) हरूको सेवा सम्बन्धी एक अध्ययनले प्रसूति केन्द्रमा खटाइएका नर्सहरू मध्ये ५७ प्रतिशतले मात्र दक्ष प्रसूतिकर्मीको तालिम लिएको पाइएको छ।<sup>177</sup> यसका अतिरिक्त स्वास्थ्य संस्थामा सङ्क्रमण रोकथाम निर्देशिकाको पूर्ण पालना भएको देखिएन, उदाहरणका लागि गर्भवतीको परीक्षणका क्रममा १२ प्रतिशत सेवा प्रदायकले मात्र हात धोएको देखियो।<sup>178</sup> सरसफाईको कमी, गोपनीयता (श्रव्यात्मक र दृष्यात्मक) को अभाव, कमजोर परामर्श लगायतका कारणले गर्भवतीहरू तथा बहिरङ्ग सेवा लिन आउनेहरू स्वास्थ्य संस्थाबाट असन्तुष्ट भएको पाइयो।<sup>1798081</sup> अर्कोतिर प्रसूति केन्द्रको अध्ययनले देखाएअनुसार दक्ष प्रसूतिकर्मीहरू नभएका र भएकाको पनि सीपमा कमी देखिएका कारण नीजि स्वास्थ्य संस्था पनि सेवाको गुणस्तर खासै राम्रो भएको पाइएन, अर्थात् सेवाको गुणस्तर नीजि क्षेत्रका लागि पनि चुनौतीपूर्ण मुद्दा हो।<sup>182</sup> तल्लो तहका स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवामा जनविश्वासको कमी भएको कारणले गर्दा माथिल्लो तहका स्वास्थ्य संस्था तथा अस्पतालहरूमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा लिनेको सङ्ख्यामा वृद्धि भएको देखिन्छ। यसबाट पहिलेदेखि नै विरामीहरूको उच्च चाप थगिरहेका उपल्लो तहका विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्ने विभिन्न अस्पतालहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने क्षमतामा प्रत्यक्ष असर परेको छ। फलस्वरूप अस्पतालहरूले प्रदान गर्ने सेवाको गुणस्तरमा कमी आउनुका साथै गुणस्तरीय सेवाको बढ्दो माग थगने चुनौती थपिएको छ।<sup>183</sup>

केही स्वास्थ्य संस्था, विशेषगरी अस्पतालमा विरामीको अत्याधिक चाप हुनु र तल्लो तहका स्वास्थ्य संस्थाको कम उपयोग हुनु पनि चुनौतीपूर्ण छ। यो समस्या उपल्लो तहका विशेषज्ञ सेवा दिने अस्पतालका प्रसूति एकाईहरूमा बढी छ।<sup>184</sup> यसले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालार्इ अझ गुणस्तरीय र व्यवस्थित बनाउँदै मितव्ययी एवम् प्रभावकारी प्रेषण गर्ने पद्धतिको विकासको आवश्यकतालाई उजागर गरेको छ। यसका साथै विद्यमान स्वास्थ्य संस्था र भविष्यमा खोलिने स्वास्थ्य संस्थाहरू भौगोलिक तथा जनसङ्ख्याको चापका आधारमा व्यवस्थित तथा विस्तार गर्ने कार्यमा ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले सरकारी, गैरसरकारी/नीज क्षेत्रले निर्धारित मापदण्ड अनुरूपको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने सुनिश्चितताको लागि गुणस्तर सुनिश्चित नीति २००९ (Quality Assurance Policy, 2009) जारी गरेको छ।<sup>185</sup> तर श्रोत र प्रभावकारी अनुगमनको अभावमा यसको कार्यान्वयन पक्ष कमजोर रहेको देखिन्छ।<sup>186</sup>

<sup>72</sup> Subedi et al., "Service Tracking Survey 2011 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>73</sup> Suresh Mehta et al., "Service Tracking Survey 2012 Nepal Health Sector Programme II," (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2013).

<sup>74</sup> Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), "Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>75</sup> Family Health Division, "Results from Assessing Birthing Centres in Nepal," (Kathmandu: Department of Health Services, 2014).

<sup>76</sup> Foster et al., "Review of Nepal Health Sector Programme: A Background Document for the Mid-Term Review."

<sup>77</sup> Family Health Division, "Results from Assessing Birthing Centres in Nepal."

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Subedi et al., "Service Tracking Survey 2011 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>80</sup> Suresh Mehta et al., "Service Tracking Survey 2012 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>81</sup> Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), "Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>82</sup> Family Health Division, "Results from Assessing Birthing Centres in Nepal."

<sup>83</sup> Madhu Dixit Devkota et al., "Responding to Increased Demand for Institutional Childbirths at Referral Hospitals in Nepal: Situational Analysis and Emerging Options," (Kathmandu: Family Health Division, 2013).

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> Ministry of Health and Population, "Policy on Quality Assurance in Health Care Services: Unofficial Translation," (Kathmandu: Government of Nepal, 2009).

<sup>86</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."



स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्नका लागि स्वास्थ्य प्रणालीका जनशक्ति, भौतिक संरचना, सूचना व्यवस्थापन आदि सबै पक्षमा सुधार गरिनुपर्छ। यी सबैको एकीकृत सुधार भएपछि मात्र स्वास्थ्य सेवाको समग्र गुणस्तरमा सुधार आउँछ। त्यसपछि मात्र स्वास्थ्य संस्थाले सेवाग्राहीलाई गुणस्तरीय तथा विरामीकेन्द्रित स्वास्थ्य सेवा दिन सक्छन्।

जीवाणु सङ्क्रमणमा अति प्रभावशाली प्रतिजैविक औषधि (Antibiotics) को फाइदालाई नेपालमा यसको बढ्दो प्रतिरोधले समस्या खडा गरेको छ।<sup>87</sup> औषधिको दुरुपयोग, चिकित्सकले चाहिनेभन्दा बढी सिफारिस गर्नु, तोकिएको मात्रा अनुसार प्रयोग नहुनु, चिकित्सकसँग सल्लाह नै नगरी यो औषधि खानु, कमजोर उत्पादन, कमजोर भण्डारण लगायतका कारणहरूले नेपालमा प्रतिजैविक औषधि प्रतिरोध बढी रहेको छ। यसका अतिरिक्त पशुपंक्षीमा यसको अत्याधिक प्रयोग पनि प्रतिजैविक औषधि प्रतिरोध (Antimicrobial Resistance) सँग जोडिएको छ।<sup>89</sup> यसबाट मानिस तथा पशुपंक्षीमा प्रतिजैविक औषधिको उचित प्रयोगका लागि कडा नियमन आवश्यक देखिएको छ।

## २.५ परिवर्तित रोग भार (Shifting Burden of Diseases) तथा स्वास्थ्य समस्या

नेपाल मूलतया तीन फरक फरक प्रकृतिका स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्यासँग जुभिरहेको छ: (क) सार्ने रोग (Communicable Diseases) (ख) नसार्ने रोग (Non-communicable Diseases) र (ग) प्राकृतिक विपदाबाट हुने जोखिम, जलवायु परिवर्तनको नकारात्मक असर, सडक दुर्घटना, हिंसा र चोटपटकका कारणबाट हुने स्वास्थ्य समस्या। सार्ने रोग का कारण ठूलो सङ्ख्यामा मृत्यु र अपाङ्गता भइरहेको अवस्थामा बढ्दै गइरहेको नसार्ने रोगको भारका साथै प्राकृतिक विपद्, जलवायु परिवर्तनको नकारात्मक असर, दुर्घटना, हिंसा र चोटपटक जस्ता कारणले देखिने स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याहरूको यथोचित सम्बोधन गर्नका लागि वर्तमान स्वास्थ्य प्रणालीलाई समाधानुकल सुधार गर्दै चुस्त र व्यवस्थित बनाउन जरुरी छ।

विश्वव्यापी रोग भार अध्ययन (Global Burden of Diseases Study) ले नेपालमा अकाल मृत्युका मुख्य कारणहरूमा श्वासप्रश्वास सम्बन्धी सङ्क्रमण, भाडापखाला र नवजात शिशुमा हुने Encephalopathy देखाउनुका साथै नसार्ने रोग तथा चोटपटकको बढ्दो भार व्यहोर्न परिरहेको देखाएको छ।<sup>90</sup> नेपालमा नसार्ने रोगबाट ४४ प्रतिशतभन्दा बढी मृत्यु, ८० प्रतिशत अस्पताल आउने बहिरङ्ग विरामी दर र ३९ प्रतिशत DALYs lost भएको पाइन्छ।<sup>91</sup> नेपालमा देखिएका मुख्य नसार्ने रोगमा मुटुसम्बन्धी रोग (Cardiovascular Diseases), मधुमेह, क्यान्सर, श्वासप्रश्वास सम्बन्धी दीर्घ रोग, मुखसम्बन्धी रोग र मानसिक रोग छन्। यस्ता खाले रोगहरूको कारणले सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी बढाए पनि नागरिकले स्वास्थ्य सेवा उपयोग गर्दा लाग्ने व्यक्तिगत खर्च अझ बढेको छ (सन् २००८/०९ मा ५५ प्रतिशत)<sup>92</sup>। नेपालमा नसार्ने रोगको भार बढ्नुका पछाडिका कारकमा चुरोट तथा सूति सेवन, रक्सीको अत्याधिक सेवन, फलफुल तथा तरकारीको कम सेवन, शारीरिक सुस्तता, मोटापा र वायु प्रदुषण रहेको छ।<sup>93</sup> गाउँ तथा सहरी गरिब परिवारको घरमा धूँवा तथा कमजोर भेन्टिलेशनले अझै पनि फोक्सो र मुटुसम्बन्धी रोग लाग्ने जोखिम बढाइरहेको छ।<sup>94</sup>

<sup>87</sup> Shyamal Bhattacharya et al., "Prevalence of Shigella Species and Their Antimicrobial Resistance Patterns in Eastern Nepal," *Journal of Health, Population and Nutrition* 23, no. 4 (2005).

<sup>88</sup> Shyam Kumar Mishra et al., "Drug Resistant Bacteria Are Growing Menace in a University Hospital in Nepal," *American Journal of Epidemiology and Infectious Disease* 2, no. 1 (2014).

<sup>89</sup> E. K. Shrestha et al., "Antimicrobial Resistance Pattern of Escherichia Coli Isolates from Chicken and Human Samples in Chitwan," *Nepalese Veterinary Journal* 30.

<sup>90</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2010," (Seattle, Washington: University of Washington, 2010).

<sup>91</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>92</sup> Babu Ram Shrestha et al., "Nepal National Health Accounts, 2006/07 – 2008/09," (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2012).

<sup>93</sup> Krishna Kumar Aryal et al., "Non Communicable Diseases Risk Factors: Steps Survey Nepal 2013," (Kathmandu: Nepal Health Research Council, 2014).

<sup>94</sup> Ibid.

नेपालमा नसर्ने रोगमध्ये मानसिक स्वास्थ्यको समस्या १८ प्रतिशत छ र यो निरन्तर बढी रहेको देखिन्छ तर मानसिक स्वास्थ्य सेवाको विस्तारमा अबै पनि यथोचित ध्यान पुगेको छैन।<sup>95</sup> उदाहरणका लागि सन् २००९ मा प्रजनन उमेरका महिलाको मृत्यु मध्ये १६ प्रतिशतको मृत्युको कारण आत्महत्या थियो, यो सन् १९९८ मा १० प्रतिशत मात्र थियो।<sup>96</sup> मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी तथ्याङ्क साह्रै सीमित छ, तथापि “दश वर्ष लामो सशस्त्र द्वन्द्व, लामो राजनीतिक अस्थिरता, रोजगारीका लागि विदेश जाने युवाहरूको बढ्दो सङ्ख्या, प्रौढहरूको बढ्दो जनसङ्ख्या, गरिबी र योजनाविहिन सहरीकरण”<sup>97</sup> आदिका कारण मानसिक रोगको भार धेरै बढी हुनसक्छ भन्ने अनुमान सहजै गर्न सकिन्छ। त्यसमाथि भूकम्पले ल्याएको मानसिक आघात र त्यसले मानव स्वास्थ्यमा पार्ने असर पनि स्वास्थ्य क्षेत्रको चुनौती रूपमा अगाडि आएको छ।

नेपालमा बढ्दो सडक दुर्घटना एक ठूलो चुनौतीको रूपमा देखिएको छ। सन् २००१ मा सडक दुर्घटनामा ८७९ मानिसले ज्यान गुमाएका थिए भने सन् २०१३ मा यो सङ्ख्या बढेर १,८१६ पुग्यो। गएको दशकमा मात्र सडक दुर्घटनाका कारण ९००० भन्दा बढी मानिसले ज्यान गुमाए।<sup>98</sup> सन् २००९/१० मा नेपालमा सडक दुर्घटनामा मर्ने दर प्रति १०,००० दर्ता गरिएका सवारी साधनमा १७ जना छ जुन संसारमा नै सबैभन्दा बढी मध्येको एक हो।<sup>99</sup> सडक दुर्घटनाका कारण कूल ग्राहस्थ उत्पादनमा ०.८ प्रतिशत नोक्सानी भएको आँकलन छ। नेपाल सडक सुरक्षा कार्ययोजना (२०१३-२०२०) ले सडक सुरक्षाका लागि निम्न उल्लेखित पाँच बुँदामा बहुपक्षीय सहयोग आवश्यक भएको उल्लेख गरेको छ: सडक सुरक्षा व्यवस्थापन, सुरक्षित सडक र आवागमन, सुरक्षित सवारी साधन, सडकको सुरक्षित प्रयोग र दुर्घटना पछि उद्धार।<sup>100</sup> यी मध्ये अन्तिम बुँदामा स्वास्थ्य क्षेत्रले उल्लेख्य काम गर्न पर्ने देखिन्छ।

नेपालमा वातावरणीय स्वास्थ्य मुद्दाहरूमा समन्वय तथा कार्यान्वयन गर्ने संस्थागत तथा विशेषज्ञता क्षमता कम देखिन्छ। प्राकृतिक विपद्को पूर्व तयारीका लागि केही काम (अस्पतालको सुरक्षा, द्रुत उद्धार तथा आम घाइते व्यवस्थापन सम्बन्धी तालिम, आपतकालिन स्वास्थ्य समन्वय केन्द्रको स्थापना) भए पनि वास्तविक पूर्व तयारीको अवस्था कमजोर नै छ। सन् २०१३ मा भएको Service Tracking Survey ले सर्वेक्षण गरिएका अस्पताल मध्ये ५९ प्रतिशतसँग मात्र आपतकालिन अवस्थाका लागि योजना रहेको पाएको थियो भने तिमध्ये ३५ प्रतिशतले मात्र त्यस्तो योजनाका बारेमा छलफल गरेका थिए।<sup>101</sup><sup>102</sup> जलवायु परिवर्तन तथा त्यसबाट मानवीय स्वास्थ्यमा पर्ने प्रभावका बारेमा स्वास्थ्य क्षेत्रसँग पर्याप्त जानकारी एवम् क्षमता छैन।<sup>103</sup>

## २.६ विपद्पछिको स्थिति

२०७२ वैशाखको विनाशकारी भूकम्पले स्वास्थ्य क्षेत्रमा गम्भीर असर गरेको छ। यसबाट भूकम्प प्रभावित जिल्लामा स्वास्थ्य सेवा प्रभावित हुनुका साथै स्वास्थ्य संरचनामा पनि गम्भीर असर परेको छ। यो भूकम्पका कारण ८,७०२ मानिसको मृत्यु (४५ प्रतिशत पुरुष, ५५ प्रतिशत महिला) भएको छ। यसबाट ४४६ सरकारी तथा १६ वटा निजी स्वास्थ्य संरचना पूरै ध्वस्त भए भने ७६५ स्वास्थ्य संरचनामा आंशिक असर परेको छ। यसरी मुलुकको समग्र

<sup>95</sup> Government of Nepal, “Multisectoral Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases (2014-2020),” (Kathmandu 2014).

<sup>96</sup> Bal Krishna Subedi et al., “Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009,” (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2009).

<sup>97</sup> Government of Nepal, “Multisectoral Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases (2014-2020).”

<sup>98</sup> Arjun Jung Thapa, “Status Paper on Road Safety in Nepal,” in Europe-Asia Road Safety Forum and the 67th Session of the Working Party 1 of UNECE (New Delhi: Department of Roads, 2013).

<sup>99</sup> Ministry of Physical Planning & Transport Management, “Nepal Road Safety Action Plan (2013-2020),” (Kathmandu: Government of Nepal, 2013).

<sup>100</sup> Ministry of Physical Planning & Transport Management, “Nepal Road Safety Action Plan (2013-2020).”

<sup>101</sup> Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), “Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II.”

<sup>102</sup> Daniels et al., “Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review.”

<sup>103</sup> Sharad Onta, “Climate Change and Health: An Overview” (paper presented at the National Workshop on Climate Change and Human Health: Potential Impact, Vulnerability and Adaptation in Nepal Kathmandu, 2007).

स्वास्थ्य संरचनामध्ये ४३ प्रतिशतमा भूकम्पको प्रत्यक्ष असर पयो । आर्थिक रूपमा यसबाट ७.५४ अर्ब रूपैयाँ नोक्सानी भएको छ भने त्यसको पुनर्निर्माणका लागि १४.७ अर्ब रूपैयाँ लाग्ने अनुमान गरिएको छ ।<sup>104</sup>

नियमित स्वास्थ्य सेवाका अतिरिक्त भूकम्पबाट प्रभावित भएका हजारौं नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकता पूरा गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले मानसिक स्वास्थ्य, मनोवैज्ञानिक परामर्श तथा पुनर्स्थापना लगायतका अतिरिक्त सेवाको व्यवस्था गर्नु आवश्यक छ । यसका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एवम् मातहतका निकायमा अतिरिक्त क्षमता तथा श्रोत आवश्यक पर्छ । भूकम्प पछि तत्काल स्वास्थ्य राहतका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रले देखाएको तत्परता र कार्यसम्पादन अत्यन्त प्रभावकारी रहयो । भूकम्पले विद्यमान स्वास्थ्य प्रणालीमा रहेको सीमितता र स्वास्थ्य क्षेत्रमा रहेका कमीकमजोरीलाई उजागर गरेको छ । स्वास्थ्य क्षेत्रले गर्न पर्ने आपतकालको तयारी एवम् विपद्को पूर्वतयारीलाई अबै बढी व्यवस्थित गर्न पर्ने आवश्यकतालाई औल्याएको छ ।

भूकम्प र यसले पुऱ्याएका असरहरू दुःखदायी भएपनि प्राकृतिक विपद्पछिको स्थितिमा स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार ल्याई स्वास्थ्य संरचनाहरूलाई पुनर्निर्माण गर्न र स्वास्थ्य सेवालाई नागरिकको आवश्यकता प्रति उत्तरदायी, प्रभावकारी र कार्यकुशल बनाउन स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयका लागि एक अवसर हुनसक्छ ।

## २.७ स्वास्थ्य सेवामा लगानी र लगानीको संरक्षण

नेपालको समग्र आर्थिक अवस्था विस्तारै सुदृढ हुँदै गइरहेको छ । विगत पाँच वर्षमा कूल ग्राहस्थ उत्पादन ४.३ प्रतिशतभन्दा माथि रहयो ।<sup>105</sup> यद्यपि भूकम्प पछिको अवस्थामा सन् २०१५ मा कूल ग्राहस्थ उत्पादन आठ वर्षको सबैभन्दा तल्लो विन्दु (तीन प्रतिशत)मा झर्ने आँकलन गरिएको छ । कूल ग्राहस्थ उत्पादनमा सार्वजनिक खर्चको हिस्सा सन् २०१० को २१.८ प्रतिशतबाट बढेर सन् २०१४ मा २३ प्रतिशत पुग्नुले वित्तीय क्षेत्रको विस्तारको सङ्केत गर्दछ ।<sup>106</sup> बृहत् सार्वजनिक खर्चका कारण स्वास्थ्य क्षेत्रमा फाइदा पुगे पनि नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ का अन्तिम दुई वर्षमा यस क्षेत्रमा हुने सार्वजनिक खर्चमा कमी आएको छ (सन् २०१०/११ मा ६.२ प्रतिशत र सन् २०१३/१४ मा ५.१ प्रतिशत) ।<sup>107</sup> नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ र २ को अवधिमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको कूल खर्चमा विकास साभेदारहरूको योगदान लगभग एक तिहाइ थियो, यो सन् २००९/१० मा सबैभन्दा बढी ४२ प्रतिशत रहयो भने सन् २०१३/१४ मा सबैभन्दा कम २५ प्रतिशत रहयो ।<sup>108</sup> नेपालमा समग्र गरिबी घट्नुका साथै सन् २०२२ मा मध्य आय भएको मुलुक (LMIC) को श्रेणीमा उक्लने योजना रहेको<sup>109</sup> अवस्थामा आगामी वर्षहरूमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा विकास साभेदारहरूको योगदान/लगानी घट्न सक्छ र त्यसबाट सिर्जना हुने अवस्थालाई सम्बोधन गर्न सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी बढाउँदै जान पर्ने हुन्छ । यद्यपि भूकम्पपछि सिर्जित परिस्थितिका कारण आगामी केही वर्षमा बजेट घाटा बढ्ने अनुमान गरिएको छ । यस्तो अवस्थामा सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी बढाउनु चुनौतीपूर्ण हुन्छ । यस्तो प्रतिकूल अवस्थामा विगतमा स्वास्थ्य तथा सामाजिक क्षेत्रमा हासिल गरेका प्रगति र उपलब्धिहरूलाई कायम राख्दै अबै बढी प्रतिफल हासिल गर्नका लागि यस क्षेत्रमा योगदान/लगानी बढाउन नेपाल सरकारले विकास साभेदार तथा अन्तर्राष्ट्रिय समुदायलाई आवाहन गरिसकेको छ ।<sup>110</sup>

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ को तुलनामा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ मा स्वास्थ्य क्षेत्रमा छुट्टाइको खर्च पनि घटेको छ । यो विगत पाँच वर्षमा (सन् २००९ देखि २०१४) समग्र राष्ट्रिय खर्च दर (८८ प्रतिशत)

<sup>104</sup> National Planning Commission, "Final Report on Post Disaster Needs Assessment and Recovery Plan of Health and Population Sector," (Kathmandu 2015).

<sup>105</sup> Ministry of Finance, "Economic Survey Fiscal Year 2013/14," (Kathmandu: Government of Nepal, 2014).

<sup>106</sup> Asian Development Bank, "Nepal: Economy," Asian Development Bank, <http://www.adb.org/countries/nepal/economy>.

<sup>107</sup> Ministry of Finance, "Red Book," (Kathmandu: Government of Nepal).

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Living Standards Survey 2010/11," (2011).

<sup>110</sup> Ministry of Finance, "Theme Address by the Honorable Dr. Ram Sharan Mahat Finance Minister of Nepal," in International Conference on Nepal's Reconstruction (Kathmandu 2015).

का तुलनामा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको खर्च दर कम (८३ प्रतिशत)<sup>111</sup> भएकाले हो । यसले स्वास्थ्य क्षेत्रमा कूल सरकारी खर्चलाई अभूँ बढाउनका लागि सामुहिक प्रयासको आवश्यकतासँगै उपलब्ध आर्थिक श्रोतको अभू राम्रो व्यवस्थापनलाई जोड दिएको छ । स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको खर्च दर कम हुनुका पछाडि आवश्यकता र योजना तर्जुमाका बीचमा समन्वय नहुनु, बजेट खर्च गर्ने अख्तियारी दिनमा विलम्ब हुनु, साभेदारहरूको प्रत्यक्ष लगानीमा सञ्चालित परियोजनाको आर्थिक प्रतिवेदन समयमै सरकारी निकायमा नआउने लगायतका कमजोरीजस्ता कारण देखिएका छन् ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ र २ का अवधिमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले स्वास्थ्यको प्राथमिकताका प्राप्त कार्यक्रममा नागरिकको पहुँच तथा सेवाको उपयोग बढाउनका लागि विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू लागू गरेको छ, उदाहरणका लागि निःशुल्क उपचार सेवा, आमा कार्यक्रम, पाठेघर खस्ने समस्याको उपचार आदि । यी कार्यक्रमहरू मार्फत गरिब तथा सीमान्तिकृत समूहलाई पहिचान गरी विभिन्न वित्तिय उत्प्रेरणा समेत दिइएको छ । परिणाम स्वरूप स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्रति व्यक्ति खर्च बढेको छ (सन् २०१३ मा ३९ अमेरिकी डलर) र उपचारमा क्रममा बिरामीले व्यहोर्ने व्यक्तिगत खर्च घटेको छ ।<sup>112</sup>

यति उल्लेखनीय प्रगति भएपनि उपचारका लागि बिरामीले व्यहोर्ने व्यक्तिगत खर्चको हिस्सा अधिक रहेको (४९ प्रतिशत) छ, र यसलाई स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिने न्यायोचित लगानी मानिदैन । शुल्कको नियमन गर्ने संयन्त्रको अभावमा नागरिकहरूले आफ्नो स्वास्थ्य उपचारका लागि अनुचित मूल्य तिर्नुका साथै अनुपयुक्त वा अनावश्यक उपचारको मारमा परिरहेको देखिन्छ ।

उपचारका लागि व्यक्तिगत खर्चको हिस्सा बढी हुनुको अर्थ स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा आर्थिक बाधा खडा हुनु मात्र होइन, नागरिकलाई आफ्नो आम्दानीको महत्वपूर्ण अङ्ग उपचारमा खर्च गर्न बाध्य पारिनु पनि हो ।<sup>113</sup> यसबाट आर्थिक निर्धनताको जोखिम बढ्न सक्छ । काठमाडौँ उपत्यकामा गरिएको एक अध्ययन अनुसार, मधुमेह, दम र मुटुका रोगजस्ता नसर्ने रोगको उपचारका लागि गरिब परिवारहरूले ठूलो धनराशी खर्च गर्न बाध्य भएको पाइयो ।<sup>114</sup> त्यतिमात्र होइन, रुघा, खोकी, ज्वरोजस्ता सामान्यभन्दा सामान्य स्वास्थ्य समस्यामा पनि सहरका गरिब परिवारले महङ्गो शुल्क तिरेर उपचार गरिरहेका छन् र सहरी क्षेत्रमा विशेष गरेर गरिब परिवारमा निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको पहुँच निकै कम भएको पाइयो ।<sup>115</sup>

सरकारको अधिकांश बजेट तर्जुमा क्रियाकलापमा आधारित लगानी (Input Based Budgeting) र शिर्षक अनुरूपको बजेट अभ्यास (Line-Item Budgeting Practice) मा आधारित छ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा सामाजिक सुरक्षाका विभिन्न कार्यक्रम ल्याइएपछि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले प्रतिफलमा आधारित बजेट (Output-Based Budgeting) को अभ्यास पनि सुरु गरेको छ । तर स्वास्थ्य संस्था स्तरमा छुट्टाइएको बजेट माथि दुवैको मिश्रित व्यवस्था गरिएको हुन्छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुधारको नयाँ कार्यसूची अन्तरगत सरकारले सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा योजना सुरु गरेको छ । यसका लागि सरकारले अर्ध स्वायत्त खरिद निकायको गठन गर्नेछ । यसको लक्ष्य स्वास्थ्य क्षेत्रमा अग्रिम भुक्तानी (Pre-Payment) र जोखिम संयोजन (Risk Pooling) लाई प्रोत्साहित गरेर वित्तिय सुरक्षा बढाउनु हो । हालै स्वीकृत गरिएको राष्ट्रिय स्वास्थ्य विमा नीतिले सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका सबै योजनालाई एकीकृत रूपमा अगाडि बढाउने कदम तथा यस कार्यमा स्पष्ट खाकाको आवश्यकता औल्याएको छ ।

<sup>111</sup> Ministry of Finance, "Red Book."

<sup>112</sup> World Health Organization, "Global Health Expenditure Database," (Geneva: World Health Organization, 2013).

<sup>113</sup> Central Bureau of Statistics, "Nepal Living Standards Survey 2010/11."

<sup>114</sup> Eiko Saito et al., "Catastrophic Household Expenditure on Health in Nepal: A Cross-Sectional Survey," Bulletin of the World Health Organization 2014 92(2014).

<sup>115</sup> Ibid.

स्वास्थ्य क्षेत्रमा पर्याप्त श्रोत ल्याउन, उपलब्ध श्रोतको सक्षम तथा प्रभावकारी उपयोग सुनिश्चित गर्न र विभिन्न सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा योजनालाई विना व्यवधान अगाडि बढाउनका लागि बृहत्तर स्वास्थ्य क्षेत्रको वित्तीय व्यवस्थापन रणनीतिको तर्जुमा आवश्यक छ ।

## २.८ क्षेत्रगत व्यवस्थापन तथा संयोजन

स्वास्थ्य क्षेत्रको विकाससँगै स्वास्थ्य सेवा प्रदायक तथा संस्थाहरूको सङ्ख्यामा पनि द्रुत गतिमा वृद्धि भइरहेको छ । स्वास्थ्य क्षेत्रको विकासका लागि यो एउटा अवसर पनि हो । यद्यपि स्वास्थ्य क्षेत्रलाई आफू अनुकूल लान खोज्ने विभिन्न सरकारी तथा नीजि लगायतका गैरसरकारी सेवा प्रदायकहरूको प्रयासका कारण नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्रको समग्र व्यवस्थापन गरी परिणाममुखी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बनाउने कार्य जटिल बन्दै गएको छ ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिमा आँकलन गरिएभैं स्वास्थ्य उपलब्धिमा सुधारका लागि केवल स्वास्थ्य क्षेत्रले मात्र होइन, बहुक्षेत्रीय प्रयास हुनु आवश्यक छ । महिला सशक्तिकरण, ग्रामिण तथा सहरी संरचनामा सुधार, खाद्य सुरक्षा, स्वच्छ खानेपानी तथा सरसफाईमा पहुँच विस्तार, गुणस्तरीय शिक्षामा पहुँच विस्तार लगायतका स्वास्थ्यका सामाजिक निर्धारकको सुधार आवश्यक भएकाले स्वास्थ्य विकासको एक बृहत्तर मुद्दा भएको छ । तसर्थ स्वास्थ्यलाई विकासको केन्द्रविन्दुमा राख्न राष्ट्रिय तथा समुदाय स्तरमा एकीकृत प्रयास हुनु आवश्यक छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा मुलुकले बहुपक्षीय सहकार्यलाई बढाउन खोजिरहदा, सरकारलाई स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत परम्परागत पात्रहरूमात्र होइन जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा देखापरिरहेका बहुपक्षीय सरोकारवालाहरू समेतलाई व्यवस्थापन गर्ने चुनौती थपिएको छ ।

देशभरि बढेको नीजि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको सङ्ख्याले वितेको एक दशकमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा नीजि लगानी बढेको देखिन्छ । सन् १९९० मा नेपालमा १६ वटा नीजि अस्पताल थिए भने सन् २००६ मा त्यसको सङ्ख्या बढेर १९० पुग्यो । सन् २०१४ मा ३०१ वटा नीजि अस्पताल दर्ता भएका थिए । सन् २०१२ मा गरिएको एक सर्वेक्षणको नतिजा अनुसार सरकारी अस्पतालमा ५,६४४ सैया थियो भने नीजि अस्पतालमा १९,५८० भएको देखाएको छ ।<sup>116</sup> यी निजी अस्पताल मध्ये अधिकांश सहरी क्षेत्रमा केन्द्रित छन् । त्यस मध्ये काठमाडौँ उपत्यकामा मात्र ६७ वटा छन् । यी अस्पतालले मूलतः उच्च आम्दानी भएका सेवाग्राहीलाई लक्षित गरेको पाइन्छ । ग्रामिण क्षेत्रमा पनि नीजि स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग बढिरहेको छ, आधारभूत स्वास्थ्य सेवाका लागि औषधि पसलहरूमा भर पर्नेको सङ्ख्या पनि बढ्दो देखिन्छ ।<sup>117</sup> स्वास्थ्य सेवामा पहुँच पुऱ्याउनका लागि नीजि क्षेत्रले गरेको योगदान प्रशंसनीय छ तथापी स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले आफ्नो सेवा लाई क्रमिक रूपमा विस्तार गर्दै आम नागरिकहरूले धान्न सक्ने लागतमा स्वास्थ्य सेवामा अधिक रोजाइका अवसरहरू उपलब्ध गराउनु पर्दछ । नीजि क्षेत्रलाई नियमन गर्ने आवश्यक नियम तथा रणनीति एवम् सरकारी तथा गैरसरकारी साभेदारीलाई प्रोत्साहित गर्ने रणनीतिको अभावमा आम जनताले अनुपयुक्त, अनावश्यक एवम् अपूरो स्वास्थ्य सेवाको सामना गर्नु परेको देखिन्छ ।

त्यसो त नेपालमा गैरसरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग साभेदारीको लामो इतिहास छ, ति मध्ये केही साभेदारीमा सरकारको पनि लगानी छ भने केहीमा वाह्य विकास साभेदार र केहीमा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाको लगानी छ । यसैगरी नेपालमा नाफा नकमाउने उद्देश्य भएका गैरसरकारी संस्था, नीजि अस्पताल तथा मेडिकल कलेजसँगका अनेकन नमूनाका साभेदारीहरू कार्यान्वयनमा छन् । तर मापदण्ड, प्रभावकारी अनुगमन एवम् निरिक्षणको अभावका कारण यी साभेदारीमा दिगोपनका लागि दीर्घकालीन रणनीतिक प्रतिबद्धताको कमी

<sup>116</sup> Central Bureau of Statistics, "A Report on Census of Private Hospitals in Nepal 2013 " (Kathmandu: National Planning Commission, 2013).

<sup>117</sup> "Nepal Living Standards Survey 2010/11."

देखिन्छ । यी साभेदारीलाई दीर्घकालिन दिगो रणनीतिको रूपमा अंगिकार गर्ने हो भने त्यसका लागि उपयुक्त वातावरणको सिर्जना गर्नु अनिवार्य देखिन्छ ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय तथा यस मातहतका निकायको विद्यमान सांगठनिक संरचना २५ वर्षभन्दा पुरानो हो । समसामयिक तथा भावी स्वास्थ्य चुनौतीलाई सम्बोधन गर्नका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको सांगठनात्मक क्षमताको मूल्याङ्कन तथा पुनर्संरचनाको आवश्यकता देखिएको छ ।<sup>118,119</sup> परिवर्तित सांगठनिक चुनौतीको सामना गर्नका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको विद्यमान भूमिका तथा दायित्वमा परिवर्तनसँगै क्षमता विकास योजना तर्जुमा गरी लागू गर्न पर्ने आवश्यकता देखिन्छ ।

स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन तथा विकेन्द्रीकरण प्रवर्द्धनका लागि पनि थप प्रयास हुन आवश्यक छ । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ को मध्यकालीन समीक्षाका क्रममा योजना तर्जुमा तथा बजेट निर्माणका लागि माथिबाट तल्लो तहमा जाने (Top down approach) पद्धति नै बढी प्रयोगमा रहेको पाइयो ।<sup>120</sup> खरिद, श्रोतको बाँडफाँड, कर्मचारी सरुवा तथा विदाजस्ता मुद्दाहरू सबै केन्द्रिय तहमा निर्णय हुनु विकेन्द्रिकरणको अवधारणा अनुकूल देखिदैन । जिल्ला तह वा त्योभन्दा तल्लो तहमा, स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति र स्वास्थ्यकर्मीले स्थानीय आवश्यकताको उपयुक्त पहिचान गरेर योजना तर्जुमा गर्न सक्छन् तर जिल्लास्तरमा तर्जुमा गरिएका योजनालाई केन्द्रिय तहमा योजना तर्जुमा र बजेट बाँडफाँड गर्दा पूर्ण रूपमा आत्मसात् गर्न सकिएको छैन । आवश्यकताका आधारमा तय गरिने योजना, बजेट बाँडफाँड तथा जनशक्ति व्यवस्थापनका काम जिल्लास्तरबाट नै गर्न स्थानीय तहमा अझै बढी कार्यगत अधिकार हस्तान्तरणको जरुरी देखिन्छ । स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एवम् संघिय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय बीच सन् २०१४ मा हस्ताक्षर भएको सहकार्यको रूपरेखा यसतर्फ चालिएको महत्वपूर्ण कदम हो ।

सन् २००४ मा स्वास्थ्य क्षेत्रमा सुरु गरिएको क्षेत्रगत पद्धति (Sector Wide Approach-SWAp) निरन्तर छ र जुन क्रमिक रूपमा सफलतातर्फ अग्रसर भएको पाइएकोले नेपाल सरकार अन्य क्षेत्रमा पनि यस पद्धतिलाई लागू गर्न चाहन्छ ।<sup>121,122</sup> वैदेशिक सहायताको प्रभावकारिता सम्बन्धी पेरिस सिद्धान्त (Paris Principal on Aid Effectiveness) को कार्यान्वयनको समीक्षा गर्दा नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा सफल भएको देखियो । वैदेशिक सहायताको प्रभावकारितामा आएको सुधारले स्वास्थ्य क्षेत्र प्रणालीलाई सशक्त बनाउन मद्दत पुग्नुका साथै सफल कार्यक्रमहरूको तीव्र विस्तारमा सहज भएको छ ।<sup>123</sup>

यद्यपि राम्रो साभेदारी स्थापना गर्दा प्राप्त भएको यो गतिलाई निरन्तरता दिई सहायताको प्रभावकारिताका लागि विद्यमान चुनौतीहरूलाई सम्बोधन गरिनुपर्छ । ति चुनौतीमध्येको एक, स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्राविधिक सहायताको प्रभावकारी तथा सक्षम व्यवस्थापन हो ।<sup>124</sup> दीर्घकालिन संस्थागत क्षमता विकासमा प्राविधिक सहायताको प्रभावकारी तथा सक्षम व्यवस्थापन आफैमा चुनौतीपूर्ण छ । अर्कोतिर अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाको मार्फतबाट आइरहेको ठूलो वैदेशिक स्वास्थ्य सहायता दिनानुदिन बढ्दै गएपनि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको परिधिभन्दा बाहिरबाट कार्यान्वयन भएको देखिन्छ । त्यसमाथि यस्तो सहायता सही दिशामा र सरकारले तोकेको प्राथमिकताको क्षेत्रमा जान नसक्ने सम्भावना बढी देखिन्छ र यसले साभेदारहरू बीचको सामन्जस्यतालाई पनि असर गर्ने देखिन्छ ।<sup>125,126</sup>

<sup>118</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>119</sup> Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), "Functional Assessment and Organization Review of the MoHP: A Diagnostic Report," (Kathmandu 2013).

<sup>120</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>121</sup> Ibid.

<sup>122</sup> Ministry of Finance, "Development Cooperation Policy: International Cooperation for Development Effectiveness."

<sup>123</sup> Denise Vaillancourt and Sudip Pokhrel, "Aid Effectiveness in Nepal's Health Sector: Accomplishments to Date and Measurement Challenges," (Kathmandu: International Health Partnership (IHP+), 2012).

<sup>124</sup> "2011 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Nepal Country Report," (Kathmandu: Ministry of Finance, 2011).

<sup>125</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>126</sup> Ministry of Health and Population, "Progress Report on Partnership, Alignment and Harmonisation in the Health Sector," (Kathmandu: Government of Nepal, 2014).

## २.९ स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण

सार्वजनिक खरिद प्रणालीमा क्रमिक सुधारसँगै औषधि तथा उपकरण लगायतका सामाग्रीको खरिद प्रक्रियामा केही सकारात्मक प्रगति देखिएको छ। यद्यपि खरिद प्रक्रिया, आपूर्ति व्यवस्थापन, वित्तिय व्यवस्थापन तथा लेखा प्रणालीलाई अभै प्रभावकारी बनाउन उल्लेख्य सुधार आवश्यक देखिन्छ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-१ र २ का क्रममा अनुगमन, मूल्याङ्कन तथा स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापनमा उल्लेखनीय प्रगति भएको छ। यद्यपि समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रको एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको विकास भने उल्लेख्य मात्रामा भएको देखिदैन। विद्यमान विभिन्न स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचना प्रणालीहरूको आपसी सामन्जस्य नभएमा निर्णय प्रक्रियामा सूचना तथा प्रमाणको पर्याप्त प्रयोग नहुने देखिन्छ। विद्यमान स्वास्थ्य क्षेत्र सूचना रणनीति-२००७ को तर्जुमा पछि प्रविधि, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन र स्वास्थ्य क्षेत्रमा नै व्यापक परिवर्तन आइसकेको सन्दर्भमा रणनीतिलाई समयानुकूल बनाउन आवश्यक देखिन्छ। यसैगरी सूचना प्रविधिको क्षेत्रमा भएको विकासलाई ध्यान दिएर अत्याधुनिक सूचना प्रविधिलाई प्रयोग गरी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न इ-हेल्थ स्वास्थ्य रणनीतिको आवश्यकता पनि टुङ्कारो देखिन्छ।<sup>127</sup> विद्यमान जन्म तथा मृत्यु दर्ता प्रणाली अद्यावधिक हुन नसकेका कारण यसले समग्र तथ्याङ्कलाई समेटन सकेको छैन। यसर्थ नागरिकहरूको जन्म मृत्यु विवाहलगायत महत्वपूर्ण तथ्याङ्क Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) दर्ता प्रणालीको विकास गरिनु आवश्यक देखिन्छ।

स्वास्थ्य क्षेत्रका जनशक्तिको प्रभावकारी व्यवस्थापनका प्रयासहरू सकारात्मक दिशा तर्फ उन्मुख भएपनि समग्र जनशक्ति व्यवस्थापनको पक्षहरू-उत्पादन, भर्ना, तैनाथी र निरन्तरता (Production, Recruitment, Deployment and Retention) चुनौतीपूर्ण देखिन्छन्। त्यसका साथै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको निरन्तर प्रवाहका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरूको स्वास्थ्य संस्थामा अटुट उपस्थिति र उनीहरूमा उत्प्रेरणा हुन अत्यावश्यक छ। तसर्थ यी विषयहरूलाई प्राथमिकतामा राखेर स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि कार्यस्थलमा काम गर्ने अनुकूल वातावरणको सिर्जनासँगै क्षमता अभिवृद्धि तथा विकासका लागि विद्यमान तालिम तथा अभिमुखिकरणलाई एकीकृत गर्दै अभि गुणस्तरीय बनाउन आवश्यक छ। जसले गर्दा प्रतिकूल वातावरण तथा क्षमताको अभावका कारण देखिएका समस्याहरू समाधान हुनेछन्। त्यससँगै कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिर बारम्बार काजमा पठाउने प्रवृत्ति निरुत्साहित हुनेछ, र स्वास्थ्यकर्मीहरू स्वास्थ्य संस्थामा अनुपस्थित रहने सम्भावना कम हुँदै जानेछ।<sup>128</sup> त्यसो त स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि कार्यसम्पादनका आधारमा मूल्याङ्कन गरी थप प्रोत्साहन गर्ने कार्यक्रमहरू सञ्चालन गरिएका छन्। यसलाई विस्तार गर्दै लानु आवश्यक देखिन्छ।<sup>129,130</sup>

विगत केही दशकहरूदेखि नै विकेन्द्रीकृत अवधारणालाई आत्मसात् गर्दै स्वास्थ्य सेवालाई समुदायसम्म पुऱ्याउने प्रयास भइरहेको छ। हरेक गाविसमा कम्तीमा पनि एउटा स्वास्थ्य चौकी, हरेक निर्वाचन क्षेत्रमा एक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, हरेक जिल्लामा एक जिल्ला अस्पताल एवम् अञ्चल तथा क्षेत्रिय तहमा अस्पतालहरू स्थापना भइ सेवा प्रदान गरिरहेका छन्।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ को अवधिदेखि स्वास्थ्य पूर्वाधारहरूको विकासमा वैज्ञानिक तथा प्रणालीगत आधार दिनका लागि विभिन्न मापदण्ड तथा निर्देशिका तयार गरेर लागू गरिदै आएको छ। फलतः स्वास्थ्य पूर्वाधारहरूको गुणस्तरमा क्रमशः सुधार आएको छ।<sup>131</sup> यद्यपि यस रणनीति अन्तरगत स्वास्थ्य पूर्वाधारका

<sup>127</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>128</sup> Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP), "Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II."

<sup>129</sup> Foster et al., "Review of Nepal Health Sector Programme: A Background Document for the Mid-Term Review."

<sup>130</sup> Daniels et al., "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review."

<sup>131</sup> "Nhss Thematic Paper from Medical Products, Procurement, Logistics and Infrastructure Group," (Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2014).

मापदण्ड तथा निर्देशिकाहरूलाई प्रभावकारी तवरले लागू गर्दै प्राथमिक एवम् उपल्लो तहको स्वास्थ्य सेवाबाट वञ्चित भएकाहरूलाई पहुँच पुऱ्याउन आवश्यक देखिन्छ। यसका लागि, भूकम्पबाट क्षति भएका जिल्लाहरूलाई विशेष प्राथमिकतामा राख्दै स्थानीय स्वास्थ्य आवश्यकता, भौगोलिक तथा जनसाङ्खिक विविधतालाई ध्यान दिदै स्वास्थ्य संरचनाहरूको मर्मतसम्भार, पुनःनिर्माण, स्थापना तथा स्थानान्तरण गर्दै लानु पर्ने आवश्यक देखिन्छ।

## २.१० आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा प्रणाली

आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई सशक्त बनाउनका लागि आधुनिक चिकित्सा पद्धतिसँगै परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको परिचालनको महत्वलाई अल्माआटा घोषणाले स्वीकार गरेको छ। यस रणनीतिको “नागरिकको सामाजिक तथा भावनात्मक स्वास्थ्यलाई सुनिश्चित गर्ने” परिकल्पनालाई साकार गर्नका लागि परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको भूमिका अझै बढी रहन्छ। अन्तर्राष्ट्रिय अनुभवले केही मामिलामा भावनात्मक तथा आध्यात्मिक कारणले पनि रोगी हुनसक्ने देखाएको छ, त्यस्तोमा आधुनिक चिकित्सा पद्धतिको तुलनामा परम्परागत चिकित्सा पद्धति प्रभावकारी भएको पाइएको छ।<sup>132</sup>

नेपाल सरकार परम्परागत चिकित्सा पद्धतिलाई संरक्षण तथा प्रोत्साहित गर्न प्रतिबद्ध छ। नेपालमा परम्परागत चिकित्सा पद्धतिमा सबैभन्दा अगाडि आयुर्वेद छ र यसको अभ्यासको लामो इतिहास छ।

सरकारी तवरमा, दुई चिकित्सालय, १४ वटा अञ्चल आयुर्वेद औषधालय, ६१ वटा जिल्ला आयुर्वेद केन्द्र तथा २१४ वटा औषधालयबाट आयुर्वेद स्वास्थ्य सेवा दिइएको छ। आर्थिक वर्ष २०१३/१४ मा करिब १० लाख मानिसले सरकारद्वारा सञ्चालित चिकित्सालयबाट आयुर्वेद सेवा लिएका थिए। यही अवधिमा काठमाडौँमा सरकारद्वारा सञ्चालित, पशुपति अस्पतालबाट ६७,००० भन्दा बढीले होमियोप्याथी सेवा लिएका थिए।<sup>133</sup> यो अस्पतालले युनानी सेवा पनि दिदै आएको छ।

सरकारले आयुर्वेदलगायत परम्परागत चिकित्सा पद्धतिलाई प्रोत्साहित गरेपनि यी पद्धतिले आधुनिक चिकित्सा पद्धतिसँग मिलेर एकीकृत तवरबाट सेवा प्रदान गर्न बाँकी नै छ। खण्डित रूपमा सेवा प्रदान गर्दा लागत एवम् प्रभावकारितामा सम्भौता हुन जान्छ र यसबाट सेवाग्राहीको छनौट गर्ने अवसर पनि कम हुन्छ।

नेपालमा जुडिबुटीजन्य औषधि लगायतका उत्पादनको निर्माण तथा व्यापारको ठूलो अवसर छ। किनकी नेपालमा औषधिय क्षमता भएका ७०० किसिमका वनस्पति पाइन्छ।<sup>134</sup> यो क्षमताको पूर्ण उपयोग हुन सकेको छैन। वनलगायतका क्षेत्रसँग सहकार्य गरेर जुडिबुटीजन्य औषधि लगायतको उत्पादन तथा निर्यातको ठूलो सम्भावना देशमा छ।

सरकारी तवरबाट सेवा उपलब्ध नभएका अन्य परम्परागत चिकित्सा पद्धति पनि छन्। उदाहरणका लागि हिमाली क्षेत्रमा प्रचलित आम्ची पद्धति तथा तराईको गुराउ पद्धति। यसका अतिरिक्त, धामी, भक्ती, गुभाजु, फारफूकजस्ता अनेकन उपचार पद्धति पनि नेपालमा प्रचलित छन्। यी पद्धतिको प्रभावकारितालाई बुझ्नका लागि मूलधारमा ल्याएर अध्ययन गर्न बाँकी छ।

<sup>132</sup> Maurice M. Iwu and Erick Gbodossou, “The Role of Traditional Medicine,” The Lancet 356.

<sup>133</sup> Department of Health Services, “Annual Report 2070/71.”

<sup>134</sup> Ministry of Forests and Soil Conservation, “Non-Timber Forest Product Policy,” ed. Department of Plant Resources (Kathmandu: Government of Nepal, 2004).



## ३ भावी सोच तथा ध्येय

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले परिकल्पना गरेका भावी सोच तथा ध्येयलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले आत्मसात् गरेको छ। आधारभूत मानव अधिकारको रूपमा सबै नागरिकहरूलाई स्वास्थ्यको अधिकार सुनिश्चित गर्न गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबैको पहुँच बृद्धि गरी न्यायसंगत एवम् जवाफदेही स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको माध्यमबाट स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ को नीतिगत ध्येयलाई कार्यान्वयन गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति तयार गरिएको हो। यसका अतिरिक्त राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ का १४ वटा नीतिहरूले नै नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति को समग्र रणनीतिक प्राथमिकतालाई निर्देशित गरेको छ।

### ३.१ भावी सोच

---

*सबै नेपाली नागरिकहरू आर्थिक, मानसिक, सामाजिक र भावनात्मक रूपमा स्वस्थ रही उत्पादनशील र गुणस्तरीय जीवन यापन गर्न सक्षम हुने।*

---

नागरिकको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्दै व्यक्ति तथा समाजको समग्र परिवर्तन गरेर मानवीय, सामाजिक तथा आर्थिक विकास गर्ने आकांक्षा यस रणनीतिले बोकेको छ। यो भावी सोचले नेपालको विकास प्रक्रियाको केन्द्रमा मानव स्वास्थ्यलाई राख्दै त्यसमा लगानी बढाउने मान्यता राखेको छ। यसका अतिरिक्त स्वस्थ र उत्पादनशील नागरिकले आर्थिक विकासको गतिलाई अगाडि बढाई सम्मुन्नत समाज निर्माण गर्न योगदान दिन्छन् भन्ने विश्वास राखेको छ। यसले नागरिकलाई गुणस्तरीय जीवन बाँच्नका लागि आवश्यक मानसिक, सामाजिक तथा भावनात्मक स्वास्थ्यका अवयवहरूलाई मानव स्वास्थ्यका अभिन्न अङ्गका रूपमा लिई, नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र, स्वास्थ्य सेवा मात्र प्रदान गर्ने परम्परागत भूमिकाबाट माथि उठेर नेपाली नागरिकको सेवा गर्ने अपेक्षा समेत अभिव्यक्त गरेको छ।

### ३.२ ध्येय

---

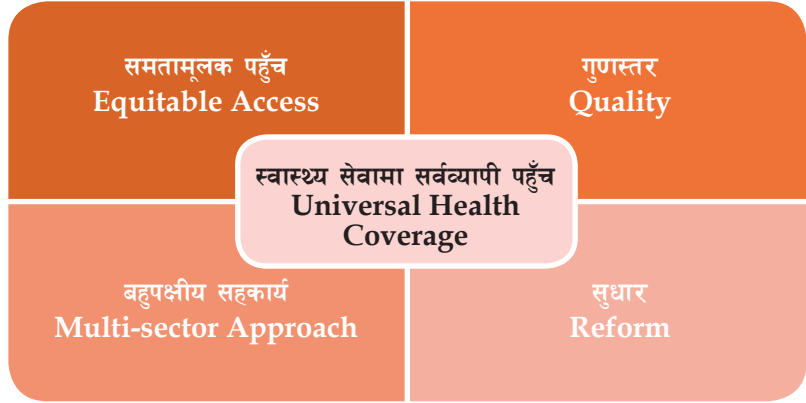
*उपलब्ध साधनश्रेतको अधिकतम प्रयोग गरी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, सेवाग्राही र सरोकारवालाहरूबीच रणनीतिक सहकार्य गरी नागरिकहरू स्वस्थ रहन पाउने मौलिक अधिकार सुनिश्चित गर्ने।*

---

नेपालको संविधानले स्वस्थ रहन पाउनु नागरिकको मौलिक हकका रूपमा प्रत्याभूत गरेको छ। सरकारले यो हक प्रगतिशील रूपमा प्राप्त गर्नका लागि समुदायको सक्रिय सहभागिताका साथै आफ्नो स्वास्थ्यका लागि व्यक्तिगत उत्तरदायित्वलाई बढाउने लक्ष्य लिएको छ। यसका लागि सरकारी तथा नीजिलगायत अन्य सेवा प्रदायकबाट संयोजित तथा समन्वयपूर्ण प्रयास खोजिएको छ। नागरिकको स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकार प्राप्त गर्नका लागि उपलब्ध स्वास्थ्य श्रोतहरूको प्रभावकारी तथा दक्ष व्यवस्थापन गरिनुपर्छ र यसका लागि सेवाग्राही सहित सबै साभेदारको रणनीतिक समन्वय आवश्यक हुन्छ।

## ४ रणनीतिक दिशा र मार्ग

स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) को काम द्रुत गतिमा अगाडि बढाउदै गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवामा आम नेपालिको समतामूलक पहुँच विस्तार गर्न नेपाल प्रतिबद्ध छ। यसका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू निःशुल्क रूपमा प्रदान गरिने छ, भने आधारभूत बाहेकका स्वास्थ्य सेवाहरूलाई आमजनताले आर्थिक रूपमा धान्न सक्ने बनाइने एवम् विभिन्न सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाहरू मार्फत प्रदान गरिनेछ। आधारभूत तथा त्यस बाहेकका स्वास्थ्य सेवाको प्रगतिशिल विस्तार गर्दै प्रदान गरिने सेवालाई गुणस्तरीय बनाइने छ। यसैगरी ति सेवालाई आमजनताले आर्थिक रूपमा धान्न सकिने बनाएर बढीभन्दा बढी समुदाय विशेषगरी सीमान्तकृत र जोखिममा रहेका तथा गरिब समुदायमा पुऱ्याइनेछ। नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको अवधि भरमा, स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) तर्फ अगाडि बढ्नका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले वित्तिय श्रोतको उपयुक्त र दिगो उपायहरू खोज्नु पर्दछ।



आगामि पाँच वर्षका लागि, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) तर्फ अगाडि बढ्न तपसिलका चार निर्देशक सिद्धान्त अंगिकार गरेको छ:

- स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा
- स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार
- बहुपक्षीय सहकार्य

यो अध्यायमा यी निर्देशक सिद्धान्त तथा तिनलाई प्राप्त गर्ने मार्गका बारेमा विश्लेषण गरिएको छ। यीनै चार निर्देशक सिद्धान्तकै आधारमा अध्याय पाँचमा उल्लेख गरिएको नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिका लागि तय गरिएका प्रतिफल, नतिजा तथा लक्ष्यको रूपरेखा तयार पारिएको छ। यसका साथै नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति एवम् नतिजा अनुगमन खाकाले कार्यान्वयन योजनालाई निर्देशित गर्दछ। यी निर्देशक सिद्धान्तहरूले स्वास्थ्य क्षेत्रको वर्तमान सञ्चालन प्रक्रिया तथा व्यवस्थापनमा आवश्यक सुधारलाई पनि परिर्लक्षित गर्दछ।

### ४.१ स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच

नेपालको संविधान, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ तथा नेपाल सरकारका आवधिक योजनाहरूमा समतामूलक विकासको अवधारणालाई आत्मसात् गरिएको छ। यी दस्तावेजहरूमा महिला, दलित, आदिवासी/जनजाति, मधेसी, मुस्लिम, अपाङ्गता भएका व्यक्ति, लैङ्गिक अल्पसङ्ख्यक तथा दुर्गम क्षेत्रका नागरिकहरूले मुलुकको विकासको प्रतिफल पाउनमा व्यवधान भोगेकाले यसको समाधानका लागि उपयुक्त कदम वाञ्छनीय भएको उल्लेख गरिएको छ। यी बाधा व्यवधानहरू हटाएर स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच सुनिश्चित गर्नु नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको मुख्य लक्ष्य हो।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा रहेको अहिलेको विभेदलाई हटाउन तथा स्वास्थ्य सेवाको माग र आपूर्तिको दुवै तर्फका बाधकलाई सम्बोधन गर्न दिगो बहुआयामिक रणनीति आवश्यक पर्दछ। त्यससँगै यसको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको क्षमता अभिवृद्धि गरिनु पर्ने देखिन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रका समग्र रणनीतिमा स्वास्थ्य सेवामा समताका प्रावधान राखिनु अत्यन्त महत्वपूर्ण भएको तथ्यलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति पुनः जोड दिएको छ। लैङ्गिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक, जनसाङ्ख्यिक चरित्रलाई ध्यान दिई सबै नागरिकको स्वास्थ्य सम्बन्धी आवश्यकता पूर्ति गर्न समग्र स्वास्थ्य प्रणाली र स्वास्थ्य सेवालालाई परिणाममूखी बनाउन सरकार प्रतिबद्ध छ। यस रणनीतिको भावी सोच प्राप्तिका लागि सबै नीति तथा व्यवस्थापकिय निर्णयमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई आत्मसात् गरिनु महत्वपूर्ण हुन्छ। यसर्थ सरकार तथा साभेदार निकायहरू, जनसङ्ख्याको आधारमा समग्र स्वास्थ्य उपलब्धि हासिल गर्न मात्र होइन, लिङ्ग, सम्पत्ति, भूगोल तथा जातिय विविधताका आधारमा छुट्टा-छुट्टै लक्ष्य तोक्न र तिनलाई हासिल गर्न प्रतिबद्ध छन्।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले हाल स्वास्थ्य सेवाको पहुँच नपुगेका सहरी गरिब लगायतका नागरिकसम्म गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गर्दै सेवाको माग तथा आपूर्तिमा सामञ्जस्यता ल्याउन ध्यान दिनेछ। यसका लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले परिलक्षित गरेको “एक गाउँ, एक चिकित्सक” को अवधारणालाई क्रमशः कार्यान्वयनमा ल्याइने छ।

स्वास्थ्य सेवालालाई नागरिकमूखी बनाउँदै स्वास्थ्य प्रतिफललाई प्रवर्द्धन गर्न, स्वास्थ्यका सामाजिक निर्धारकहरूको पहिचान गरी सम्बोधन गर्न तथा समावेशी सहभागिताको आधारमा निर्णय प्रक्रियालाई प्रोत्साहित गर्न स्थानीय निकायको क्षमता अभिवृद्धि गरिनेछ। आ-आफ्ना समुदायमा स्वस्थ जीवनशैली अडिगकार गर्न तथा त्यसका लागि सहयोगी सांस्कृतिक अभ्यासलाई प्रवर्द्धनगर्नका लागि आमा समूह, वन उपभोक्ता समूह लगायत स्थानीय रूपमा सक्रिय समूहहरूको सहभागिता बढाइने छ। यस रणनीतिले नेपालमा लैङ्गिक हिंसा निर्मूल गर्नका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रको भूमिकालाई पनि प्रवर्द्धन गर्नेछ।

## ४.२ गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा

स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर अभिवृद्धिका लागि स्वास्थ्य प्रणालीको समग्र विकासमा ध्यान दिनु अपरिहार्य हुन्छ। यस रणनीतिको सबै आयामहरूमा स्वास्थ्य सेवा प्रणाली तथा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको सुधारलाई अँगिकार गरिएको छ। यो रणनीति खरिद प्रक्रिया, आपूर्ति व्यवस्थापन, जनशक्ति व्यवस्थापन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन, सूचना व्यवस्थापन तथा वित्तीय व्यवस्थापन लगायत समग्र प्रणालीहरूको सुदृढीकरण गरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको प्रवर्द्धनतर्फ उन्मुख छ। यद्यपि, गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितताका लागि स्वास्थ्य सेवा दिने स्थान, चाहे त्यो समुदाय स्तरको खोप केन्द्र होस् वा विशिष्ट सेवा दिने अस्पताल होस्, त्यहाँको सेवाको गुणस्तरमा सुधार ल्याउनु अत्यावश्यक हुन्छ।

तसर्थ, स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको आधारभूत मापदण्ड तोकिनु पर्छ र यसका लागि विभिन्न तहमा सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले सेवाग्राहीको आवश्यकता तथा अपेक्षामा केन्द्रित भएर समन्वयात्मक रूपमा स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गर्नु आवश्यक छ। यस रणनीतिले स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको आधारभूत मापदण्डको विकासमा जोड दिएको छ।

### गुणस्तरका आयामहरू

विगतका स्वास्थ्य नीति तथा रणनीतिहरूले पनि गुणस्तरीय सेवालालाई महत्व दिएका थिए तर तिनमा गुणस्तर सुधारका लागि कस्ता खालका कदम चाल्नु पर्छ र त्यसको मापन कसरी गर्ने विषयको खासै उल्लेख थिएन। स्वास्थ्य सेवामा गुणस्तरका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको समग्रसुधार र सशक्तिकरण अनिवार्य हुन्छ

जसका लागि अत्यावश्यक रणनीतिक कदमको तर्जुमाका साथै स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिने स्थलमा सेवाको गुणस्तरका मुख्य तत्वलाई विशेष ध्यान दिनु महत्वपूर्ण हुन्छ। त्यसैले प्रभावकारी, सुरक्षित, सेवाग्राही केन्द्रित, समयानुकूल, समतामूलक, सांस्कृतिक रूपले उपयुक्त, प्रभावशाली र भरपर्दो स्वास्थ्य सेवा (Effective, Safe, Client-Centred, Timely, Equitable, Culturally Appropriate, Efficient, and Reliable) लाई नै यस रणनीतिले गुणस्तरका आयामका रूपमा मान्यता दिएको छ अर्थात् यी सबै तत्व भएको सेवा मात्र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा हुन्छ भन्ने मान्दछ।

माथि उल्लेखित आयामहरूको प्रभावकारी मूल्याङ्कन तथा यिनमा रहेको कमजोरी नबुझेसम्म गुणस्तरमा सुधार ल्याउन कठिन देखिन्छ। तसर्थ आगामी पाँच वर्षको मुख्य कार्य यस सम्बन्धी ज्ञानको विकास, त्यससम्बन्धी जानकारी नीति निर्माता, सेवा प्रदायक तथा साभेदारसम्म पुऱ्याउने तथा सेवा प्रदान गर्दा गुणस्तरमा सुधार ल्याउन उपयुक्त कदमको पहिचान एवम् कार्यान्वयन गरिनु हो।

### गुणस्तर नियमनका लागि स्वायत्त निकाय

गुणस्तरका मापदण्ड विकास गरी सरकारी र नीजि सबै खालका सेवा प्रदायकबाट कार्यान्वयन गराउनका लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले गुणस्तर नियमन सम्बन्धी एक स्वायत्त निकाय (Independent Quality Assurance Body) को परिकल्पना गरेको छ। यो निकायले स्वास्थ्य सेवाको उच्च गुणस्तर सुनिश्चित गर्न तथा सुरक्षित एवम् उपयुक्त चिकित्सकीय अभ्यासलाई प्रोत्साहित गर्न पेशागत संघ/संगठन तथा विद्यमान नियमन निकायहरूसँग मिलेर काम गर्नेछ। यो निकायले मापदण्ड तथा प्रोटोकलहरूको अनुपालनाको नियमन गर्नेछ।

### ४.३ स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा सुधार

समग्र स्वास्थ्य क्षेत्र अन्ततः आम नागरिक प्रति उत्तरदायी हुनुपर्छ भन्ने तथ्यलाई आत्मसात् गर्दै नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले अख्तियारी र निर्णय प्रक्रियामा सुशासनलाई प्राथमिकता दिएको छ। परिवर्तित भूमिकासँगै आउने थप जिम्मेवारीहरू सहज तरिकाले वहन गर्नका लागि केन्द्र, क्षेत्र तथा स्थानीय तहका संस्थाहरूको क्षमता विकास गर्दै नागरिक प्रति उत्तरदायी बनाउन आवश्यक छ। यसका साथै जिल्ला तथा समुदायस्तरीय स्वास्थ्य प्रणालीमा गुणात्मक सुधारका लागि थप प्रयत्न आवश्यक छ।

### स्वास्थ्य क्षेत्रको पुनर्संरचना तथा स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको पुनर्निर्माण

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले परिकल्पना गरेको अग्रगामी सोचको कार्यान्वयन तथा विश्वव्यापी स्वास्थ्य कार्यसूचीमा आइरहेको परिवर्तनलाई सम्बोधन गर्न सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्रको विद्यमान संगठन र संरचनालाई पुनर्व्यवस्थित गर्न आवश्यक छ। हालैको भूकम्पका कारण क्षति भएका स्वास्थ्य संरचना तथा अन्य जीर्ण संरचनालाई पुनर्निर्माण गर्न आवश्यक छ।

यस परिस्थितिलाई ध्यान दिँदै, स्वास्थ्यका विद्यमान संरचनाका विभिन्न तहका कार्य विश्लेषण गर्दै पुनर्निर्माणको योजना तयार गर्न आवश्यक छ। विशेषतः क्षेत्र एवम् जिल्ला स्तरका संस्थाहरूलाई आवश्यक श्रोत साधन एवम् अधिकार प्रत्यायोजन गर्दै सुदृढ गरिनेछ। यसका अतिरिक्त, मुलुकभर स्वास्थ्य बीमालाई प्रगतिशिल रूपमा कार्यान्वयन गर्नका लागि खरिद तथा आपूर्ति कार्य (Purchasing and Providing Functions) लगायतमा संरचनागत सुधार आवश्यक देखिन्छ। यी प्रयासलाई संघियताको संरचना अनुरूप समायोजन गर्दै लैजानु पर्छ।

पुनर्निर्माण तथा पुनर्संरचना कार्यका क्रममा सबै तहमा प्राकृतिक प्रकोप र आपतकालको पूर्वतयारीका लागि संरचना, कार्यविधि तथा प्रणालीको स्थापना गरिनेछ। भूकम्पपछिको अवस्थामा पीडितहरूका लागि मानसिक

स्वास्थ्य, मनोसामाजिक परामर्श तथा पुनर्स्थापना लगायतका थप स्वास्थ्य सेवा आवश्यक देखिएको छ । यस रणनीतिले यस्ता सेवाहरूको सहज प्रवाहलाई सुनिश्चित गर्नेछ ।

### विकेन्द्रित योजना तर्जुमा तथा बजेट विनियोजन

विकेन्द्रित स्वास्थ्य योजना तथा व्यवस्थापनले स्थानीय नेतृत्वलाई उत्प्रेरणा दिने, स्थानीय श्रोतको परिचालन हुने, स्थानीय स्वास्थ्य आवश्यकतालाई सम्बोधनका लागि नयाँ-नयाँ मार्ग पत्ता लगाउने र त्यसबाट स्थानीय स्वामित्व विकास भएर समतामूलक तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त भएको तथ्य पाइएको छ ।<sup>135</sup> स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले विकेन्द्रिकरण तथा स्थानीय स्वास्थ्य सुशासनलाई प्रवर्द्धन गर्दै आएको छ । स्थानीय स्वायत्त शासन ऐन २०५५ मा स्थानीय निकायको स्वास्थ्य र जनसङ्ख्या सम्बन्धी काम, कर्तव्य र अधिकारको स्पष्ट व्यवस्था गरिएको छ जसलाई यस रणनीतिले अभै अगाडि बढाउनेछ ।

यो रणनीतिले नेपालमा स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन सुदृढीकरणका लागि सहकार्यात्मक रूपरेखा ("Collaborative Framework for Strengthening Local Health Governance in Nepal") को कार्यान्वयनलाई प्राथमिकतामा राखेको छ । यो रूपरेखामा उल्लेख भए बमोजिमका पहिले समग्र स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन, पारदर्शिता, जवाफदेहिता तथा उत्तरदायित्वलाई सुदृढ गर्दछ । यसले विशेषगरी सहभागितामूलक विकास तथा विकासको स्थानीय कार्यसूचीमा स्वास्थ्यलाई प्राथमिकता दिन प्रोत्साहित गर्दछ । यो पहिले सहकार्य गर्ने साभेदार संस्थाको भूमिका तथा दायित्वलाई पुनःपरिभाषित गर्नुका साथै केन्द्रमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयलाई प्रबन्धकको भूमिका दिँदै जिल्ला, नगरपालिका तथा गाविस तहमा प्रमाणमा आधारित स्थानीय योजना तर्जुमा तथा निर्णय प्रक्रियालाई प्रोत्साहित गर्नेछ । अभै बढी विकेन्द्रित योजना तर्जुमा तथा बजेट विनियोजनसँगै जिल्ला विकास कोषका मार्फतबाट लचिलो स्वास्थ्य अनुदानले यो प्रक्रियालाई अभै सहयोग पुग्ने देखिन्छ । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिले जिल्ला र त्यसभन्दा तल्लो तहमा प्राकृतिक प्रकोप र आपतकालको पूर्व तयारीलाई अभै जोड दिनेछ ।

स्थानीय योजना तर्जुमा तथा बजेट विनियोजनका सन्दर्भमा जिल्ला र राष्ट्रिय तहका बीचमा पर्याप्त समन्वय सुनिश्चित गर्न क्षेत्रिय स्वास्थ्य संरचनालाई आवश्यक अधिकार प्रदान गर्न यो रणनीतिले प्रोत्साहन गर्दछ । यसका अतिरिक्त तल्लो तहमा समतामूलक ढंगबाट गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको अनुगमनमा क्षेत्रिय तहको महत्वपूर्ण भूमिकालाई यस रणनीतिले स्वीकार गरेको छ ।

### सरकारी तथा गैरसरकारी साभेदारी

नेपालमा गैरसरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग साभेदारीको लामो इतिहास छ । त्यसमाथि स्वास्थ्य क्षेत्रमा नीजि स्वास्थ्य संस्थाले महत्वपूर्ण योगदान दिएका छन् । ति मध्ये केही साभेदारीमा सरकारको पनि लगानी छ भने केहीमा बाह्य विकास साभेदार र केहीमा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाको लगानी छ । यसैगरी नाफा नकमाउने उद्देश्य भएका गैरसरकारी संस्था, नीजि अस्पताल तथा मेडिकल कलेजसँगका अनेकन नमूनाका साभेदारीहरू कार्यान्वयनमा छन् । तर साभेदारी संयन्त्रमा मापदण्ड एवम् प्रभावकारी अनुगमन एवम् निरिक्षणको अभावका कारण यी साभेदारीमा दिगोपनका लागि दीर्घकालीन रणनीतिक प्रतिबद्धताको कमी देखिन्छ । यी साभेदारीलाई दीर्घकालिन दिगो रणनीतिको रूपमा अँगिकार गर्ने हो भने त्यसका लागि उपयुक्त वातावरणको सिर्जना गर्नु अनिवार्य देखिन्छ ।

यस रणनीतिले सरकारी तथा गैरसरकारी क्षेत्र दुवैलाई फाइदा हुने गरी साभेदारी विकासलाई प्रवर्द्धन गर्दछ । “आपसी सद्भाव” बाट मात्र सरकारी संस्था एवम् गैरसरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक बीचको साभेदारीमा दिगोपना आउन

<sup>135</sup> As indicated by the assessments of Local Health Governance Pilots in Dang, Surkhet and Kailali by MoHP, USAID, and GIZ

नसक्ने भएकाले दुवै क्षेत्रलाई फाइदा हुने गरी साभेदारीको विकास रणनीतिक हिसाबले गर्नु उपयुक्त हुन्छ । त्यसैले, यस रणनीतिले सान्दर्भिक र क्रियाशिल साभेदारी सुनिश्चित गर्ने खालको सरकारी तथा गैरसरकारी साभेदारी नीतिको विकासलाई प्राथमिकता दिन्छ ।

### सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य प्रणालीको नियमन

विकेन्द्रिकरणसँगै सरकारी तथा नीजि साभेदारीले प्रोत्साहन पाइसकेपछि, राज्यले व्यवस्थापन तथा नियमनमा सशक्त भूमिका निर्वाह गर्नुपर्छ ।

स्वास्थ्य सेवाको सङ्ख्यात्मक वृद्धिभन्दा पनि स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई आम नागरिक र विरामीको स्वास्थ्य उपलब्धि प्रति अझ बढी उत्तरदायी बनाउनका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको संस्थागत क्षमताको निरन्तर अभिवृद्धि गर्नु आवश्यक छ । यस रणनीतिको कार्यान्वयन अवधिको शुरुका दिनमा नै जारी हुने अपेक्षा गरिएको नेपाल जनस्वास्थ्य ऐनले समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई नियमन गर्ने स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको कानुनी अधिकारलाई अझै बलियो बनाउने छ ।

### अनुसन्धान र प्रमाणको प्रयोगको प्रवर्द्धन तथा सुदृढीकरण

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ ले स्वास्थ्य अनुसन्धानलाई अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड अनुरूप बनाउने परिकल्पना गरेको छ । यस परिकल्पनालाई व्यवहारमा लागू गर्नका लागि स्वास्थ्य अनुसन्धानको क्षमता तथा नियमन कार्यलाई सशक्तिकरण गर्नेछ । यसका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रको अनुसन्धानमा प्राथमिकता, गुणस्तर कायम गर्ने संयन्त्रको स्थापना तथा सान्दर्भिक राष्ट्रिय एवम् अन्तर्राष्ट्रिय संस्थासँग साभेदारी विकास गरिने छ ।

यस रणनीतिको अवधिमा अनुसन्धानबाट प्राप्त प्रमाणलाई कार्य सम्पादनका क्रममा प्रयोग गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एवम् राष्ट्रिय स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद् लगायतका निकायले संयुक्त रूपमा काम गर्नेछन् ।

अनुसन्धानकर्ता, सूचना व्यवस्थापक तथा नीति निर्माणकर्ता बीच नियमित सम्पर्कले स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्रमाणको अधिकतम प्रयोगलाई सहज बनाउन सक्छ । यसका लागि उपयुक्त वातावरण निर्माण गरिने छ । स्थानीय तहमा पनि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी योजना तर्जुमा तथा सेवालालाई अझै सशक्त बनाउन प्रमाण तथा सूचनाको प्रयोगका लागि क्षमता अभिवृद्धि गरिनेछ ।

### आधुनिक प्रविधिको प्रयोग

स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई अझै बढी प्रभावकारी तथा दक्ष बनाउन मात्र होइन मुलुकका दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउने काममा आधुनिक प्रविधिको प्रयोगले व्यापक सहयोग गर्दछ । आगामी पाँच वर्षमा यस रणनीतिले निम्न क्षेत्रमा आधुनिक प्रविधिको प्रयोगलाई प्रवर्द्धन गर्नेछः

- अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रक्रियामा सुधारका लागि सूचना तथा सञ्चार प्रविधि एवम् प्रमाणमा आधारित निर्णय प्रक्रियालाई प्रवर्द्धन गर्न सूचना व्यवस्थापन कार्य ।
- स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउनका लागि टेलिमेडिसिन तथा मोबाइल हेल्थजस्ता प्रविधिको प्रयोग ।
- खरिद तथा आपूर्ति व्यवस्थापनमा सुधारका लागि नयाँ प्रविधिको प्रयोग ।
- व्यावहारिक, मितव्ययी तथा प्राकृतिक प्रकोप थग्न सक्ने खालका भौतिक संरचनाको निर्माणमा इन्जिनियरिङका नविनतम् प्रविधिको प्रयोग ।
- विशेषगरी रोग निवारण सेवाका लागि वायो-मेडिकल प्रविधिको प्रयोग ।

प्रविधिको तदर्थ प्रयोगलाई निरुत्साहित गर्दै स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीतिक प्राथमिकता अनुरूप प्रविधिको प्रयोग सुनिश्चित गर्न विभिन्न तहमा क्षमता अभिवृद्धि लगायतका आवश्यक संस्थागत तयारी गरिनेछ। यसका अतिरिक्त विद्यमान प्रविधिलाई अभै व्यवस्थित गर्न, चलअचल सम्पत्तिको व्यवस्थापन तथा मर्मत सम्भारमा सुधार गरिनेछ।

#### ४.४ बहुपक्षीय सहकार्य

स्वास्थ्य विकासको बृहत् मुद्दाको एउटा पाटो हो र यसमा महिला सशक्तिकरण, ग्रामिण तथा सहरी पूर्वाधारको सुधार, स्वच्छ वातावरण, सुरक्षित खानेपानी, सरसफाइ, गुणस्तरीय शिक्षाजस्ता सामाजिक निर्धारकहरूको पनि प्रभाव परेको हुन्छ। यसका लागि राज्यका सबै नीतिहरूमा स्वास्थ्यलाई स्थापित गर्न बहुपक्षीय समन्वय आवश्यक छ।

नेपालमा स्वास्थ्यका मामिलामा अन्तरक्षेत्रिय समन्वय लामो समयदेखि हुँदै आएको छ तर संस्थागत रूपमा बहुपक्षीय समन्वयको काम तुलनात्मक रूपमा नयाँ हो। यस रणनीतिले अहिले सञ्चालित पोषण र खानेपानी तथा सरसफाई कार्यक्रममा भएका बहुपक्षीय समन्वयलाई समीक्षा गर्दै तिनमा सुधारका उपायहरू पहिचान गरेको छ। बहुपक्षीय समन्वयलाई प्रभावकारी रूपमा अगाडि बढाउनका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय लगायत सम्बन्धित निकायको क्षमता अभिवृद्धि गरिनेछ।

#### बहुपक्षीय समन्वयबाट स्वस्थ जीवनशैली तथा स्वस्थ वातावरणको प्रवर्द्धन

यस रणनीति स्वस्थ जीवनशैली तथा स्वस्थ वातावरणको प्रवर्द्धनका लागि बहुपक्षीय समन्वयलाई प्राथमिकताका दिन्छ। स्वास्थ्य, नागरिक तथा सरकारको साझा चासो र दायित्वको विषय बनोस् भनेर यस रणनीतिले स्वस्थ जीवनशैली तथा स्वस्थ वातावरणका लागि पुनः जोड दिएको हो। नसर्ने रोगको दरमा भएको बढोत्तरीलाई रोक्नका लागि मद्यपान तथा धुमपानलाई रोक्ने र स्वस्थ खाना तथा नियमित व्यायाम लगायतमा प्रोत्साहन तथा सूचना प्रवाह अत्यावश्यक भएको छ। यसका अतिरिक्त जलवायु परिवर्तनबाट मानव स्वास्थ्यमा पर्ने नकारात्मक असरसँग जुध्न तथा स्वस्थ वातावरणको सिर्जना गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले सहरी विकास, सडक, शिक्षा, खानेपानी तथा वातावरण लगायतका क्षेत्रमा कार्यरत अन्य मन्त्रालयसँग समन्वय एवम् सहकार्य गर्न आवश्यक देखिन्छ।

#### बालबालिकाबाट सुरुवात

बालबालिका मुलुककै भविष्य भएकाले बाल्यकालबाट नै स्वस्थ जीवनशैली सम्बन्धी आधारभूत सीप तथा व्यवहारको विकास सुरु गर्नु उपयुक्त हुन्छ। बालबालिकामा लगानी गर्दा भविष्यमा खराब स्वास्थ्यका कारण स्वास्थ्य सेवा प्रदायकमा पर्ने अत्यधिक भारबाट मुलुक मुक्त हुन्छ। त्यसैले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति पनि भविष्यमा उपचारमा खर्च गर्नुभन्दा सानैदेखि स्वस्थ जीवनशैली अपनाउनका लागि प्रोत्साहित गर्न वकालत गर्दछ।

सकारात्मक जीवनशैलीका लागि आवश्यक शिक्षा दिने काममा विद्यालयको महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ। समयमै यौन शिक्षा पाएका किशोर किशोरीले पछि गएर उत्तम प्रजनन तथा यौन स्वास्थ्य पाएको एवम् उत्तरदायी तथा स्वस्थ व्यवहार देखाएको विश्वव्यापी अनुभव छ। वास्तवमा विद्यालयको स्वस्थ वातावरणले स्वस्थ जीवनलाई सहज बनाउँछन्। यसका लागि शिक्षा मन्त्रालयसँग सहकार्य गरेर प्रमाणमा आधारित पाठ्यक्रम विकास गर्न सकिन्छ जसबाट उनीहरूलाई दुर्व्यसन तथा खराब कुराबाट जोगाएर सन्तुलित आहार एवम् व्यायाम सहितका स्वस्थ तथा उत्तरदायी जीवनशैलीको शिक्षा दिनका साथै त्यस्तो जीवनशैलीमा बाँच्न प्रोत्साहित गर्न सकिन्छ।

## स्वास्थ्य संस्था नै सिकाइ केन्द्र

सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको सञ्जाल मार्फत आमनागरिक बीच स्वस्थ जीवनशैली प्रवर्द्धन गर्ने काम गर्न सकिन्छ। स्थानीय समुदायको स्वस्थ जीवनशैली र व्यवहार प्रवर्द्धन गर्न तथा त्यस सम्बन्धी शिक्षा दिनमा महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने भएकाले यी संस्थाहरू नै स्वस्थ जीवनशैलीको सिकाइको केन्द्रको रूपमा विकास गरिने छ।

## सडक सुरक्षा

निरन्तर बढिरहेको सडक दुर्घटनाका कारणबाट हुने मृत्यु तथा घाइतेहरूको सङ्ख्या कम गर्न अन्तरमन्त्रालय कार्ययोजनाको एक अङ्ग बन्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय प्रतिबद्ध छ। यसैले भौतिक योजना तथा यातायात मन्त्रालयको नेपाल सडक सुरक्षा कार्यविधि २०१३-२०२० अनुरूप यो रणनीतिलाई एकाकार बनाइएको छ।

## पोषण: अन्तःसम्बन्धित विषय

समुचित पोषण आर्थिक उन्नतिको वाहक हो भने कम पोषणबाट व्यक्तिको उत्पादकत्व न्यून हुन गई अन्ततः मुलुकलाई घाटा हुन्छ। यसको महत्वलाई आत्मसात् गर्दै नेपाल सरकारले न्यून पोषणको समस्यालाई सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र अन्य सम्बद्ध मन्त्रालयहरूद्वारा कार्यान्वयन गर्ने गरि बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (Multi-Sector Nutrition Plan) २०६९ कार्यान्वयनमा ल्याएको छ। यसका अतिरिक्त स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले न्यून पोषण भएका समुदायका महिला तथा बालबालिकालाई लक्षित गरी मितव्ययी तथा प्रमाणका आधारमा पोषण सम्बन्धी विद्यमान नीतिलाई परिमार्जन गर्नेछ। यस रणनीतिको अवधिमा स्थानिय स्तरमा उत्पादित पोषणयुक्त खाद्यवस्तुको प्रयोगलाई प्रवर्द्धन गरिनेछ। खाद्य उत्पादनमा प्रयोग हुने हानिकारक रसायन तथा विषादीको बढ्दो प्रयोगले मानव स्वास्थ्य तथा वातावरणमा पर्ने नकारात्मक असरका सम्बन्धमा सूचना प्रवाह गरिनेछ। यसका लागि पोषण तथा खाद्य सुरक्षा सम्बन्धी बहुक्षेत्रीय पैरवी तथा सञ्चार रणनीतिलाई समेत अवलम्बन गर्दै पोषण निगरानी कार्यलाई विस्तार गरिनेछ।

## स्वस्थ्य वातावरणको प्रवर्द्धनमा सहकार्य

स्वस्थ्य वातावरणको प्रवर्द्धन गर्दै स्वास्थ्य सम्बन्धी जोखिमलाई कम गर्ने काम स्वास्थ्य संस्थाको परम्परागत दायराभन्दा बाहिरको काम हो। तथापि यसलाई सम्बोधन गर्न अत्यावश्यक भइसकेको परिप्रेक्षमा बहुपक्षीय समन्वयको आवश्यकता देखिन्छ। यस रणनीतिले स्वस्थ्य वातावरणको प्रवर्द्धन गर्न सरोकारवाला सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाका बीच सहकार्यका लागि परामर्श गर्ने संयन्त्रको विकास गर्नेछ। उक्त संयन्त्रले वातावरण तथा पेशागत स्वास्थ्य लगायतका मुद्दामा पनि काम गर्ने छ। यी समग्र कार्यका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गरिने छ।

## जलवायु परिवर्तनका लागि बहुपक्षीय सहकार्य

नेपालमा जलवायु परिवर्तनबाट स्वास्थ्य सम्बन्धी नकारात्मक असर देखिन थालेको छ। यसबाट विशेषगरी विपन्न तथा जोखिममा रहेका समुदाय बढि प्रभावित हुने देखिएको छ। देशको केही भागमा खाद्यान्न उत्पादनमा कमी, खानेपानीको आपूर्तिमा कमी तथा तापक्रममा बढोत्तरी देखिएको छ। यी सबैको असर जनस्वास्थ्यमा पनि पर्छ। तराईका जिल्लाहरूमा भाडापखाला जस्ता सरुवा रोगको प्रकोप बढ्ने प्रक्षेपण गरिएको छ। स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको क्षमता अभिवृद्धि गरेर राष्ट्रिय तथा स्थानीय तहमा जलवायु परिवर्तनका कारण जनस्वास्थ्यमा पर्ने असरका सम्बन्धमा प्रमाण सङ्कलन गर्न तथा तिनलाई सम्बोधन गर्ने योजना तर्जुमा गरी लागु गरिने छ।



## ५ लक्ष्य, नतिजा र प्रतिफल

### ५.१ लक्ष्य

जवाफदेही र समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका माध्यमद्वारा सबै नेपालीको स्वास्थ्य स्तर वृद्धि गर्ने

लिङ्ग, जात र जातियता वा सामाजिक-साँस्कृतिक अवस्थाका आधारमा भेदभाव नगरी सबै नागरिकको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउन नेपाल सरकार अग्रसर छ। यी उपलब्धि प्राप्तिका लागि यस रणनीतिले सबै सम्बद्ध स्वास्थ्य निकाय तथा पद्धतिहरूको प्रभावकारी कार्यान्वयनमा जोड दिएको छ। यी कार्यहरूलाई आगामी दिनहरूमा जनताका आवश्यकताप्रति अझ बढि संवेदनशील तथा उत्तरदायी बनाउदै लगिनेछ।

रणनीतिको खण्ड तीनमा उल्लेखित ४ वटा रणनीतिक आधार स्तम्भहरू: स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच, गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार र बहुपक्षीय सहकार्यका माध्यमद्वारा स्वास्थ्य सेवा सर्वव्यापी पहुँच (UHC) विस्तारको मार्गमा अग्रसर रहनेछ। यस रणनीतिको उपलब्धिको मापन निर्धारित लक्ष्य, प्रतिफल र नतिजाको स्तरमा खण्डकृत सूचकहरूको आधारमा गरिनेछ। सन् २०२० सम्मको लागि लक्षित गरिएका यी सूचकहरूलाई नतिजामूलक खाकामा अनुसुचि २ मा प्रस्तुत गरिएको छ। रणनीतिले निर्धारित गरेको लक्ष्य हासिल गरे नगरेको लेखाजोखा निम्न १० सूचकहरूको मापनका आधारमा गरिनेछ।

क्र.सं.	सूचकहरू
१	मातृ मृत्युदर (प्रति एकलाख जिवित जन्म)
२	पाँच वर्षमूनिका बाल मृत्युदर (प्रति एक हजार जिवित जन्ममा)
३	नवजात शिशु मृत्युदर (प्रति एक हजार जीवित जन्ममा)
४	कूल प्रजनन दर (१५-४९ वर्ष उमेर समूहका प्रति महिलाले जन्म दिएका बच्चा सङ्ख्या)
५	पाँच वर्षमूनिका जम्मा बच्चा मध्ये उमेर अनुसार पुडकोपना भएका (Stunted) बच्चाको प्रतिशत
६	१५-४९ वर्ष उमेर समूहको महिला मध्ये १८.५ भन्दा तल BMI (Body Massindex) भएको महिलाको प्रतिशत (शरिरको तौल सूचक)
७	प्रति १ लाख जनसङ्ख्यामा सडक दुर्घटनाबाट ज्यान गुमाउनेको सङ्ख्या/दर
८	प्रति १ लाख जनसङ्ख्यामा आत्महत्या गर्नेको दर
९	सरुवा रोग, मातृ तथा नवजात शिशु, नसर्ने रोग र घाइते भएको कारणबाट DALY (Disability Adjusted Life Year Lost) हुनेको सङ्ख्या
१०	Incidence of impoverishment due to OOP expenditure in health

नोट: कृपया नतिजा रूपरेखा (Result Framework) हेर्नुहोला। नतिजा र प्रतिफल र तत्सम्बन्धी मुख्य कदमहरू (Key Interventions) यस खण्डको सम्बन्धित दफाहरूमा उल्लेख गरिएको छ।

### ५.२ नतिजा र प्रतिफल

यस रणनीतिले लक्षित गरेका नतिजा र प्रतिफलहरू तल प्रस्तुत गरिएको छ। यी नतिजा र प्रतिफलहरू र यसमा उल्लेख भएका मुख्य क्रियाकलापहरूको आधारमा नै रणनीति कार्यान्वयन योजना र सोको नतिजा अनुगमन खाका (Result Framework), वार्षिक योजना तथा बजेट तर्जुमा र अनुगमन समेत गरिनेछ।

- नतिजा १ : पुनर्निर्माण तथा स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण: भौतिक संरचना, स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि जनशक्ति, खरिद र आपूर्ति व्यवस्थापन ।
- नतिजा २ : स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा नै गुणस्तर अभिवृद्धि ।
- नतिजा ३ : स्वास्थ्य सेवाको समतामूलक उपभोग ।
- नतिजा ४ : विकेन्द्रित योजना तथा बजेट प्रणाली सुदृढीकरण ।
- नतिजा ५ : स्वास्थ्य क्षेत्र व्यवस्थापन र सुशासन सुदृढीकरण ।
- नतिजा ६ : स्वास्थ्य क्षेत्र लगानीको दिगोपन सुधार ।
- नतिजा ७ : स्वस्थ जीवनशैली र वातावरण सुधार ।
- नतिजा ८ : जनस्वास्थ्य विपद् व्यवस्थापन सुदृढीकरण ।
- नतिजा ९ : निर्णय प्रक्रियामा प्रमाणहरू जुटाउने र प्रयोग गर्ने बानी विकास ।

## नतिजा १: पुनर्निर्माण तथा स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढीकरण : भौतिक संरचना, स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि जनशक्ति, खरिद र आपूर्ति व्यवस्थापन

स्वास्थ्य सेवा प्रवाह हुने स्थान तथा समुदायस्तरमानै गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता गर्नका लागि चुस्त, सक्षम र प्रभावकारी प्रणाली जरुरी हुन्छ । जनताको स्वास्थ्य सरोकार तथा आवश्यकता सम्बोधन गर्नका लागि स्वास्थ्य प्रणालीका विभिन्न अङ्गहरू क्रियाशिल हुनु महत्वपूर्ण छ । त्यसैगरी प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा अविच्छिन्न प्रवाहका लागि महत्वपूर्ण भनिएका एवम् अन्तरसम्बन्धित स्वास्थ्य प्रणालीका अङ्गहरू: जनशक्ति, भौतिक पूर्वाधार, खरिद र आपूर्ति व्यवस्थापनलाई समन्वयात्मक हिसाबले क्रियाशिल गराउनु उतिनै आवश्यक पर्दछ । समग्रमा स्वास्थ्य प्रणाली विशेषत दक्ष जनशक्तिको अधिकतम विकास र दक्षताको सुनिश्चितता, न्यूनतम भौतिक पूर्वाधारको व्यवस्था र समयमै खरिद गर्ने र औषधि लगायत अन्य सामग्रीहरूको निर्वाह आपूर्तिको जोहो गर्ने तर्फ उन्मुख भएको हुनु पर्दछ ।

उपरोक्त कुरालाई मनन गर्दा मूल्यरूपमा जनशक्तिको उत्पादन, वितरण र कर्मचारी खटिएको स्थानमा तोकिएको न्यूनतम अवधिसम्म बसाल्ने (Retention) कार्यको सुदृढीकरण गर्ने, स्थान छनौट प्रक्रियालाई स्तरीकरण गर्ने, भौतिक संरचनाहरूको विकास तथा स्तरोन्नती, उचित मर्मतसम्भार र समय नै खरिद गरेर प्रभावकारी आपूर्ति व्यवस्थापन गर्ने कार्यहरूमा जोड दिनुपर्ने देखिन्छ ।

२०७२ साल बैशाल १२ गते गएको विनासकारी भूकम्प र त्यसपछिका पराकम्पनबाट उत्पन्न परिस्थितिमा स्वास्थ्य प्रणालीको चुस्तता एवम् प्रभावकारीताको महत्व थप उजागर भएको छ । भूकम्पले क्षति पुऱ्याएका जिल्लाहरूमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि जवाफदेही एवम् प्रभावकारी स्वास्थ्य प्रणालीको विकास गर्नु जरुरी छ । दक्ष कर्मचारी, न्यूनतम आधारभूत औजार, उपकरण तथा सामग्री सहित उपयुक्त स्थानमा नयाँ संरचना निर्माण गर्दै स्वास्थ्य सेवाका नियमित तथा थप सेवाहरू प्रदान गरी जनस्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा जोड दिइनु पर्दछ ।

### स्वास्थ्य पूर्वाधार

आगामी पाँच वर्षमा भूकम्प प्रभावित जिल्लाहरूका क्षतीग्रस्त भौतिक संरचनाहरूको मर्मत सम्भार तथा पुनर्निर्माण एवम् औजार उपकरणको मर्मतसम्भार गर्ने कार्यलाई विशेष प्राथमिकता प्रदान गरिनेछ । प्रभावित जिल्लासँगै सबै जिल्लामा जनस्वास्थ्यको अवस्था, भौगोलिक संरचना तथा स्वास्थ्य संस्था रहने उपयुक्त स्थान समेतलाई आधार मानेर भूकम्प प्रतिरोधी भौतिक पूर्वाधार निर्माणका लागि गुरुयोजना निर्माण गरि लागु गरिनेछ ।

मर्मत सुधारको योजनाको कमी तथा मर्मतका लागि अत्याधिक लागतका कारण भौतिक संरचना र औजार उपकरणहरूको उपयोग समस्याका रूपमा देखा परेको छ । स्वास्थ्य पूर्वाधार रणनीतिले स्वास्थ्य उपकरण तथा भौतिक पूर्वाधारको प्रभावकारी व्यवस्थापनका लागि क्षमता अभिवृद्धि गर्ने कार्यलाई प्राथमिकता राखेको छ । यसका लागि विशेषत विद्यमान मापदण्ड निर्देशिका परिमार्जन गर्दै जिन्सी व्यवस्थापन, योजनाबद्ध नियमित मर्मत, पुराना तथा जीर्ण भएका (म्याद सकिएका) औजार उपकरण लिलामी तथा भवनहरूको पुनर्निर्माण जस्ता कार्यहरू गर्नु पर्दछ ।

### स्वास्थ्य पूर्वाधार सम्बन्धी नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफल	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. योजना र मापदण्ड अनुरूप स्वास्थ्य संरचना एवम् पूर्वाधार विकास ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>भूकम्पपछिका अवस्थालाई विशेष ध्यान दिदै जनसाङ्खिक, भौगोलिक तथा वातावरणीय अवस्थाका आधारमा स्वास्थ्य संस्था गुरुयोजना परिमार्जन गरी आवश्यक स्वास्थ्य संरचनाको निर्माण गर्ने ।</li> <li>भौतिक पूर्वाधार योजनामा सुधार गर्ने र भवन निर्माण मापदण्ड पालनागरी तोकिएको समयमा संरचना निर्माण, विकास एवम् सञ्चालन सुनिश्चित गर्ने ।</li> <li>पूर्वाधार निर्माणको लागि उपयुक्त स्थानको छनौट, नियमित मर्मत सम्भार तथा सरोकारवालाहरूको जिम्मेवारी सहित भूकम्प प्रतिरोधी पूर्वाधार निर्माण गर्न आवश्यक मापदण्ड निर्देशिकाहरू परिमार्जन गर्ने ।</li> <li>भूकम्प प्रतिरोध तथा अपाङ्गमैत्री संरचनाहरूको निर्माण गर्ने, प्रयोगमा ल्याउने र अनुमति लिनका लागि हाल कार्यान्वयनमा रहेका निर्देशिका तथा मापदण्डहरू परिमार्जन गरी लागु गर्ने ।</li> <li>विभिन्न सरोकारवाला मन्त्रालय, विभाग तथा नीजि क्षेत्रसँग समन्वय गर्नको लागि संयन्त्र स्थापना गर्ने ।</li> <li>क्षेत्रीय स्तरमा रेफरेन्स (Reference) प्रयोगशाला स्थापना गर्ने ।</li> </ol>
२ क्षतिग्रस्त स्वास्थ्य संस्थाहरू पुनर्निर्माण ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>भूकम्पबाट क्षति भइ असुरक्षित संरचनाहरू भत्काउने र Build Back Better Approach का आधारमा पुनर्निर्माण गर्ने ।</li> <li>क्षति नभएका वा आंशीक क्षती भएका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा भूकम्प प्रतिरोधका लागि Retrofit गर्ने ।</li> </ol>
३ स्वास्थ्य पूर्वाधारहरूको व्यवस्थापन सुधार ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>मर्मत सम्भार निर्देशिकामा स्थानीय निकायको भूमिकालाई स्पष्ट गर्ने ।</li> <li>पूर्वाधार विकासको नियमित अनुगमन र सुपरभिजन र स्वास्थ्य उपकरण तथा भवनहरूको नियमित मर्मत सम्भार र सहयोग प्रभावकारी गराउन क्षेत्र तथा जिल्लास्तरको क्षमता विकास गर्ने ।</li> <li>स्वास्थ्य संस्थाको स्तर अनुसार मेडिकल औजार उपकरणको मापदण्ड तोकेर योग्यता निर्धारण गर्ने ।</li> <li>नयाँ इन्जीनियरिङ तथा बायोमेडिकल प्रविधिलाई अपनाउने ।</li> <li>सबै तहमा मेडिकल औजार/उपकरणहरूको मौज्जात अभिलेखीकरण (जिन्सी खाता) अध्यावधिक गर्ने ।</li> <li>मेडिकल औजार उपकरणको प्रतिस्थापन (Replacement) योजना तयार गर्ने ।</li> </ol>

### स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनशक्ति

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्नका लागि दक्ष तथा कार्यप्रति उत्प्रेरित जनशक्तिको उपलब्धता महत्वपूर्ण हुन्छ । अन्ततः यो जनशक्ति नै स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्न, रोगको रोकथाम गर्न र उपचारात्मक, पुनर्स्थापना तथा रोगबाट प्रभावितहरूको पीडा कम गर्ने सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा जिम्मेवार हुनेछन् । तसर्थ नेपालको परिवेशमा

उपयुक्त सीप मिश्रित (Skill-Mix) जनशक्तिको समतामूलक वितरण प्रणालीलाई यस नतिजाले जोड दिन्छ । यसका साथै ग्रामिण क्षेत्रमा वर्तमान अवस्थामा देखिएको स्वास्थ्यकर्मीको अभावलाई ध्यान दिई कर्मचारी खटिएको स्थानमा न्यूनतम तोकिएको अवधिसम्म बसाल्ने (Retention) कार्य लाई विशेष प्राथमिकतामा राखिएको छ ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको प्रस्तावित पुर्नसंरचना, विशेषज्ञ सेवाको दिनप्रतिदिन बढ्दो माग, जनसङ्ख्या र भूगोलका आधारमा विस्तार गरिएका संरचनाहरू सबैमा थप सङ्ख्यामा नयाँ जनशक्तिको व्यवस्था गर्न आवश्यक हुन्छ । त्यसै कारण जनशक्ति सम्बन्धी सबै तहका सरोकारवालाहरूसँगको सम्वाद र समन्वयमा वृद्धि गर्नुका साथै सरकारी, नीजि तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थाहरूमा भएका जनशक्तिको अद्यावधिक विवरण तोकिएको समयमा उपलब्ध हुन जरुरी छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूको उत्पादन, वितरण तथा व्यवस्थापन (सरुवा तथा दक्षता अभिवृद्धि) कार्यमा संलग्न विभिन्न तहका सरोकारवालाहरू जस्तै मन्त्रालयहरू, परिषद्हरू, शैक्षिक संस्थाहरू, स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तरगतका विभिन्न विभाग, महाशाखा, केन्द्र तथा शाखाहरू बीच कार्यगत समन्वयको खाँचो टड्कारो देखिन्छ ।

### नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. सबै तहमा जनशक्तिको उपलब्धता वृद्धि, विशेष गरी ग्रामिण क्षेत्रमा कर्मचारी निरन्तर बस्ने बसाउने वातावरण सिर्जना ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१) स्वास्थ्य क्षेत्रमा विकसित ज्ञान तथा नेपालको आवश्यकता अनुसारको स्वास्थ्यकर्मी उत्पादन गर्ने गरी जनशक्तिको प्रक्षेपण सहितको स्वास्थ्य क्षेत्र जनशक्ति गुरुयोजना तयार गर्ने ।</li> <li>२) स्वास्थ्य क्षेत्रको आवश्यकता अनुसार (विशेष गरी दुर्गम तथा ग्रामिण क्षेत्रका लागि) को जनशक्ति विकास/उत्पादन गर्न शैक्षिक संस्थाहरूसँगको सहकार्यलाई सुदृढीकरण गर्ने ।</li> <li>३) सबै तहमा रिक्त रहेका दरबन्दीहरूलाई छिटो र छरितो पदपूर्तिका लागि भैरहेको पदपूर्ति व्यवस्थालाई पुनरावलोकन र परिमार्जन गरी प्रभावकारी बनाउने ।</li> <li>४) विद्यमान स्वास्थ्यकर्मीहरूको असमान वितरण तथा दक्ष विशेषज्ञ सहितका कर्मचारीहरूको कमिलाई सम्बोधन गर्न नयाँ पदहरूको सिर्जना गरी पदपूर्ति गर्ने कार्यको शुरुवात गर्ने ।</li> <li>५) दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्यकर्मीहरूको उपस्थिति सुनिश्चित गर्न उपयुक्त सुविधा सहित स्वास्थ्यकर्मी नियुक्ती एवम् वितरण गर्ने परिपाटी विकास गर्ने ।</li> <li>६) ग्रामिण स्वास्थ्य सेवा अभिवृद्धि गर्न शैक्षिक संस्थाबाट भरखर निस्कने स्नातकहरूलाई पदस्थापन गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।</li> </ol>
२. चिकित्सा तथा जनस्वास्थ्य शिक्षामा सुधार गर्ने तथा जनशक्तिको समयानुकूल क्षमता विकास ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. स्वास्थ्य जनशक्तिको आधारभूत शिक्षाको गुणस्तर वृद्धि गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, शिक्षा मन्त्रालय र शैक्षिक संस्थाहरू बीच संयुक्त संयन्त्र स्थापना गर्ने ।</li> <li>२. स्वास्थ्य क्षेत्रका शैक्षिक संस्थाहरूको नियमित र वार्षिक स्विकृति सम्बन्धी नियमावलीको पुनरावलोकन गरी परिमार्जन गर्ने ।</li> <li>३. आधारभूत शैक्षिक पाठ्यक्रमलाई राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य कार्यक्रम, सूचना प्रणाली तथा जनस्वास्थ्य विपद् (Public Health Emergencies) व्यवस्थापनका राष्ट्रिय आवश्यकताका आधारमा पुनरावलोकन र स्तरीकरण गर्ने ।</li> <li>४. एकीकृत सेवा प्रवेश तालिमको प्रभावकारी व्यवस्थापन गर्न संस्थागत विकासका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने ।</li> <li>५. स्वास्थ्य उपचार तथा व्यवस्थापन सम्बन्धी अनुगमनका लागि क्षमता विकास गर्न नयाँ विधिको विकास गरी लागू गर्ने ।</li> <li>६. स्वास्थ्यकर्मीहरूको अधिकतम उपयोग गर्नका लागि Task Sifting सिद्धान्तलाई लागू गर्ने ।</li> <li>७. सेवा प्रवेश अगाडी र सेवा प्रवेश पछाडीको सिकाई निरन्तरताका लागि इ-प्रविधिमा आधारित सिकाइको वातावरण विकास गर्ने ।</li> <li>८. प्रत्येक विकास क्षेत्रमा एउटा चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्था (Medical College) सञ्चालन गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।</li> <li>९. क्रमशः विशेषज्ञ कोर्स मा शसर्त निशुल्क अध्ययन अध्यापन गराउने व्यवस्था मिलाउने ।</li> <li>१०. मिडवाइफरी शिक्षा शुरु गर्ने</li> </ol>

## खरिद आपूर्ति व्यवस्थापन

यो नतिजाले औषधि तथा सामग्रीहरूको आवश्यकता प्रक्षेपण (Forecast) गर्ने, खरिदको लागि टेण्डर निस्काशन गर्ने, सम्झौता गर्ने र सम्बन्धित जिल्ला तथा एकाइमा पुऱ्याउने प्रक्रियालाई परिमार्जित गरी आपूर्ति व्यवस्था एवम् खरिद पद्धतिमा सुधार (Reform) गर्ने कुरालाई महत्व दिएकोछ। यस अन्तरगत खरिद प्रक्रियाको विज्ञ सहित खरिद केन्द्र स्थापना गर्ने कार्यको थालनी गरिनुका साथै आपूर्ति व्यवस्थापन तथा कार्यान्वयनलाई सुधार गर्न नयाँ विधि अपनाउने लगायतका विषयहरू पर्दछन।

### नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. खरिद प्रणालीमा सुधार	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. खरिद प्रक्रिया र गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि केन्द्र तथा विकेन्द्रित तहसम्म क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।</li> <li>२. वार्षिक खरिद योजना लागू गर्ने।</li> <li>३. स्वास्थ्य सम्बन्धी औषधि उपकरण तथा सेवाहरू खरिद गर्ने बहुवर्षिय सम्झौताको दायरालाई विस्तृत गर्ने।</li> <li>४. केन्द्रस्तरबाट टेण्डर गर्ने र स्थानीय स्तरबाट खरिद गर्ने प्रणालीको परीक्षण कार्यान्वयन गरी उपयुक्त भएमा सबै क्षेत्रमा विस्तार गर्ने।</li> <li>५. खरिद केन्द्र स्थापनाका लागि आधारशिला खडा गर्ने।</li> </ol>
२. आपूर्ति व्यवस्थापनमा सुधार	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. कम लागतमा समय सापेक्ष वितरण प्रणालीको विकास गर्न कार्यसञ्चालन (Operation) योजना र आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणालीका क्षेत्रमा क्षमता अभिवृद्धि गर्ने।</li> <li>२. भण्डारण (स्टोर) सुविधाको स्तरोन्नतीका साथै गोदामको क्षमता विकास गर्ने।</li> <li>३. स्टोर र स्वास्थ्य संस्था बीचको आपूर्ति व्यवस्थापन सुधार गर्न नयाँ प्रविधि, उपाय तथा उपयुक्त साभेदारी लागू गर्ने।</li> <li>४. औषधिको म्याद गुञ्जिन नदिन र काम नलाग्ने पुराना औजार उपकरण र म्याद नाघेका औषधिको उपयुक्त व्यवस्थापन गर्न व्यवस्थापकीय क्षमतामा सुधार गर्ने।</li> <li>५. आयुर्वेदिक औषधिको वितरण कार्यलाई सुधार गर्ने।</li> </ol>

### नतिजा २: स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानमा नै गुणस्तर अभिवृद्धि

यो नतिजाले खासगरी प्रेषण प्रणाली सहित विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको निश्चित मापदण्ड निर्धारण गरी गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा जोड दिएकोछ। मन्त्रालयले विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई स्तर निर्धारण गर्न मापदण्ड विकास गरी लागू गर्नेछ, र आयुर्वेदिक र एलोपेथिक औषधि तथा अन्य सामग्रीहरू, ल्याव सेवा र मेडिकल औजार उपकरणहरूको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने संरचना तयार गर्ने कार्यहरू गर्नेछ।

## नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मुख्य कदम (Key Intervention)
१. निर्देशिका एवम् प्रोटोकल अनुसार गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह	<ol style="list-style-type: none"> <li>स्वास्थ्य सेवा प्रदान हुने स्थानमा गुणस्तर मापनका ८ वटा आयामको आधारमा लेखाजोखा गर्ने ।</li> <li>विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाले दिनुपर्ने सेवाको प्याकेज (Package) सँग मेलखाने गरी विद्यमान उपचार निर्देशिका वा प्रोटोकल तथा मापदण्डहरूको परिमार्जन गर्ने वा नयाँ बनाउने ।</li> <li>स्वास्थ्यकर्मीहरूकालागि पूर्वसेवाकालिन र सेवाकालिन तालिमहरूको स्तर उन्नति गर्ने ।</li> <li>अस्पताल व्यवस्थापनका लागि क्षमता विकास गर्ने ।</li> <li>गुणस्तरीय सेवाको प्रक्रियामा स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता विकास गरी अनुगमन र सुपरिवेक्षण प्रणालीलाई सुदृढीकरण गर्ने ।</li> </ol>
२. गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने प्रणाली सुदृढीकरण ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>गुणस्तरको सुनिश्चिता र स्तर निर्धारण गर्न विभिन्न नीति नियम तर्जुमा एवं स्वतन्त्र निकायको स्थापना गर्ने ।</li> <li>स्वास्थ्य क्षेत्रको गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने नीति परिमार्जन(सुधार) गर्ने र स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तरगत विद्यमान गुणस्तर सुधार संयन्त्रको सुदृढीकरण गर्ने ।</li> <li>मेडिकल औजार उपकरणको लागि गुणस्तर निर्धारण गर्न संरचना विकास गर्ने ।</li> <li>राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाको क्षमता विकास र गुणस्तर मापन तथा नियम कार्यान्वयनको सुनिश्चित गरी प्रयोगशाला सेवालाई अन्तराष्ट्रिय स्तरको बनाउने ।</li> <li>सम्पूर्ण औषधिको नियमन र गुणस्तर निर्धारण गर्न औषधि व्यवस्था विभागको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</li> <li>Anti-Microbial Drug Resistance (AMR) अनुसन्धान कार्ययोजना विकास गर्दै प्रयोगशालाको क्षमता विस्तार गर्ने</li> <li>AMR का लागि नियमन प्रणाली पुनरावलोकन गरी लागू गर्ने</li> <li>अत्यावश्यक औषधिको मूल्यको समयानुकूल समायोजन गरी पारदर्शी रूपमा लागू गर्ने ।</li> <li>औषधिको समुचित प्रयोगको समीक्षा गर्दै नियमन क्षमताको विकास गर्ने । कृषि मन्त्रालयसँग समन्वय गरी पशुपक्षीमा प्रतिजैविक औषधि (Antibiotics) को प्रयोग नियमन गर्ने ।</li> <li>आयुर्वेदिक औषधि उत्पादन र वितरण प्रणालीका लागि गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने संरचना स्थापना गर्ने ।</li> </ol>
३. सङ्क्रमणको रोकथाम र चिकित्साजन्य फोहोर व्यवस्थापन	<ol style="list-style-type: none"> <li>सङ्क्रमणको रोकथाम तथा चिकित्साजन्य फोहोर विसर्जन/व्यवस्थापन गर्ने मापदण्डहरूको पुनरावलोकन एवं कार्यान्वयन गर्ने ।</li> <li>फोहोर विसर्जन/व्यवस्थापनका लागि सरकारी, निजी साभेदारी मोडेल विकास गर्ने ।</li> </ol>

### नतिजा ३: स्वास्थ्य सेवाको समतामूलक उपभोग

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य असमानताहरूमा आएको सुधारलाई दिगोपन दिदै सुधारोन्मुख बनाउनका लागि अग्रसर रहनेछ । आगामी ५ वर्षसम्म समुदाय स्तरमा सञ्चालित सेवाग्राही केन्द्रित सेवा प्रवाहलाई थप विस्तार गरिनेछ । समतामूलक वितरण तथा उपभोग सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्य सेवाको विस्तार प्राथमिक देखि माथिल्लो तहसम्मका स्वास्थ्य संस्थामा गरिनेछ । साथै गरिब, पछाडी परेका वर्ग, सेवा नपुगेका र सहरी समुदायलाई केन्द्रित गरी विकेन्द्रित सार्वजनिक स्वास्थ्य संरचनाहरूको सुदृढीकरण समेत गरिनेछ ।

### नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. सेवाबाट वञ्चित रहेकालाई विशेष प्राथमिकता दिइ स्वास्थ्य सेवामा पहुँच वृद्धि ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>स्वास्थ्य सेवाका आवश्यकताहरू जस्तै मनोसामाजिक, मानसिक स्वास्थ्य, प्रौढावस्थाका (Geriatric) स्वास्थ्य समस्या, मुख स्वास्थ्य समस्या, नसर्ने रोगको प्याकेज, आयुवेदिक तथा पुनस्थापना सम्बन्धी सेवाहरू समेत समावेश गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज पुनरावलोकन गर्ने ।</li> <li>आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहकोलागि कानुनी खाका विकास गर्ने ।</li> <li>जनसङ्ख्या र भूगोलका आधारमा विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थामा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्याकेजलाई विस्तार गर्ने ।</li> <li>निःशुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रमको लेखाजोखा गरी सुधार गर्ने ।</li> <li>थप स्वास्थ्यकर्मीहरूको परिचालन गरी सामुदायिक स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्ने ।</li> <li>सरकारी अस्पतालहरूमा थप स्वास्थ्य सेवा (Extended Health Services) को विस्तार गर्ने ।</li> <li>सरकारी र नीजि शिक्षण संस्थाहरूसँगको सहकार्यमा जिल्ला अस्पतालहरूमा विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्न क्षमता विकास गर्ने ।</li> <li>अत्याधुनिक सञ्चार तथा सूचना प्रविधिको प्रयोग गरी स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गर्ने ।</li> <li>सबै तहका स्वास्थ्य सेवामा प्रयोगशाला सेवा विस्तार गर्ने ।</li> <li>रक्त सञ्चार सेवा विस्तार गर्ने</li> </ol>
२. प्रेषण प्रणाली सहित स्वास्थ्य सेवा संयन्त्रको सुदृढीकरण ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>सहरी क्षेत्रमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न क्रियाशिल संयन्त्र स्थापना गर्ने ।</li> <li>प्रेषण अस्पतालहरूलाई सहयोग पुऱ्याउन सेटलाईट (Satellite) क्लिनिक स्थापना गर्ने वा तोक्ने ।</li> <li>प्रेषण निर्देशिकालाई निम्न बुँदा सुनिश्चित हुने गरी संशोधन गर्ने</li> <li>प्रेषण संयन्त्रलाई प्रोत्साहित गर्ने</li> <li>प्रेषण गर्ने संस्थालाई ट्रान्जिटमा रहेका सेवाग्राही/विरामीप्रति उत्तरदायी बनाउने</li> <li>प्रेषण भइआएकालाई द्रुत सेवा प्रदान गर्ने</li> <li>दुर्गम क्षेत्रलाई विशेष महत्व दिने गरी ग्रामीण तथा सहरी क्षेत्रका प्राथमिक तह देखि केन्द्रतह सम्मका सेवा प्रदायक संस्था बीच प्रभावकारी प्रेषण प्रणाली स्थापना गर्ने ।</li> <li>आपतकालिन आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न सक्ने गरी उपयुक्त सञ्जाल र मापदण्ड सहित राष्ट्रिय एम्बुलेन्स नीति परिमार्जन गरी कार्यान्वयनमा ल्याउने ।</li> </ol>

## नतिजा ४: विकेन्द्रित योजना तथा बजेट प्रणाली सुदृढीकरण

योजना प्रक्रियालाई सर्वसाधारण जनताका स्वास्थ्य आवश्यकताको सम्बोधन गर्न र सो प्रति जवाफदेहि हुने गरी यस रणनीति कार्यान्वयन अवधीमा स्वास्थ्य क्षेत्रको योजना तथा बजेट निर्माण प्रक्रियालाई विकेन्द्रिकरणको सिद्धान्तका आधारमा गर्न जोड दिइनेछ। जिल्लालाई सम्बन्धित जिल्लाको सहभागितात्मक जिल्ला स्वास्थ्य योजना र बजेट निर्माण र त्यसको कार्यान्वयनका लागि जिम्मेवार बनाइनेछ। राष्ट्रिय प्राथमिकताका क्षेत्र परिभाषित गर्ने, आवश्यक नीति नियमहरूको निर्माण गर्ने, अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने र आवश्यक प्राविधिक तथा आर्थिक श्रोत जुटाउने/प्रदान गर्ने जस्ता कार्यहरू केन्द्रस्तरबाट हुनेछन्।

### नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. सबै तहको रणनीतिक योजना तर्जुमा र संस्थागत क्षमता सुदृढीकरण	१. समन्वयात्मक वार्षिक योजना, बजेट तर्जुमा र समीक्षा प्रक्रियालाई सुदृढीकरण गर्ने। २. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र यस अन्तरगतका निकायहरूको योजना, अनुगमन र मूल्याङ्कन सम्बन्धी क्षमता विकास गर्ने। ३. सहकार्यको खाका अनुसार नतिजामा आधारित एकमुष्ट अनुदान जिल्ला विकास कोष र MDF मार्फत उपलब्ध गराउने। ४. विकेन्द्रित योजना शाखामा प्राविधिक सहयोग उलपब्ध गराएर प्रमाणहरूका आधारमा योजना गर्ने कार्यको सुनिश्चित गर्ने। ५. प्रस्तावित योजनाका आधारमा अस्पताल र अन्य संस्थाहरूलाई एकमुष्ट अनुदान दिने प्रणालीलाई स्तरीकरण गर्ने। ६. स्वास्थ्य क्षेत्रका प्राथमिकतालाई उपयुक्त तरिकाले आवधिक योजना लगायत वार्षिक योजनामा समावेश गर्न स्थानीय निकाय र क्षेत्रीय संरचनाको क्षमता वृद्धि गर्ने। ७. विद्युतीय वार्षिक कार्ययोजना तथा बजेट (E-AWPB) निर्माण प्रकृत्यालाई जिल्ला तहसम्म विस्तार गर्ने।

## नतिजा ५: स्वास्थ्य क्षेत्र व्यवस्थापन र सुशासन सुदृढीकरण

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ ले लिएको आंकाक्षा तथा स्थानीय एवम् विश्वव्यापी रूपमा देखिएका स्वास्थ्यका प्रवृत्तिको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि यो रणनीति अन्तरगत स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले आफ्नो संगठनात्मक स्वरूपको पुनर्संरचना गर्नेछ। स्वास्थ्य क्षेत्रको पुनर्संरचनाको कार्य संवैधानिक सङ्घीय स्वरूप अनुरूप हुनेछ। यसका साथै भूकम्पपछि को पुर्ननिर्माणमा पनि स्वास्थ्य क्षेत्रको पुर्नसंरचना गर्नु बाञ्छनीय रहेको अनुभव स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले गरेको छ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय नेपालको विकास समन्वय नीति २०१४ का सिद्धान्त तथा प्राथमिकता अनुरूप वाह्य सहयोगको प्रभावकारितामा सुधार ल्याउन प्रतिबद्ध छ। विशेषगरीक्षेत्रगत पद्धति (SWAp) लाई सशक्त बनाउँदै सरकारी संयन्त्र मार्फत बाह्य सहयोग परिचालन हुने वातावरण बनाइनेछ। यसका अतिरिक्त सरकारको प्राथमिकताका आधारमा प्राविधिक सहयोग परिचालन गरिनेछ। यसका लागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले आफ्नो लगानीको प्रतिफल (Value for Money) सुनिश्चित गर्नेछ र स्वास्थ्य मन्त्रालयको वित्तिय योजना तर्जुमा, लेखापरीक्षण, पारदर्शिताको वर्तमान अवस्थालाई थप सुदृढीकरण गर्न विशेषत वित्तीय बेरुजु कम गर्ने र जवाफदेहिता बढाउने कार्यमा प्रतिबद्ध छ।



## नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मुख्य कदम (Key Intervention)
१. स्वास्थ्य क्षेत्रका आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने गरी स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको संस्थागत संरचनामा सुधार	<ol style="list-style-type: none"> <li>संस्थागत संरचनाको पुनरावलोकन गर्ने प्रक्रिया सम्पन्न गर्ने, पुनर्संरचनाका लागि योजना बनाउने र त्यसलाई चरणबद्ध कार्यान्वयन गर्न शुरुवात गर्ने ।</li> <li>स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयका लागि क्षमता विकासको विस्तृत योजना तयार गर्ने ।</li> <li>जनस्वास्थ्य ऐन बनाउने र परिषद् ऐन र नियमावली समय सापेक्ष परिमार्जन गर्ने ।</li> </ol>
२. जवाफदेहिता र सुशासन वृद्धि	<ol style="list-style-type: none"> <li>स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने नाफा तथा गैरनाफामुलक संस्थाहरूलाई समेत समेट्ने गरी सरकारी, नीजि साभेदारी नीति बनाउने र लागू गर्ने ।</li> <li>सरकारी नीजि क्षेत्रको साभेदारी (PPP) क्षमता अभिवृद्धि गर्ने (पूर्वाधार, जनशक्ति, सेवा क्षेत्र, औषधि तथा जडीबुटी सम्बन्धी)</li> <li>Medicinal Products को आन्तरिक उत्पादनका लागि प्रोत्साहित गर्ने ।</li> <li>सूचनाको हक सम्बन्धि ऐनलाई प्रभावकारी रूपमा लागू गर्ने ।</li> <li>जनसरोकारको सवालमा हुने निर्णयहरूको पारदर्शितामा विकास गर्ने ।</li> <li>सामाजिक परीक्षण लगायत स्थानीय स्तरका अन्य जवाफदेहिता वृद्धि गर्ने तरिकाहरूको प्रवर्द्धन गर्ने ।</li> <li>गुनासो र समस्या सुन्ने र समयमा सम्बोधन गर्ने प्रक्रियालाई सुदृढीकरण गरि प्रभावकारी बनाउने ।</li> </ol>
३. विकास सहयोग र सहायताको प्रभावकारिता वृद्धि	<ol style="list-style-type: none"> <li>विकास सहयोग नीति २०७१ लाई प्रवर्द्धन र कार्यान्वयन गर्ने ।</li> <li>सरकारी बजेटमा समेत समावेश नभएका स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्राप्त विकास सहयोग/सहायता देखिने गरी प्रभावकारी र पारदर्शिता डाटाबेस (Database) स्थापना गर्ने ।</li> <li>स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति समन्वय समितिको नियमित बैठक र वार्षिक नीति सम्वदको थालनी गर्ने ।</li> <li>महिला, बालबालिका तथा समाज कल्याण मन्त्रालयसँगको समन्वय स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्य गर्ने अन्तर्राष्ट्रिय गैससको आवधिक समीक्षा गर्ने प्रणालीको विकास गर्ने ।</li> </ol>
४. बहुपक्षीय समन्वय प्रक्रियाको सुदृढीकरण	<ol style="list-style-type: none"> <li>हाल स्वास्थ्य क्षेत्रमा क्रियाशिल बहुपक्षीय प्रक्रियाहरूको पुनरावलोकन गर्ने र तिनीहरूको सुदृढीकरण गर्ने ।</li> <li>जनस्वास्थ्यका प्राथमिकतासँग समेत सम्बन्ध रहने गरी स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको विभाग/महाशाखाहरूको बहुपक्षीय कार्य सम्पादन क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</li> <li>प्राविधिक सहयोगले बहुपक्षीय सवालहरूलाई सम्बोधन गरेको कुरा सुनिश्चित गर्ने ।</li> </ol>
५. सरकारी वित्तिय व्यवस्थापनमा सुधार	<ol style="list-style-type: none"> <li>प्रत्येक अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूको वित्तिय कारोवार नियमित रूपमा प्राप्त गर्ने उपयुक्त संयन्त्रको व्यवस्था गर्ने ।</li> <li>विकास साभेदारबाट प्राप्त हुने सहयोग सहित स्वास्थ्य बजेटको पूर्वानुमानमा सुधार गर्ने ।</li> <li>बजेटमा समावेश भएका तथा नभएका वित्तिय क्रियाकलापको प्रतिवेदन दिने संयन्त्रको विकास गर्ने ।</li> <li>बजेट तर्जुमा तथा खर्च प्रणालीमा सुधार ।</li> <li>आन्तरिक नियन्त्रण प्रक्रियालाई सुदृढीकरण गर्ने ।</li> <li>स्वायत्तता प्राप्त अस्पतालहरूको लेखा प्रणाली, प्रतिवेदन, अनुगमन तथा लेखा परीक्षण परिपाटी (प्रबन्ध) को पुनरावलोकन गर्ने ।</li> <li>अनियमिता समेतलाई सम्बोधन हुने गरी वित्तिय प्रतिवेदन तथा लेखा परीक्षण प्रक्रियालाई सुधार गर्ने ।</li> <li>लेखापालन तथा बजेट नियन्त्रण प्रणाली (TABUCS) को प्रभावकारी कार्यान्वयन र समायोजित (Real-Time) खर्च भए/नभएको यकिन गर्ने ।</li> <li>एकीकृत बजेट मापदण्ड र कार्य सञ्चालन विधिको विकास गर्ने ।</li> </ol>

## नतिजा ६: स्वास्थ्य क्षेत्र लगानीको दिगोपन सुधार

यो रणनीति, स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी बढाउने, उपलब्ध श्रोतको परिचालनमा सुधार र जोखिम घटाउने काममा केन्द्रित हुनेछ। यस्ता प्रयासका लागि भविष्यमा तयार गरिने स्वास्थ्य क्षेत्र वित्तिय रणनीति (Health Sector Financing Strategy) स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय एवम् साभेदारहरूलाई निर्देशित गर्नेछ।

### नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मुख्य कदम (Key Intervention)
१. स्वास्थ्य मा वित्तीय (Health Financing) प्रणालीको सुदृढीकरण।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. स्वास्थ्य क्षेत्र वित्तिय रणनीतिको विकास गरी मध्यावधि वित्तिय खाकाको स्थापना गर्ने।</li> <li>२. स्वास्थ्य लेखा प्रणालीको माध्यमद्वारा स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएको खर्चको अनुगमन गर्ने।</li> <li>३. प्रत्येक वर्ष National Health Account (राष्ट्रिय स्वास्थ्य हिसाव विवरण) तयार/प्रकाशन गर्ने कार्यलाई संस्थागत गर्ने।</li> <li>४. निःशुल्क प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दा लाग्ने श्रोतको पुर्वानुमान गर्ने।</li> <li>५. जिल्ला तथा अस्पतालहरूलाई बजेट बाँडफाँड गर्न सहजीकरणकालागि श्रोत बाँडफाँड सुत्र विकास गरी लागू गर्ने।</li> <li>६. कार्य सम्पादनमा आधारित श्रोत बाँडफाँड गर्ने अभ्यासलाई विस्तार गर्ने (विशेष गरी स्वायत्तता प्राप्त अस्पताल र गैरसरकारी सेवा प्रदायकहरूका लागि)</li> </ol>
२. सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा व्यवस्था सुदृढीकरण।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका विभिन्न उपायहरूलाई संस्थागत रूपमा व्यवस्थापन गर्ने र शुसासन कायम गर्न कानुनी खाका तयार गर्ने।</li> <li>२. विभिन्न खालका सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका उपायहरूलाई एकीकृत गर्दै कार्ययोजना विकास गरी कार्यान्वयनमा ल्याउने।</li> <li>३. सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम (स्वास्थ्य बीमा) को कार्यान्वयनको थालनी गर्ने।</li> </ol>

## नतिजा ७: स्वस्थ जीवनशैली तथा वातावरण सुधार

स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने विभिन्न तत्वहरू छन्, जसलाई स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराएर मात्र सम्बोधन गर्न सकिदैन। उदाहरणका लागि जीवनशैली र बानी व्यवहारका साथै अन्य सामाजिक निर्धारक तत्वहरू शिक्षा, आयआर्जन, रोजगारी, बसोबास, सामाजिक र भौतिक सुरक्षा, वृहत् अर्थतन्त्रको अवस्था र वातावरणीय पक्ष आदिले स्वास्थ्यलाई प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष प्रभाव पारेका हुन्छन्। समग्र स्वास्थ्य अवस्थाको सुधार गर्न स्वस्थ वातावरण तथा स्वस्थ जिवन शैलीको सिर्जना हुनु महत्वपूर्ण हुन्छ।

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्य सरोकारवाला मन्त्रालयसँगको बहुपक्षीय साभेदारीमा यो नतिजालाई प्राप्त गर्न प्रतिबद्ध छ। व्यवहारजन्य समस्या (विशेषतः धुम्रपान, मद्यपान, स्वास्थ्य सेवा लिन जाने बानी व्यवहार) र परिस्थितीहरू (जस्तै: मोटोपना घटाउने कार्य) लक्षित गरि व्यवहार परिवर्तनका लागि नवीनतम सञ्चार क्रियाकलाप संचालनमा जोड दिइनेछ। जसले गर्दा दिनानुदिन बढ्दो क्रममा रहेका नसर्ने रोगहरू, मानसिक तथा यौनजन्य रोगहरूलाई सम्बोधन गर्न सकिन्छ। सम्भव भएसम्म स्थानिय परिवेश र वातावरण सुहाउँदो नयाँ र मौलिक खालको व्यवहार परिवर्तनका लागि सञ्चार तथा सूचना शिक्षा तथा सञ्चार सामग्रीहरूको उत्पादन र निर्माण गरी कार्यान्वयन गरिनेछ।

## नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. स्वास्थ्यप्रद बानी व्यवहार र अभ्यासहरूको प्रवर्द्धन ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. शिक्षा मन्त्रालयसँग मिलेर स्वास्थ्य एवम् पोषण प्रवर्द्धन, खेलकूद, यौन स्वास्थ्य लगायत विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रमका विविध पक्षको समीक्षा गर्दै सुधार गरिने छ ।</li> <li>२. लैङ्गिक तथा यौनजन्य हिंसालाई सम्बोधन गर्न मनोसामाजिक, मनोरोग तथा अन्य उपचारात्मक सेवालाई विस्तार गर्ने ।</li> <li>३. स्वास्थ्य सेवाको अभिन्न अङ्ग रहने गरी स्वास्थ्य संस्था तथा सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता मार्फत स्वास्थ्य जीवन शैलीको प्रवर्द्धन गर्ने ।</li> <li>४. स्वास्थ्य जीवनशैली र स्वास्थ्य बानी व्यवहार प्रवर्द्धनका लागि आमा समूह र सामुदायिक वन समूह जस्ता सामुदायिक समूहहरू परिचालन गर्ने ।</li> <li>५. नगरपालिकाहरूसँगको सहकार्यमा सहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू (Intervention) विकास गरी कार्यान्वयन गर्ने ।</li> <li>६. वातावरणीय तथा व्यवसायिक स्वास्थ्य असरलाई अनुगमन तथा निगरानी गर्ने क्षमता विकास गर्ने ।</li> <li>७. सडक दुर्घटनाको निगरानी (Surveillance) राख्ने कार्य थालनी गर्ने ।</li> <li>८. अन्य क्षेत्रसँगको सहकार्यमा वायुप्रदुषण तथा खाद्य वस्तुको गुणस्तर मापदण्ड लागू गर्ने ।</li> <li>९. जलवायु (Climate) मा आएको परिवर्तनबाट स्वास्थ्यमा पारेको प्रभावको निगरानी राख्ने एवम् प्रमाण सङ्कलन गर्ने ।</li> <li>१०. भेक्टर तथा किटजन्य रोगको प्रकृति (Pattern) मा आएको परिवर्तनको अनुगमन गर्ने ।</li> <li>११. पानीको गुणस्तरको अनुगमन तथा निगरानी गर्ने ।</li> <li>१२. सामुदायिक स्वास्थ्य निरीक्षकहरूको नियुक्ति तथा तैनाथी ।</li> </ol>

## नतिजा ८: जनस्वास्थ्य विपद् व्यवस्थापन सुदृढीकरण

जन-स्वास्थ्य विपद्को उपयुक्त पूर्वतयारी एवम् प्रभावकारी व्यवस्थापनको महत्वलाई मध्येनजर गरि स्वास्थ्य क्षेत्रमा आइपर्ने विपद्का अवस्थालाई सम्बोधन गर्न (केन्द्र देखि विकेन्द्रितस्तर सम्मलाई उपयुक्त हुने गरी) निर्देशिका/Protocol लाई पुनरावलोकन र परिमार्जन गरिनेछ । श्रेणीय स्तरमा संस्थागत तथा जनशक्तिको क्षमता समेत विकास गरी त्यस्ता विपद्को समयमै सम्बोधन एवम् सामना गर्न औषधि तथा अन्य सामग्रीको मौज्जात बढाईनेछ ।

## नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मूख्य कदम (Key Intervention)
१. जनस्वास्थ्य विपद् एवम् प्राकृतिक प्रकोप व्यवस्थापन तयारीमा सुधार ।	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. सरोकारवालाहरूको भूमिका र जिम्मेवारी समेतको प्रावधान राखि राष्ट्रिय स्तरको विपद् व्यवस्थापन निर्देशिका (प्रोटोकल) को परिमार्जन गर्ने ।</li> <li>२. जिल्ला स्तरका लागि विपद् व्यवस्थापन कार्य सञ्चालन (Health Cluster, Rapid Response Team) अन्तर क्षेत्रिय समन्वय/सहकार्यका लागि निर्देशिका निर्माण एवम् परिमार्जन गर्ने ।</li> <li>३. राष्ट्रिय तथा स्थानीय तहका रणनीतिक स्थानमा आपतकालका लागि औषधी लगायतका सामग्रीको मौज्जात राख्ने ।</li> <li>४. एकीकृत रोग निगरानी पद्धतिलाई कार्यान्वयन गर्ने ।</li> <li>५. ठूला राजमार्ग नजिक भएका अस्पतालहरूमा चोटपटक व्यवस्थापन गर्ने क्षमताको विकास गर्ने ।</li> <li>६. आकस्मिक अवस्थालाई सम्बोधन गर्न केन्द्र क्षेत्र तथा जिल्लास्तरमा आकस्मिक कोषको स्थापना गर्ने ।</li> <li>७. क्षेत्रीय स्तरमा स्वास्थ्य इमर्जेन्सी व्यवस्थापन केन्द्रको स्थापना गर्ने ।</li> <li>८. आकस्मिक अवस्थाका लागि जनशक्तिको परिचालन योजना बनाउने ।</li> </ol>

<p>२. जनस्वास्थ्य विपद्को (Public Health Emergencies) सुदृढ सम्बोधन ।</p>	<p>१. जनस्वास्थ्य विपदावस्था को उचित व्यवस्थापन गर्न रेपिड रेस्पन्स टीम (RRT) को क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</p> <p>२. ५० शैयाभन्दा बढी भएका अस्पतालहरूको आम घाइते व्यवस्थापन (MCM) योजना बनाउने एवम् परिक्षण गर्ने ।</p> <p>३. आकस्मिक अवस्थामा तालिम प्राप्त जनशक्तिलाई प्रोत्साहन सहित परिचालन र व्यवस्थापन गर्ने ।</p> <p>४. रोगको निगरानी र सो को सम्बोधन गर्ने प्रणालीलाई कार्यान्वयन गर्ने ।</p>
---	--

## नतिजा ९: निर्णय प्रक्रियामा प्रमाणहरू जुटाउने र प्रयोग गर्ने बानी विकास

नियमित स्वास्थ्य सूचना प्रणाली, जनसाङ्ख्यिक तथा संस्थागत सर्वेक्षण, सर्भेलेन्स तथा अध्ययन अनुसन्धान लगायतका विभिन्न माध्यम तथा प्रक्रियाबाट प्राप्त सूचनाहरूको नीति तथा योजना निर्माणमा महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ । सूचनाहरूको सहज पहुँच नीति निर्माण तहमा पुऱ्याउनका लागि सूचना संचार (ICT) प्रविधिको प्रयोग गरिनेछ । सबै नियमित स्वास्थ्य सूचना प्रणालीहरूलाई क्रियाशिल र सक्रिय बनाउँदै केन्द्रिय स्तरमा एकीकृत स्वास्थ्य सूचना भण्डार केन्द्र स्थापना गरिनेछ । यस केन्द्रले सबै प्रकारका सूचना प्रणालीहरूलाई अन्तर क्रियाशिल बनाइ सूचना व्यवस्थापन पद्धतीलाई सुदृढ बनाउनेछ । केन्द्र र अन्य विभिन्न तहमा हुने स्वास्थ्य क्षेत्रका समीक्षाहरूलाई एकीकृत गरी सञ्चालन गरिनेछ र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच वृद्धि गर्न सहयोगी नयाँ र मौलिक कार्यहरूको खोजी गर्न अनुसन्धानका क्षेत्रहरूको प्राथमिकताहरू समेत तोकिने छ ।

## नतिजा हासिल गर्न व्यवस्था गरिएका प्रतिफलहरूको विवरण

प्रतिफलहरू	मुख्य कदम (Key Intervention)
<p>१. एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको अभ्यास ।</p>	<p>१. स्वास्थ्य सूचना रणनीतिलाई परिमार्जन गरी कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ ।</p> <p>२. इ-हेल्थ रणनीति (E-Health Strategy) विकास गरी कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ ।</p> <p>३. विभिन्न सूचना प्रणाली बीच पारस्परिक क्रियाशिलता (Interoperability) सुनिश्चित गर्न एकीकृत संकेत (Codes) प्रणाली लागू गरिनेछ ।</p> <p>४. प्रत्येक तहमा सूचना संकलन (Generation), प्रशोधन (Processing), विश्लेषण तथा त्यसको उपयोग गर्न संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गरिनेछ ।</p> <p>५. सूचनाहरूको संकलन (Generation), उपलब्धता र सूचनाको उपयोगकालागि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, परिषद्हरू, अन्य सरोकारवाला मन्त्रालय र गैह्रसरकारी क्षेत्र बीच साझा मञ्च (Platform) खडा गर्ने ।</p> <p>६. प्रत्येक सूचनाका श्रोतमा गुणस्तरीयता सुनिश्चित गर्ने पद्धतीको (Quality Assurance Mechanism) सुदृढ गर्ने ।</p> <p>७. स्वास्थ्य संस्था स्तरमा विद्युतिय रेकर्डिङ र रिपोर्टिङ प्रणालीको थालनी गर्ने ।</p> <p>८. विभिन्न स्वास्थ्य सुचना प्रणालीबाट उपलब्ध हुने तथ्यांकहरू संचय गर्नका लागि केन्द्र स्थापना गर्ने ।</p>

<p>२. प्राथमिकता तोकिएका क्षेत्रमा अध्ययन तथा अनुसन्धान ।</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. स्वास्थ्य अनुसन्धानका लागि राष्ट्रिय प्राथमिकताहरू निर्धारण गर्ने, तिनिहरूको कार्यान्वयन गर्ने र प्राप्त नतिजालाई योजना, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनमा प्रयोग गर्ने ।</li> <li>२. स्वास्थ्य क्षेत्र सर्भेक्षण योजना बनाइ कार्यान्वयनमा ल्याउने साथै त्यसबाट प्राप्त नतिजाहरूलाई योजना तर्जुमा, अनुगमन र मूल्याङ्कन प्रयोजनका लागि उपलब्ध गराउने यथोचित व्यवस्था मिलाउने ।</li> <li>३. प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमहरूको प्रभाव (Impact Study) सर्भेक्षणबाट प्राप्त नतिजाको आधारमा त्यस्ता कार्यक्रमहरूलाई निरन्तरता दिने (Replicating) वा संशोधन गर्ने (Modification) वा विस्तार (Scale up) गर्ने ।</li> <li>४. निर्णयकर्तालाई सूचना प्रदान गर्न संक्षिप्त प्रतिवेदन (PolicyBrief) नियमित रूपमा तयार गर्ने ।</li> <li>५. मुख्य-मुख्य जनस्वास्थ्यका कार्यक्रमहरूको लागत प्रभावकारीता र कार्यकुशलता लेखाजोखा गर्ने ।</li> <li>६. नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद् र स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तरगत विभिन्न तहका अनुगमन र मूल्याङ्कन एकाइहरूको संस्थागत क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</li> </ol>
<p>३. स्वास्थ्य क्षेत्रको समीक्षा सुदृढीकरण</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>१. लक्ष्य, नतिजा तथा प्रतिफल स्तरको सूचकहरूको अनुगमन गर्न स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</li> <li>२. कार्यक्रम कार्यान्वयन प्रक्रियाको अनुगमन गर्न कार्यक्रम महाशाखा र केन्द्रहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।</li> <li>३. वर्तमान समीक्षा प्रक्रियालाई प्रमाणमा आधारित, प्रभावकारी, सहभागीतात्मक र विश्लेषणात्मक बनाई योजना तर्जुमा प्रक्रियासँग समायोजन (कार्यगत समन्वय) गर्ने ।</li> <li>४. स्वास्थ्य क्षेत्रको वार्षिक समीक्षा र संयुक्त वार्षिक समीक्षालाई समायोजन गर्ने ।</li> </ol>

## ६ स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच

### ६.१ पृष्ठभूमि

स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (UHC) तर्फको मार्गचित्रमा अधि बढ्दा, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय सेवाको विस्तार, जनसङ्ख्यामा पहुँच एवम् उपभोगमा विस्तार र स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा आमनागरिकले बेहोर्नु पर्ने जोखिमलाई कम गर्नेजस्ता पक्षहरू प्रति प्रतिबद्ध रहनेछ। यस स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको अवधि भरमा नेपाल सरकारले सम्पूर्ण नागरिकहरूका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क उपलब्ध गराउने र सो बाहेकका अन्य स्वास्थ्य सेवाहरू आम नागरिकको आम्दानीले धान्न सक्ने मूल्यमा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा संयन्त्र मार्फत उपलब्ध गराउनेछ।

### ६.२ आधारभूत स्वास्थ्य सेवा

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, उपलब्ध श्रोतको सीमा भित्र रहेर तय गरिएको आमनागरिकको स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता पूर्तिको लागि प्रतिकारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, उपचारात्मक, पुनर्स्थापनात्मक, आयुर्वेदिक तथा अन्य परम्परागत स्वास्थ्य सेवाहरूको सन्तुलित एवम् गतिशिल तथा बृहत् कार्यसूची एवम् प्रणाली हो। यी सेवाहरूमा हरेक नागरिकको पहुँच संविधान प्रदत्त मौलिक हक हो। तसर्थ नेपाल सरकार सबै नागरिकलाई यी सेवा निःशुल्क दिन प्रतिबद्ध छ। यो सेवा मूलतः सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र आवश्यकता अनुसार गैरसरकारी एवम् निजी सेवा प्रदायकहरू मार्फत आम नागरिकलाई उपलब्ध गराइने छ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको बढ्दो क्षेत्र विस्तार एवम् उपयोगबाट रोगको भार कम हुनुका साथै सशक्त प्रतिकारात्मक एवम् प्रवर्द्धनात्मक स्वास्थ्य सेवाका मार्फत उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको माग पनि कम हुनेछ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सूची गतिशिल रहनेछ, र भविष्यमा यसमा समयानुकूल परिवर्तन पनि हुन सक्ने तथ्यलाई आत्मसात गर्दै यो रणनीतिअन्तरगत प्रदान गरिने आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरूको विवरण अनुसूची एकमा राखिएको छ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको दायरालाई निःशुल्क औषधिहरूको सूचीले निर्धारण गर्दछन तर यो स्वास्थ्य क्षेत्रमा उपलब्ध श्रोतका आधारमा समयानुकूल थपघट गरिनेछ। आधारभूत स्वास्थ्य सेवालार्थ नागरिकको हकको रूपमा स्थापित गर्नका लागि आवश्यक ऐन तथा नियम यस रणनीति अवधि भित्र निर्माण गरिनेछ।

### ६.३ सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा बाहेकका अन्य स्वास्थ्य सेवाहरू सहूलियतपूर्ण दरमा आम नागरिकको समतामूलक पहुँच सुनिश्चित हुने गरि उपयुक्त सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा संयन्त्रहरूमार्फत प्रदान गर्ने आवश्यक व्यवस्था मिलाइने छ। विशेषतः राष्ट्रिय सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा (स्वास्थ्य बीमा) कार्यक्रमलाई सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा योजनाका रूपमा अगाडि ल्याइने छ र गरिबका लागि अनुदानको प्रावधानसहित देशभरि नै क्रमशः विस्तार गरिने छ। यस अवधिमा छरिएर रहेका सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षाका विभिन्न कार्यक्रमहरूलाई पनि क्रमशः एउटै संयन्त्रबाट प्रदान गर्ने व्यवस्था मिलाइनेछ।

### ६.४ स्वास्थ्य सेवा प्रवाह संयन्त्र

देशभरि फैलिएको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूको सञ्जाल मार्फतनेपाल सरकारले प्रतिकारात्मक सेवादेखि विशेषज्ञ स्वास्थ्य सेवा विस्तारित रूपमा निरन्तर उपलब्ध गराउने छ। आयुर्वेद उपचार तथा अन्य परम्परागत उपचार पद्धतिहरूको बढ्दो मागलाई ध्यान दिँदै सरकार यससम्बन्धी सेवालार्थ समुदायस्तरसम्म क्रमिक रूपमा विस्तार गर्न क्रियाशिल रहनेछ।

स्वस्थ सेवा प्रवाहलाई किफायती, चुस्त, प्रभावकारी एवम् कम भन्कटिलो बनाउनका लागि सरकारले क्रमशः आधुनिक चिकित्सा सेवा (Allopathic Services), आयुर्वेद एवम् अन्य तोकिएका परम्परागत चिकित्सा सेवाहरूलाई एकद्वार प्रणाली (One Door Service Outlet) मार्फत प्रवाह गर्ने व्यवस्था मिलाउने छ । साथै यस अवधिमा अस्पतालहरूले आफ्नै फार्मसी सञ्चालन गर्ने यथोचित प्रबन्ध मिलाइनेछ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू मार्फत दिइनेछ जसमा सामुदायिक एवम् तल्लो तहका स्वास्थ्य संस्थाले उपयुक्त उपल्लो स्वास्थ्य संस्थामा गर्ने प्रेषण सेवा समेत संलग्न हुनेछ । यसका अतिरिक्त सरकारले गैरसरकारी निकाय एवम् निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूसँग रणनीतिक सहकार्य गरेर तोकिएका आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा अन्य सेवा प्रवाहको उचित व्यवस्था मिलाउनेछ ।

घुम्ती क्लिनिक सेवालगायतका अन्य उपायहरूको रणनीतिक विस्तार गरि स्वास्थ्य सेवाले समेट्न नसकेका वा कठिन भएका समुदायहरू सम्म पहुँच विस्तार गरिनेछ । स्वास्थ्य केन्द्र, Sub District Hospital तथा जिल्ला अस्पताललगायतका तल्लो तहका स्वास्थ्य संस्थालाई जनचाहनाअनुरूपको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह एवम् Gate-Keeping Function मा सशक्त बनाइने छ ।

जनसङ्ख्या वा भौगोलिक अवस्था तथा स्थानीय स्वास्थ्य आवश्यकताका आधारमा स्वास्थ्य सेवालाई निम्नलिखित तहहरूका मार्फतसेवा प्रवाहको व्यवस्था मिलाउन यसलाई क्रमशः विस्तार गर्दै लगिनेछ ।

स्थानिय स्वास्थ्य सुशासन अभिवृद्धि गर्ने अभियान अन्तर्गत यी विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापनलाई स्थानिय सुशासन ऐन नियम एवम् भावि राज्य पुनर्संरचना अनुरूप हुने व्यवस्था मिलाइनेछ । नगरपालिका क्षेत्रमा रहेका प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र लगायतका स्वास्थ्य संस्थाहरू नगरपालिकालाई क्रमशः हस्तान्तरण गरि सञ्चालन गरिनेछ ।

### सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ

स्वास्थ्यको पहुँच पुग्न नसकेका समुदायलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा दिनका लागि स्थानीय सुशासन कानुन अन्तर्गत सामुदायिक नै सञ्चालन गर्ने गरी सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना तथा विस्तार गरिने छ । एउटा गाविसमा भौगोलिक अवस्था तथा जनसङ्ख्याको चाप हेरेर बढीमा तीन वटा सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना गरिनेछ । यी एकाइसँग आफूभन्दा माथिल्ला स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग प्रेषण गर्ने सम्बन्ध हुनेछ । सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइबाट सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरू (Extended Health Workers) ले महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेवकसँगको समन्वयमा तल उल्लेख गरे बमोजिमका सेवा प्रदान गर्नेछन् ।

समुदायमा क्रियाशील अन्य समूह एवम् संस्थाहरू (आमा समूह, वडा समिति, वडा नागरिक मञ्च, यूवा क्लव आदि) सँग सहकार्य गरि थप उपलब्धि हासिल गर्ने अवसर सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइहरूलाई हुनेछ ।

सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइले प्राथमिक रूपमा निम्नलिखित सेवाहरू प्रदान गर्नेछन् :

- प्रतिकारात्मक तथा प्रवर्द्धनात्मक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने
- गाँउघर क्लिनिक एवम् घुम्ती क्लिनिकहरू सञ्चालन गर्ने
- थप उपचारका लागि समयमा नै प्रेषण गर्ने
- फलोअप तथा परामर्श सेवा प्रदान गर्ने
- रोग प्रकोपको निगरानी एवम् रिपोर्टिङ गर्ने
- औषधि वितरण सेवा

स्वास्थ्य चौकी हरेक गाविसमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा दिने एउटा स्वास्थ्य चौकी हुनेछ र सामान्यतया यसले बढीमा १० हजार जनसङ्ख्यालाई सेवा दिनेछ । यस अन्तरगत सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ सञ्चालन हुनेछन् ।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/सहरी स्वास्थ्य सेवा केन्द्र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरू ग्रामीण स्तरमा सञ्चालित रहेका छन् भने सहरीस्वास्थ्य सेवा केन्द्र महानगरपालिका, उप-महानगरपालिका र नगरपालिकाहरूको प्रत्येक वडामा क्रमशः स्थापना एवम् विस्तार गर्दै लगिनेछ । यसरी स्थापना गरिने सहरी स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूको स्थापना एवम् सञ्चालनको अगुवाइ नगरपालिकाहरूले गर्नेछन् । आवश्यकता अनुसार यी केन्द्रलाई गैरसरकारी निकायसँगको साभेदारीमा अस्पतालमा परिणत गर्न पनि सकिनेछ । यी सहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरूले अहिले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रले पुर्याइरहेको स्तरको सेवा दिनेछ र कम सेवा पुगेका तथा सेवा नै नपाएका सहरी जनसङ्ख्याको स्वास्थ्य आवश्यकतालाई परिपूर्ति गर्नेछ ।

### ***Sub-District Hospital/नगर अस्पताल***

जनसङ्ख्याको चाप, भौगोलिक पहुँच तथा सम्भावित सेवाग्राहीको अत्यधिक चापलाई ध्यान दिएर रणनीतिक स्थानमा Sub-District Hospital स्थापना गरिनेछ । सहरी स्वास्थ्य नीति २०७१ मा उल्लेख भए अनुसार हरेक नगरपालिकामा एक अस्पतालको स्थापना एवम् सञ्चालन हुनेछ । यसप्रकार स्थापना हुने अस्पतालले Sub-District Hospital को रूपमा पनि सेवा प्रदान गर्नेछन् ।

यस प्रयोजनका लागि विद्यमान प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र तथा स्वास्थ्य चौकीहरूलाई क्रमशः आधारभूत तथा अन्य सेवा दिने अस्पतालमा स्तरोन्नती गर्ने वा नयाँ अस्पताल स्थापना गरिनेछ । यी अस्पतालहरू सञ्चालन नगर क्षेत्रमा नगरपालिका र अन्यत्र स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय अन्तरगत सञ्चालित हुनेछन् । यसका अतिरिक्त समुदायको व्यवस्थापनमा नेपाल सरकारसँगको साभेदारीमा सञ्चालन गरिने सामुदायिक अस्पतालहरू पनि पर्दछन् । यस्ता अस्पतालले सामान्यत ५० हजार जनसङ्ख्यालाई सेवा दिनेछन् । यिनीहरूको क्षमता (शैया) यसले सेवा दिने लक्षित जनसङ्ख्या अनुरूप निर्धारण हुनेछ ।

**जिल्ला अस्पताल:** राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिले निर्देशित गरे बमोजिम हरेक जिल्लामा ५० शैया क्षमता भएको एक जिल्ला अस्पताल रहनेछ । यी अस्पतालहरू नेपाल सरकारद्वारा एवम् गैरसरकारी संस्था एवम् समुदायसँगको साभेदारीमा पनि सञ्चालित हुनेछन् । जिल्ला अस्पतालले करिब एक लाख जनसङ्ख्यालाई मातृ स्वास्थ्य, बालस्वास्थ्य तथा जनरल सर्जरी सहितका विशेषज्ञ सेवा र तोकिएका आधारभूत स्वास्थ्य सेवा दिनेछन् ।

**विशेषज्ञ अस्पताल:** यी अस्पतालले कुनै एक वा विभिन्न विधाका विशेषज्ञ सेवा सेवा प्रदान गर्दछन् । यस अन्तरगत हाल सञ्चालनमा रहेका अञ्चल अस्पताल, क्षेत्रीय अस्पताल, उपक्षेत्रीय अस्पताल, केन्द्रीय अस्पताल, विशेषज्ञ अस्पताल तथा मेडिकल कलेजका शिक्षण अस्पताल पर्दछन् ।



## ७ वित्तीय व्यवस्थापन

गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच सुनिश्चित गर्नका लागि यस रणनीतिले विभिन्न खाले वित्तीय श्रोत पहिचान गरी परिचालन गर्ने लक्ष्य राखेको छ ।

यस रणनीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि आन्तरिक श्रोतको अधिकाधिक प्रयोग गर्दै आगामी पाँच वर्षमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा क्रमशः नेपाल सरकारको पूर्ण लगानी सुनिश्चित गरिनेछ । यसका साथै रणनीति कार्यान्वयनका लागि आवश्यक थप वित्तीय व्यवस्थाका लागि दातृ निकाय, विकास साभेदार लगायत अन्यको सरोकारवालासँग समन्वय गरिनेछ । बाह्य श्रोतको परिचालन गर्दा नेपाल सरकारको विकास समन्वय नीति २०१४ (Development Cooperation Policy 2014) को आधारमा गरिनेछ ।

यस रणनीतिमा समावेश गरिएका आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू निःशुल्क प्रदान गरिनेछ भने आधारभूतभन्दा बाहेकका सेवाहरूलाई पनि आमनागरिकको पहुँचमा पुऱ्याउनका लागि क्रमिक रूपमा सामाजिक स्वास्थ्य बीमाको अवधारणालाई कार्यान्वयन तथा विस्तार गर्दै लगिनेछ ।

## ८ रणनीतिको कार्यान्वयन तथा मूल्याङ्कन

क्षेत्रगत अवधारणा (SWAP) अनुरूप नेपाल सरकार एवम् विभिन्न विषयगत मन्त्रालय, बाह्य विकास साभेदार, नागरिक समाज, शैक्षिक संस्थाहरू, नीजि एवम् गैरसरकारी क्षेत्रका संघ-संस्था, तथा अन्य साभेदारहरू यो रणनीति कार्यान्वयन गर्न एवम् निर्दिष्ट लक्ष्य, नतिजा एवम् प्रतिफल हासिल गर्न संयुक्त रूपमा जवाफदेहि हुनेछन् । यसको समग्र नेतृत्व स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको हुनेछ । यो रणनीति कार्यान्वयनमा नेपाल सरकारको कोष एवम् आन्तरिक लगानी प्रवर्द्धनलाई प्राथमिकता दिइ, आवश्यक आर्थिक स्रोत सामुहिक कोषबाट जुटाइनेछ, जसमा संयुक्त वित्तीय व्यवस्थापनअनुरूप नेपाल सरकार, नागरिक समाज तथा नीजि क्षेत्र एवम् बाह्य विकास साभेदारहरूले लगानी गर्नेछन् ।

यो दस्तावेजमा परिकल्पना गरिएको क्षेत्रगत प्रगतिको आवधिक समीक्षाका लागि स्वास्थ्य क्षेत्र साभेदारी मञ्च स्थापना गरिनेछ, जसले स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयका सचिवको नेतृत्वमा चौमासिक रूपमा यसको कार्यान्वयनको समीक्षा गर्नेछ ।

यसका अतिरिक्त भविष्यमा हुने राज्य पुनर्संरचना अनुरूप यस रणनीतिमा आवश्यक परिमार्जनका लागि समीक्षा गर्न समेत वाञ्छनीय हुने देखिन्छ ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको प्रभावकारिता मापन नतिजा अनुगमन खाकाका आधारमा गरिनेछ । यसका अतिरिक्त यसको मध्यकालीन समीक्षा हुनेछ, र प्रगतिको समीक्षा गर्दै यसक्षेत्रमा आएका प्राथमिकताका आधारमा अगाडि बढाइने छ । यस रणनीतिको अन्तिम मूल्याङ्कनले आगामी रणनीतिको विकासमा मार्गप्रसस्त गर्नेछ ।

### स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यसम्पादन मापन

यस रणनीति मार्फत आशागरिएका लक्ष्य, नतिजा एवम् प्रतिफल एवम् समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रको कार्यसम्पादन मापन निम्न साधनहरू (Instruments) प्रयोग गरि गरिनेछ ।

- नतिजा अनुगमन खाका
- मध्यावधी समीक्षा
- नियमित प्रगती समीक्षा

### नतिजा अनुगमन खाका (Results Framework)

हरेक वर्षको क्षेत्रगत उपलब्धी अनुगमन गर्नका लागि नतिजा अनुगमन खाका मुख्य संयन्त्र हुनेछ। नतिजा अनुगमन खाकाले लक्ष्य, नतिजा एवम् प्रतिफल मापनकालागि प्रमुख सूचकहरू निर्धारण गरेको छ। लक्ष्य एवम् नतिजा मापनका लागि ३९ र प्रतिफल मापनका लागि ५६ सूचकहरू तय गरेको छ। यसका अतिरिक्त यस खाकाले उल्लेखित सूचकहरूको आवश्यक खण्डीकरण, मापनको समय, रुजु गर्ने उपाय (Means of Verification), मान्यता (Assumption) र विश्वसनियता आदि विषयका बारेमा पनि स्पष्ट निर्देशन प्रदान गरेको छ। नतिजा अनुगमनका लागि नियमित स्वास्थ्य सूचना प्रणालीहरू र विभिन्न आवधिक सर्वेक्षणबाट प्राप्त तथ्यांक एव सुचनाहरूलाई प्रयोग गरिने छ। जसको बिस्तृत फेहरिस्त अनुसूची २ मा प्रस्तुत गरिएको छ। यसका अतिरिक्त स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति कार्यान्वयन योजनामा आधारित भएर कार्यक्रम अनुगमनको अलग्गै प्रारूप समेत तयार पारेर लागू गर्नेछ।

### मध्यवर्ती समीक्षा (Mid-term Review)

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले विकास साभेदारहरू समेत को सहभागितामा विस. २०७५ मा यस रणनीतिको मध्यवर्ती समीक्षा गर्ने छ। यसरी गरिने समीक्षाको सर्वोपरी उद्देश्य रणनीतिका उपलब्धिहरूको लेखाजोखा गर्नु भएकोले यो समीक्षा निष्पक्ष विज्ञहरूको समूह मार्फत गराइनेछ। यस समीक्षामा क्षेत्र व्यवस्थापन तथा सहायताको प्रभावकारीता समेत विश्लेषण गरिनेछ। यस समीक्षाबाट प्राप्त निष्कर्षहरूको आधारमा रणनीतिमा आवश्यक परिमार्जन समेत गरिनेछ।

### नियमित प्रगति समीक्षा (Regular Performance Reviews)

राष्ट्रिय एवम् क्षेत्रीय स्तरमा नियमित रूपमा सञ्चालन हुदै आएका समीक्षा मार्फत पनि स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको प्रगतिको अनुगमन गरिनेछ। यस अवधिमा यी सम्पूर्ण समीक्षाहरूलाई रणनीतिका नतिजा एवम् प्रतिफलहरूसँग सामञ्जस्य गराउने कार्य गरिनेछ।

### क्षेत्रगत कार्यसम्पादन अनुगमन

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको सफल कार्यान्वयन, यसको आधारमा तयार पारिने पाँच वर्षे कार्यान्वयन योजना र तद् अनुरूपको वार्षिक कार्ययोजना तथा बजेट निर्माण प्रक्रियासँग जोडिएको छ। नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको कार्यान्वयन योजना उपलब्धिका आधारमा हुन्छ र श्रोतको वितरणलाई उपलब्धिका आधारसँग जोडिने छ।

यस कार्यान्वयन योजनाले स्वास्थ्य क्षेत्रका गतिविधिहरू निर्धारण गर्नेछ। यसको सफल कार्यान्वयनबाट रणनीतिका प्रतिफल र नतिजा हासिल भई अन्तत क्षेत्रगत कार्यक्रमको लक्ष्य हासिल हुनेछ। वार्षिक कार्ययोजना बनाउन र अल्पकालिन प्राथमिकताका आधारमा बजेट तर्जुमा गर्न कार्यान्वयन योजनामा उल्लेखित गतिविधिहरूको प्रयोग गरिने छ। कार्यान्वयन योजनाको प्रभावलाई नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको नतिजा अनुगमन खाकामा उल्लेखित सूचकहरू मार्फत मापन गरिनेछ।

## ९ अनुसूची

### अनुसूची १: आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सूची

	Basic Services (Free of Cost)	CHU	HP	PHC or UHC	< 50 bed hospital (district, sub-district hospital)	> 50 bed hospital
1.	BCG, Oral Polio, Injectable Polio, pneumococcal, DPT-HIBHb (Pentavalent), Measles Rubella, Japanese Encephalitis	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Preventive, promotive, community mobilization, health education and peer education	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Out Patient services (services through Free Drug list and laboratory services)					
	Children and neonates-Management of pneumonia, malaria, diarrhoea, measles, malnutrition, ear infection, neonatal infection	✓	✓	✓	✓	✓
	Adolescent, Adult and Elder- Management of pneumonia, malaria, diarrhoeal diseases	✓	✓	✓	✓	✓
	STI Syndromic Treatment	✓	✓	✓	✓	✓
	Treatment for UTI	✓	✓	✓	✓	✓
	Treatment of RTI	✓	✓	✓	✓	✓
	Treatment of simple Fungal infection	✓	✓	✓	✓	✓
	Treatment of Enteric Fever			✓	✓	✓
	Treatment of Epilepsy			✓	✓	✓
	HIV treatment (ART First line)*			✓	✓	✓
	HIV OI treatment*		✓	✓	✓	✓
	TB treatment (CAT I, CAT II)*		✓	✓	✓	✓
	Treatment of leprosy *		✓	✓	✓	✓
	Treatment of Non Complicated Malaria treatment (PF,PV)*		✓	✓	✓	✓

	Basic Services (Free of Cost)	CHU	HP	PHC or UHC	< 50 bed hospital (district, sub-district hospital)	> 50 bed hospital
	Treatment of Non Complicated LF*		✓	✓	✓	✓
	KA Treatment *			✓	✓	✓
	Deworming	✓	✓	✓	✓	✓
	Upper respiratory tract infection (eg tonsillitis, pharyngitis and rhinitis)	✓	✓	✓	✓	✓
	Treatment of Schizophrenia, bi-polar disorders				✓	✓
	Treatment for depression and anxiety			✓	✓	✓
	Physiotherapy		✓	✓	✓	✓
	Ring pessary insertion		✓	✓	✓	✓
	Panchakarma, Yoga (Ayurvedic Services)			✓	✓	
	One stop crisis management services (selected hospitals), including clinical management of rape and GBV				✓	✓
4.	In-Patient services (services through consultation, Free Drug list and laboratory services)					
	Children and neonates-severe pneumonia, severe malaria, severe under-nutrition, complications due to measles, severe neonatal sepsis, birth asphyxia, hypothermia, jaundice, LBW/prematurity, feeding problem, exchange transfusion (excluding ventilator support)				✓	✓
	STI Syndromic Treatment				✓	✓
	Treatment for UTI				✓	✓
	Treatment of Epilepsy				✓	✓
	Treatment of Schizophrenia, bi-polar disorders				✓	✓
	Treatment for depression and anxiety				✓	✓
	Physiotherapy services				✓	✓
	HIV treatment (ART First line)*				✓	✓

	Basic Services (Free of Cost)	CHU	HP	PHC or UHC	< 50 bed hospital (district, sub-district hospital)	> 50 bed hospital
	HIV OI treatment*				✓	✓
	TB treatment (CAT I, CAT II)*				✓	✓
	Treatment of leprosy*				✓	✓
	Treatment of Non Complicated Malaria (PF, PV)*				✓	✓
	Treatment of Non Complicated LF*				✓	✓
	KA Treatment *				✓	✓
	One stop crisis management services (selected hospitals)*				✓	✓
<b>5.</b>	<b>Minor Procedures</b>					
	Minor cut and simple wound dressing	✓	✓	✓	✓	✓
	Simple cut Suturing	✓	✓	✓	✓	✓
	Simple abscess drainage	✓	✓	✓	✓	✓
	Simple fracture reduction and PoP			✓	✓	✓
	Foreign body removal (non-complicated)	✓	✓	✓	✓	✓
	Acute exacerbation of COPD and asthma emergency management	✓	✓	✓	✓	✓
<b>6.</b>	<b>Screening and Counselling</b>					
	Screening for visual and hearing impairment		✓	✓	✓	✓
	Screening for hypertension and Diabetes (Clinical)		✓	✓	✓	✓
	Growth monitoring and BMI screening	✓	✓	✓	✓	✓
	Screening for pelvic organ prolapse, obstetric fistula, cervical cancer (VIA)		✓	✓	✓	✓
	Counselling services (FP, Safe Motherhood, Neonatal, Child health, HIV, PMTCT, Nutrition, NCD, ASRH, Mental health, substance abuse, oral health, Ear, Nose, Throat hygiene and sanitation, legal and GBV counselling)	✓	✓	✓	✓	✓

	Basic Services (Free of Cost)	CHU	HP	PHC or UHC	< 50 bed hospital (district, sub-district hospital)	> 50 bed hospital
	Other Services					
7.	Micro-nutrients supplementation (iron, folic acid, Vitamin A, iodine, zinc)	√	√	√	√	√
8.	Antenatal Check-up	√	√	√	√	√
9.	Normal Delivery		√	√	√	√
10.	Management of complicated deliveries except c-section			√	√	√
11.	Management of complicated deliveries including Caesarean section and blood transfusion				√	√
12.	Post natal care (newborn/mother)	√	√	√	√	√
13.	Complication during post-natal period (obstetrics)		√	√	√	√
14.	Post Abortion Care			√	√	√
15.	Postpartum-IUCD Services[1]			√	√	√
16.	Family planning- OCP, Depo, Condoms, emergency contraception	√	√	√	√	√
17.	Family planning-Vasectomy, Minilap				√	√
18.	Post exposure treatment with anti-rabies vaccine				√	√
19.	Post exposure treatment with anti-snake venom				√	√
20.	Counselling services (FP, Safe Motherhood, Neonatal, Child health, HIV, PMTCT, Nutrition, NCD, ASRH, Mental health, substance abuse, oral health, Ear, Nose, Throat hygiene and sanitation, legal and GBV counselling)	√	√	√	√	√
21.	Deworming	√	√	√	√	√
	Laboratory services (free of cost)		HP	PHC/UHC	< 50 bed Hospital	Satellite clinic
22.	Haematology: TC, DC, ESR, Hb, blood group		√	√	√	√
23.	Biochemistry: Sugar and Urea		√	√	√	√

	Basic Services (Free of Cost)	CHU	HP	PHC or UHC	< 50 bed hospital (district, sub-district hospital)	> 50 bed hospital
24.	Biochemistry: Bilirubin			√	√	√
25.	Microbiology: Gm stain, KoH mount			√	√	√
26.	Miscellaneous: stool and urine R/E		√	√	√	√
27.	Microbiology: Sputum AFB stain		√	√	√	√
28.	Miscellaneous: Occult blood, ketone bodies for urine			√	√	√
29.	Serological Test: HBsAg, HCV, RPR, Widal		√	√	√	√
30.	Rapid Diagnostic Test : Malaria, HIV I & II, pregnancy, K39 for KA		√	√	√	√
31.	Urine dip-stick test (albumin and sugar)		√	√	√	√

[1] Only in HF with birthing center

Drugs will be available from relevant health facilities according to the Free Drugs Programme and external agency support. Ayurvedic medicines are available free-of-charge from Ausadhalaya.

## अनुसूची २: नतिजा अनुगमन खाका

Results Chain				
Code	Output	Code	Outcome	Goal
OP1a1	Improved staff availability at all levels with focus on rural retention and enrollment	OC1	Rebuilt and strengthened health systems: HRH management, Infrastructure, Procurement and Supply chain management	Improved health status of all people through accountable and equitable health delivery system
OP1a2	Improved human resource education and competencies			
OP1b1	Health infrastructure developed as per plan and standards			
OP1b2	Damaged health facilities are rebuilt			
OP1b3	Improved management of health infrastructure			
OP1c1	Improved procurement system			
OP1c2	Improved supply chain management			
OP2.1	Health services delivered as per standards and protocols			
OP2.2	Quality assurance system strengthened			
OP2.3	Improved infection prevention and health care waste management	OC2	Improved quality of care at point-of-delivery	
OP3.1	Improved access to health services, especially for unreached population	OC3	Equitable utilization of health care services	
OP3.2	Health service networks including referral system strengthened			
OP4.1	Strategic planning and institutional capacity enhanced at all levels	OC4	Strengthened decentralized planning and budgeting	
OP5.1	Ministry of Health and Population (MoHP) structure is responsive to health sector needs	OC5	Improved sector management and governance	
OP5.2	Improved governance of private sector			
OP5.3	Development cooperation and aid effectiveness in the health sector improved			
OP5.4	Multi-sectoral coordination mechanisms strengthened			
OP5.5	Improved public financial management within MoHP			
OP6.1	Health financing system strengthened	OC6	Improved sustainability of health sector financing	
OP6.2	Social health protection mechanisms strengthened			
OP7.1	Healthy behaviors and practices promoted	OC7	Improved healthy lifestyles and environment	
OP8.1	Improved preparedness for public health emergencies	OC8	Strengthened management of public health emergencies	
OP8.2	Strengthened response to public health emergencies			
OP9.1	Integrated information management approach practiced	OC9	Improved availability and use of evidence in decision-making processes at all levels	
OP9.2	Survey, research and studies conducted in priority areas; and results used			
OP9.3	Improved health sector reviews with functional linkage to planning process			



Goal: Improved health status of all people through accountable and equitable health delivery system														
Code	Indicator	NFHS 1996	NDHS 2001	NDHS 2006	NDHS 2011	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		2001	2006	2011	Data	Year	Source	2017	2020					
G1	Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	539	na	281	na	190	2013	UN estimates	148	125	NDHS	5 years	MoHP	
		118	91	61	54	38								
G2	Wealth quintile	na	na	98	75	54								
		na	na	47	36	26								
	na	na	51	39	28									
	208	157.4	128	87	66	2014	NMICS	34	28	NDHS NMICS	3 years	MoHP		
	127	94	62	58	41									
	139	112.8	85	62	32									
G3	Earthquake affected 14 districts	81	64	66	29	34								
		na	na	na	na	29								
G4	Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	50	39	33	33	23								
		na	na	43	37	29								
	na	na	26	19	18									
	na	na	17	18	11									
	71	65	59	46	32	2014	NMICS	21	17.5	NDHS NMICS	3 years	MoHP		
	51	42	28	33	22									
G4	Earthquake affected 14 districts	63	50	42	35	21								
		20	23	31	13	11								
G4	Total fertility rate	na	na	na	na	13								
		4.6	4.1	3.1	2.6	2.3								
	na	na	4.7	4.1	3.1									
	na	na	1.9	1.5	2.1									
	na	na	2.8	2.6	1.0									
	5.6	4.8	4.1	3.4	2.9	2014	NMICS	2.2	2.1	NDHS NMICS	3 years	MoHP		
G4	Eco-region	4.5	4	3	2.6	2.2								
		4.6	4.1	3.1	2.5	2.3								
	Equity gap	1	1	1.1	0.9	0.7								

Goal: Improved health status of all people through accountable and equitable health delivery system													
Code	Indicator	NFHS 1996	NDHS 2001	NDHS 2006	NDHS 2011	Baseline			Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
						Data	Year	Source					
						2017	2020						
G5	% of children under age 5 years who are stunted (-2SD)	na	50.5	49.3	40.5								
		na	na	61.6	56								
	Wealth quintile	na	na	30.9	25.8								
		na	na	30.7	30.2								
	Eco-region	na	61.2	62.3	52.9								
		na	52.7	50.3	42.1								
		na	47.1	46.3	37.4								
		na	14	16	15.5								
	Ethnicity	Brahman/Chhetri	na	na	47.3	36.9							
		Other Terai Madhesi	na	na	52.5	45.5							
		Dalit	na	na	56.4	47.3							
		Newar	na	na	29.9	33.3							
		Janajati	na	na	48.2	41.2							
		Muslim	na	na	57.0	32.4							
Earthquake affected 14 districts	na	na	27.1	32.4									
	na	na	na	na									
G6	% of women aged 15-49 years with body mass index (BMI) less than 18.5	na	26.7	24	18.2								
		na	na	25.1	21.5								
	Wealth quintile	na	na	12.7	11.9								
		na	na	12.4	9.6								
	Eco-region	na	19.2	17.1	16.5								
		na	16.6	15.9	12.4								
Life lost due to road traffic accidents (RTA) per 100,000 population	na	na	35.6	32.7	22.7								
	na	19.0	16.8	10.3									
G7		na	na	na	na	2013	2013	MoPPTM	23	17	MoPPTM	3 years	MoPPTM

Goal: Improved health status of all people through accountable and equitable health delivery system														
Code	Indicator	NFHS 1996	NDHS 2001	NDHS 2006	NDHS 2011	Baseline		Source	Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
						Data	Year		2017	2020				
G8	Suicide rate per 100,000 population	na	na	na	na	16.5	2014	Nepal Police	15	14.5	Nepal Police	3 years	MoHA	
	Earthquake affected 14 districts	na	na	na	na	na								
G9	Disability adjusted life years (DALY) lost: Communicable, maternal, neonatal & nutritional disorders; non-communicable diseases; and injuries	na	na	na	na	8,319,695	2013	BoD, IHME	7,487,726	6,738,953	IHME estimates	5 years	MoHP	
	Communicable, maternal, neonatal & nutritional disorders	na	na	na	na	3,081,654	2013		2,773,489	2,496,140				
	Non-communicable diseases	na	na	na	na	4,386,745	2013		3,948,071	3,553,263				
	Injuries	na	na	na	na	851,296	2013		766,166	689,550				
G10	Incidence of impoverishment due to OOP expenditure in health	na	na	na	na	na	2011	NLSS	Reduce by 20%		NLSS	5 years		To further analyze NLSS 2011 data for base line

Outcome 1: Rebuilt and strengthened health systems: Infrastructure, HRH management, Procurement and Supply chain management												
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target			Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2017	2020						
OC1.1	% of health facilities meeting MoHP infrastructure standard	Type of health facility	32	2013/14	Public hospital	60	90	HIIS	3 years	MoHP		
				2013/14	Primary Health Care Center (PHCC)	95	100					
				2013/14	Health Post (HP)	50	90					
				2014/15	Health facilities in earthquake affected 14 districts	80	100					
OC1.2	Health worker population ratio	0.18	2013	HRH Profile	0.37	0.52	HR Database	3 years	MoHP	Target to have one doctor per 1,000 pop; 2 nurses per 1,000 pop; and 2 paramedics per 1,000 populations by 2030.		
				HRH Profile	0.85	1.12						
				HRH Profile	0.75	1.04						
OC1.3	% of procurements completed within the planned timeline as per consolidated procurement plan	77	2013/14	LMD report	90	100	LMD report	3 years	MoHP	Drugs, health commodities, civil construction, service		
OC1.4	% of health facilities with no stock out of tracer drugs	70	2013/14	LMS	90	95	LMS	Annual	MoHP			

Outputs of Outcome 1: Strengthened health system: Infrastructure, HRH, Procurement and Supply chain management												
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target			Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2016	2017	2018					2019
OP1a	Infrastructure											
OP1a1	Health infrastructure developed as per plan and standards											
OP1a1.1	% of health institution buildings completed as planned for the year	na	2013/14	HIIS	100	HIIS	Annual	DoHS DUCBC				
		na	2013/14	HIIS								
		na	2013/14	HIIS								
		na	2013/14	HIIS								
		na	2013/14	HIIS								
		na	2013/14	HIIS								

Outputs of Outcome 1: Strengthened health system: Infrastructure, HRH, Procurement and Supply chain management													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP1a2	Damaged health facilities are rebuilt	NA	2015/16	HIIS	40	50	60	70	80	HIIS	Annual	MD, DoHS	
OP1a3	Improved management of health infrastructure												
OP1a3.1	% of health buildings maintained annually as per the maintenance plan	na	2015/16	HIIS									
	Hospital	na	2015/16	HIIS									
	PHCC	na	2015/16	HIIS									
	HP	na	2015/16	HIIS									
	Ayurvedic health facilities	na	2015/16	HIIS									
	Other health institutions	na	2015/16	HIIS									HIIS to be updated to capture maintenance
OP1b	Human resource												
OP1b1	Improved staff availability at all levels with focus on rural retention and enrollment												
OP1b1.1	% of sanctioned posts filled	na	2015/16										
	District hospital	MDGP	na	2013	STS								
		Medical officer	36	2013	STS								
	PHCC	Nursing (SN+ANM)	62	2013	STS								
		Paramedics (HA+AHW)	84	2013	STS								
	HP	Medical officer	28	2013	STS								
		Nursing (SN+ANM)	62	2013	STS								
	% of districts with at least one MDGP available	Paramedics (HA+AHW)	77	2013	STS								
		HA+AHW	75	2013	STS								
	Earthquake affected 14 districts	ANM	75	2013	STS								
		Medical officer	58	2013/14	FHD								
	Nursing (SN+ANM)	Paramedics (HA+AHW)	na	2015	NHFS								
		Paramedics (HA+AHW)	na	2015	NHFS								

Outputs of Outcome 1: Strengthened health system: Infrastructure, HRH, Procurement and Supply chain management														
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020					
OP1b1.2	% of health workers working at their own deputed (Durbandi) institution	na	2015	NHFS						NHFS	5 years	HRFMD, MoHP	HuRIS to be strengthened	
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
OP1b2	Improved human resource education and competencies													
	OP1b2.1	% of health academic institutions meeting minimum standards of respective councils	na	2013/14	Councils									
			na	2013/14	NMC									
na			2013/14	NMC										
na			2013/14	NPC										
na			2013/14	NHPC										
OP1b2.2	Success rate of council examinations in their first attempt (Medical and nursing)	na	2013/14	Councils										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										
		na	2013/14	NMC										

Outputs of Outcome 1: Strengthened health system: Infrastructure, HRH, Procurement and Supply chain management														
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks		
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019					2020	
OP1c	Procurement and supply chain management													
OP1c1	Improved procurement system													
OP1c1.1	% of procurement contracts awarded against Consolidated Annual Procurement Plan	48	2014/15	LMD		100					LMD	Annual	LMD, DoHS	
OP1c2	Improved supply chain management													
OP1c2.1	% of health facilities receiving tracer commodities within less than two weeks of placing the order	na	2015	NHFS	90	90	95	95	100		LMIS	Annual	LMD, DoHS	LMIS to include this
OP1c2.2	% of health facilities complying good storage practices for medicines	na	2015	NHFS		100					LMIS	Annual	LMD, DoHS	Compliance to the 14 good storage practices

Outcome 2: Improved quality of care at point-of-delivery												
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks		
		Data	Year	Source	2017	2020						
OC2.1	% of health facilities meeting minimum standards of quality of care at point of delivery	na	2015	NHFS			NHFS	3 years	MoHP	Dimensions of quality: effective; safe; client-centered; timely; equitable; culturally appropriate; efficient; and reliable.		
		Public	2015	NHFS								
		Private	2015	NHFS		90						
		PHCC	2015	NHFS								
		HP	2015	NHFS								
OC2.2	% of clients provided with quality services as per national standards (composite indicator for tracer services)	na	2015	NHFS			NHFS	3 years	MoHP	NHFS observation. Tracer services include ANC, FP & IMCI		
		na	2015	NHFS								
		ANC	2015	NHFS								
		Family planning	2015	NHFS								
		IMCI	2015	NHFS	80	90						
		Public	2015	NHFS								
		Private	2015	NHFS								
PHCC	2015	NHFS										
HP	2015	NHFS										

**Outcome 2: Improved quality of care at point-of-delivery**

Code	Indicator	Baseline				Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source		2017	2020				
OC2.3	Inpatient mortality rate	na	2014/15	HMIS	20% reduction		HMIS	3 years	MoHP	HMIS needs to be strengthened to cover reporting from all public and private hospitals.	
		na	2014/15								
		na	2014/15								
		na	2014/15								
OC2.4	% of tracer drugs meeting quality standard at different levels	na	2014	DDA	90		DDA	3 years	MoHP	To strengthen the monitoring system	
		na	2014	DDA							
		na	2014	DDA							
		na	2014	DDA							
		na	2014	DDA							
OC2.5	% of infection rate among surgical cases	na	2014/15	HMIS			HMIS	Annual	MoHP	HMIS needs to be strengthened to include this and cover reporting from all public and private hospitals. Targets to be set based on the baseline.	
		na	2014/15	HMIS							
		na	2014/15	HMIS							
		na	2014/15	HMIS							
		na	2014/15	HMIS							
		na	2014/15	HMIS							



Outputs of Outcome 2: Improved quality of care at point-of-delivery														
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020					
OP2.1	Health services delivered as per standards and protocols													
OP2.1.1	% of health workers complying service delivery standard protocols/guidelines for tracer services (sick child treatment, ANC check-up, FP)	Services	na	2015	NHFS						NHFS	3 years	PHAMED, MoHP	Tracer services: Sick child treatment, ANC check-up and FP A composite index to be defined based on NHFS 2015
			na	2015	NHFS					90				
			na	2015	NHFS									
	Type	na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
		na	2015	NHFS										
OP2.1.2	% of pharmaceutical companies with good laboratory practices (GLP) and good manufacturing practices (GMP)		na	2014	DDA						DDA	Annual	DDA, MoHP	
			na	2015	NHFS									
OP2.1.3	% of health facilities with capacity to provide selected laboratory services as per standard	Type	na	2015	NHFS						NHFS	3 years	NPHL	Tracer laboratory services to be defined
			na	2015	NHFS					90				
		Level of public health facilities	na	2015	NHFS									
			na	2015	NHFS									
			na	2015	NHFS									
OP2.2	Quality assurance system strengthened													
OP2.2.1	% of hospitals based maternal deaths reviewed	na	2014/15	MPDSR	100					MPDSR	Annual	FHD	MPDSR system to be strengthened	
		na	2014/15	MPDSR										
		na	2014/15	MPDSR										

Outputs of Outcome 2: Improved quality of care at point-of-delivery													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP2.2.2	% of registered laboratories accredited	0											
	Region	0	2014/15	MoHP	30	MoHP	Annual	NPHL					
	Eastern	0											
	Central	0											
	Western	0											
	Mid-western	0											
Far western	0												
OP2.3	Improved infection prevention and health care waste management												
OP2.3.1	% of health facilities segregating health care waste at the time of collection	na	2015	NHFS									
	Type of hospital	na	2015	NHFS	100	DoHS	Annual	MoHP					
	Public hospital	na											
	Private hospital	na											
	Hospital	na											
	PHCC	na											
HP	na												
OP2.3.2	% of health facilities safely disposing health care waste	na	2015	NHFS									
	Type of health facility	na	2015	NHFS	100		Annual	CD, MoHP MD, DoHS					
	Public	na											
	Private hospital	na											
	Hospital	na											
	PHCC	na											
HP	na												

### Outcome 3: Equitable utilization of health care services

Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2017	2020					
OC3.1	% of clients who received basic health services free of cost (tracer services)	ANC	na	2015	NHFS	75	NHFS	3 years	MoHP	Tracer services: ANC, FP, IMCI, PM Baseline includes delivery service only	
		Family planning	na	2015	NHFS						
		IMCI	na	2015	NHFS						
		Delivery	47	2013	STS						
OC3.2	% of children fully immunized	84.5									
		Lowest quintile	83.1								
		Highest quintile	92.7								
		Equity gap	9.6								
		Mountain	81.9								
		Hills	85.4	2014	NMICS	>90	>90	NDHS NMICS HMIS	3 years	MoHP	
		Terai	84.3								
		Equity gap	3.5								
		Earthquake affected 14 districts	86.9								
		DPT 3	88								
		Measles	93								
		% of districts with >90% fully immunized children	NA	2014	HMIS	80	100				
% of districts with >80% coverage of DPT3	64	2014	HMIS								

### Outcome 3: Equitable utilization of health care services

Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target	Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks		
		Year	Source	Data							
OC3.3	% of institutional delivery			55.2							
	Wealth quintile	Lowest quintile			27.9						
		Highest quintile			90.7						
		Equity gap			62.8						
	Eco-region	Mountain			32.1						
		Hills			54.5						
		Terai			58.8						
		Equity gap			26.7						
		In earthquake affected 14 districts		2014	70.5			65	70	NDHS NMICS HMIS	
	OC3.4	% of districts with >70% institutional delivery	Brahman/Chhetri			61.8					
			Other Terai Madhesi			48.9					
			Dalit			47.1					
			Newar			85.4					
Janajati					55.5						
Muslim					35.8						
Equity gap					49.6						
					2014	68			100		HMIS
OC3.4	% of demand satisfied for family planning				66.3						
		Wealth quintile	Lowest quintile			62.8					
			Highest quintile			67.5					
			Equity gap			4.7					
		Eco-region	Mountain			72.2					
			Hills			63.3					
			Terai			68.1					
	Equity gap			8.9							
	In earthquake affected 14 districts		2014	68.3			72	76	NDHS NMICS		

### Outcome 3: Equitable utilization of health care services

Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2017				
OC3.5	Number of new outpatient visits per 1,000 population	50.1							
	Sex	Female	na	2013/14	HMIS	60	70	MoHP	
		Male	na						
OC3.6	% of eligible clients currently receiving anti-retroviral therapy (adults and children)	21.8	2013/14	HMIS	36	51	HMIS	NCASC	

### Outputs of Outcome 3: Equitable utilization of health care services

Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target				Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018				
OP3.1	Improved access to health services, especially for unreached population										
OP3.1.1	% of health facilities providing all basic health services by level	na									
		Hospital	na								
		PHCC	na								
	Level of public health facilities	HP	na	2014/15	HMIS						
		Hospital	na								
		PHCC	na								
OP3.1.2	% of households within 30 minutes travel time to health facility	HP	na								
		61.8	2011	NLSS							
		Mountain	44.3	2011	NLSS						
		Hills	48.9	2011	NLSS						
OP3.1.3	% of districts with at least one CEONC site	77.9	2011	NLSS							
		81	2014	HMIS	84	88	100	100	100		
OP3.2	Health service networks including referral system strengthened										
OP3.2.1	Number of community health units	100	2013/14	PHCRD							
		Mountain	21	2013/14	PHCRD						
		Hills	54	2013/14	PHCRD	150	300	500	750	1000	
		Terai	25	2013/14	PHCRD						
	In earthquake affected 14 districts	14	2013/14	PHCRD							

Outputs of Outcome 3: Equitable utilization of health care services												
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target				Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019				
OP3.2.2	% of referral hospitals providing fast track services for referred clients											
		Public hospitals	2015/16	MoHP		90				HMS	Annual	MD, DoHS
			Central									
OP3.2.3	% of public health facilities providing both modern and Ayurveda services	0										
		Level of public health facilities	2014/15	DoHS		10				DoHS	Annual	DoHS, DoA
			Zonal and above hospitals									
			District hospitals									
PHCC												
OP3.2.4	% of public hospitals with own pharmacy service	na	2015	NHFS								
		Level of public hospitals	2015	NHFS		100				NHFS	3 years	DDA
			District hospitals	2015	NHFS							

Outcome 4: Strengthened decentralized planning and budgeting										
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2017	2020				
OC4.1	% of MoHP's district budget disbursed as block grant	na	2013/14	Budget analysis	5% increment		MoHP	3 years	MoHP	
OC4.2	Proportion of district development fund (DDF) allocated for health	na	2013/14	MoFALD	10		MoFALD	3 years	MoHP	

Outputs of Outcome 4: Strengthened decentralized planning and budgeting													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP4.1	Strategic planning and institutional capacity enhanced at all levels												
OP4.1.1	Number of districts (DHO & DPHO) submitting DDC approved annual plan to DoHS on specified time  Development regions	2013/14	DoHS	75	75	75	75	75	75	DoHS	Annual	DoHS	System to be established
		2013/14	DoHS	16	16	16	16	16	16				
		2013/14	DoHS	19	19	19	19	19	19				
		2013/14	DoHS	16	16	16	16	16	16				
		2013/14	DoHS	15	15	15	15	15	15				
	2013/14	DoHS	9	9	9	9	9	9					
OP4.1.2	% of grant receiving hospitals submitting the progress report to MoHP (above district hospitals)	2013/14	PPICD	100	100	100	100	100	100	PPICD	Annual	PPICD	18 public and 38 non-state hospitals are receiving the grant and all submitting report
OP4.1.3	% of flexible budget provided to districts (DPHO/DHO) in total district programme budget	2013/14	PPICD						5	PPICD	Annual	PPICD	System to be established

Outcome 5: Improved sector management and governance													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2017	2018	2019	2020					
OC5.1	Budget absorption rate (% expenditure of budget)	75.1	2013/14	FMR	FMR	90	90	95					
		56.6	2013/14	FMR	FMR	100	100	100					
		78.9	2013/14	FMR	FMR	80	85	85	FMR	Annual	MoHP		
		81.8	2013/14	FMR	FMR	90	95	95					
	EDP on-budget off-treasury	33.3	2013/14	FMR									
		39.5	2013/14	MoHP	MoHP	50	70	70					
OC5.2	% of irregularities (Beruju) cleared												

Outputs of Outcome 5: Improved sector management and governance													
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	2016	2017	2018	2019	2020					
OP5.1	Ministry of Health and Population (MoHP) structure is responsive to health sector needs												
OP5.1.1	% of activities of the restructuring plan executed	0	2015/16	PPICD	0	50	75	90	100	MoHP	Annual	MoHP	System to be established
OP5.1.2	% of health posts with laboratory services	na	2015/16	HIIS	10	30	50	75	100				
		na	2015/16	HIIS									
		na	2015/16	HIIS									
na	2015/16	HIIS											
OP5.2	Improved governance of private sector												
OP5.2.1	% of private hospitals complying MoHP guidelines	na	2013/14	PHAMED									
		na	2013/14	PHAMED									
		na	2013/14	PHAMED	20	30	40	70	100	PHAMED	Annual	PHAMED	System to be established
		na	2013/14	PHAMED									
		na	2013/14	PHAMED									
		na	2013/14	PHAMED									
OP5.2.2	% of private hospitals accredited	0	2013/14	PHAMED									
			2013/14	PHAMED									
			2013/14	PHAMED	0	0	2	5	10	PHAMED	Annual	PHAMED	System to be established
			2013/14	PHAMED									
			2013/14	PHAMED									
			2013/14	PHAMED									
OP5.3	Development cooperation and aid effectiveness in the health sector improved												
OP5.3.1	% of multiyear committed aid disbursed by development partners	na	2013/14	PPICD	100	100	100	100	100	PPICD	Annual	PPICD	
OP5.3.2	% of health official development assistance (ODA) reflected in national budget	na	2013/14	PPICD	40	45	50	55	60	PPICD	Annual	PPICD	



Outputs of Outcome 5: Improved sector management and governance													
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	2016	2017	2018	2019	2020					
OP5.4	Multi-sectoral coordination mechanisms strengthened												
OP5.4.1	% of districts with functional District Health Coordination Committee	na	2013/14	DoHS	40	50	60	75	100	DoHS	Annual	DoHS	
OP5.4.2	% of external development partners reporting their health expenditure to MoHP/AMP	na	2013/14	PPICD	100	100	100	100	100	PPICD	Annual	PPICD	
OP5.5	Improved public financial management within MoHP												
OP5.5.1	% of irregularities (Beruju) in MoHP expenditures	11.51											
		0.81	Ministry										
		10.68	DoHS	2013/14	OAG	<9	<8	<7	<6	<5	AG	Annual	HRFMD
		0	DDA										
		0.02	DoA										
OP5.5.2	% of MoHP expenditure captured by TABUCS	70	2014/15	TABUCS	80	90	100	100	100	TABUCS	Annual	HRFMD	As of Jestha 2072

Outcome 6: Improved sustainability of health sector financing												
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	2017	2018	2019	2020					
OC6.1	Government health expenditure as percentage of GDP	1.4	2013/14	Budget analysis	1.6	2				Budget analysis	Annual	MoHP
OC6.2	Incidence of catastrophic health expenditure	13	2013/14	NLSS	12	10				NLSS	5 years	MoHP

Outputs of Outcome 6: Improved sustainability of health sector financing												
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	2016	2017	2018	2019	2020				
OP 6.1	Health financing system strengthened											
OP6.1.1	% of health budget in total government budget	6.1	2013/14	Red Book	6.5	7.5	8.5	9	10	Red Book	Annual	PPICD

**Outputs of Outcome 6: Improved sustainability of health sector financing**

Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP6.1.2	% of health budget in total budget of Local Government	na	2013/14	MoFALD	2.5	3	3.5	5	7	HRFMD	Annual	HRFMD	
OP6.1.3	% of districts receiving budget based on identified needs and output criteria	0	2014	PPICD	0	25	40	75	100	HRFMD	Annual	HRFMD	
OP6.2	Social health protection mechanisms strengthened												
OP6.2.1	% of OOP expenditure in total health expenditure	49	2014	NHA					40	NHA	Annual	MoHP	
OP6.2.2	% of population covered by social health protection schemes		2014	MoHP						HRFMD	Annual	HRFMD	
	Free delivery	47	2014	DoHS					70	FHD		FHD	
	Basic health service	77	2014	DoHS					90	PCHRD		PCHRD	
	Enrollment in insurance	0	2014	SHSB	1	2	3	5	7	NSHSC		NSHSC	

**Outcome 7: Improved healthy lifestyles and environment**

Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2017	2020					
OC7.1	Prevalence of diarrheal diseases among children under five years (%)	12									
		Lowest	15.4								
		Highest	7.9								
		Equity gap	7.5								
		Mountain	14.7								
	Eco-region	Hills	11.9	2014	NMICS	11	10	NDHS NMICS	3 years	MoHP	
		Terai	11.7								
		Equity gap	3.0								
	Earthquake affected 14 districts	9.1									

Outcome 7: Improved healthy lifestyles and environment												
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks		
		Data	Year	Source	2017	2020						
OC7.2	Prevalence of anaemia in women age 15-49	35	2011	NDHS								
		34.5	2011	NDHS								
		31.2	2011	NDHS								
	Wealth quintile	Equity gap	3.3	2011	NDHS							
		Mountain	26.9	2011	NDHS							
		Hills	26.9	2011	NDHS							
Eco-region	Terai	42	2011	NDHS								
	Equity gap	15.1	2011	NDHS								
	Earthquake affected 14 districts	19.6	2011	NDHS								
OC7.3	% of people aged 15-69 years with raised blood pressure (above normal)	25.7	2013/14	STEPS								
		20.6	2013/14	STEPS	24	22						
	Sex	31.1	2013/14	STEPS								

Outputs of Outcome 7: Improved healthy lifestyles and environment													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP7.1	Healthy behaviors and practices promoted												
OP7.1.1	Prevalence of tobacco use among people aged 15 – 29 years	11.4	2013	STEPS	10.6	10.0	9.8	9.5	9.2				
		72.5	2014	NMICS		75							
OP7.1.2	% of households with a specific place for hand washing where water and cleansing agents are present	Mountain	2014	NMICS		75							
		Hills	2014	NMICS		75							
		Terai	2014	NMICS		75							
		In earthquake affected 14 districts	2014	NMICS		75							

Outputs of Outcome 7: Improved healthy lifestyles and environment															
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks		
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020						
OP7.1.3	% of women aged 15-49 who have experienced gender based violence in the last one year	na	2016	NDHS						20% reduction	NDHS	3 years	DoHS		
OP7.1.4	% of population using an improved drinking water source	93.3	2014	NMICS											
	Eco-region	na	2014	NMICS											
		Mountain Hills	na	2014	NMICS										
		Terai	na	2014	NMICS										
	In earthquake affected 14 districts	na	2014	NMICS											

Outcome 8: Strengthened management of public health emergencies														
Code	Indicator	Baseline		Milestone/Target			Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks				
		Data	Year	Source	2017	2018					2019	2020		
OC8.1	Case fatality rate per 1000 reported cases due to public health emergencies	7.0	2013/14	DSS										
	Public health emergencies		2013/14	DSS							DSS			
		Disease outbreaks and events		2013/14	DSS									
OC8.2	% of natural disasters and disease outbreaks responded within 48 hours	92.6	2013/14	DSS	100	100	100							
	Disaster (flood and landslide)	100	2013/14	DSS										
		Disease outbreaks	86.7	2013/14	DSS									
Outputs of Outcome 8: Improved management of public health emergencies														
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks	
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020					
OP8.1	Improved preparedness for public health emergencies													
OP8.1.1	Number of districts having health emergency response plan	61	2013/14	EDCD	70	75	75	75	75	75	EDCD	Annual	MoHP	
OP8.1.2	Number of hospitals with trauma management capacity	2	2013/14	MoHP	4	6	8	10	12	12	MoHP	Annual	MoHP	

Outcome 8: Strengthened management of public health emergencies										
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2017	2020				
OC8.1	Case fatality rate per 1000 reported cases due to public health emergencies	7.0	2013/14	DSS			DSS	EDCD	EDCD	Routine system to be established
	Public health emergencies		2013/14	DSS						
	Disease outbreaks and events		2013/14	DSS						
OP8.2	Strengthened response to public health emergencies									
OP8.2.1	% of public health emergency events notified at least within 24 hours	2013/14	EDCD		100		EDCD	Annual	EDCD	

Outcome 9: Improved availability and use of evidence in decision-making processes at all levels										
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target		Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2017	2020				
OC9.1	% of health facilities electronically reporting to national health reporting systems: HMIS and LMIS	0	2013/14	HMIS LMIS			HMIS LMIS	Annual	DoHS	All health facilities to be strengthened to be able to report electronically.
			2013/14	HMIS	100	100				
		0	2013/14	HMIS	100	100				
		0	2013/14	HMIS	100	100				
		0	2013/14	HMIS	50	100				
		0	2013/14	LMIS	100	100				
		0	2013/14	LMIS	100	100				
OC9.2	% of children below one year whose births are registered	45	2013/14	LMIS	100	100				
OC9.3	Overall score of health information system performance index (%)	32.8	2014	NMICS	37	41	CRYS	Annual	McFALD	
		na	2013/14	PHMED		50	PHAMED	Annual	PHAMED	

Outputs of Outcome 9: Improved availability and use of evidence in decision-making processes at all level													
Code	Indicator	Baseline			Milestone/Target					Data source	Monitoring frequency	Responsible agency	Remarks
		Data	Year	Source	2016	2017	2018	2019	2020				
OP9.1	Integrated information management approach practiced												
OP9.1.1	Number of health information systems that have functional linkages with national database	0	2014	PHAMED		2	3	4	5	PHAMED	Annual	PHAMED	
OP9.1.2	Number of districts with functional integrated disease surveillance system	3	2014	EDCD	3	10	20	50	75	EDCD	Annual	EDCD	
OP9.2	Survey, research and studies conducted in priority areas; and results used												
OP9.2.1	% of national level surveys and researches producing policy briefs	0	2013/14	NHRC		75			100				
OP9.2.2	Number of grants provided to public health institutions for innovation	0	2014	MoHP	5	5	10	15	20	DoHS	Annual	DoHS	To establish a system
OP9.3	Improved health sector reviews with functional linkage to planning process												
OP9.3.1	% of RF indicators reported on specified frequency	na	2015	PHAMED			100			PHAMED	Annual	PHAMED	
OP9.3.2	% of programme budget allocated for M&E	na	2014	HRFMD			10			HRFMD	Annual	HRFMD	
OP9.3.3	% of prioritized action points agreed during national review reflected in AWPB	na	2014	DoHS			80			PPICD	Annual	DoHS	

Note: Please see 'Compendium of Indicators' which includes explanation of rationale, definition, milestones, targets, disaggregation, sources of information for each indicator; and Glossary of key terminologies used in the results framework. See 'Programme Monitoring Framework' for programme specific indicators.

### अनुसूची ३: सन्दर्भ सूची

Adhikari, Shiva Raj. "Towards Universal Health Coverage: An Example of Malaria Intervention in Nepal." WHO South-East Asia Journal of Public Health 3, no. 1 (2014): 103-12.

Aryal, Arjun, YN Yogi, and H Ghimire. "Vulnerability to Unsafe Sex and HIV Infection among Wives of Migrant Workers in Far Western Nepal." Journal of Chitwan Medical College 3, no. 3 (2013): 26-31.

Aryal, Krishna Kumar, Sushhama Neupane, Suresh Mehta, Abhinav Vaidya, Sunil Singh, Frank Paulin, Renu Garg Madanlal, et al. "Non Communicable Diseases Risk Factors: Steps Survey Nepal 2013." Kathmandu: Nepal Health Research Council, 2014.

Asian Development Bank. "Nepal: Economy." Asian Development Bank, <http://www.adb.org/countries/nepal/economy>.

Baral, Sushil Chandra, Yeshoda Aryal, Rekha Bhattarai, Rebecca King and James N Newell. The importance of providing counseling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. BMC Public Health (2014): 14-46.

Central Bureau of Statistics. "National Population and Housing Census 2011." Kathmandu, 2012.

———. "Nepal Living Standards Survey 2010/11." 2011.

———. "Nepal Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Key Findings." Kathmandu, 2014.

———. "Population Monograph of Nepal." Kathmandu: National Planning Commission, 2014.

———. "A Report on Census of Private Hospitals in Nepal 2013 ". Kathmandu: National Planning Commission, 2013.

Daniels, David, Kapil Ghimire, Poonam Thapa, Marc Réveillon, Deb Raj Pathak, Kedar Baral, Narmeen Hamid, et al. "Nepal Health Sector Programme II Mid-Term Review." 2013.

Department of Health Services. "Annual Report 2069/70." 2014.

———. "Annual Report 2070/71." 2015.

———. "National Family Planning Costed Implementation Plan 2015-2021." Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2015.

Devkota, Madhu Dixit, Devi Prasai, Senendra Raj Upreti, Shilu Aryal, Ganga Shakya, Maureen Dariang, and Jagadishwor Ghimire. "Responding to Increased Demand for Institutional Childbirths at Referral Hospitals in Nepal: Situational Analysis and Emerging Options." Kathmandu: Family Health Division, 2013.

Epidemiology & Disease Control Division. "Nepal Malaria Strategic Plan 2011-2016." Kathmandu, 2011.

Family Health Division. "Results from Assessing Birthing Centres in Nepal." Kathmandu: Department of Health Services, 2014.

Foster, Mick, John Quinley, Raghav Regmi, and Binjwala Shrestha. "Review of Nepal Health Sector Programme: A Background Document for the Mid-Term Review." Kathmandu: Mick Foster Economics Ltd. and Development Consultancy Center (DECC), 2007.

Frost, Melanie Dawn, Mahesh Puri, and Peter Richard Andrew Hinde. "Falling Sex Ratios and Emerging Evidence of Sex-Selective Abortion in Nepal: Evidence from Nationally Representative Survey Data." *BMJ Open* 3 (2013).

Gautam, Rudra Prasad, and Jiba Nath Prasain. "Current Situation of Occupational Safety and Health in Nepal." Kathmandu: General Federation of Nepalese Trade Unions (GEFONT), 2011.

Global Health Observatory (GHO). "Nepal: Country Profile." World Health Organization, [http://www.who.int/gho/countries/npl/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/gho/countries/npl/country_profiles/en/).

Government of Nepal. "Multisectoral Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases (2014-2020)." Kathmandu, 2014.

Health Emergency Operation Centre (HEOC). "Health Sector Response: Situation Update Report." 2015.

Health Research and Social Development Forum (HERD), and COMDIS-HSD. "Urban Health Technical Brief." Kathmandu, 2014.

Health Research and Social Development Forum (HERD), and COMDIS-HSD. "Developing a behaviour change intervention for tobacco cessation." Kathmandu, 2014. <http://comdis-hsd.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/2012/08/Developing-a-behaviour-change-intervention-for-smoking-cessation-in-Nepal.pdf>

Health Research and Social Development Forum (HERD). "Media Monitoring of Nepal Earthquake - Special Series". Kathmandu, 2015. <http://www.herd.org.np/content/summary-media-monitoring-report-nepalearthquake>

Institute for Health Metrics and Evaluation. "Global Burden of Disease Study 2010." Seattle, Washington: University of Washington, 2010.

Ministry of Finance. "2011 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Nepal Country Report." Kathmandu: Ministry of Finance, 2011.

———. "Development Cooperation Policy: International Cooperation for Development Effectiveness." Kathmandu: Government of Nepal, 2014.

———. "Economic Survey Fiscal Year 2013/14." Kathmandu: Government of Nepal, 2014.

———. "Red Book." Kathmandu: Government of Nepal.

———. "Theme Address by the Honorable Dr. Ram Sharan Mahat Finance Minister of Nepal." In International Conference on Nepal's Reconstruction. Kathmandu, 2015.

Ministry of Health. "Nepal Health Sector Programme - Implementation Plan (NHSP-IP)." Kathmandu: His Majesty's Government, 2004.

Ministry of Health and Population. "Human Resources for Health Nepal Country Profile." Kathmandu: Government of Nepal, 2013.



———. “Human Resources for Health Strategic Plan 2011-2015 “. Kathmandu: Government of Nepal, 2012.

———. “National Health Policy 2071.” Kathmandu: Government of Nepal, 2014.

———. “Nepal Health Sector Programme II (2010-2015).” Kathmandu: Government of Nepal, 2010.

———. “Operational Guidelines for Gender Equality and Social Inclusion Mainstreaming in the Health Sector.” Kathmandu: Government of Nepal, 2013.

———. “Progress Report on Partnership, Alignment and Harmonisation in the Health Sector.” Kathmandu: Government of Nepal, 2014.

Ministry of Health and Population, Health Research and Social Development Forum (HERD), and Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP). “Service Tracking Survey 2013 Nepal Health Sector Programme II.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2014.

Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International Inc. “Nepal Demographic and Health Survey 2011.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, New ERA, ICF International Inc., 2012.

Ministry of Health and Population, New ERA, and Macro International Inc. “Nepal Demographic and Health Survey 2006.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, New ERA and Macro International Inc., 2007.

Ministry of Physical Planning & Transport Management. “Nepal Road Safety Action Plan (2013-2020).” Kathmandu: Government of Nepal, 2013.

National Centre for AIDS and STD Control. “Country Progress Report on HIV/AIDS Response Nepal.” 2014.

National Planning Commission. “Final Report on Post Disaster Needs Assessment and Recovery Plan of Health and Population Sector.” Kathmandu, 2015.

———. “Nepal Earthquake 2015 Post Disaster Needs Assessment.” Kathmandu: Government of Nepal, 2015.

Nepal Health Sector Support Programme (NHSSP). “Functional Assessment and Organization Review of the MoHP: A Diagnostic Report.” Kathmandu, 2013.

O'Donnell, Owen, Eddy van Doorslaer, Ravi P. Rannan-Eliya, Aparnaa Somanathan, Shiva Raj Adhikari, Deni Harbianto, Charu C. Garg, et al. “Who Benefits from Public Spending on Health Care in Asia? .”EQUITAP Project: Working Paper #3 (2005). <http://www.equitap.org/publications/docs/EquitapWP3.pdf>.

Onta, Sharad. “Climate Change and Health: An Overview.” Paper presented at the National Workshop on Climate Change and Human Health: Potential Impact, Vulnerability and Adaptation in Nepal Kathmandu, 2007.

Population, Ministry of Health and. “Policy on Quality Assurance in Health Care Services: Unofficial Translation.” Kathmandu: Government of Nepal, 2009.

RTI International. “Pro-Poor Health Care Policy Monitoring: Household Survey Report from 13

Districts.” Kathmandu: Research Triangle Park, NC, USA, 2010.

Saito, Eiko, Stuart Gilmour, Md Mizanur Rahman, Ghanshyam Gautam, Pradeep Krishna Shrestha, and Kenji Shibuya. “Catastrophic Household Expenditure on Health in Nepal: A Cross-Sectional Survey.” *Bulletin of the World Health Organization* 2014 92 (2014): 760–67.

Shrestha, Babu Ram, Yogendra Gauchan, Ghanshyam Gautam, and Prabha Baral. “Nepal National Health Accounts, 2006/07 – 2008/09.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2012.

Shrestha, Lochana, Kashi Kanta Jha, and Pushpa Malla. “Changing Tuberculosis Trends in Nepal in the Period 2001-2008.” *Nepal Medical College Journal* 12, no. 3 (2010): 165-70.

Silva-Leander, Sebastian. “Benefit Incidence Analysis in Health.” Kathmandu: Nepal Health Sector Support Programme, 2012.

Subedi, Bal Krishna, Padam Bahadur Chand, Babu Ram Marasini, Suresh Tiwari, Pradeep Poudel, Suresh Mehta, Ajit Pradhan, et al. “Service Tracking Survey 2011 Nepal Health Sector Programme II.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2012.

Subedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, Mahesh Puri, Shovana Rai Chitrakar, Pradeep Poudel, Sharad Sharma, and Louise Hulton. “Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2009.

Suresh Mehta, Susheel Chandra Lekhak, Padam Bahadur Chand, Dipendra Raman Singh, Pradeep Poudel, and Sarah Barnett. “Service Tracking Survey 2012 Nepal Health Sector Programme II.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2013.

Thapa, Arjun Jung. “Status Paper on Road Safety in Nepal.” In *Europe-Asia Road Safety Forum and the 67th Session of the Working Party 1 of UNECE*. New Delhi: Department of Roads, 2013.

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. “Levels & Trends in Child Mortality.” New York, 2014.

United Nations Development Programme. “Nepal Millennium Development Goals Progress Report 2013.” Kathmandu: National Planning Commission, 2013.

Upreti, Senendra Raj, Sushil Baral, Prabhat Lamichhane, Mukti Khanal, Suresh Tiwari, Meera Tandan, Helen Elsey, and Tomas Lievens. “Rapid Assessment of the Demand Side Financing Schemes: Aama and 4anc Programmes.” Kathmandu: Ministry of Health and Population, 2013.

Vaillancourt, Denise, and Sudip Pokhrel. “Aid Effectiveness in Nepal’s Health Sector: Accomplishments to Date and Measurement Challenges.” Kathmandu: International Health Partnership (IHP+), 2012.

WHO. “Children: Reducing Mortality.” WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and United Nations Population Division. “Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013.” Geneva, 2014.

World Economic Forum. “The Global Gender Gap Report 2014.” Geneva: World Economic Forum, 2014.

World Health Organization. “Global Health Expenditure Database.” Geneva: World Health Organization, 2013.

