वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय कास्की

गण्डकी प्रदेश पोखरा

वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय कास्की

गण्डकी प्रदेश पोखरा

वार्षिक प्रतिवेदन

आ.व. २०७७/०७८

फोन नं: ०६१-५४०३४०
ईमेलः dphokaski@gmail.com

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
स्वास्थ्य कार्यालय कास्की
गण्डकी प्रदेश पोखरा

शुभकामना सन्देश

स्वास्थ्य कार्यालय, कास्कीले आ.व.२०७७/०७८ मा कास्की जिल्लामा सम्पादन भएका स्वास्थ्य गतिविधिहरुको प्रगति विवरण समेटिएको वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न लागेकोमा मलाई साह्रै खुशी लागेको छ। यस प्रतिवेदनमा जिल्लाको समग्र स्वास्थ्य सुधारका लागि गरिएका विभिन्न कार्यक्रम तथा गतिविधिका साथै अन्य पहलहरुलाई एकीकृत गरिएको पाएको छु।

आधारभुत स्वास्थ्य सेवा पाउनु प्रत्येक नागरिको मौलिक हक हो। कोभिड-१९ रोकथाम तथा व्यवस्थापन कार्यका साथ साथै स्वास्थ्य कार्यालयले स्थानिय तहसँगको समन्वय र सहकार्यमा नियमित रुपमा सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुले नागरिकको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा पाउने मौलिक हक सुनिश्चित गरेको छ भन्ने कुरामा मलाई विश्वास छ। स्वास्थ्य क्षेत्रको वर्तमान अवस्था, सेवालाई गुणस्तरिय र प्रभावकारी बनाउन गरिएका प्रयासहरु तथा सुधार गर्नु पर्ने क्षेत्र यस प्रतिवेदनमा समेट्ने प्रयास भएको छ।

यस प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएका तथ्यांकहरूबाट कास्की जिल्लाको सम्पूर्ण स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको स्थितिका बारेमा जानकारी हुनुका साथै सम्बन्धित सबैको लागि उपयोगि हुने विश्वास लिएको छु। साथै यो प्रतिवेदनले आगामी योजना तर्जुमा समेतमा महत्वपूर्ण आधार प्रदान गर्ने आशा लिएको छु।

कास्की जिल्ला वासीहरुको समग्र स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्न अहोरात्र खटिनुहुने स्वास्थ्य कार्यालयको टिम, टोल तथा वडास्तरमा खटिनुहुने म.स्वा.स्व.से.हरू, सबै स्वास्थ्यकर्मीहरु, सरकारी तथा गैह्रसरकारी संघ संस्थाका प्रतिनिधिज्यूहरू र सरोकारवाला निकायहरु सबैलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु।

अन्त्यमा, स्वास्थ्य कार्यालय, कास्की परिवार लगायत यो प्रतिवेदन तयार गरी प्रकाशन गर्ने कार्यमा संलग्न सबैलाई हार्दिक धन्यवाद तथा बधाई ज्ञापन गर्दै आगामी दिनमा समेत निरन्तरताको अपेक्षा गर्दै शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

मितिः २०७९ बैशाख।

(डा. श्रीराम तिवारी)
सचिव
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, गण्डकी प्रदेश

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
गण्डकी प्रदेश
पोखरा, नेपाल

फोन : ०६१ ५२०३९०, ५२००६८
टोल फ्री नं. : १०९२

पत्रसंख्या : २०७८/०७९
चलानी नं. :

मितिः २०७९/०१/१६

शुभकामना मन्तव्य

स्वास्थ्य कार्यालय कास्कीले प्राप्त नियमित स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली र स्वास्थ्य क्षेत्रका अन्य स्रोतबाट जानकारीको आधारमा कास्की जिल्लाको वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन २०७७/७८ प्रकाशन गर्न लागेकोमा मलाई खुशी लागेको छ। यो वार्षिक प्रतिवेदन विभिन्न स्तरहरूमा सञ्चालन गरिएका वार्षिक कार्यसम्पादन समीक्षा कार्यशालाहरूको परिणाम हो। यस प्रतिवेदनले समुदायदेखि प्रदेश सम्म सबै तहमा विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरूद्वारा लागू गरिएका सबै कार्यक्रमहरू/गतिविधिहरूको अवस्था झल्काउँछ र विगत तीन आर्थिक वर्षमा हासिल गरेका उपपलब्धिहरूका साथै प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरू, चुनौतीहरू र स्वास्थ्य सेवा प्रवाह सुधार गर्न पर्ने तरिकाहरू समेटेको छ ।यस प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएका तथ्यहरूले आगामी वर्ष नागरिकका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने योजनाको आधारको रूपमा काम गर्नेछ।

यसमा उल्लेख गरिएका तथ्यांकहरूबाट कास्की जिल्लाको सम्पूर्ण स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको स्थितिका बारेमा जानकारी हुनुका साथै यो प्रतिवेदन सम्बन्धित सबैको लागि उपयोगि हुने विश्वास लिएको छु । यो प्रतिवेदनले आगामी योजना तर्जुमा समेतमा महत्वपूर्ण आधार प्रदान गर्ने आशा लिएको छु ।

यो प्रतिवेदन तयार गरि प्रकाशन गर्ने स्वास्थ्य कार्यालय कास्की र उक्त कार्यमा संलग्न सबैलाई हार्दिक धन्यवाद तथा बधाई ज्ञापन गर्दै आगामी दिनमा समेत उक्तक कार्यको निरन्तरताको लागी शुभकामना व्यक्त गर्दछु ।

....
खिम बहादुर खड्का
निर्देशक
स्वास्थ्य निर्देशनालय

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

स्वास्थ्य कार्यालय, कास्की

गण्डकी प्रदेश, पोखरा

प. स:
च. नं.

मितिः २०७९/०२/०५

मन्तव्य

कास्की जिल्लामा आ.ब. २०७७/०७८ मा सम्पन्न भएका स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुलाई समेटेर बार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न पाउँदा मलाई खुसी लागेको छ। जिल्ला भित्र प्रदान गरिएका आधारभूत स्वास्थ्य सेवाका मुख्य मुख्य सुचकहरु समेटिएको यस प्रतिवेदनमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा आईपरेका समस्या, चुनौति तथा स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी प्रभावकारी बनाउन आगामी दिनमा गर्नु पर्ने सुधारका क्षेत्र र आवश्यक सुझावहरु समेत औंल्याउने प्रयास गरेका छौं। प्रतिवेदनमा बिगत ३ वर्षमा मुख्य सूचकहरुको गति र अवस्था समेत झल्केको छ ।प्रतिवेदनले गरेका कामहरुको अभिलेखको रुपमा महत्व राख्नुका साथै भावी योजना तयार गर्न, कार्यक्रम कार्यान्वयको रणनीति तयार गरी गुणस्तरमा सुधार ल्याउन समेत सहयोग पुरयाउने छ भन्ने अपेक्षा गरेका छौ।

प्रतिवेदनलाई यस रुपमा ल्याईपुर्याउन स्वास्थ्य सेवा प्रवाह, गुणस्तरीय अभिलेख तथा प्रतिवेदन र कुशल व्यवस्थापनमा संलग्न सबै स्वास्थ्य संस्था प्रमुख एबं स्वास्थ्यकर्मीहरु, समुदाय स्तरमा खटिने महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु प्रति हार्दिक धन्यवाद व्यक्त गर्दछु।यसै गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,गण्डकी प्रदेश, स्वास्थ्य निर्देशनालयको निरन्तर सुपरिवेक्षण , अनुगमन, मुल्याँकन, मार्ग निर्देशन एवं सहयोगका लागि हामी आभारी छौ।जिल्ला समन्वय समिति,पोखरा महानगरपालिका लगायत सबै स्थानियतह, सरकारी तथा गैह्र सरकारी संघ संस्था, निजी क्षेत्र र शिक्षण अस्पताहरुको योगदान महत्वपूर्ण रहेको छ।

प्रतिवेदन तयार गर्ने कार्यमा खटिने यस कार्यालयका तथ्यांक अधिकृत छैटौं विष्णुप्रसाद पौडेल लगायत सबै कर्मचारी साथीहरुलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु।

....
बद्रीराज आचार्य
नि. कार्यालय प्रमुख

सारांश

वार्षिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन आ.व. २०७७/७८ ले सरकारी, निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्था लगायत सहयोगी संस्थाहरूद्वारा प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको वार्षिक प्रगतिहरूको समायोजन तथा संक्षेपीकरण गरेको छ । यस वार्षिक प्रतिवेदनले स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको भौतिक तथा बित्तिय प्रगति विवरणहरू, आधारभूत स्वास्थ्य सुचकहरू विश्लेषण सहित जानकारी दिने भएकोले आगामी योजनामा महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्नुका साथै समग्र कास्की जिल्लाको स्वास्थ्यको वस्तुस्थितीबारे जानकारी गराउने छ ।

आ.व. ०७७/७८ को स्वास्थ्य संस्था स्तरको प्रतिवेदन गाउँपालिका र महानगरपालिका स्तरमा वार्षिक समिक्षा गरी सोको एकिकृत रूपमा जिल्ला स्तरमा एकमुष्ठ जिल्लागत विश्लेषण गरिएको यस प्रतिवेदनको मुख्य उद्देश्य समस्याहरूको पहिचान गरी योजना तथा नीति निर्माण र निर्णय गर्ने तहमा पृष्ठपोषण दिनुका साथै कार्यक्रम व्यवस्थापक र सम्पूर्ण सरोकावालाहरूलाई सूचना प्रदान गर्नु हो ।

यस प्रतिवेदन तयार गर्नु पूर्व विभिन्न महत्वपुर्ण चरणहरू पार गरिएको छ । स्वास्थ्य प्रमुख कार्यालय प्रमुख, विभिन्न कार्यक्रमका कार्यक्रम अधिकृतहरू, विभिन्न गाउँपालिका, महानगरपालिकाका प्रमुख, उपप्रमुख, स्वास्थ्य संयोजकहरू, विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुखहरू, अस्पतालका मेडीकल रेकर्डर तथा निजी तथा गैर सरकारी संघ संस्थाहरूहरूको प्रतिनिधीहरूको उपस्थितीमा सम्पन्न गाउँ, नगर र जिल्ला स्तरीय वार्षिक समिक्षा गोष्ठी सञ्चालन गरी पहिचानमा आएका समस्याहरू माथी छलफल गरिएको थियो । समिक्षा गोष्ठीबाट आएका निचोडहरूको आधारमा तथ्याङ्कहरूलाई पुनः भेरीफिकेशन गरी विश्लेषण तथा व्याख्या गरिएको थियो ।

यस प्रतिवेदनमा छ अध्याय रहेका छन् । अध्याय १ ले पृष्ठभुमी सहित जिल्लाको समग्र परिचय तथा सामाजिक, आर्थिक अवस्था र स्वास्थ्य सेवा प्रदान प्रणालीबारे बर्णन गरीएको छ भने अध्याय २ ले बालस्वास्थ्य कार्यक्रम, अध्याय ३ मा परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम, अध्याय ४ ले इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम, अध्याय ५ मा उपचारात्मक तथा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुनर्जागरण कार्यक्रम, अध्याय ६ मा व्यबस्थापन सम्बन्धी सहयोगी कार्यक्रम तथा निश्कर्ष र सुझाबलाई समावेश गरिएको छ ।

विभिन्न सरकारी, निजि अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त हुने प्रतिवेदनको अवस्था सन्तोषजनक रहेतापनि तथ्यांकको गुणस्तर तथा विश्लेषणमा सबै तहको क्षमता अभिबृद्धि तथा रेकर्डिङ्ग तथा रिपोर्टिङ्ग रजिस्टर, फर्मको आपूर्तिमा सूधार ल्याउनु पर्ने देखिन्छ ।

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

बालस्वास्थ्य कार्यक्रममा मुख्यतया खोप, पोषण र समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यबस्थापन कार्यक्रमहरू समावेश गरिएको छ । आ.व. २०७७/७८ मा अधिकांश खोपहरूको प्रगति केही घटेको छ । बि.सि.जी. को कभरेज यस आ.व.मा घटेर ७७ प्रतिशत पुगेको छ । यसै गरी डि.पि.टी.-हेपबी-हिव तेस्रो मात्रा अघिल्लो आ.व. ६४ प्रतिशतबाट बढेर ६७ प्रतिशतमा पुगेको छ । दादुरा रूबेला खोपको दोस्रो मात्रा पनि अधिल्लो आ.व.को ६४ प्रतिशतबाट बढेर ७१ प्रतिशत भएको छ । जे.ई. खोपको कभरेजमा पनि अघिल्लो आ.व.को ६४ प्रतिशतबाट बढेर ७१ प्रतिशत यस आ.व. मा ७१ प्रतिशतमा रहेको छ । यसै गरी पि.सि.भि. खोप तेस्रो मात्राको कभरेज ७०

प्रतिशत रहेको छ। पि.सि.भि. खोप बाहेक सबै खोपको खेरजाने दर सुधारोन्मुख देखिएता पनि अपेक्षित खेरदर भन्दा बढी नै रहेका छन।

पोषण कार्यक्रम

पोषण कार्यक्रममा नयाँ तौल लिन आउने वालवालिका यस आ.व. २०७७/०७८ मा ८७ प्रतिशत मात्र प्रगति देखिन्छ, नयाँ तौल लिएका वालवालिका मध्ये कुपोषित वालवालिका ०.६ प्रतिशत रहेको छ।

वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गत झाडापखाला नयाँ बिरामी दर गत वर्षको १७५ बाट बढेर १७९/१००० रहेता पनि कडा जल वियोजन नहुनुलाई सकारात्मक लिनु पर्दछ। यसैगरि श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ बिरामी गत वर्षको ३५६/१००० बाट घटेर ३४७/१००० मा रहेको छ भने कडा निमोनियाको प्रतिशत ०.११ रहेको पाइएको छ।

परिवार नियोजन कार्यक्रम

परिवार नियोजन सेवाको प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि साधन नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत अघिल्ला आ.व.भन्दा घटेर यस आ.व. २०७७/७८ मा ४.४ प्रतिशत पुग्न गएको छ।

परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अर्न्तगत गर्भवती महिलाको प्रोटोकल अनुसार प्रथम र चौथो पटकको जाँच क्रमशः २०७५/७६ मा १९४ र १४६ प्रतिशत आ.व. २०७६/७७ मा घटेर १२८ र ९६ प्रगति देखिन्छ भने आ.व. २०७७/७८ मा १०३ र ७७ मा पुगेको देखिन्छ स्वास्थ्य सस्थामा सुत्केरी गराएको आ.व. २०७५/७६ मा ११६ बाट आ.व. २०७६/७७ मा ११० थियो भने २०७७/७८ मा ८६ प्रतिशत रहेको छ।

गाँउघर क्लिनिक सञ्चालन आ.व. २०७५/७६ मा ९७, आ.व. २०७६/७७ मा ७४ र यस आ.व. मा ७३ प्रतिशत सञ्चालन भएको छन। गाँउघर क्लिनिकवाट सेवा लिने आउने सेवाग्राहीको प्रतिशत आ.व. २०७५/७६ मा २३ आ.व. २०७६/७७ मा २३ रहेकोमा घटेर आ.व. २०७७/७८ मा घटेर १८ प्रतिशत रहेको छ। गाँउघर क्लिनिकको सञ्चालन प्रतिशत र सेवाग्राही संख्या घट्नुमा कोभिड-१९ को महामारी प्रमुख कारण रहेका छ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले गरेको प्रतिवेदन आ.व. २०७५/७६ मा ९५ प्रतिशत, आ.व.२०७६/७७ मा ९५ प्रतिशत र यस आ.व. मा ९७ प्रतीशत रहेको छ। महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरूलाई सेवाप्रती उत्तरदायी र उत्प्रेरीत गर्न सेवा लामो समय सेवा गरेका स्वयं सेबिकाहरूको सम्मानजनक बिदाई गर्ने र सेवामा रहेका स्वयंसेबिकाहरूलाई आचार संहिता अनुसार कार्यसम्पादन गर्न प्रेरीत गर्ने र उत्कृष्ट कार्य सम्पादन गर्नेलाई पुरस्कृत गर्ने कार्य गर्नुपर्ने देखिन्छ।

औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तरगत यस आ.व. २०७७/७८ मा ७४५ वटा रक्त नमुना संकलन गरिएकोमा पोजीटीभको संख्यामा भने कम हुदै गएकोमा ५ वटा औलो रोगी पत्ता लागेकोमा सबै जनाको खोजपड्ताल गरी उपचार समेत गरिएको छ। तर आ.व. २०७६/७७ मा १९७२ वटा रक्त नमूना संकलन तथा जाँच गरिएको थियो। जम्मा ४ वटा पोजिटीभ पत्ता लागेको छ।

राष्ट्रिय क्षयरोग तथा कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमका महत्वपुर्ण सूचकहरूमा सबै प्रकारका विरामीहरूको केश नोटिफिकेसन दर र नयाँ खकार पोजेटिभ मध्ये उपचार सफलता दर क्रमशः ७८ (प्रति लाख) र ९२ प्रतिशत देखिन्छ। यो अवस्थामा पुग्नुमा सरकारी निजी साझेदारी कार्यक्रम सबल रूपमा सम्पादन हुनु, अनुगमन, पृष्ठपोषण जस्ता कुराहरू प्राथमिकतामा पर्नु समुदायमा आधारित डट्स कार्यक्रम सफल सञ्चालन हुनु, सम्पर्क परिक्षण तथा उच्च जोखिममा रहेका नागरिकसम्म सेवाको बिस्तार हुनु, पोखरा महानगरपालिका र नीजि संस्था समेतले राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमलाई अबलम्बन गरी सहयोग गर्नु हो । आगामी बर्षहरूमा यस कार्यक्रमलाई अझ व्यबस्थित एवम् लक्ष अनुसार प्रगति प्राप्त गर्न यसलाई निरन्तरता दिनु पर्ने देखिन्छ ।

आ.व. २०६२/६३ मा निबारणको अवस्थामा पुगेको कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम आ.व. २०७७/७८ मा आइपुग्दा कुष्ठरोग बिरामीको भार ०.५७ र नयाँरोगी पत्ता लगाउने दर ३.९/१००००० रहेको छ ।

उपचारात्मक सेवा

आ.व. ०७७/७८ जम्मा नयाँ वहिरंग सेवा ९१ प्रतिशत रहेको छ जुन पछिल्लो ३ वर्षमा न्युन हो। लिङग अनुसार वहिरंग सेवा लिन आएकामा पुरूष भन्दा महिलामा विरामी हुने दर वढी देखिएको छ। आ.व. ०७७/७८ मा महिला तथा पुरूषमा विरामी हुने दर क्रमशः ४५ र ५५ प्रतिशत रहेको छ। निजी अस्पताल तथा नर्सिङ होमवाट कम्तिमा जम्मा विरामीको १० प्रतिशतलाई निःशुल्क सेवा दिने नीति भएता पनि सो अनुसार सेवा दिइएको प्रतिवेदनमा उल्लेख भएको देखिदैन । अति गरिव, गरिव, अपाङ्ग, जेष्ठ नागरिक र महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरूलाई निशुल्क सेवा दिने भनि प्रचार प्रसार गरिएता पनि सो अनुसार सहुलित पाइएको उल्लेख्य संख्या देखिदैन यसरी सेवा लिनेमा पहुँच भएका र टाठाबाठा व्यक्तिहरूले मात्र यस्तो सुबिधा लिएको पाइन्छ। यसका लागि नीति अनुरूप निःशुल्क सेवा दिने व्यवस्थाको अनुगमन प्रभाबकारी गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

करिव ७० प्रतिशत जनसंख्या शहरी क्षेत्रमा बसोवास गर्ने कास्की जिल्लामा सहरी क्षेत्रमा स्वास्थ्य संस्थाको अपर्याप्तता, विभिन्न स्वास्थ्य संस्थामा भौतिक लगायत उपकरणको अभाव, औषधीको अभाव लगायत नीजि अस्पताल, क्लिनिक लगायतको अनुगमनको लागि पर्याप्त जनशक्तिको अभाव, केही कार्यक्रममा तालिमको अभाव जस्ता समस्या तथा चुनौति रहेको छ। अनुगमन तथा नियमनलाई समेत थप व्यवस्थित, प्रभावकारी तथा सुदृढिकरण गर्नु पर्ने आवश्यकता वार्षिक समिक्षाबाट औंल्याइएको छ ।

तथ्यपत्र (Factsheet)

तथ्या र सुचनाहरूको प्रस्तुति (सम्बन्धित सुचकहरू)

सुचकहरू	इकाई	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
क) प्रतिवेदनको अवस्था				
स्वास्थ्य संस्थाबाट मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९४	१००	९८
समयमा नै मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	३४	६१	७६
गाउँघर क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९७	७४	७३
खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९६	८८	१००
म.स्वा.स्वं.से.को प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९५	९५	९७
स्वास्थ्य संस्थामा आएका सेवाग्राहीलाई सेवा पुऱ्याएको (प्रति दिन)	संख्या	४७५६	३८८३	३१६१
गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	२३	२३	१८
खोप क्लिनिकमा सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	३२	२५	२२
म.स्वा.स्वं.से.ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	संख्या	१९	१८	१८
बहिरंग सेवामा स्वास्थ्य सेवा लिन आएका नयाँ सेवाग्राही	प्रतिशत	१४९	१२७	९१
स्वास्थ्य सेवा दिएको औषत विरामी	पटक	१.६	१.५	१.६
ख) बाल स्वास्थ्य (खोप)				
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई बि.सि.जि. खोप लगाएको	प्रतिशत	१०३	९०	७७
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब खोप तेस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	७३	६४	६७
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई पिसीभी खोप तेस्रो खोप तेस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	७४	६५	७०
एक वर्ष मुनिका बालबालिकालाई एफआईपीभी खोप दोस्रो मात्रा लगाएका	प्रतिशत	४२	६२	६७
१२-२३ महिनाका बालबालिकालाई जे.ई. खोप लगाएको	प्रतिशत	७६	६९	७१
१२-२३ महिनाका दादुरा रुबेला खोप दोस्रो मात्रा लगाएको	प्रतिशत	७२	६४	७१
१२-२३ महिनाका पूर्ण खोप पाएका बालबालिकाहरू	प्रतिशत	४५	४३	५८

गर्भवती महिलालाई टि.डि. खोप दोस्रो मात्रा तथा दोस्रो थप मात्रा लगाएका	प्रतिशत	४९	४०	२४
ड्रप आउट दर बि.सि.जि.को तुलनामा दादुरा दोस्रो मात्रा	प्रतिशत	२८	२७	९
ड्रप आउट दर डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब पहिलो मात्राको तुलनामा डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब तेस्रो मात्रा	प्रतिशत	-०.२३	३.६	-५.६
बि.सि.जि. खोप भ्याक्सनि खेर जाने दर	प्रतिशत	७०	७२	७६
डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब (पेण्टा) खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	१८	१८	१९
पोलियो खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	१७	१८	२०
पि.सी.भी. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	८	११	९
एफ.आई.पि.भी. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	२३	२६	२६
दादुरा-रुबेला खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	४१	४३	४४
जे.ई. खोप खेर दर	प्रतिशत	३६	४०	४१
टि.डि. खोप खेर जाने दर	प्रतिशत	१३	११	४७
ग) पोषण				
१ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको नयाँ बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	१३१	१०६	८७
२ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको नयाँ बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	९५	९६	७०
२ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा कुपोषण	प्रतिशत	०.०९	०.०४	०.६
०-२३ महिनाका बालबालिकाहरूको औषत बृद्धि अनुगमन	प्रतिशत	२.७	२.८	२.६
घ) समुदायमा आधारित बालस्वास्थ्य व्यवस्थापन (नवशिशु स्याहार)				
जन्मना साथ नाभी मलम लगाएका बच्चाहरू	प्रतिशत	१००	१००	१००
२ महिना मुनिका शिशुहरूलाई व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण (पि.एस.बि.आई.) भएको	प्रतिशत	१.७	१.६	२.८
व्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भिर संक्रमण (पि.एस.बि.आई.) भएको २ महिना मुनिका शिशुहरूलाई पुरा मात्रामा जेन्टामाईसिन वितरण	प्रतिशत	२१	८	५२
२ महिना मुनिका शिशुहरूको मृत्यु संख्या	संख्या	१	०	०
ङ) श्वासप्रश्वास रोग नियन्त्रण				
ए.आर.आई. नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिहजार	४०२	३५६	३४७

न्यूमोनिया (सामान्यंकडा) नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिहजार	३५	२४	१४
नयाँ श्वासप्रश्वास बिरामीमा कडा न्यूमोनियाको अनुपात	प्रतिशत	०.१८	०.०७	०.११
न्यूमोनिया एन्टीबायोटिकबाट उपचार गरेको (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिशत	१२४	१०४	१००
ए.आर.आई. बिरामीको मृत्यु दर (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	संख्या	१	१	१
च) झाडापखाला रोग नियन्त्रण				
झाडापखाला नयाँ संक्रमण दर (प्रति १००० पाँच वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिहजार	१९९	१७५	१७९
नयाँ बिरामी मध्ये कडा जलवियोजन प्रतिशत	प्रतिशत	०.०६	०.०७	०
(५ वर्ष मुनिका बालबालिका)				
ओ.आर.एस. र जिङ्क चक्कीबाट उपचार प्रतिशत (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	प्रतिशत	९७	९६	१००
झाडापखाला बिरामीको मृत्यु दर (५ वर्ष मुनिका बालबालिका)	संख्या	०	०	०
छ) परिवार स्वास्थ्य (सुरक्षित मातृत्व)				
अनुमानित गर्भवती मध्ये प्रथम गर्भ जाँच गर्ने गर्भवती (any time first visit)	प्रतिशत	१९४	१२८	१०३
अनुमानित गर्भवती मध्ये चौथो गर्भ जाँच गर्ने गर्भवती	प्रतिशत	१४६	९६	७७
गर्भवती महिलाहरूले १८० चक्की आईरन चक्की पाएको	प्रतिशत	१२७	६२	६४
अनुमानित जीवित जन्म मध्ये संस्थागत सुत्केरी भएको	प्रतिशत	११६	११०	८६
अनुमानित जीवित जन्म मध्ये दक्ष प्रस्तुतीकर्मीले (स्वा.सं. र घरमा) गराएको	प्रतिशत	११६	११०	८६
जम्मा प्रसुती मध्ये भ्याकुम, फोरसेप र शल्यकृयाद्वारा स्वा.सं. मा प्रसुती गराईएको	प्रतिशत	३८	३९	४४
जीवित जन्म मध्ये उत्तर प्रसुती कम्तीमा ३ पटक सेवा दिएको	प्रतिशत	१७	१७	२०

अनुमानित जीवित जन्म मध्ये सुत्केरी महिला (४२ दिन भित्र) लाई भिटामिन ए	प्रतिशत	६५	३६	३७
जम्मा संस्थागत प्रसुती भएका महिला मध्ये यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	प्रतिशत	४९	८३	९६
शिशु मृत्यु	संख्या	२१	४५	३१
मातृ मृत्यु	संख्या	७	३	६
आधारभूत गर्भपतन सेवा (MVA) औजारद्वारा गर्भपतन	संख्या	२७२५	१६११	१०१३
आधारभुत गर्भपतन सेवा (MA) औषधीद्वारा गर्भपतन	संख्या	२६४१	२१९१	१९१०
२० वर्ष मुनिका गर्भपतन सेवा लिने महिलाहरू	प्रतिशत	१६.८	९.५	१४.९९
गर्भपतनको जटिलता	संख्या	४७	३७	१३
गर्भपतन पश्चात् लामो अवधिको प.नि. साधन प्रयोगकर्ता	प्रतिशत	७.१	८.६	१०.२२
अपुरो गर्भपतन पश्चात् दिईएको सेवा PAC	संख्या	६२१	४६४	३७८
ज) परिवार नियोजन				
प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत (All modern method)	प्रतिशत	९.२	७.९	४.४
आईयुसिडीका नयाँ प्रयोगकर्ता	संख्या	१०४६	४५२	३४१
ईम्प्लान्टका नयाँ प्रयोगकर्ता	संख्या	१४४१	१२५३	१७९४
अस्थाई प.नि. साधन हाल प्रयोगकर्ता दर- CPR (WRA)	प्रतिशत	१३	१२	१०
हाल प्रयोगकर्ता-कण्डम	संख्या	३३७६	२८८६	२५
हाल प्रयोगकर्ता-पिल्स	संख्या	१९०४	१६४१	१८९६
हाल प्रयोगकर्ता-डिपो	संख्या	२६७९	१९४२	२१६९
हाल प्रयोगकर्ता-आई.यु.सि.डि.	संख्या	८१०१	६७३९	६०६०
हाल प्रयोगकर्ता-इम्प्लाण्ट	संख्या	५३०७	७२६०	७७७६
झ) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यक्रम				
कुल महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक संख्या	संख्या	१०५०	१०५०	१०५०
आमा समूह वैठक सञ्चालन	प्रतिशत	८९	७७	६९
ञ) औलो-कालाजार				
कालाजार पोजेटिभ विरामी	संख्या	०	०	०

जम्मा स्लाईड परीक्षण (आरडिटि समेत)	संख्या	३१५९	१९७२	७४५
मलेरिया पोजेटिभ (पिभी, पिएफ, पि मिक्स)	संख्या	१२	४	५
मलेरिया पोजेटिभ (स्थानीय, आयतित)	संख्या	१२	४	५
ट) क्षयरोग				
सबै प्रकारका विरामीहरूको केश नोटिफिकेसन दर	प्रति एकलाख	४५	८५	७८
नयाँ तथा पुनः रोग दोहोरिएका पि.बि.सि. केश	प्रति एकलाख	४२	३६	७४
नोटिफिकेसन दर				
नयाँ खकार पोजिटिभ मध्ये उपचार सफलता दर	प्रतिशत	९५	९१	९२
ठ) कुष्ठरोग				
कृष्ठरोगका नयाँ विरामी दर	प्रति एक लाख	४.६	४.६	३.९
कुष्ठरोगमा हाल रहेका विरामी दर	प्रति दशहजार	०.५१	०.४३	०.५७
बच्चा विरामी दर (१४ वर्ष मुनिका नयाँ विरामी मध्ये)	प्रतिशत	७	१५	९.५
जम्मा असमर्थता भएका विरामी (दोस्रो तह नयाँ विरामी मध्ये)	संख्या	२	१	२
ड) एच.आई.भी. र एड्स				
गर्भवती महिलाहरूको गर्भ जाँच गर्दा एच.आई.भी. परीक्षण	प्रतिशत	५१	६४	८०
गर्भवती महिलाहरूको एच.आई.भी. परीक्षण गर्दा पोजिटिभ भएका	संख्या	०	०	६
ढ) उपचारात्मक सेवा				
नयाँ बहिरंग बिरामीहरू	संख्या	८,५९,८५५	६,६८,६२९	५,३७,४८५
कुल जनसंख्यामा नयाँ बहिरंग विरामीको प्रतिशत	प्रतिशत	१५१	११५	९१
नयाँ बहिरंग विरामी मध्ये महिला विरामीहरू	प्रतिशत	५४	५५	५५

विषय सूची

अध्याय-१		**१-७**
१.१.	पृष्ठभूमी	१
१.१.१	कास्की जिल्लाको परिचय	१
१.१.२	ऐतिहासिक पृष्ठभूमि तथा नामाकरण	१
१.१.३	भौगोलिक तथा राजनैतिक अवस्था	२
१.१.४.	प्राकृतिक विभाजन/भौगोलिक संरचना	२
१.१.५.	भू–सतह	३
१.१.६.	सिमाना	४
१.१.७.	हावापानी	४
१.१.८.	प्रमुख नदीनाला तथा प्रमुख तालतलैयाहरू:	५
१.१.९.	प्रमुख ऐतिहासिक एवम् धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्र:	५
१.२.	प्रतिवेदनको उद्देश्य	६
१.३.	प्रतिवेदन निर्माण प्रक्रिया	६
१.३.१.	समिक्षा कार्यक्रममा गरिएका कार्यहरु:	६
१.३.२	स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालीका:	७
अध्याय-२: बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम		**८-२२**
२.१	राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम	८
२.२	पोषण कार्यक्रम	१८
२.३	समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम	२०
अध्याय-३: परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम		**२३-३५**
३.१	परिवार नियोजन	२४
३.२	सुरक्षित मातृत्व	२८
३.३	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	३१
३.४	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम	३२
अध्याय-४: इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम		**३६-५५**
४.१	औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	३६
४.२	कोभिड–१९ रोग नियन्त्रण तथा कोभिड–१९ खोप व्यवस्थापन	४०
४.३	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम	४३
४.४	कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम	५०
४.५	एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	५४
अध्याय ५: उपचारात्मक कार्यक्रम		**५६-५९**
५.१	उचारात्मक सेवाको उद्देश्य	५६
५.२	उपचरात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था	५७
५.३	लिङग अनुसार वहिरंग सेवा लिन आएका विवरण	५७
५.४	प्रमुख १० रोगहरु	५८
अध्याय ६: स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम		**६०-६४**

६.१	स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली	६०
६.२	योजना सुपरिवक्षण अनुगमन तथा मूल्याङकन	६१
६.३	वित्तिय व्यवस्थापन	६१
६.४	आपूर्ति व्यवस्थापन	६१
६.५	मानव संशाधन व्यवस्थापन	६२
६.६	निर्माण तथा मर्मत संभार	६२
६.७	तालिम र स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार कार्यक्रम	६२
६.८	स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको कार्यसम्पादन	६३

चित्र सूचि

चित्र नं. १	स्थानिय तह अनुसार कास्की जिल्ला	५
चित्र नं. २	स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालिका	७
चित्र नं. ३	खोप केन्द्र सञ्चालन विवरण	९
चित्र नं. ४	विगत ३ वर्षको खोप कभरेजको तुलनात्मक स्थिति	१०
चित्र नं. ५	पालिका अनुसार वि.सि.जी खोपको कभरेज	११
चित्र नं. ६	पालिका अनुसार डिपिटि-हेप विरहिव १ तथा पोलियो १ को कभरेज	११
चित्र नं. ७	पालिका अनुसार डिपिटि-हेप विरहिव ३ तथा पोलियो ३ को कभरेज	१२
चित्र नं. १०	पालिका अनुसार दादुरारुबेला पहिलो मात्रा कभरेज	१२
चित्र नं. ११	पालिका अनुसार जे.ई. कभरेज	१३
चित्र नं. १२	पालिका अनुसार दादुरा/रुबेला दोस्रो मात्रा कभरेज	१३
चित्र नं. १३	पालिका अनुसार टी.डी २ र २ + खोप कभरेज	१४
चित्र नं. १४	भ्याक्सीन खेर जाने दर	१५
चित्र नं. १५	दुई वर्ष मुनिका वालवालिकाहरुको पोषण स्थिति	१८
चित्र नं. १६	आईरन चक्की खाने गर्भवती महिलाको स्थिति	२०
चित्र नं. १७	झाडापखालाका नयाँ बिरामी दर	२१
चित्र नं. १८	बिगत ३ वर्षको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ बिरामी, निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशत	२१
चित्र नं. १९	प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत	२६
चित्र नं. २०	परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर	२७
चित्र नं २१	पहिलो पटक र चौथो पटक गर्भ जाँच गराएको प्रतिशत	२८
चित्र नं. २२	स्वास्थ्य संस्थामा गराईएको सुत्केरी प्रतिशत	२९
चित्र नं. २३	पहिलो पटक सुत्केरी जाँच गराएको प्रतिशत	२९
चित्र नं. २४	सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा	३०
चित्र नं. २५	शिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु, र मृत जन्म संख्या	३०
चित्र नं. २६	कास्की जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको स्थिती	३८
चित्र नं. २७	केश नोटिफिकेसन दर र नयाँ खकार पोजिटिभ मध्ये उपचार सफलता दर	४८
चित्र नं. २८	उपचारमा रहेका बिरामीको भार र नयाँ बिरामी पत्ता लगाएको दर	५३
चित्र नं २९	गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्वन्धी विवरण	५४
चित्र नं. ३०	जम्मा नयाँ बहिरङ सेवा पाएका सेवाग्राहीको विवरण	५७
चित्र नं. ३१	वहिरंगबाट जम्मा सेवाग्राहीहरु मध्ये पुरुष र महिलाको प्रतिशत	५७

तालिका सूचि

तालिका नं. १	खोप छुट दर	१५
तालिका नं. २	पालिका वर्गीकरण आ.व. २०७७/७८	१६
तालिका नं. ३	लामो अवधिको लागि परिवार नियोजन सेवा	२५
तालिका नं. ४	गर्भान्तरको लागि प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको विवरण	२६
तालिका नं. ५	गाँउघर क्लिनिकबाट दिएको सेवा तथा प्रतिवेदनको अवस्था	३२
तालिका नं. ६	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले दिएको सेवा तथा प्रतिवेदनको अवस्था	३३
तालिका नं. ७	आ.ब २०७७/७८ को असार मसान्तसम्म कोभिड-१९ रोगको संक्रमणको अवस्था	४२
तालिका नं. ८	२०७८ असार मसान्त सम्म कोभिड-१९ खोपको प्रगती विवरण	४२
तालिका नं. ९	प्रमूख दश रोगहरु	५८
तालिका नं. १०	मासिक प्रतिवेदनको अवस्था	६३
तालिका नं. ११	सरदर सेवा दिएको संख्या प्रति दिनर प्रति क्लिनिक र प्रतिवेदन अवधि	६४

अनुसुचि:

अनुसुचि १	स्वास्थ्य कार्यालयको हालको दरबन्दी र पदपूती विवरण	६५
अनुसुची २	स्वास्थ्य कार्यालय कास्कीमा हाल कार्यरत कर्मचारीहरुको नाम र सम्पर्क नं.	६६
अनुसुचि ३	कास्की जिल्लाका स्थानिय तहको स्वास्थ्य महाशाखा र शाखामा कार्यरत कर्मचारीहरुको विवरण	६७
अनुसुचि ४	स्वास्थ्य संग सम्बन्धित राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय दिबसहरु	६८
अनुसुचि ५	प्रदेश स्वास्थ्य कार्यालयको कार्यविवरण	७०
अनुसुचि ६	**Selected Indicators used in Public Health System in Nepal**	७१

गण्डकी प्रदेश स्वास्थ्य नीति २०७८

भौगोलिक, सास्कृतिक, सामाजिक र आर्थिक परिवेशका साथै विद्यमान स्वास्थ्य सेवामा देखिएका समस्या, चुनौती र अवसरलाई मध्यनजर गर्दै सम्पूर्ण नागरिकको स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच, उपभोग र गुणस्तरियता कायम राख्नका लागि प्रदेश सरकारले देहाय बमोजिमका नीतिहरु अबलम्बन गरेको छ ।

१. निःशुल्क रुपमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा,आकास्मिक स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाइनेछ ।

२. प्रजनन स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य किशोरावस्थाको स्वास्थ्यमा सुधार गरी खोप सेवा र पोषण सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउदै लगिनेछ ।

३. विशेषज्ञ र विशिष्टिकृत (मुटु,मृगौला, कलेजो, क्यान्सर र मानसिक रोग) स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गरी गुणस्तरीय सेवाकमा सबैको पहुँच वृद्धि गर्नै लगिनेछ ।

४. मुख, नाक, कान,घाँटी र आँखा सम्बन्धी स्वास्थ्य सेवालाई वर्तमान स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा एकीकृत गरी सञ्चालन गरिनेछ ।

५. सीप मिश्रीत, विशेषज्ञ र विशिष्टीकृत सहितको दक्ष जनशक्तीबाट सेवा दिईनेछ ।

६. स्वास्थ्य संस्थामा औषधी, औषधीरचिकित्साजन्य सामग्री तथा भ्याक्सिनको अटुट रुपमा आपूर्तीको व्यवस्था गरिनेछ ।

७. एक चिकित्सकरस्वास्थ्यकर्मी, एक स्वास्थ्य संस्था नीति अबलम्बन गरिनेछ ।

८. आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सालाई प्रवर्धन गरिनेछ ।

९. गैरसरकारी, निजि, सामुदायिक, सहकारी साझेदारीको अवधारण अवलम्बन गरिनेछ ।

१०. स्वास्थ्य प्रणालीमा सुशासन कायम गरिनेछ ।

११. स्वास्थ्य योजनालाई तथ्यपरक बनाईनेछ र योजना बनाउन स्वास्थ्य अनुसन्धानलाई जोड दिईनेछ ।

१२. पूर्ण डिजिटल अभिलेख र प्रतिवेदन प्रणालीको विकास गरिनेछ ।

१३. स्वास्थ्य सेवामा लगानी वृद्धि गर्दै स्वास्थ्य उपचारमा नागरिकको व्यक्तिगत खर्च क्रमशः घटाउदै लगिनेछ ।

१४. स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमलाई सुदृढीकरण गर्दै गुणस्तरीय बनाउदै लगिनेछ ।

१५. मेडिकल पर्यटनको नीति अवलम्बन गरिनेछ ।

१६. विपद् तथा महामारीजन्य रोगको नियन्त्रण गर्ने तथा रोकथाम गरिनेछ ।

१७. मानसिक रोग, नसर्ने रोग,जलवायु परिवर्तनद्वारा सिर्जित रोगको रोकथाम,नियन्त्रण र उपचारका लागि प्राथामिकता दिईनेछ ।

१८. बढ्दो शहरीकरण, आन्तरिक तथा बाह्य बसाईसराई जस्ता विषयहरुको समयानुकूल व्यवस्थापन गर्दै यसबाट हुने जनस्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या समाधान गरिनेछ ।

अध्याय-१

१.१. पृष्ठभूमी

१.१.१ कास्की जिल्लाको परिचय

नेपालको गण्डकी प्रदेश अन्तर्गत सुगम पहाडी जिल्लाको रुपमा रहेको कास्की जिल्ला समुन्द्र सतहबाट न्युनतम ४५० मिटरदेखि अधिकतम ८०९१ मिटरको उचाईसम्म फैलिएर रहेको छ । यसमा देशकै सबभन्दा ठुलो पोखरा महानगरपालिका र ४ वटा गाउँपालिका रहेको कास्की जिल्ला नेपालको केन्द्र भाग (Centriod) मा अवस्थित कास्की जिल्लाको आफ्नै ऐतिहासिक महत्व रहेको छ । माछापुच्छ्रे र अन्नपूर्ण हिमालको दक्षिणी काखमा अवस्थित प्राकृतिक सौन्दर्यताले भरिपूर्ण यस जिल्लाको अधिकांश स्थानबाट मनोरम हिमश्रृङखलाहरुको दृश्यावलोकन गर्न सकिन्छ । भौगोलिक तथा साँस्कृतिक विविधताको साथै आकर्षक पर्यावरणको कारण यो जिल्ला विश्वकै पर्यटकहरुको लागि आकर्षणको केन्द्र बन्न पुगेको छ । क्षेत्रफल र जनसंख्याको हिसाबले ७७ जिल्लाहरू मध्ये क्रमशः सत्ताइसौ र उन्नाईसौं स्थानमा रहेको यस जिल्लाको सदरमुकाम पोखरा नेपालकै सुन्दर र सफा नगरको रुपमा पहिचान राख्दछ। माछापुच्छ्रे र फेवातालको प्रतिबिम्ब, तालतलैया, सेती नदीको गल्छी, पाताले छांगो तथा मनमोहक हिमश्रृङ्खला यस जिल्लाका आभूषणको रुपमा रहेका छन् । यस जिल्लाको मनोरम प्राकृतिक सौन्दर्ययुक्त दृष्य र सँस्कृतिले ठुलो संख्यामा विदेशी पर्यटक समेत भित्र्याउन सक्षम छ । साथै विदेशी मुद्रा आर्जन गरी देशको अर्थतन्त्रलाई समेत टेवा पुर्याउन सामर्थ्य राख्दछ। आ.व. २०६७/०६८ मा कास्की जिल्लालाई नेपालको पहिलो खुल्ला दिशामुक्त जिल्ला घोषणा गरिएको थियो भने आ.व.२०७४/०७५ मा पुर्णखोप जिल्ला घोषित भएको थियो ।

१.१.२ ऐतिहासिक पृष्ठभूमि तथा नामाकरण

क) ऐतिहासिक पृष्ठभूमिः

कास्की जिल्लामा प्राग ऐतिहासिक काल (Pre-historic period) देखि नै मानव बसोबास रहेको अनुमान छ । नेपालको इतिहासको प्राचिनकालमा कास्की जिल्ला केन्द्रीय शासनकै अधिनमा रहेको थियो । मल्लकालको शुरूवात पश्चात् बिक्रमको बाह्रौ शताब्दीसम्म पनि कर्णाली प्रदेशमा खसहरुको प्रभाव फैलिनुपूर्व कास्की केन्द्रकै अधिनमा रहेको दथियो । बिक्रम सम्वतको बाह्रौं देखि चौधौं शताब्दीसम्म खसिया मल्लहरुको शक्ति मजबुत भई कास्की त्यसबेला खसिय मल्लहरुको अधिनमा रहेको मानिन्छ । खस मल्लहरुको पतन पछि शाहबंशीय ठकुरी राजाहरुको उदयकालसम्म कास्कीमा गुरूङहरुको शासन रहेको कुरा इतिहासमा उल्लेख गरिएको पाइन्छ ।

बिचित्रखान देखि सिद्धि नारायण शाहसम्म कास्कीमा ठकुरी शाहबंशको शासन चल्यो । शाह बंशकै अधिनमा चौबिसे राज्य अन्तर्गत पर्ने यो राज्य शाहबंशीय राजा श्री ५ पृथ्वीनारायण शाहद्वारा थालिएको एकिकरण अभियानकै क्रममा वि.सं. १८४२ मा राजेन्द्रलक्ष्मीको नायवीकालमा विशाल नेपालमा बिलय भयो । सन् १८४६ को कोत पर्वपछि नेपालमा राणाशासन शुरूवात पश्चात् सन् १८५७ मा जंगबहादुर राणा शक्तिशाली बनी कास्की र लमजुङको श्री ३ महाराज बन्न पुगे । वि.सं.२००७ सालमा प्रजातन्त्रको उदय पश्चात् कास्कीले राणा प्रधानमन्त्रीको विशेष अधिकारबाट मुक्ति पायो ।

ख) नामाकरणः

जिल्लाको नामाकरण सम्वन्धमा ठोस प्रामाणिक एवम् सर्वमान्य आधार भेटिदैन तापनि नामाकरण बारेमा केही किंवदन्ती एवम् मान्यताहरु पाइन्छन् जसलाई निम्न वमोजिम उल्लेख गरिएको पाइन्छ ।

१. काश्यप ऋषिले कास्कीकोटमा वसी काश्यप संहिता नामक अमूल्य आयुर्वेदिक ग्रन्थ रचना गरेका र काश्यप ऋषिको तपोभूमी रहेको कारण उनैको नामबाट अपभ्रंस भई कास्की नाम रहन गएको ।

२. पहेलो कपडा लगाउने सन्यासीहरुलाई काषायकी भनिने र त्यस्ता सन्यासीहरुको बसोवास क्षेत्र रहेकाले सोही नामबाट अपभ्रंस भई कास्की नाम रहन गएको ।

३. प्राकृतिक खनिज श्रोत प्रशस्त मात्रामा पाइने ठाँउलाइ कोषकास भनिने र यस जिल्लामा प्राकृतिक खनिज श्रोत प्रशस्त पाईने अर्थमा सोही शब्दबाट अपभ्रंस भई कास्की नाम रहन गएको ।

४. कासैकासको टार र पाटन रहेको कारण कास्की नाम रहन गएको ।

५. तमु भाषामा कास भन्नाले कछाड“खिब” भन्नाले लगाउने अर्थात कछाड लगाउनेहरु बस्ने ठाँउ भन्ने अर्थमा कास्की नाम रहन गएको ।

१.१.३ भौगोलिक तथा राजनैतिक अवस्था

देशान्तरः ८३°४०” देखि ८४°१२” पुर्वि देशान्तर

अक्षांशः २८°०६” देखि २८°३६” उत्तरी अक्षांश

उचाइः समु सतहबाट ४५० मिटर (मादी नदीको किनार) देखि ८०९१ मिटर (अन्नपूर्ण हिमाल) सम्म सदरमुकामको उचाइः समु सतहबाट ७५० मिटर ।

क्षेत्रफलः २,०१,७०० हेक्टर कुल क्षेत्रफल मध्ये २० प्रतिशत आवादी, ५.७४ प्रतिशत हिउँले ढाकेको, ३९.९६ प्रतिशत वनजङ्गल, ३.९६ प्रतिशत बांझो नदी नाला चट्टान, पर्ति र ३० प्रतिशत विविध किसिमको क्षेत्र छ ।

औषत लम्बाइः करीब ६३ कि.मि.

औषत चौडाइः करीब ५० कि.मि.

राजनैतिक विभाजनः

- गाँउपालिका-४
- महानगरपालीका-१
- निर्वाचन क्षेत्र-३

१.१.४. प्राकृतिक विभाजन/भौगोलिक संरचनाः

मुख्यतः जिल्लाको भू-भाग पहाडी र उच्च हिमाली क्षेत्रमा फैलिएर रहेको छ । भौगोलिक संरचनाको आधारमा जिल्लालाई पाँच प्रमुख क्षेत्रमा बिभाजन गर्न सकिन्छ ।

क. उच्च हिमाली पत्रे तथा परिवर्तित चट्टानी क्षेत्रः समुन्द्र सतहदेखि ४००० मी. भन्दा माथिको वर्षभरी हिउँले ढाकिने भू-भाग यस अर्न्तगत पर्दछ ।

ख. घनपोखरा समूहः यो क्षेत्र अत्यन्त कमजोर भू-वनोट अन्तर्गत पर्दछ । यसै क्षेत्रमा Main Central Thrust भनिने सम्वेदनशील भौगोलिक जोर्नीका पेटीले जिल्लाको लगभग १५०० देखि २००० मीटरको उचाई क्षेत्रमा पूर्व-पश्चिम काटेको छ । यो क्षेत्र पहिरो जाने र भूकम्पको केन्द्र विन्दुको लागि अत्यन्त प्रमुख मानिन्छ । त्यसैले ठूला निर्माण कार्यको लागि यस क्षेत्रमा ठूलो सावधानी लिनुपर्ने देखिन्छ ।

ग. नाउडाँडा समूहः यो क्षेत्र घनपोखरा समूहको दक्षिणमा अवस्थित छ । यसमा खासगरी कमजोर चट्टान वाहुल्य छ । यो क्षेत्रमा अति वर्षा हुने हुँदा पहिरो जाने वढी सम्भावना रहन्छ ।

घ. सेती समूहः यो समूह खास गरी पोखरा उपत्यकामा अवस्थित छ । प्राचिन समयमा माछापुच्छ्रेदेखि उत्तर तर्फको ठूलो हिउँ बाँध (Morainic Dam) फुटेर अकस्मात पोखरा उपत्यकामा रोडा र गिटि थुप्रिन गई निर्माण भएको समतल नदीका टार क्षेत्र र गण्डकीका तरा यस समूहमा पर्दछन् । यसमा पनि निर्माण समयावधीका आधारमा कुनै निकै पुराना छन् र त्यहाँ भुङ्गान (भ्वान) पर्ने क्रिया देखिन्छ भने कुनै नयाँ र कठोर सिमेन्टेड (गेडुला ढुङ्गाको जमोट) अवस्थामा छन् । भुगर्भवेत्ताहरुले यसलाई पनि विभिन्न उप-समूहमा राखी पोखरा उपत्यकाको वस्ती आयोजनालाई सुझाव दिएका छन् ।

ङ. अन्य समूहः यसमा जिल्लाको दक्षिणी भागमा वर-साम्मी मट्खिाना र पश्चिममा उल्लेरी निर्माण समूह पर्दछन् । यी क्षेत्रमा सामान्य फिलाइट समूहका चट्टान छन् । अन्य पहाडी क्षेत्रको तुलनामा केही स्थिर भू-वनोट छ ।

१.१.५. भू-सतहः

जिल्लाको भू-संरचना जटील भएको कारण यसको भू-सतह (High Himalayan Massit-HHM) पनि उत्तिकै जटील छ । भू-सतहको आकृतिका आधारमा जिल्लाको भू-क्षेत्रलाई तीन प्रमुख किसिममा विभाजन गर्न सकिन्छ ।

क. उच्च हिमाली क्षेत्र (Permanent Snowhite)ः समुन्द्री सतहबाट लगभग ३५०० मीटर देखि माथिको भू-गलाई यस समूहमा राख्न सकिन्छ । अधिक उचाईको कारण यस भन्दा माथि लामो समय हिउँद्वारा ढाकिरहन्छ । जिल्लाको सम्पूर्ण भू-भाग अन्नपूर्ण श्रृंखलाको दक्षिणी मोहोडामा परेको हुँदा स्थायी हिमरेखा (Permanent Snowhite) ४५०० मीटरको उचाई भन्दा माथि रहेको छ । स्थायी हिमरेखा माथि अनवरत हिउँका प्रक्रिया रहेतापनि यस क्षेत्रको तल्लो सिमान्त भू-भागमा अस्थायी हिउँका प्रक्रिया केन्द्रित रहन्छन् । यो क्षेत्रमा मात्र केही अधिक उचाईमा पाइने भोजपत्र, धुपी र काँडेदार झाडी पाइन्छ भने धेरै जसो समथर भागमा घाँसे चरन क्षेत्र छ । यस क्षेत्रमा गृष्मकालमा (असार-असोज सम्म) भेडा गोठ राख्ने चलन छ ।

ख. मध्यवर्ती पहाड तथा डाँडाहरु (Middle Mountain and Hills)ः जिल्लाको ३५०० मीटरदेखि तल भिरालो पाखा तथा होँचा डाँडाहरु यस क्षेत्रमा पर्दछन् । खास गरी होंचो पहाडीपाखा नदीनिर्मित टार तथा उपत्यकामा आएर समाहित हुने हुँदा यी भिराला पाखाहरु एकाएक अति जटिल र सम्वेद्धनशील छन् । यी पहाडी पाखामा होंचा र समथर भागमा मानव वस्ती र खेतीपाती केन्द्रित छन् भने अग्ला भागमा चरन, जङ्गल र भिरालो ठाउँमा भीर पाखा छन् । यी क्षेत्रमानै प्राचिन कालदेखि मानव वस्तीको लागि उपयुक्त हावापानी पाईने हुँदा पुराना वस्तीहरु केन्द्रित छन् । मानिस र मानिसका क्रियाकलापको अधिक चाप परिरहेका यी क्षेत्रहरु भू-वनोटको हिसावमा कमजोर र भिराला भएकाले पनि यो क्षेत्र निकै सम्वेदनशील छ ।

ग. पहाडी फेदी तथा मैदानी उपत्यका (Foot-hill and valley): भिराला पाखाहरुको तल्लो भाग तथा नदी र खोलाहरुको किनारी समथर भाग यस क्षेत्रमा पर्दछ वा खासगरी पोखरा उपत्यका भराभरी देखि कोत्रेखोला सम्म र अन्य मर्दी, याम्दी, हर्पन, विजयपुर, दोभान र स्याङखुदी खोलाहरुको तल्लो भाग ज्यादै विस्तृत छ। त्यस्तै सुरौदी खोलाको वेसी, मादी नदीको वेसी र मोदी नदीको वेसी जिल्लाका अरू मैदानी भाग हुन्। यी क्षेत्रमा प्राय नदीले थुपारेका वलौटो, पाँगो र तलैया माटो भएको कारण उत्पादनका लागि ज्यादै राम्रा छन्। तरपनि यी क्षेत्र नदी कटान र वाढीका लागि ज्यादै सम्वेदनशील छन्। पहाडका फेदीमा मध्यवर्ती भिराला पाखाबाट आएको पहिरोका पदार्थले पुर्ने क्रम ज्यादै जटील छ। मर्दी र ईदी खोला, हर्पनखोला, स्याङखुदी र दोभान खोला यसका प्रत्यक्ष उदाहरण हुन्। यो भू-भाग पहिला औलो (Malaria) र खपटे (एक प्रकारको टी.वी.) को ठूलो प्रभावमा रहेको कारण ऐतिहासिक कालमा ज्यादै पातलो बस्ती थियो। तर हालमा यो क्षेत्रमा यातायात, स्वास्थ्य सेवा र शहरी प्रभावको कारण ज्यादै घना जनआवादी छ।

१.१.६. सिमानाः

पूर्वः- लमजुङ, तनहूँ	पश्चिमः- म्याग्दी, पर्वत र स्याङजा
उत्तरः- मनाङ	दक्षिणः- तनहूँ र स्याङ्जा

१.१.७. हावापानीः

कास्की जिल्लाको भू-धरातलीय बनावटमा पाइने विविधताको परिणाम स्वरुप जलवायुमा पनि निकै बिषमता पाइन्छ। दक्षिणी होचो मैदानी र नदीका बेसीमा गृष्मकालमा ज्यादै गर्मी र हिउँदमा चिसो हुन्छ भने उत्तरी हिमाली भेगमा गृष्ममा पनि चिसो र हिँउद निकै ठण्डा हुन्छ। जिल्लाको उत्तर हिमालय श्रृंखला सहितका जिल्लाहरू जोडिएका र करिव हिमालको फेदीमा रहेकोले हिमाली क्षेत्रमा जाडोमा अति जाडो र शितोष्ण हावापानी र पोखरा नगरपालिका र छेउछाउमा समानान्तर एवम् मध्य पहाडी भू-भागमा समशितोष्ण खालको हावापानी पाइन्छ। तर अधिकांश गा.वि.स. हरूमा पर्वतीय प्रदेशमै भएकोले न गर्मी न जाडो समशितोष्ण खालको मनसुनी हावापानी पाईन्छ। वर्षा जेष्ठ आषाढ महिनामा शुरू भै भाद्र आश्विनमा समाप्त हुने र गर्मी महिनाको तुलनामा जाडो महिनामा कम वर्षा हुने गर्दछ। जिल्लामा अधिकतम तापक्रम अप्रिल महिनामा ३३०० से. सम्म र न्यूनतम तापक्रम जनवरीमा ५.६०० से. सम्म पोखरा बरावरको भूभागमा पाइन्छ। हिमश्रृंखलाका नजिक र हिउँले ढाकेको क्षेत्र तथा बस्तीहरूमा यो भन्दा धेरै कम तापक्रम रहेको हुन्छ। नेपालको अधिकांश ठांउहरूको तुलनामा पोखरामा अत्यन्त बढी बर्षा हुने गरेको पाईन्छ। पोखरामा अधिकतम् सन १९९१ मा ३३५३.३ मि.मि. वर्षा भएको अभिलेखबाट देखिन्छ। त्यसैले पोखरालाई नेपालको चेह्रापुञ्जी समेत भनेर चिनिन्छ। तापक्रम, वर्षा र मौसमको वितरणका आधारमा जिल्लामा निम्न पाँच प्रकारका हावापानी रहेको पाइन्छ।

१. उप-उष्ण जलवायु (Sub-tropical climate): जिल्लाको दक्षिणी भागमा होचो क्षेत्रमा १५०० मीटर उचाई सम्म पाइन्छ।

२. समशीतोष्ण (Temperate Climate): मध्ये पहाडी क्षेत्रका १५०० मीटर देखि २००० मीटर सम्मको उचाई क्षेत्रमा पाइन्छ।

३. समशीतोष्ण चिसो (Temperate cold climate): पहाडी क्षेत्रका २००० मीटर देखि ३००० मीटर सम्मको उचाईमा यो पाइन्छ। जिल्लाको प्रायजसो यस क्षेत्रमा मिश्रित कोणधारी जङ्गल फैलिएकोछ।

४. चिसो लेकाली हावापानी (Alpine climate): ३००० मीटर देखि माथी ४५०० मीटर सम्म उच्च लेकाली हावापानी पाइन्छ। यो क्षेत्र हिउँदमा हिउँ भित्र रहन्छ भने गृष्ममा न्यानो रहन्छ। घाँस, जडिवुटी र चरनका लागि यो क्षेत्र अति उपयोगी छ।

५. उच्च हिमाली हावापानी (Tundra Climate)ः ४५०० मीटर भन्दा माथि सधै भरी हिउँले ढाकिने क्षेत्रमा यो क्षेत्र पर्दछ।

१.१.८. प्रमुख नदीनाला तथा प्रमुख तालतलैयाहरूः

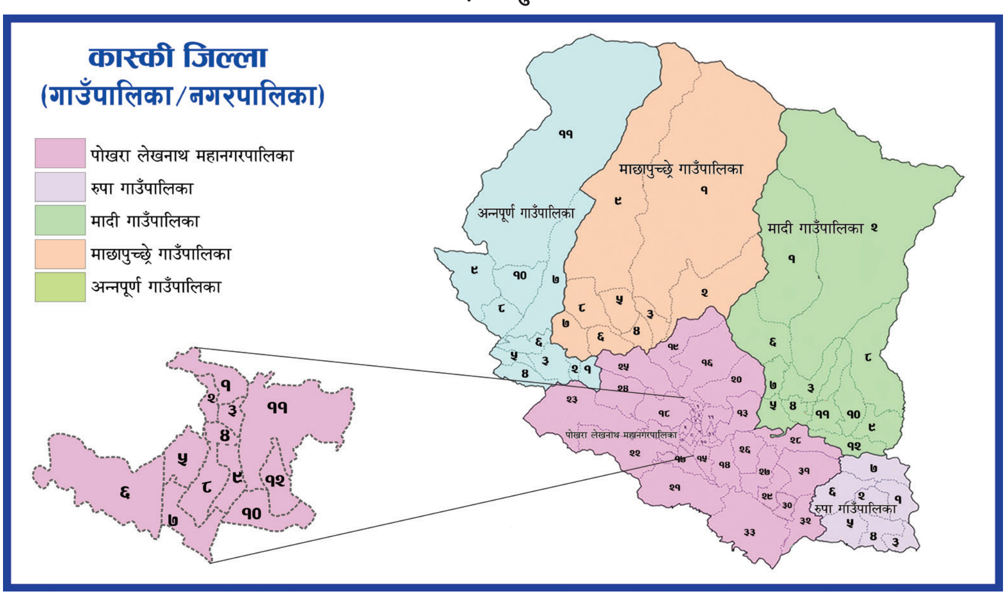
यस जिल्लाका प्रमुख नदीहरू सेती, मोदी र मादी हुन् भने विजयपुर, कोत्रे, इदी, काली, सार्दी, मर्दी, हर्पन, फुस्रे, काँहू आदि प्रमुख खोलाहरू हुन्। यसका साथै अन्य स-साना खोलानालाहरू पनि रहेका छन्। नेपालको दोश्रो ठूलो तालको रूपमा रहेको फेवाताल यस जिल्लाको महत्वपूर्ण र पर्यटकीय दृष्टिकोणले समेत चर्चित र सुन्दर ताल हो। यस अतिरिक्त अन्य तालहरू बेगनास, रूपा, दिपाङ, मैदी, न्यूरेनी, गुदे र खास्टे समेत यस जिल्लामा पर्दछन्।

१.१.९. प्रमुख ऐतिहासिक एवम् धार्मिक तथा पर्यटकीय क्षेत्रः

धार्मिक दृष्टिकोणले समेत कास्की जिल्ला महत्वपूर्ण छ। विन्दबासिनी, बाराही, भद्रकाली, गुप्तेश्वर महादेव, राम मन्दिर, नारायणस्थान, राधाकृष्ण मन्दिर, गीता मन्दिर, भगवति मन्दिर, कास्की कालिका प्रमुख तिर्थस्थलहरू हुन्। यी मठमन्दिरमा विभिन्न मेला पर्वहरूमा तिर्थयात्रीहरूको घुइचो लाग्ने गर्दछन्।

सराङ्कोटको पर्यटकीय स्वरुप, अर्मलाकोट (पुरानो घले राजाले राज्य गरेको ठाउँ), धारापानी शिवालय (ढिकुरपोखरी), ठुलीपोखरी (कास्कीकोट), विन्ध्यवासिनी मन्दिर, तालवाराही, भद्रकाली, बौद्ध गुम्वा, शान्ति स्तुप, कास्कीकोट, कालिका गुठी, कुलमण्डल शाह दरवार, भलामको हरीहर गुफा, सार्दीखोलाको नुनिलो तातोपानी, पुरून्चौरको तम्केल देउराली, गुप्तेश्वर महादेव (छोरेपाटन), पाताले छागो, महेन्द्र गुफा र अन्नपूर्ण, माछापुच्छ्रे, धवलागिरी जस्ता हिमालहरू यहाँका आकर्षणका केन्द्र विन्दु हुन्। अन्नपूर्ण वेसक्याम्प घान्द्रुक, छुमरूङ, पञ्चासे, सिकलेस, सराङ्कोट आदि स्थानहरू पनि पर्यटनका हिसावले उत्तिकै महत्वपूर्ण रहेका छन्।

चित्र नं.१ स्थानिय तह अनुसार कास्की जिल्लाः



१.२. प्रतिवेदनको उद्देश्यः

आधारभुत स्वास्थ सेवाका मुख्य सुचकहरूको विश्लेषण गर्ने ।

स्थानीय तहमा हाँसिल भएका प्रगतिहरूको अवस्था बारे जानकारी दिने ।

कमजोर क्षेत्रको पहिचान गरी भावी योजनाको प्राथिमिकिकरण गर्ने ।

स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीबाट प्राप्त सूचना, सेवा प्रदायक, सेवा ग्राही, अनुसन्धानकर्ता, योजनाकार, प्राज्ञ, सर्वसाधारण लगायत सरोकारवालालाई उपलव्ध गराउने ।

१.३. प्रतिवेदन निर्माण प्रक्रियाः

स्थानीय तहमा हुने मासिक समिक्षा बैठक, चौमासिक समिक्षा कार्यक्रम तथा वार्षिक समिक्षा कार्यक्रममा डाटा भेरिफिकेशनको माध्यमवाट तथ्याङ्कको गुणस्तर सुधार गर्ने गरिएको छ । यसै गरी आ.व. २०७७/७८ मा स्थानिय तहका भएको वार्षिक समिक्षा कार्यक्रम र स्थानिय तहको सहभागीतामा जिल्लास्तरिय समिक्षा मिति २०७८/०६/०७ र ०८ गते सञ्चालन गरिएको थियो । उक्त समिक्षामा स्थानीय तहमा कार्यक्रम सञ्चालन गर्दा आईपरेका समस्या र चुनौतीहरूका वारेमा छलफल गरिएको थियो । साथै उक्त समीक्षामा जनस्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको बारेमा सुक्ष्म रूपमा छलफल गरिएको थियो ।

१.३.१.समिक्षा कार्यक्रममा गरिएका कार्यहरुः

आ.व. २०७७/७८ मा प्राप्त वार्षिक कार्यक्रमहरूमा दिइएको लक्ष्य बमोजिम प्रगति हाँसिल भए, नभएको ।

बिगतका २ आ.व. का उपलव्धीहरूसँग गरिएको तुलनात्मक विश्लेषण सहितको प्रस्तुतीकरण गरिएको ।

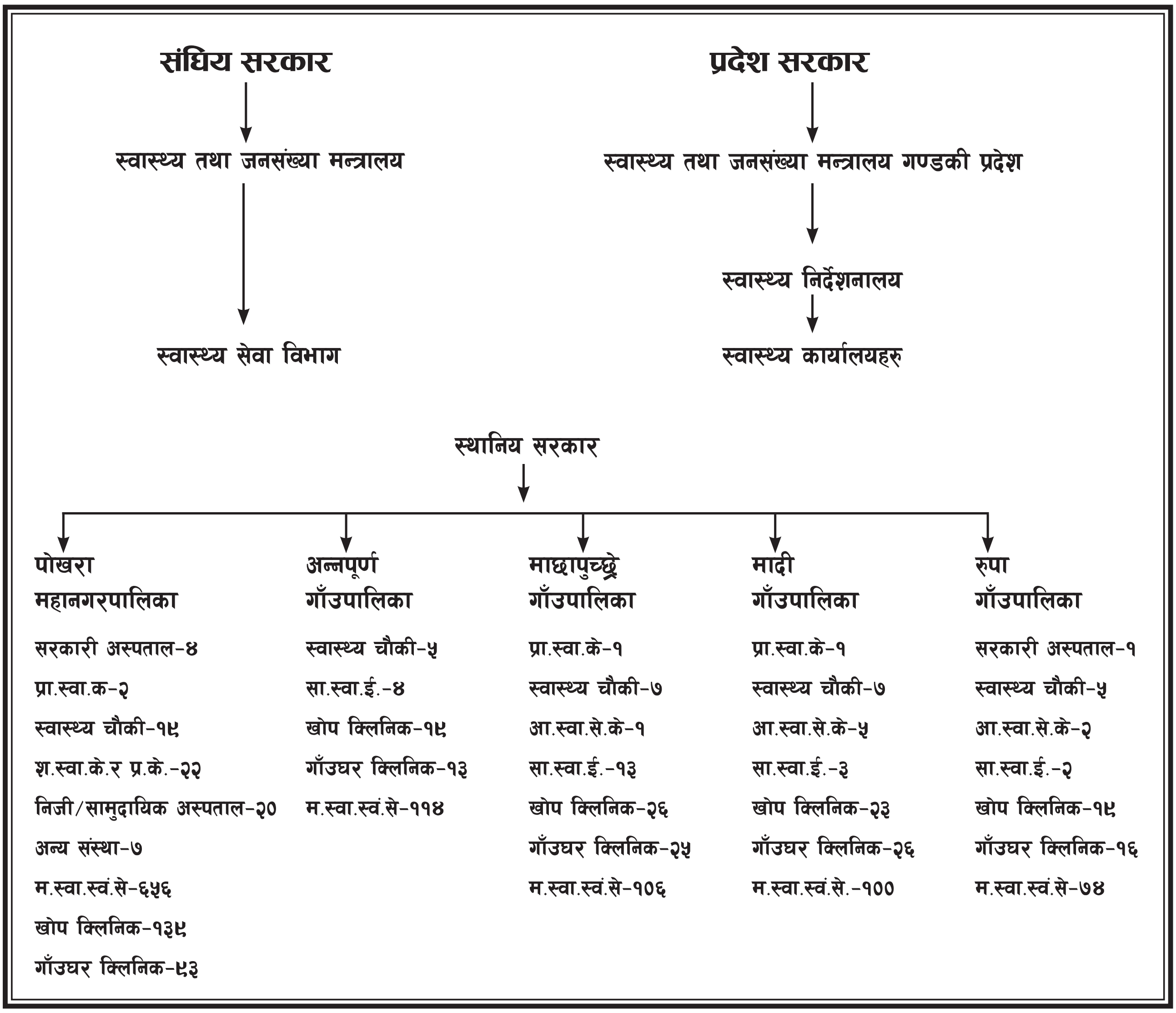
जनस्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गतका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दा देखा परेका समस्या र चुनौतीहरूको बिस्तृत रूपमा छलफल गरी देखा परेका चुनौती र समस्याहरूको समाधानका लागि उचित रणनीति र कार्यतालिका तयार गरिएको ।

वार्षिक समिक्षामा गरिएका विश्लेषण, छलफल र कार्यक्रमहरूका उपलव्धी बढाउन गरिएका सिफारिश र कार्ययोजनाका आधारमा प्रतिवेदन तयार पारिएको छ ।

१.३.२ स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालीकाः

जनताको अधिकतम स्वास्थ्य प्रवर्धन, पुर्नप्राप्ती, एवम् निरन्तरताको अवस्था कायम गर्न लाग्ने सबै स्वास्थ्य संरचना, श्रोतसाधन तथा मानव संसाधन र त्यसको व्यवस्थ्यापन स्वास्थ्य सेवा प्रणालीका अंगहरू हुन् ।

चित्र नं.२ स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तालिकाः



स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा कास्की जिल्ला भित्र १ महानगरपालिका र ४ गाउँपालिकामा ५ वटा सरकारी अस्पताल, ४ प्रा.स्वा.के., ४३ स्वास्थ्य चौकी, २२ वटा शहरी स्वास्थ्य प्रवर्धन केन्द्र, ८ वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, १३ वटा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई र २० वटा निजि मेडीकल कलेज र निजि अस्पताल तथा नर्सिङ होमका साथै पोलिक्लिनिक, फार्मेसी, आयुर्वेदिक क्लिनिक, होमियोप्याथी क्लिनिक, न्युरोप्याथीहरूले पनि सेवा प्रदान गरिरहेका छन् । उल्लेखित संस्थाहरूले मासिक रूपमा प्रतिवेदन गरिरहेका छन् । केही संस्थाहरूको प्रतिवेदन नियमित हुन सकेको छैन ।

अध्याय-२

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

नीतिगत व्यवस्था

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले वाल स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखेको छ । वाल स्वास्थ्य कार्यक्रममा राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम, पोषण, समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा वालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन मुख्य रहेका छन् । खोप कार्यक्रमलाई एउटा लागत प्रभावी कार्यक्रम मानिन्छ । खोपबाट वचाउन सकिने रोगहरू, पोषण सम्वन्धी समस्या र वालवालिकाहरूलाई लाग्ने अन्य रोगहरूवाट हुने वाल मृत्युदर घटाउन नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय प्रतिवद्ध छ । वाल मृत्युदर घटाएर सहश्राव्दी विकास लक्ष हासिल गर्ने देशहरूमध्ये नेपाल एक हो । वाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनलाई यो सफलताको जस पाउने कारण मानिन्छ ।

२.१ राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम

ध्येय (Goal)

खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरूबाट बालबालिकामा हुने बिरामीदर, मृत्युदर र अपाङ्गतादरलाई कम गर्नु राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको ध्येय हो ।

उद्देश्य (Objective)

बहुबर्षीय खोप योजना २०१७-२०२१ अनुसार राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमका उद्देश्यहरू यस प्रकार छन् ।

- सबै खोपहरूको कभरेज सबै तहमा ९० प्रतिशत भन्दा माथी पुऱ्याई सो कायम राख्ने ।
- गुणस्तरयुक्त खोपको पहुँच सुनिश्चित गर्ने र खोपजन्य फोहर सामाग्रीको उचित विर्सजन गर्ने ।
- पोलियो रोगको अवस्थालाई शुन्यमा कायम राख्ने ।
- सन् २००५ मा प्राप्त गरेको नवशिशु धनुष्टंकार रोगको निवारणको उपलब्धीलाई कायम राख्ने ।
- सन् २०१९को अन्तसम्ममा दादुरा रोगको निवारण गर्ने ।
- नयाँ तथा कम प्रयोग भएका खोपहरू समावेश गरी खोपबाट जोगाउन सकिने रोगहरूको नियन्त्रणलाई अझै बढावा दिने ।
- खोपबाट बचाउन सकिने रोगहरूको खोजपडताल (सर्भिलेन्स) कार्यलाई विस्तार गर्ने ।
- १ बर्षभन्दा बढी उमेर समूहको लागि खोप सेवा विस्तार गर्दै लैजाने ।

रणनीति (Strategy)

उल्लेखित उद्देश्य हासिल गर्नका लागि राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमले निम्न रणनीतिहरू अवलम्वन गरेको छः

REC सुक्ष्म योजनाको माध्यमबाट नियमिति खोप सेवालाई सवलिकरण गर्ने,

- नगर क्षेत्रमा खोप सेसनलाई सवलिकरण गर्ने,

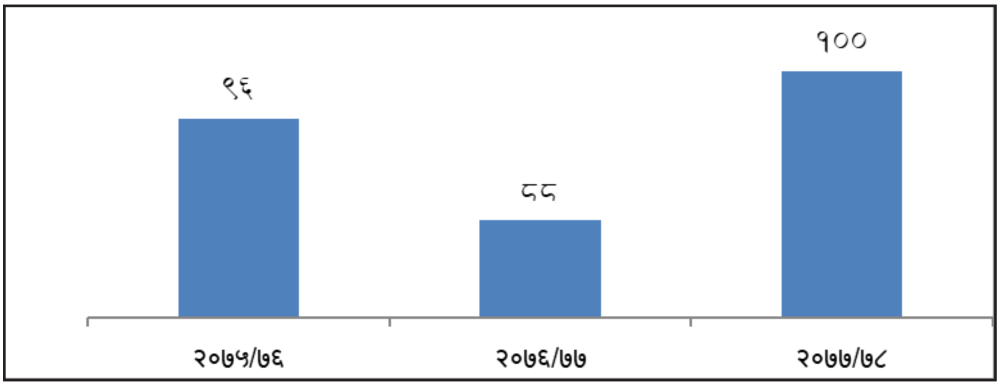
- जापानिज इन्सेफलाईीटस र दादुरा रोग नियन्त्रण तथा पोलियो रोग उन्मुलन गर्नको लागि खोजपडताल र पुरक खोप कृयाकलाप सञ्चालन गर्ने,
- टि.टि. खोपको कभरेज वढाई मातृ तथा नवशिशु धनुष्टंकार निवारणको अवस्था कायम राख्ने,
- ए.एफ.पि. सर्भिलेन्सलाई सुदृढ र विस्तार गरी खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरूको एकिकृत सर्भिलेन्स गर्ने तथा हिमोफिलस, इन्फलुइन्जा, रूवेला, न्युमोकोकस, र रोटाभाईरस जस्ता खोपवाट वचाउन सकिने अन्य रोगहरूको रोग भारको अवस्था नियमित अध्ययन गर्ने,
- DICC समिति AEFI समिति र ICC समितिहरूको आवधिक वैठक सञ्चालन गर्ने,
- मध्यम स्तरीय व्यवस्थापकको पुनर्ताजगी तालिम, कोल्डचेन, भ्याक्सिन व्यवस्थापन तालिम, मर्मत सम्भार तालिम, अन्तरदेशिय अवलोकन भ्रमण गराई खोप संग सम्बन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने,
- उपयुक्त प्रतिवेदन, अनुसन्धान र रेस्पोन्सको माध्यमवाट खोपवाट वचाउन सकिने रोगहरको महामारी नियन्त्रण गर्ने,
- सुरक्षित सुई नीतिको अभ्यास गरी खोप सेवाको गुणस्तर सुधार गर्ने,
- नयाँ र प्रयोगमा नआएका भ्याक्सिनहरूलाई रोगभारको आधारमा प्रयोगमा ल्याउने ।

२.१.१ नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति समिक्षा

खोप केन्द्र सञ्चालन तथा खोप कभरेज

आ.व. ०७७/७८ मा खोप कार्यक्रम तर्फ खोप केन्द्र सञ्चालन आ.व. ०७५/७६ तथा ०७६/७७ को तुलनामा सुधार भएको छ। आ.व. ०७५/७६ मा ९६ प्रतिशत, आ.व. ०७६/७७ मा ८८ प्रतिशत तथा आ.व. ०७७/७८ मा १०० प्रतिशतमा खोप केन्द्र सञ्चालन भएको प्रतिवेदन बाट देखिन्छ।

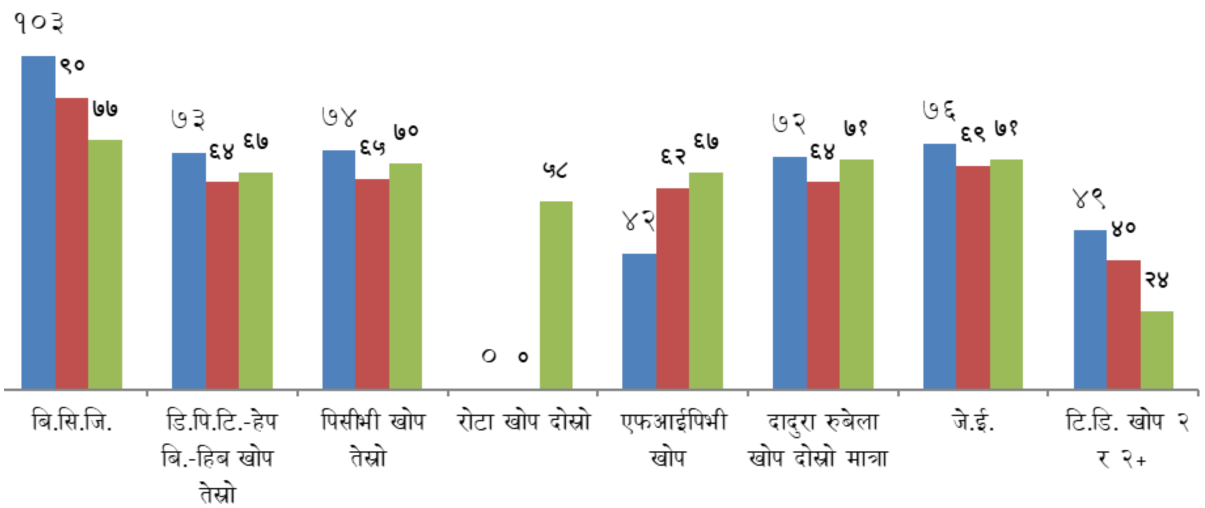
चित्र नं.३ खोप केन्द्र सञ्चालन विवरण



समग्र जिल्लाको नियमित खोप कार्यक्रमको प्रगति प्रतिशत गत वर्षको तुलनामा धैरै जसो खोपहरूको प्रगति घटेको छ। तथ्याङ्क अनुसार वि.सि.जि. खोप लगाउने बालवालिका ७७%, डि.पि.टी.-हेप बि-हिव-तेस्रो मात्रा लगाउने ६७%, पि.सि.भि खोप तेस्रो लगाउने ७०%, एफ आईपभी दोस्रो मात्रा लगाउने

६७, दादुरा-रूवेला दोस्रो मात्रा लगाउने ७१%, तथा जापानिज ईनसेफ्लाइटिस लगाउने ७१ प्रतिशत रहेका छन भने यसै वर्षबाट सञ्चालित रोटा खोपको दोस्रो मात्रा लगाउने बालबालिका ५८ प्रतिशत रहेको छन् । अनुमानित लक्षित जनसंख्या घटनु, खोप कार्यक्रमको स्वास्थ्य संस्था स्तरीय तथा जिल्ला स्तरीय सुक्ष्मयोजना सम्पन्न गरिनु तथा पूर्णखोप सुनिश्चितताको लागि जन्मेदेखि २३ महिना सम्मका बालबालिकाहरूको सुची निर्माण नगर्नाले खोप कार्यक्रममा सुधार हुन नसकेको हो ।

चित्र ४ विगत ३ वर्षको खोप कभरेजको तुलनात्मक स्थिति

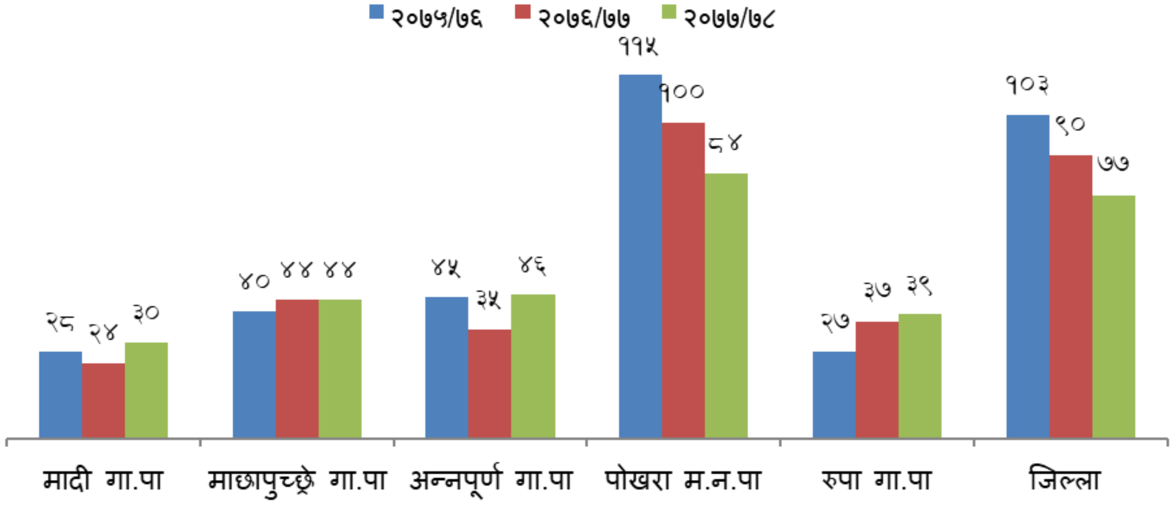


वि.सि.ज़ी खोप

कास्की जिल्लाको वि.सि.जी. खोपको कभरेज गत वर्षको ९० बाट घटेर ७७ प्रतिशतमा झरेको छ । लक्ष्यको तुलनामा ४ वटा गाँउपालिका तथा पोखरा महानगरपालिको प्रगति प्रतिशत हेर्दा पोखरा महानगरपालिकाको सवैभन्दा बढि ८४ प्रतिशत रहेको छ भने सबै भन्दा कम मादी गाँउपालिकाको ३० प्रतिशत प्रगति रहेको छ ।

पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पतालमा दैनिक बि.सि.जि. खोप सेवा प्रदान गरिनु, पोखरा महानगरपालिकामा बि.सि.जि. खोप कभरेज उच्च रहनुको प्रमुख कारण रहेको छ यद्यपी गत वर्ष कोरोना महामारीको जोखिमले उक्त अस्पतालमा सुत्केरी गराउनेको संख्या विगत वर्षको तुलनामा घटेको छ । पोखरामा रहेका सुविधा सम्पन्न मेडिकल कलेज, निजी अस्पताल, नर्सिङ् होमहरूमा प्रसुति सेवा लिन छिमेकी जिल्लाहरू पर्वत, स्याङ्जा, तनहुँ, बाग्लुङ्वाट समेत गर्भवती आमाहरू आउने र जन्मनासाथ लगाउनुपर्ने वि.सि.जि. खोप सेवा समेत लिने हुँदा पनि पोखरा नगर क्षेत्रमा कभरेज तुलनात्मक रूपमा उच्च देखिएको छ ।

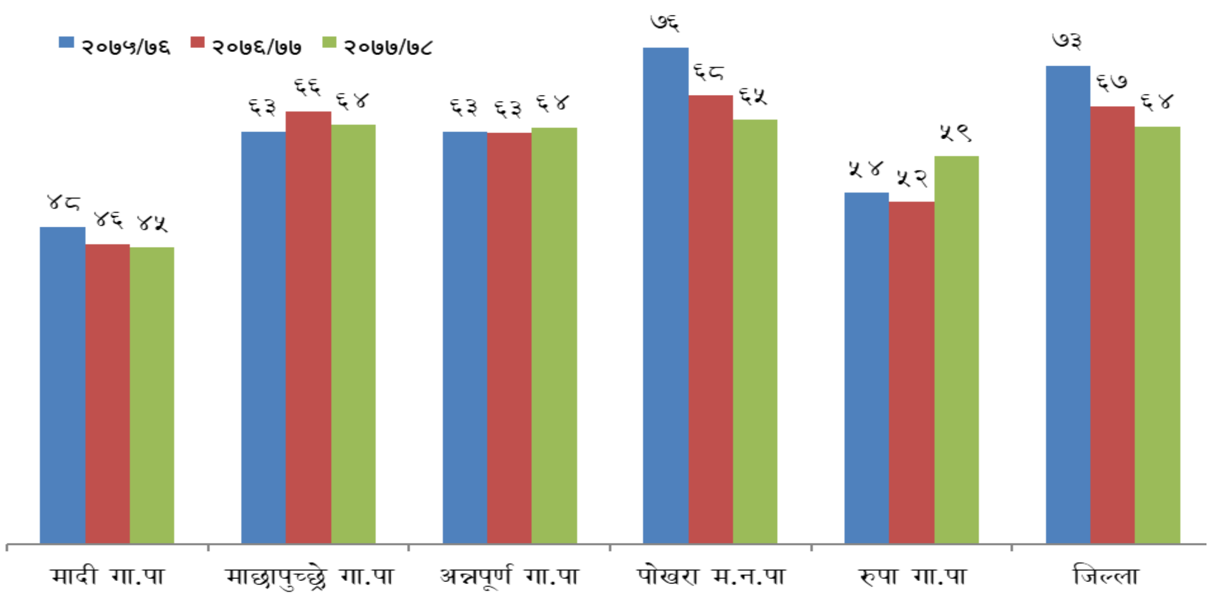
चित्र ५ पालिका अनुसार वि.सि.जी. खोपको कभरेज



डिपिटि–हेप वि–हिव १ तथा पोलियो १

कास्की जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव १ तथा पोलियो १ को कभरेज गत आ.व.को ७३ प्रतिशतबाट घटेर ६४ प्रतिशतमा झरेको छ। सबै भन्दा वढी कभरेज पोखरा महानगरपालिकाको ६५ प्रतिशत छ भने सवैभन्दा कम कभरेज मादी गाँउपालिकाको ४५ प्रतिशत छ। उक्त विवरणलाई तलको ग्राफ चित्रमा देखाइएको छ।

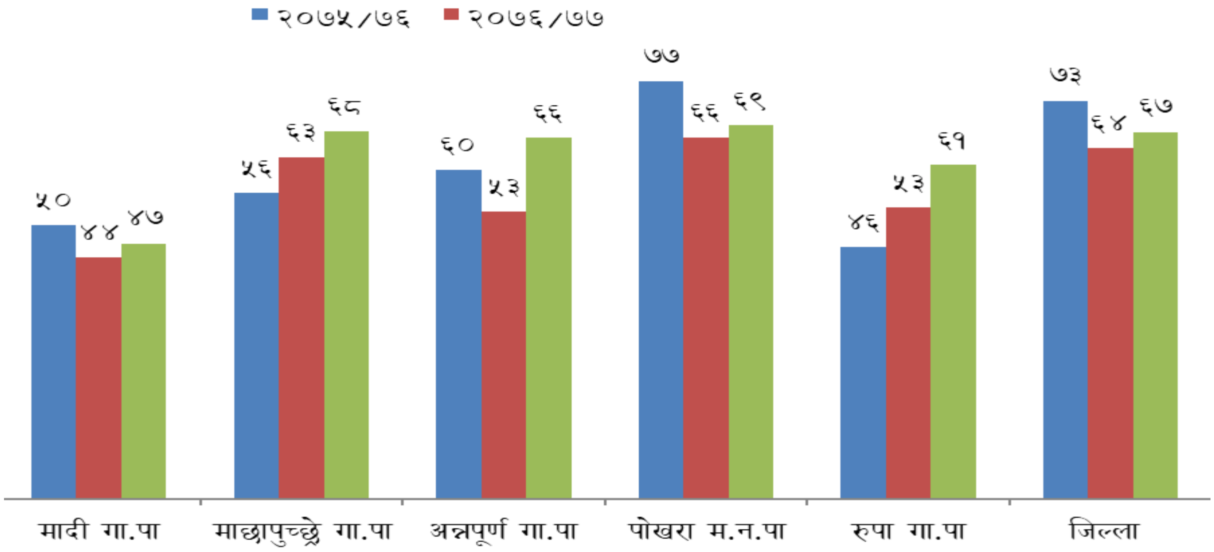
चित्र नं. ६ पालिका अनुसार डि.पि.टि.-हेप विरहिव १ तथा पोलियो १ को कभरेज:



डिपिटि–हेप विरहिव ३ तथा पोलियो ३ को कभरेज:

कास्की जिल्लाको डिपिटि-हेप वि-हिव ३ तथा पोलियो ३को कभरेज गत आ.व.को ६४ प्रतिशतवाट बढेर ६७ प्रतिशत पुगेको छ। सबै भन्दा वढी कभरेज पोखरा महानगरपालिकाको ६९ प्रतिशत छ भने सवैभन्दा कम कभरेज मादी गाँउपालिकाको ४७ प्रतिशत रहेको छ। (चित्र ७)

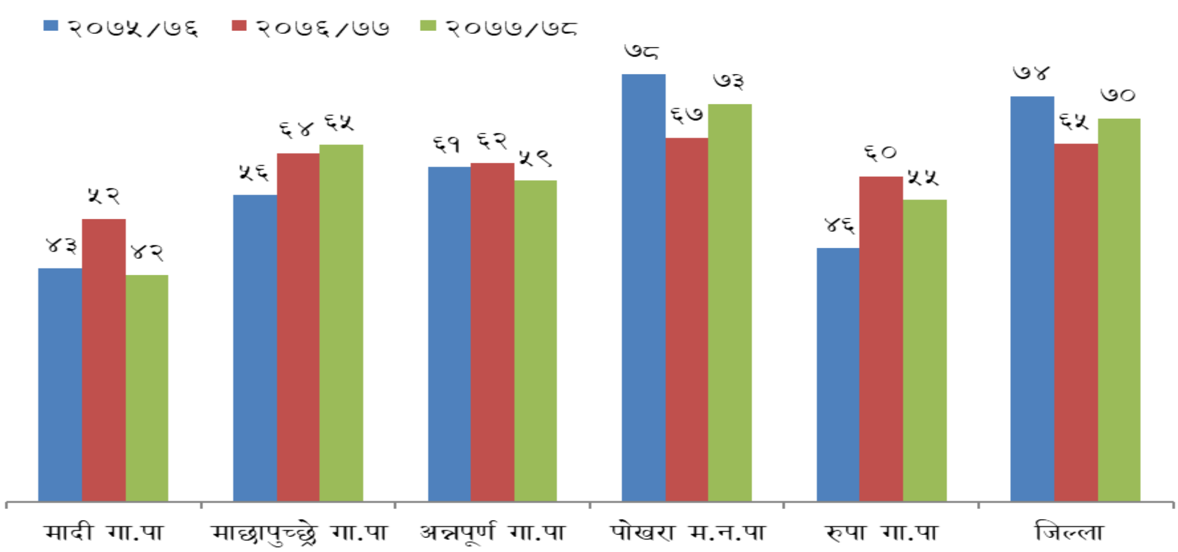
चित्र नं. ७ पालिका अनुसार डिपिटि-हेप विरहिव ३ तथा पोलियो ३को कभरेज:



दादुरा-रुवेला खोप पहिलो मात्राको प्रगति

दादुरारुवेला खोपको पहिलो मात्राको प्रगति आ.व. २०७५/७६ मा ७४ प्रतिशत, आ.व. ०७६/७७ मा ६५ प्रतिशतमा थियो भने आ.व. २०७७/७८ मा अघिल्लो वर्षको भन्दा बढेर ७० प्रतिशत भएको छ । सबै भन्दा वढी कभरेज पोखरा महानगरपालिकाको ७३ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज मादी गाँउपालिकाको ४२ प्रतिशत रहेको छ । (चित्र ८)

चित्र नं. ८ पालिका अनुसार दादुरारुबेला पहिलो मात्रा कभरेज

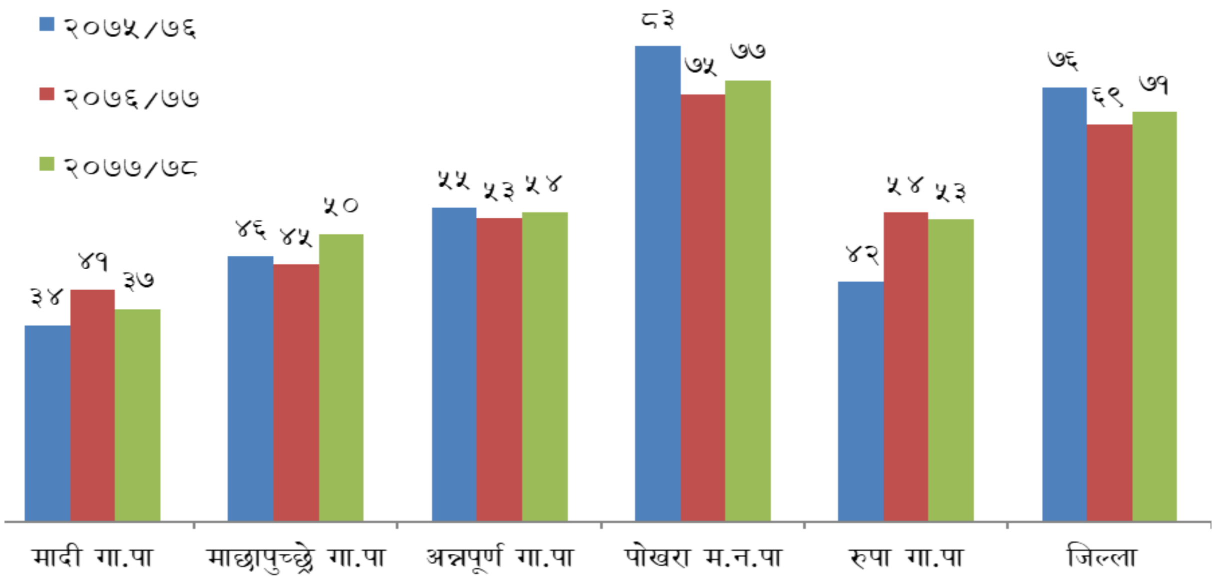


जे.ई. खोप कभरेज:

कास्की जिल्लामा आ.व. ०६८/६९ सालबाट नियमित खोप कार्यक्रममा जे.ई. खोप शुरू गरिएको थियो । हाल नेपालका सबै जिल्लामा जे.ई. खोप सञ्चालन गरिएको छ । तलको ग्राफमा पालिका अनुसार जे.ई. खोपको कभरेज देखाईएको छ । जे.ई. खोपको प्रगति आ.व. २०७५/७६ मा ७६

प्रतिशत, आ.व. ०७६/७७ मा ६९ प्रतिशत र आ.व. २०७७/७८ मा गत वर्षको तुलनामा बढेर ७१ प्रतिशत पुगेको छ। सबै भन्दा वढी कभरेज पोखरा महानगरपालिकाको ७७ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज मादी गाँउपालिकाको ३७ प्रतिशत रहेको छ। (चित्र ९)

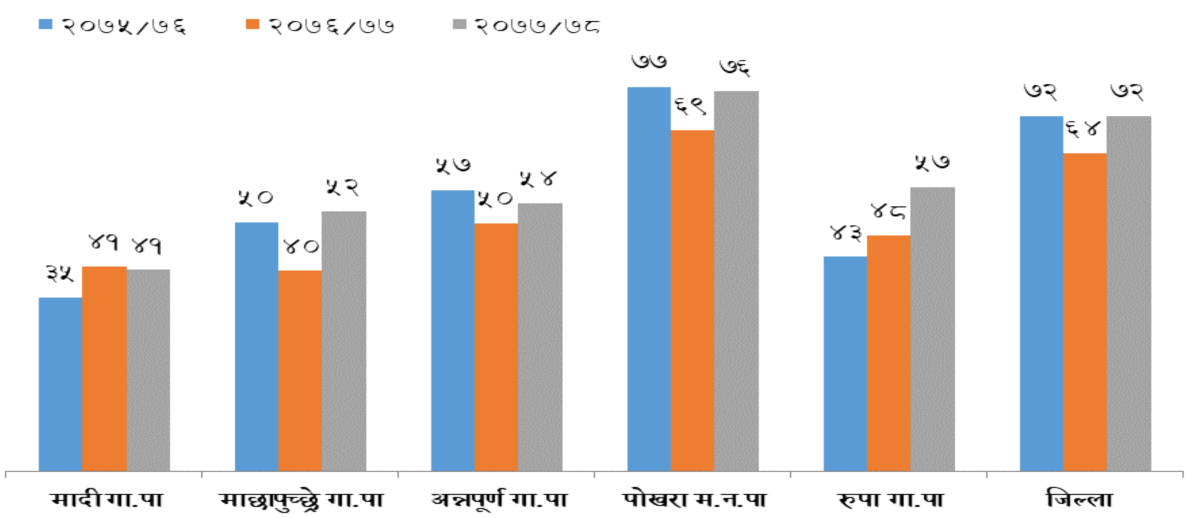
चित्र नं. ९ पालिका अनुसार जे.ई. कभरेज



चित्रः दादुरा-रुवेला खोप

दादुराररूवेला खोपको दोस्रो मात्राको प्रगति आ.व. २०७५/७६ मा ७२ प्रतिशत, आ.व. ०७६/७७ मा घटेर ६४ प्रतिशत तथा आ.व. २०७७/७८ मा अघिल्लो वर्षको तुलनामा बढेर ७२ प्रतिशत पुगेको छ। यस आ.व.मा सबै भन्दा वढी कभरेज पोखरा महानगरपालिकाको ७६ प्रतिशत छ भने सबै भन्दा कम कभरेज मादी गाँउपालिकाको ४१ प्रतिशत रहेको छ। (चित्र १०)

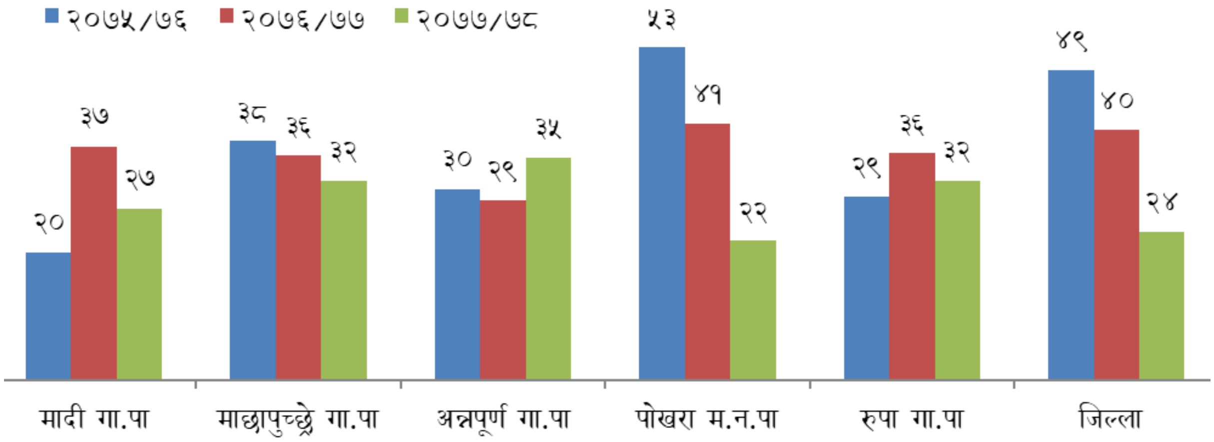
चित्र नं. १० पालिका अनुसार दादुरा-रुबेला दोस्रो मात्रा कभरेज



खोपः टि.डी. २/२ खोपः

कास्की जिल्लामा यस वर्ष टी.डी. २/२+ मात्रा खोप पुरा गर्ने गर्भवति महिलाको संख्या २४ प्रतिशत मात्र रहेको छ । गत वर्षको तुलनामा यो प्रगति त्यति सन्तोषजनक मान्न सकिदैन । गत आ.व. ०७६/७७ मा यो प्रगति ४० प्रतिशत रहेको थियो । पालिका अनुसारको कभरेज हेर्दा सबभन्दा बढी अन्नपूर्ण गाँउपालिकामा ३५ प्रतिशत कभरेज पुर्याउन सफल भएको छ । पोखरा महानगरपालिकाको कभरेज २२ प्रतिशत रहेको छ भने (चित्र ११)

चित्र नं. ११ पालिका अनुसार टी.डी २/२+ खोप कभरेज



ड्रप आउट दर (Dropout Rate)

यस आ.व.मा बि.सि.जी. लगाउनेको तुलनामा दादुरा-रूबेला पहिलो मात्रा लगाउने वालवालिकाको ड्रपआउट दर ९ प्रतिशत छ जुन गत आ.व. ०७६/७७को २७.२ प्रतिशत थियो । यसै गरी डि.पि.टी.-हेपबी-हिब १को तुलनामा डि.पि.टी.-हेपबी-हिब ३को ड्रपआउट गत वर्षको ३.५ प्रतिशतवाट -५.६ प्रतिशतमा आएको छ। यसै गरी डि.पि.टी.-हेपबी-हिब १ को तुलनामा दादुरा रूबेला पहिलो मात्राको ड्रपआउट दर गत आ.व. २०७६/७७ को २ प्रतिशतबाट आ.व. २०७७/७८ मा ९.९ प्रतिशत भएको छ। यसरी कास्की जिल्लाको समग्र ड्रपआउट दर सन्तोषजनक देखिन्छ। पोखरा महानगरपालिका र लेखनाथ नगरपालिका, क्षेत्रीय स्तरको सदरमुकाम समेत रहेको कास्की जिल्लामा उपचारको लागि ठुला अस्पताल, रोजगारका विभिन्न अवसर रहेको र उच्च शिक्षाको लागि शिक्षण संस्थाहरू समेत रहेकोले ठुलो संख्या अस्थाई वसोवास गर्ने रहेका छन्। पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पतालमा दैनिक रूपमा बि.सि.जी. खोप सेवा उपलब्ध हुनु बि.सि.जी.को तुलनामा दादुराको ड्रपआउट दर धेरै हुनुको प्रमुख कारण हुन सक्दछ ।

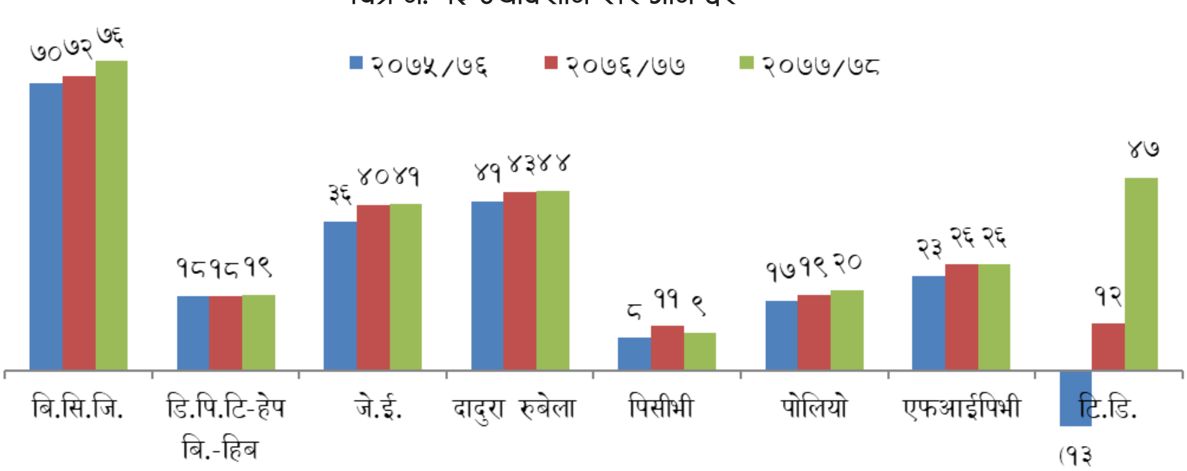
तालिका १ खोप छुट दर

खोप छुट दर	**२०७५/७६**	**२०७६/७७**	**२०७७/७८**
बि.सि.जि.को तुलनामा दादुरा रूबेला १	२७ .८	२७ .२	९ .२
डि.पि.टि.-हेप बि.-हिब १को तुलनामा ३	-० .२	३ .५	-५ .६
डि-पि-टि-हेप बि.-हिब १को तुलनामा दादुरा रूवेला १	-१ .६	२ .०	-९ .९
दादुरा रूबेला १को तुलनामा २	५ .४	४ .९	१ .९
डि-पि-टि-हेप बि.-हिब १को तुलनामा दादुरा रूवेला २	३ .९	६ .७	-७ .८

भ्याक्सिन खेरजाने दर (Vaccine Wastage Rate)

स्वास्थ्य संस्थाहरूले गरेको प्रतिवेदन अनुसार गत वर्षको तुलनामा बि.सि.जी., डि.पि.टी.-हेपबी-हिब, पोलियो, एफ.आई.पि.भी., जे.ई. र दादुरा-रूबेला भ्याक्सिनहरूको खेरजाने दर केही बढेको छ। पि.सि.भि. केही घटेको छ भने टि.डी. भ्याक्सिनको खेर जाने दर धेरै नै बढेको छ। बि.सि.जी. भ्याक्सिन खेरजाने दर गत वर्षको ७२ वाट बढेर ७६ प्रतिशत, डि.पि.टी.-हेपबी-हिब गत वर्षको १८ वाट बढेर १९ प्रतिशत, पोलियो गत वर्षको १९ वाट बढेर २० प्रतिशत, दादुरा रूवेला गत वर्षको ४३ वाट बढेर ४४ प्रतिशत, जे.ई. गत वर्षको ४० बढेर ४१ प्रतिशत तथा टि.डी. गत वर्षको १२ बाट बढेर ४७ प्रतिशत भएको छ। २० डोजको भायलमा उपलव्ध हुने बि.सि.जी. र १० डोजको भायलमा उपलव्ध हुने दादुरा भ्याक्सिनको खेर जाने दर उच्च देखिएपनि कम जनघनत्व र पातलो वस्ती भएको यस जिल्लामा प्रति सेसन प्रति भायल बि.सि.जी. र दादुरा भ्याक्सिन खोल्नु पर्ने भएकाले यो खेर जाने दरलाई सामान्य रूपमा लिन सकिन्छ। वहुमात्रा खोप नीति अन्तर्गतका डि.पि.टि.-हेप वि-हिव, पोलियो र टि.डीको खेर दर बढी रहेको छ। एफ.आई.पि.भी. भ्याक्सिनको खेर दर गत आ.व.को र यस आ.व.को समान छ। ग्रामीण क्षेत्रमा कम लक्षित जनसंख्या भएका कारण MDVP लागु गर्दा समेत खोप खेर दर बढी देखिएको छ। (चित्र १२)

चित्र नं. १२ भ्याक्सीन खेर जाने दर



कभरेज र ड्रपआउटको आधारमा समस्याको पहिचान तथा वर्गिकरण

खोप कार्यक्रममा डि.पि.टी.-हेप.बी.-हिब १को कभरेज तथा डि-पि-टी.-हेप-बी.-हिब १को दरतुलनामा डि.पि.टी.-हेप.बी.-हिब ३को ड्रपआउटको आधारमा जिल्लाका पाँचवटा पालिकाहरू पोखरा महानगरपालिका, अन्नपूर्ण गाँउपालिका, माछापुच्छ्रे गाँउपालिका, मादी गाँउपालिका र रूपा गाँउपालिकालाई निम्नानुसार ४ भागमा वर्गिकरण गरिएको छ। समस्याका आधारमा सबै पालिकाहरू वर्गिकरण ३ मा परेका छन्।

तालिका २ पालिका वर्गीकरण आ.व. २०७७/७८

वर्गीकरण १ (No Problem) Low Drop-Out - ‹10% High Coverage - ≥90%	वर्गिकरण २ (Problem) High Drop-out – ≥10% High, Coverage - ≥90%	वर्गिकरण ३ (Problem) Low Drop-out – ‹10% Low Coverage -‹90%	वर्गिकरण ४ (Problem) High Drop-out – ≥10% Low Coverage --‹90%
		पोखरा महानगरपालिका, अन्नपूर्ण गाँउपालिका, माछापुच्छ्रे गाँउपालिका, मादी गाँउपालिका र रूपा गाँउपालिका	

खोप कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरू

सवल पक्षहरु

- सुक्ष्म योजना अध्यावधिक गरी योजना गरिएका १०० प्रतिशत खोप सेसन सञ्चालन भएको।
- सरकारी स्वास्थ्य संस्थाका अतिरिक्त, मेडिकल कलेज, निजी तथा सामुदायिक अस्पताल नर्सिङ्गहोम, गैर सरकारी संस्थाहरूले पनि खोप सेसन सञ्चालन गरेको।
- सबै स्वास्थ्यकर्मी तथा नयां नियुक्ति पाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई खोप सम्बन्धी तालिम प्रदान गरिएको।
- प.क्षे. अस्पतालमा सार्वजनिक बिदा बाहेक दैनिक वि.सि.जी. खोप सेवा प्रदान गरिएको।
- स्थानिय निकायको पूर्णखोप सुनिश्चित गर्ने प्रतिवद्धता रहेको।
- पोखरा महानगर पालिकामा बिद्युतीय दर्ता प्रणाली सञ्चालन भएको।
- वि.सि.जी.को तुलनामा दादुरा-रूबेला पहिलो मात्राको बाहेक अन्य खोपको ड्रपआउट दर सन्तोषजनक रहेको।

समस्याहरु

- कोभिड १९ का कारण प.क्षे. अस्पतालमा वि.सि.जि. खोप लगाउने बालवालिका कम हुनु ।

सुझावहरु

- शहरी क्षेत्रमा खोप कार्यक्रमको लागि केन्द्रदेखि नै विशेष नीति तथा योजना तयार गर्नुपर्ने ।
- राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको सफलतालाई निरन्तरता दिन संघिय प्रणालीमा विशेष खालको संरचना निर्माण गर्नुपर्ने ।

२.२ पोषण कार्यक्रम

ध्येय (Goal)

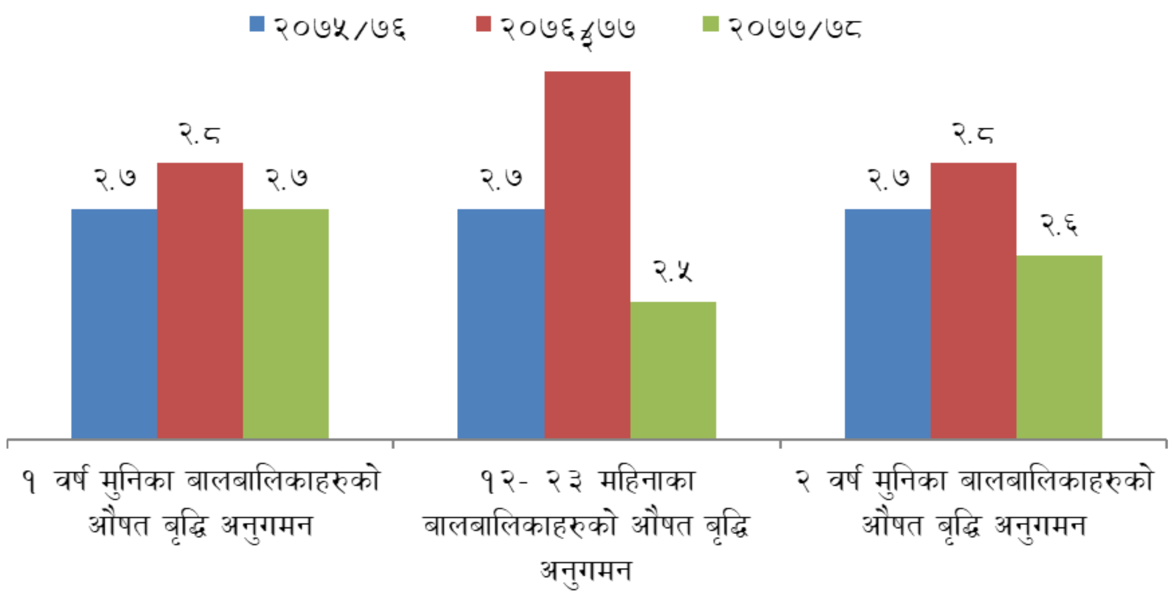
राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमको मुख्य लक्ष्य सम्बन्धित निकायसंगको सहकार्यमा सुधार गरिएको पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन गरी सबै नागरिकको पोषण अवस्थामा सुधार ल्याई स्वस्थ जीवन हासिल गर्दै देशको सामाजिक आर्थिक विकासमा योगदान पुर्याउनु हो ।

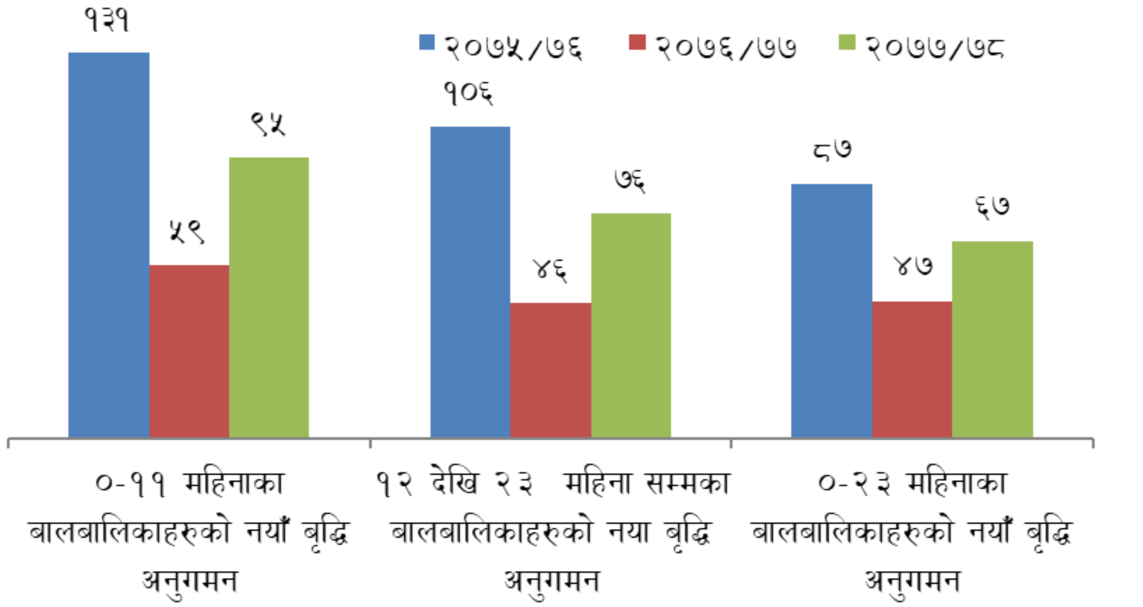
उद्देश्यहरु (Objectives)

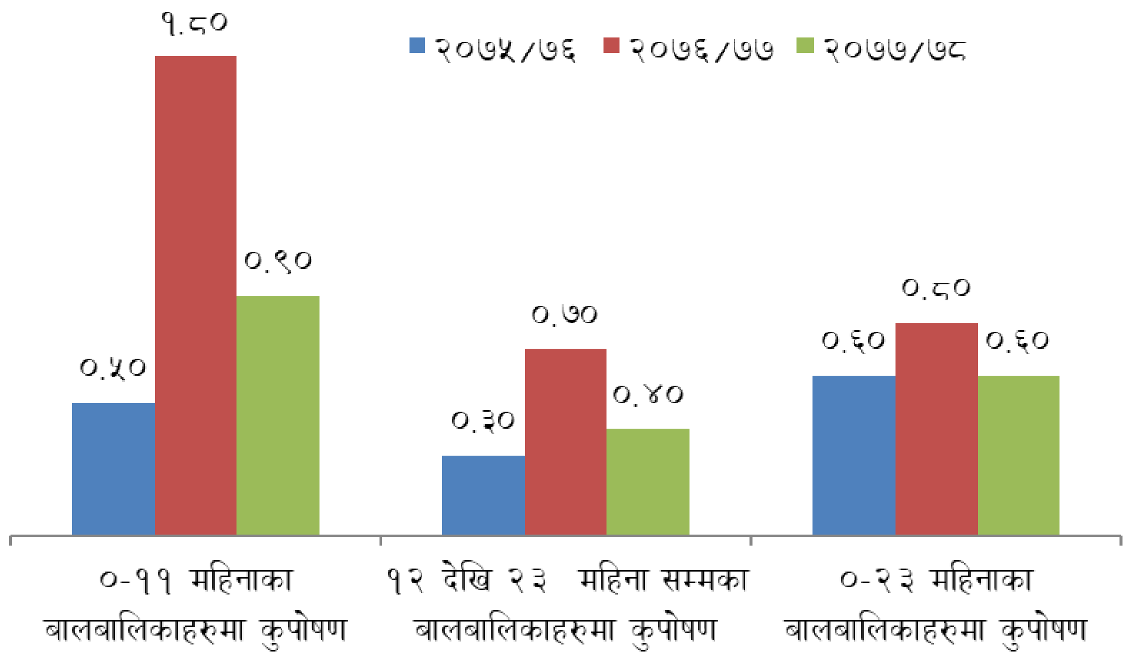
- महिला तथा वालवालिकाहरूको सामान्य कुपोषण न्युनिकरण गर्ने,
- गर्भवती र वालवालिकारहरूमा आईरन तत्वको कमिवाट हुने रक्तअल्पता न्युनिकरण गर्ने,
- आयडिन र भिटामिन एको कमीबाट हुने विकृतीलाई न्युनिकरण गर्ने,
- आमाहरूको पोषण अवस्थामा सुधार गर्ने,
- पोषणसंग सम्बन्धित बानि व्यवहारमा सकारात्मक सुधार ल्याउन प्रभावकारी सञ्चार गर्ने,
- पोषण संग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूको अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने,
- विद्यालय शिक्षा तथा पोषण कार्यक्रम सञ्चालन गरी समग्र पोषण अवस्था र स्वास्थ्यमा सुधार गर्ने ।
- असहज अवस्थामा हुने कुपोषणको जोखिमलाई न्युनिकरण गर्ने,
- पोषण अवस्था मूल्याङ्कन, अनुगमन र विश्लेषण गर्ने पद्धतिलाई सवल गराउने ।

२ वर्ष मुनिका बालबलिकाहरुको पोषण स्थिति

चित्र १३ २ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरुको पोषण स्थिति



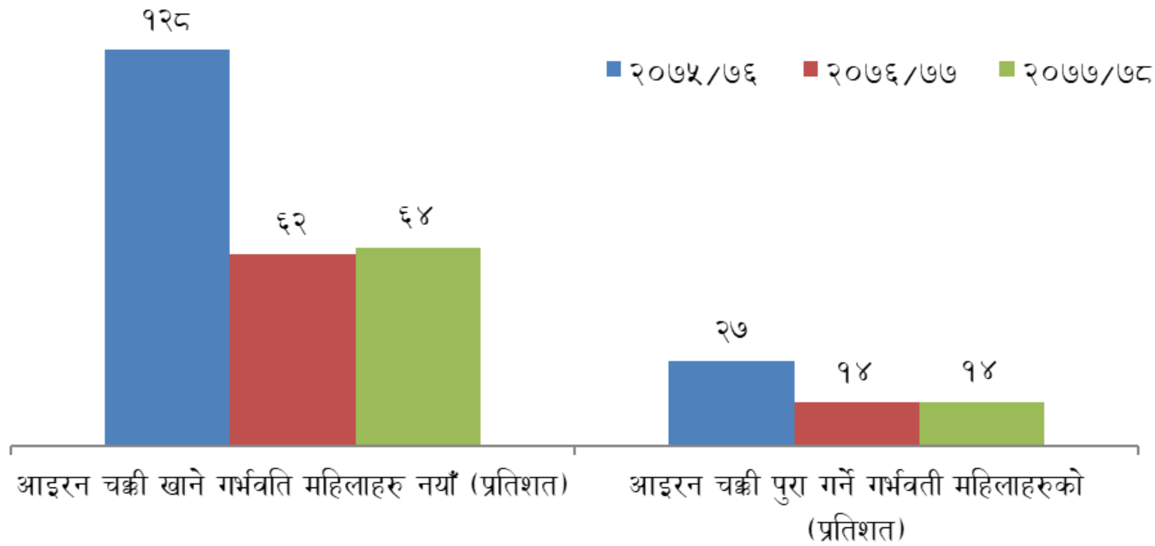




स्थिति तौल लिन आएका २ वर्षमुनिका नयाँ वालवालिकाहरूको प्रतिशत आ.व.०७५/७६, ०७६/७७, ०७७/७८ मा क्रमशः ८७, ४७ र ६७ रहेको देखिन्छ । त्यसैगरी नयाँ तौल लिएका बालबालिकाहरू मध्ये कुपोषित वालवालिकाको अनुपात दशमलबमा मात्र भिन्न छ । नीति अनुसार गाउँघर क्लिनिकमा वृद्धि अनुगमन गर्न आउने प्रचलन अझैपनि कम छ । गाउँघर क्लिनिकको महत्व र यसवाट उपलब्ध हुने सेवाहरूको वारेमा जानकारी गराउन नसकिनु नै बृद्धि अनुगमनमा लक्ष्य अनुसार प्रगति हाँसिल गर्न नसक्नु हो । बिगत केहि वर्षदेखि कुपोषित वालवालिकाको अनुपात वृद्धि हुनुमा कमतौल भएका बच्चाहरूलाई आमाले बढी जोड गरी स्वास्थ्य सस्थामा सेवा लिन आउने गरेकोले कुपोषित बच्चाको संख्या केहि बढेको देखिन्छ । (चित्र नं. १३)

आईरन चक्की खाने गर्भवति महिलाहरुको अवस्था

चित्र १४ आईरन चक्की खाने गर्भवती महिलाको स्थिति



आईरन चक्की खाने गर्भवति महिलाहरूको विगत ३ वर्षको अवस्था हेर्दा गत आ.व. हरूमा भन्दा यस आ.व. ०७७/७८ मा आइरन चक्की खाने गर्भवती महिलाहरू तथा आईरन चक्की पुरा गर्ने महिलाहरूको संख्यामा केही कमी भई क्रमशः १२८ बाट ६२ र ६४ प्रतिशत भएको देखिन्छ। आइरन चक्की खाने गर्भवती महिलाहरूका प्रतिशत तथा आइरन चक्की पूरा गर्ने गर्भवती महिलाको प्रगति कम हुनुमा गर्भवती जाँचका लागि निजी अस्पताल तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सेवा लिन जानु र नीजि अस्पताल तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य सस्थावाट आइरन दिएको अभिलेख तथा प्रतिवेदन नभएको हुन सक्दछ। (चित्र नं. १४)

२.३ समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

लक्ष्य

न्युमोनिया, झाडापखाला, कुपोषण, दादुरा र मलेरियावाट हुने ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरूको रोग लाग्नेदर तथा मृत्युदर कम गर्ने समुदायमा आधारित वालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको लक्ष्य रहेको छ।

उद्देश्य

- श्वासप्रश्वास रोग, झाडापखाला, कुपोषण, दादुरा र मलेरियाको कारण रोग लाग्नेदर, रोगको जटिलता तथा
- मृत्युदर कम गर्ने,
- वालवालिकाको वृद्धि र विकासमा सुधार गर्न योगदान पुर्याउने।

रणनीति

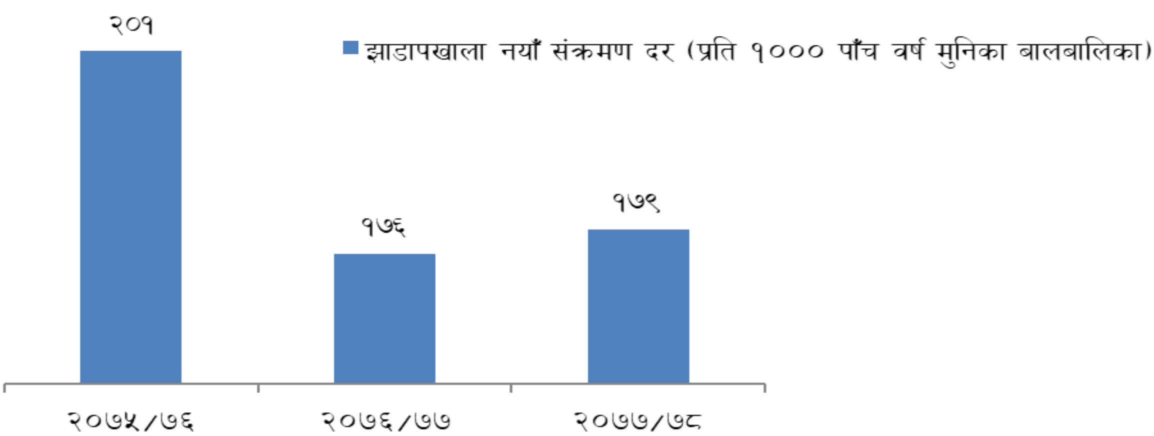
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको ज्ञान र विरामी व्यवस्थापन गर्ने सीपमा सुधार ल्याउने,
- समग्र स्वास्थ्य प्रणालीमा सुधार ल्याउने,
- परिवार तथा समुदायको बानी व्यवहारमा सुधार ल्याउने।

२.३.१ झाडा पखाला रोग नियन्त्रण

झाडापखाला रोगको राम्रोसंग पहिचान, वर्गिकरण, र उपचार गर्न सक्षम वनाई स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान सीपमा सकारात्मक प्रभावलाई समुदायमा आधारित वालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमले जोड दिएको छ। स्वास्थ्यकर्मीहरूले समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको उपचार तालिका अनुसार झाडापखालाका विरामीहरूलाई जलवियोजन नभएका, केही जलवियोजल भएका, कडा जलवियोजन भएका र आँउ रगतका रूपमा वर्गिकरण गरी उपचार तथा व्यवस्थापन गर्ने गर्दछन् ।

झाडापखालाका नयाँ विरामीदर

चित्र नं. १५ झाडापखालाका नयाँ बिरामीदर

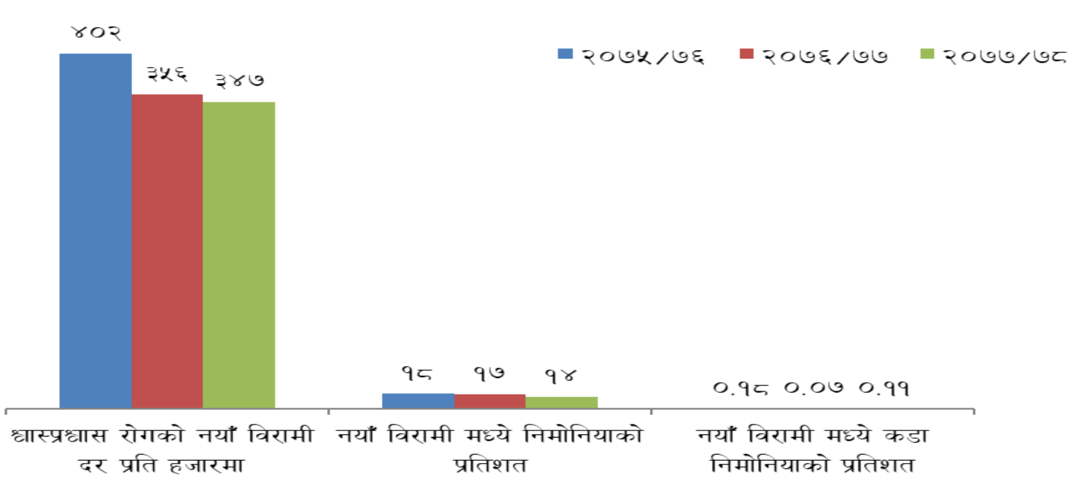


माथिको स्तम्भमा विगत ३ वर्षमा झाडापखालाका नयाँ विरामी दर तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ। जस अनुसार यस वर्ष झाडापखालाका नयाँ विरामी दर १७९ प्रति हजार रहेको छ। यो दर गत आ.व. ०७६/७७को तुलनामा केहि बढेको छ । झाडापखालाको नयाँ बिरामीदरले नेपालकै पहिलो खुला दिशामुक्त जिल्ला कास्कीलाई चुनौति दिएको छ। (चित्र नं. १५)

२.३.२ श्वासप्रश्वास रोग

विगत ३ वर्षको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ विरामी, निमोनिया तथा कडा निमोनिया प्रतिशत

चित्र १६ बिगत ३ वर्षको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ बिरामी, निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशत



माथिको स्तम्भमा ५ वर्ष मुनिका वालवालिकाहरूको श्वासप्रश्वास रोगको नयाँ विरामी दर, नयाँ विरामी मध्ये निमोनिया तथा कडा निमोनियाको प्रतिशतको तुलनात्मक स्थिति देखाइएको छ । नयाँ श्वासप्रश्वासको विरामीको दर आ.व ०७५/०७६ को ४०२ वाट घटेर आ.व. ०७७/७८ मा ३४७ प्रति हजारमा रहेको छ । नयाँ विरामीमध्ये निमोनियाको प्रतिशत ०७५/०७६ मा १८ प्रतिशत रहेकोमा यस आ.व. ०७७/७८ मा घटेर १४ प्रतिशतमा झरेको छ। तुलनात्मक रूपमा श्वासप्रश्वासको विरामीको दर घट्नुमा समयमै म.स्वा.से. वाट घरेलु उपचार गरिएको कारण हुन सक्दछ। साथै निमोनियाको स्वास्थ्य संस्थावाट समयमै रोग निदान गरिएकोले कडा न्यूमोनिया न्यून रहेको छ। (चित्र नं. १६)

पोषण कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरु

- सवल पक्ष
- पोषण कार्यक्रम
- गैर सरकारी संस्था तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूसंग समन्वय ।
- स्तनपान सप्ताह तथा आयोडिन महिनामा विभिन्न कार्यक्रम साथ सम्पन्न ।
- समुदायमा आधारित वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम ।
- समुदाय स्तरमा ठूलो संख्यामा श्वासप्रश्वासका बिरामी व्यवस्थापन ।
- मातृ शिशु तथा वाल्यकालिन पोषण तालिम सञ्चालन ।
- समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम
- समुदाय स्तरमा ठुलो संख्यामा श्वासप्रश्वासका विरामी व्यवस्थापन ।

समस्याहरु

- सवै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिम दिन नसकिएको ।
- खोप क्लिनिक वाहेक स्वास्थ्य संस्था तथा गाँउ घर क्लिनिक मा वालवालिकाहरलाई नियमित वृद्धि अनुगमन गर्न नल्याईनु ।

सुझावहरु

- खोप क्लिनिक वाहेक पनि वच्चाको बृद्धि अनुगमन गर्न ल्याउन उत्प्रेरित गर्नुपर्ने ।
- तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई तालिमको व्यवस्थापन गर्ने ।

अध्याय ३

परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम

पृष्ठभुमि

सन् १९७८ को आल्मा आटा घोषणा पश्चात् प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा मातृ तथा नवशिशु कार्यक्रमलाई उच्च प्राथमिकतामा राखीएको हो । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लागू भए पछि यस कार्यक्रमले थप उच्च प्राथमिकता प्राप्त गरी दुर्गम क्षेत्रसम्म सेवा विस्तार गर्ने रणनिती लिएको थियो । यसै बिच परिवार नियोजन सेवा पहिले छुट्टै योजनाको रूपमा सञ्चालित भै रहेकोमा सन् १९८८ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयमा जन स्वास्थ्य महाशाखा स्थापना गरी सो अन्तर्गत राखी एकिकरण गर्ने प्रकृया सुरू भएर सन् १९९२ मा पूर्ण रूपले एकिकृत भै स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको स्थापना भएको थियो ।

तत्पश्चात सन् १९९४ मा जनसंख्या र विकास सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय सम्मेलन सम्पन्न भएपछी प्रजनन स्वास्थ्यलाई विकासको एउटा महत्वपूर्ण अंगको रूपमा अंगीकार गरिएकोले परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रमको भूमिका महत्वपूर्ण हुन गएको हो । उक्त कार्यक्रमलाई निर्देशित तथा समन्वय गर्नको लागि केन्द्र देखी जिल्ला सम्म प्रजनन स्वास्थ्य समन्वय समिति समेत गठन भएको छ । नयाँ स्वास्थ्य निती २०७१, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनिति २०१५-२०२०, "FP2020" तथा राष्टिय परिवार नियोजन कस्टेड कार्यन्वयन योजना २०१५-२०२१ को भाव पनि सरकारी तथा गैर सरकारी संघ सस्थाहरूसँग मिलेर नेपाली जनताहरूलाई गुणस्तरिय परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्ने कुरालाई महत्व दिएको छ

दिर्घकालिन सोच (Vision)

नेपाली नागरिक तथा परिवारको प्रजनन स्वास्थ्यको सुदृढिकरण प्रभावकारी तथा सकारात्मक रूपमा परिवर्तन भएको हुनेछ ।

मुख्य उद्देश्य (Main Objective)

- गुणस्तरीय प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलव्धताको सुनिश्चित गर्नु ।

रणनीति (Statergy)

- व्यवहार परिवर्तनका लागि संचार मार्फत परिवार नियोजनको मागमा बृद्धि गर्ने ।
- संस्थागत, घुम्ती तथा प्रेषण सेवा मार्फत प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपलव्धताको बृद्धि गर्ने ।
- परामर्श सेवा, संक्रमण रोकथाम, अन्य असर तथा जटिलताको व्यवस्थापनमा राष्ट्रिय चिकित्सा प्रणालीको मापदण्ड अनुसार गुणस्तरीय सेवा बृद्धि गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्था तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका लगायत अन्य वहु माध्यम मार्फत कण्डमको उपलव्धताको बृद्धि गर्ने ।
- सेवाको पहुँचबाट टाढा, दुर्गम र पछाडि परेका वर्गलाई केन्द्रित गरी योजना बनाई सेवा उपलब्धताको सुनिश्चित गर्ने ।
- राष्ट्रिय उद्देश्य अनुरूप पूर्ण सञ्चालित आधारभूत तथा सम्पूर्ण प्रसूति सेवा केन्द्रहरूको संख्या अभिबृद्धि

गर्ने ।

- २००६ को एस.बि.ए. नीति अनुसार दक्ष प्रसूतिकर्मीद्वारा प्रसूति सेवाको वृद्धि गर्ने ।
- आकश्मिक प्रसूति सेवाको प्रयोग तथा नवशिशु स्याहारको व्यवहारलाई बृद्धि गर्न नयाँ कृयाकलापहरू सञ्चालन गर्ने ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गांउघर क्लिनिकको गुणस्तरीय तथा संख्यात्मक प्रयोगको सुनिश्चितता गर्ने ।

३.१ परिवार नियोजन

सहश्राब्दी बिकास लक्षका सबै लक्ष संग प्रत्यक्ष र परोक्षरूपमा परिवार नियोजनको सम्बन्ध भएको र सन २००७ पछि सहश्राब्दी बिकास लक्ष्य -५ लाई मातृ स्वास्थ्य, प.नि. साधन प्रयोग दर, किशोरीको गर्भाबस्था र प.नि. अपरिपुर्त मागमा हेरिन थाले पछि परिवार नियोजन भूमिका अझै बढेको छ। हाल आएर भर्खरै वनाइएको दीगो विकास लक्षमा पनि परिवार नियोजन सेवाले उच्च प्राथमिकता पाएको छ। मातृ मृत्यु र शिशु मृत्यु दुबैलाई कम गर्न सहयोग गर्ने एकमात्र कार्यक्रम परिवार नियोजन भएकोले यो नेपाल सरकारको प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम हो ।

दिगो विकास लक्ष

- कुल प्रजनन दरलाई सन् २०३० सम्ममा २ प्रतिशतमा झार्ने ।
- परिवार नियोजनको प्रयोगदर आधुनिक साधन ७५ प्रतिशतमा पुऱ्याउने ।
- किशोरी ९१५ देखी १९ वर्ष ० मा हुने प्रजनन दरलाई ३० प्रति हजार झराल्ने लक्ष रहेको छ ।

परिवार नियोजन कार्यक्रममा कास्की जिल्लाको अवस्था

कास्की जिल्लामा परिवार नियोजन कार्यक्रम सबै अस्पताल, स्थानीय तह अन्तर्गतका प्रा.स्वा.के., स्वा.चौ., शहरी स्वास्थ्य के., आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई र गाँउघर क्लिनिक तथा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकार केही नीजि तथा गैरसरकारी संस्थाहरूबाट समेत सञ्चालित छन् । पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानरपश्चिमाञ्चल क्षेत्रिय अस्पतालबाट परिवार नियोजन संस्थागत क्लिनिक सञ्चालन भएको छ । IUCD सेवाका लागि नर्सिङ स्टाफहरू र Implant सेवाका लागि नर्सिङ तथा पारामेडिक्स स्टाफहरूलाई स्वास्थ्य तालिम केन्द्र गण्डकी प्रदेशसँगको समन्वयमा तालिममा सहभागी गराई परिवार नियोजन सेवा बिस्तार गरिएको छ । सेवाको पहुँच नपुगेका र सेवा प्रदायक नभएका स्वास्थ्य संस्थामा स्याटेलाइट क्लिनिकको माध्यमबाट लामो अवधिको प.नि. साधनमा जोड दिदै आएको र स्थायी परिवार नियोजन सेवा लिन ईच्छुक सेवाग्राहीका लागि बन्ध्याकरण घुम्ति शिविर संभालन गर्दै आएकोछ, फलस्वरूप यस बर्ष सेवाको अपेक्षित प्रगति हांसील भएको देखीन्छ । शहर केन्द्रीत जनसंख्याको तीब्र बृद्धि, सेवा प्रदायकको संख्या गाँउ केन्द्रीत भएको बर्तमान परिबेशमा शहरी जनसंख्या केन्द्रीत सेवा प्रदान न्यून भएकोले निजि क्लिनिक मार्फत सेवाको उपभोग बढेको नेपाल सि ।आर ।एस । कम्पनीको एक प्रतिवेदनले प्रस्ट पार्दछ । निजी क्षेत्रबाट सम्पादीत सेवालाई अभीलेखमार्फत ब्यबस्थित गर्न गरीएको प्रयाशबाट सेवाको बितरणको अवस्था जनस्वास्थ्यको रीपोर्टीङ्ग प्रणलीमा पहीलोपटक संस्थागत गर्ने काम भएको छ, यदपि यसको नियमीतताको लागि आगामी बर्षहरूमा बिषेश पहल नियमीत गर्नुपर्ने भएको छ । गत वर्षको तुलनामा परीवार जियोजनको प्रयोग दरमा उल्लेख्य बृदी भएको छ । प.नि.साधन प्रयोग गर्नुभन्दा बजारमा उपलब्ध गर्भपतनको औषधी उपभोग सहज हुनु, आकस्मिक गर्भीनरोधकको बढ्दो प्रयोग, अझपनि निजी

क्लिनीकहरूको सेवाको विवरण पुरा प्राप्त नहुनु, सबै सेवा केन्द्रमा प.नि.का ५ वटै अस्थायी साधनको सेवा र स्थायी बन्ध्याकरण सेवा नियमित हुन नसक्नु, सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूका स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई प.नि. सेवाको तालिम दिन नसकिनु तथा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरू सरूवा भई अन्यत्र जाने आदी यस सेवा क्षेत्रका बिधमान चुनौतीको रूपमा रहेका छन् ।

लामो अबधिको परिवार नियोजन सेवा

कास्की जिल्लामा लामो अबधिको परिवार नियोजन साधनको सेवा बढाउनको लागि गण्डकी प्रदेश सरकारको समानिकरणबाट स्वास्थ्य कार्यालयले तथा सबै स्थानियतहबाट स्याटेलाइट क्लिनिकको सेवा संख्या थप गरी सेवाको पहूँच बढाउने प्रयास गरिएको छ जस्को फलस्वरूप लामो समयको साधन प्रयोग दर तुलनात्मक रूपमा बढ्दै गएको छ । साथै विभिन्न संघ सस्थाहरूले समेत तालिम तथा कोचिङमा सहयोग गर्न थालेका, प. नि. सेवाको माग वढाउने गतिविधी तथा कार्यक्रमहरू पनि सञ्चालन भएको, केहि संघ सस्थाले निरन्तर लामो अवधीका प. नि. साधनहरूको घुम्ती शिविरहरू पनि गर्न थालेको हुँदा लामो अवधीका प.नि. साधनहरूको प्रयोगदर वढ्दै गरेको छ । आइ.यु.सि.डि. र इम्प्लान्ट सेवा दिने सस्था न्युन भएकोले अपेक्षा अनुरूप प्रगति हुन सकेको छैन ।

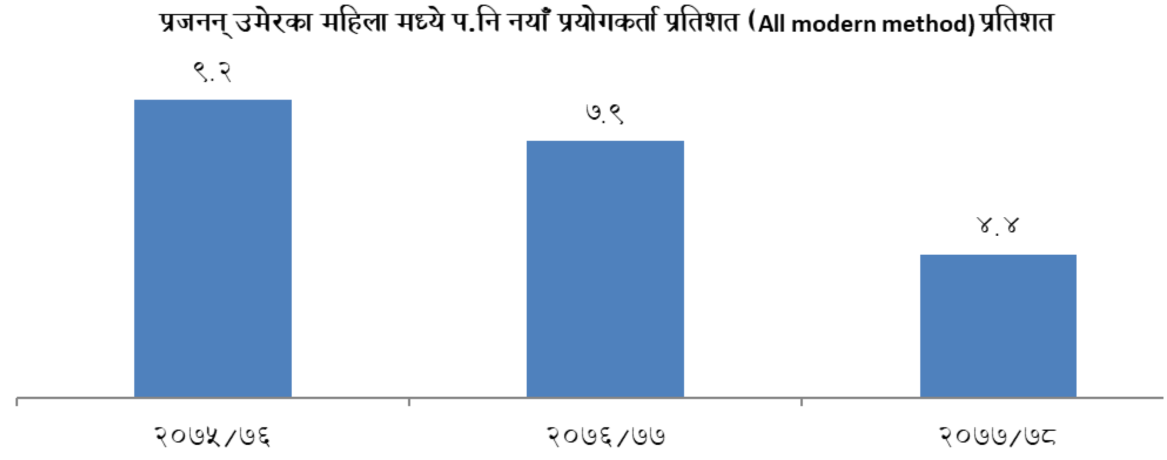
तालिका नं ३ लामो अवधिको परिवार नियोजन सेवा

सेवा	आई यु सि डि सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	इम्लान्ट	सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था	वन्ध्याकरण सेवा रहेका स्वास्थ्य संस्था
रूपा गाउँ पालिका	०	३	०	
मादी गाउँ पालिका	२	६	०	
माछापुच्छे	४	५	०	
अन्नपूर्ण	१	१	०	
पोखरा म न पा	७	१५	३	
कास्की जिल्ला	१४	२८	३	

कास्की जिल्लामा लामो अवधीका परिवार नियोजन सेवा उपलब्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाहरूको विवरण स्थानीय तह अनुसार संख्या देखाउदछ । छोटो अवधीका प. नि. साधनहरू कण्डम, पिल्स तथा डिपोको सेवा सम्पूर्ण स्वास्थ्य सस्थामा भएता पनि लामो अवधिमा साधनहरू सम्पूर्ण स्वास्थ्य सस्थाहरूमा पुर्याउन सकिएको छैन । १४ वटा आई यु.सि. डि., २८ इम्पाण्ट तथा ३ वटा वन्ध्याकरण सेवा केन्द्रहरू तथा अन्य प्राईभेट संस्था हस्पिटल तथा संघ संस्थाहरू वाट लामो अवधिको परिवार नियोजन सेवाको शिविर सञ्चालन गर्दै आईएको छ (तालिका न) ३.१०

प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि. नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत

चित्र १७ प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत



प्रजनन उमेरका महिला मध्ये प.नि नयाँ प्रयोगकर्ता प्रतिशत गत आ.ब. भन्दा यस आ ब मा घट्दै गएको देखिन्छ। (चित्र नं. १७)

गर्भान्तरको लागि प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको विवरण

तालिका नं ४ गर्भान्तरको लागि प.नि. लगातार प्रयोगकर्ताको विवरण

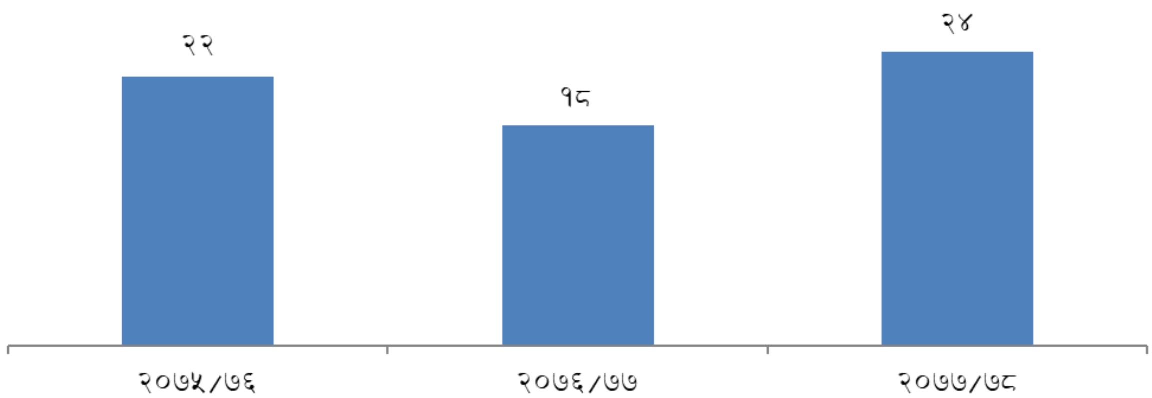
हाल प्रयोगकर्ता	इकाइ	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
कण्डम	CYP	३३७६	२८८६	२५८३
पिल्स	जना	१९०४	१६४१	१८९६
डिपो	जना	२६७९	१९४२	२१६९
आई.यु.सि.डि.	जना	८१०१	६७३९	६०६०
इम्प्लाण्ट	जना	५३०७	७२६०	७७७६
जम्मा		२१३६७	२०४६८	२०४८४

कण्डम, पिल्स, डिपो र आइ.यु.सि.डी. र इम्प्लान्टको लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या आ.ब. २०७५/७६ मा २१३६७ बाट २०७६/७७ मा घट्न गई २०४६८ र आ.ब. २०७७/७८ मा २०४८४ प्रगति भै गत बर्षको तुलनामा बढेको देखिन्छ। इम्प्लान्ट सेवा प्रदायकको संख्या शहर केन्दित भएको र ग्रामीण क्षेत्रमा मोवाइल क्याम्पमा मात्र सिमित भएका कारणले स्वास्थ्य संस्थाको सेवा न्यून र गैरसरकारी संस्थाको प्रगति सुधारोन्मुख देखिन्छ, यदपी यस वर्ष भने केहि नयाँ स्वास्थ्य संस्थाहरूमा लामो अवधीका साधनहरूको सेवा विस्तार गर्न सकिएको तथा अन्य संघ संस्थाहरू समेत मोवाइल शिविरहरूमा जोड दिएको कारणले गर्दा गत आ. व. मा भन्दा केहि प्रगति वढेको देखिन्छ। लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या

बढाउन सेवाको प्रभाबकारीता बढाई सेवाग्राहीलाई सही परामर्श दिई विशेष गरी आइ.यु.सि.डी. र इम्प्लान्टको सेवा बिस्तार गर्नुपर्ने हुन्छ। नयाँ प्रयोगकर्ताहरू नै उल्लेखिनिय रूपमा वढाउन नसकिएको तथा छोटो अवधीका परिवार नियोजन साधनहरूका प्रयोगकर्ताहरूले साधन प्रयोग गर्न छोड्ने गरेकोले समग्ररूपमा परिवार नियोजनको सेवा उपलब्ध भएतापनि प्रयोगदरमा बृद्धी हुनसकेको छैन (तालिका नं ४)

परिवार नियोजनको साधन प्रयोग दर

चित्र १८ परिवार नियोजन साधन प्रयोग दर



परिवार नियोजनको साधन प्रयोगकर्ताको दर २०७५र७६ मा २२ प्रतिशतबाट २०७६/७७ मा १८ प्रतिशत भएको थियो भने आ.ब. २०७७/७८ मा २४ प्रतिशत प्रगति भै गत वर्षको तुलनामा वृद्धि भएको छ। यस बर्ष गरिएको निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संगको सहकार्य, बिषेश गरी सेवाको अभीलेखन र प्रतिवेदन सम्बन्धी छलफल र नगर स्वास्थ्य केन्द्रका कर्मचारीको परीचालनमा प्रतीबेदन संकलन गर्ने कार्य सम्पादन गर्न सफल भएको हुदा र सहयोगी सस्थाहरूको पहलमा सेवा बिस्तारको काम पनि छिटो गतीमा सञ्चालन गरीएका ले यस्तो नतिजामा पुग्न सकिएको हो । सवै स्वास्थ्य सस्थाहरूमा सवै किसिममा प ।नि साधनहरू निरन्तर उपलव्ध गराउनु तथा सेवाग्राहीले चाहेको वेलामा नै सेवा दिन सक्ने व्यवस्था गर्दै लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या बढाउन सेवाको प्रभाबकारीता बढाई सेवाग्राहीलाई सही परामर्श सहित चाहेको वेलामा सेवा उपलव्ध गराउनुपर्ने देखिन्छ। यसका साथै धेरै जनसंख्या रहेको शहरी क्षेत्रमा प्राईभेट क्लिनिक तथा संघसस्थाहरूले दिएको सेवालाई अभिलेख राखी प्रतिवेदनमा समेट्न सकेमा यस सेवाको लक्ष अनुरूप प्रगति भएको देखिन्छ। परिवार नियोजन सेवालाई विस्तार गर्न तथा परिवार नियोजन सेवाको समुदाय स्तरमा माग वढाउन, सेवाको प्रवर्धन गर्नको लागि काम गर्दै आएका संघ सस्थाहरूसँग सहकार्य गर्दै थप गुणात्मक सेवा विस्तार गर्नुपर्ने तथा स्थानिय तहमा नै सेवा बिस्तारको योजना गर्दै कार्यक्रमहरू वढाउनुपर्ने देखिन्छ। (चित्र नं.१८)

३.२ सुरक्षित मातृत्व

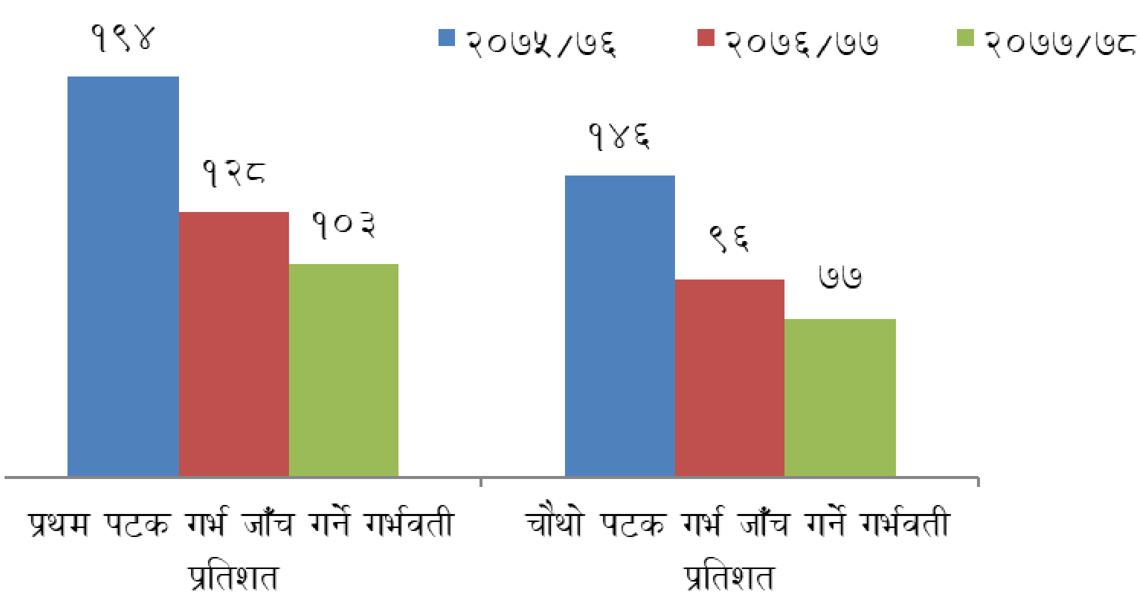
पृष्ठभुमिः

नवौं पन्च बर्षिय योजना, स्वास्थ्य नीति र रणनीति अनुसार प्रजनन स्वास्थ्यलाई प्याकेजको रूपमा नेपाल भरी सञ्चालन गर्न चरणबद्ध र ब्यवस्थित रूपले परिमार्जन गरी २०५६ साल देखि कार्यक्रम शुरू भएको थियो । नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ बमोजिम आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क उपभोग गर्न पाउने जनताको अधिकारलाई प्रत्याभूत गर्न नेपाल सरकारद्वारा आ.व.२०६५/०६६ को निति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचिकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती तथा प्रसूती सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको र सोही प्रतिबद्धता अनुरूप सोही आ.व. देखि प्रसूती सेवा कार्यक्रमलाई समेत निःशुल्क गरी नियमित शुचारू गरिएको छ। नेपाल सरकारद्वारा आ.व.२०७३/०७४ को निति तथा कार्यक्रम मार्फत सम्पूर्ण सूचिकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा पनि निःशुल्क प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता व्यक्त गरेको थियो । समष्टिगत रूपमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको लक्ष्य मातृ तथा नवशिशुको मृत्यु तथा रोगदर घटाउदै लैजाने नेपाल सरकारको नीति अनुसार जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय कास्कीले पनि सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको महत्वबारे जनचेतना जगाउने, कर्मचारीहरूलाई तालिम दिनुको साथै गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने, पुर्व प्रसुती सेवा, प्रसुती सेवा र उत्तर प्रसुती सेवाहरूको उपयोगदरमा बृद्धि गर्दै स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीमा पनि व्यवस्थित गरिदै लगिएको छ।

- दिगो विकास लक्ष अनुरूप सन् २०३० सम्ममा
- मातृ मृत्युलाई ७० प्रति १,००,००० जिवित जन्ममा घटाउने
- रोक्नसक्ने नवजात शिशु तथा वाल मृत्युलाई एक प्रतिशत भन्दा कममा झार्ने
- स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिने गर्भबती जाँच सेवालाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने
- सस्थागत सुत्केरीलाई ९० प्रतिशत पुर्याउने
- सुत्केरी पस्चात गरिने जांचलाई ९० प्रतिशतमा पुर्याउने

पहिलो पटक र चौथो पटक गर्भ जाँच गराएको प्रतिशत

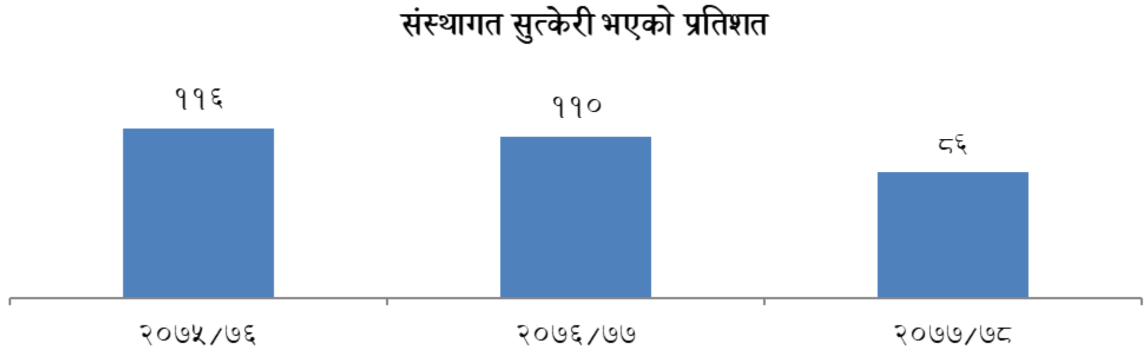
चित्र नं. १९ पहिलो पटक र चौथो पटक गर्भ जाँच गराएको प्रतिशत



सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम अन्तरगत गर्भवती महिलाको प्रथम र चौथो पटकको जांच आ.ब. २०७५/७६ मा केही बढी १९४ र १४६ प्रगति देखिन्छ भने आ.व. २०७७/७८ मा १०३ र ७७ मा घटको देखिन्छ। तसर्थ आगामी दिनहरूमा लक्ष अनुसार प्रगति प्राप्त गर्नका लागि सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित अनुगमन सुपरिबेक्षण गरी समयमानै पृष्ठपोषण दिई नियमित रूपमा प्रतिवेदन संकलन विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरूमा जनचेतना जगाउने कार्यक्रम सञ्चालन गर्भवती महिलाको प्रथम र चौथो पटकको जाँच लक्ष अनुसार प्रगतिमा दिगोपन हुने अपेक्षा गरिएको छ। (चित्र नं. १९)

स्वास्थ्य संस्थामामा गराईएको सुत्केरी प्रतिशत

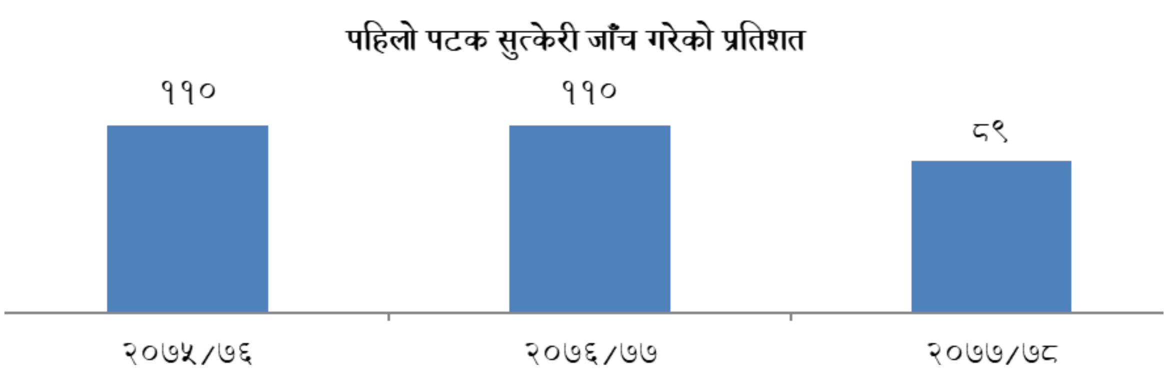
चित्र २० स्वास्थ्य सस्थामा गराईएको सुत्केरी प्रतिशत



स्वास्थ्य सस्थामा सुत्केरी गराएको आकडा हेर्दा आ.व. २०७५र७६ मा ११६ बाट आ.व. २०७६/७७ मा ११० प्रतिशतमा घटेको छ भने आ.व. २०७७/७८ मा ८६ घटेको देखिन्छ। सेवा कम हुनुमा कोभिड-१९ को महामारीले अन्य जिल्लाका गर्भवती महिला सुत्केरी हुन यस जिल्लाका ठुला ठुला अस्पतालमा नआउनु हो। बर्थिङ सेन्टरको बिश्वसनियता बढाउन २४ घण्टा नै तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी व्यबस्था गरी पश्चिमाञ्ल क्षेत्रीय अस्पताल, गण्डकी मेडिकल कलेज अस्पतालमा र मणीपाल शिक्षण अस्पतालमा आउने सेवाग्राहीलाई सम्बन्धित बर्थिङ सेन्टरमा नै सेवा उपलब्ध गराई अस्पतालमा हुने अनावश्यक भिड नियन्त्रण गर्न आबश्यक देखिन्छ। (चित्र नं. २०)

पहिलो पटक सुत्केरी जाँच गराएको प्रतिशत

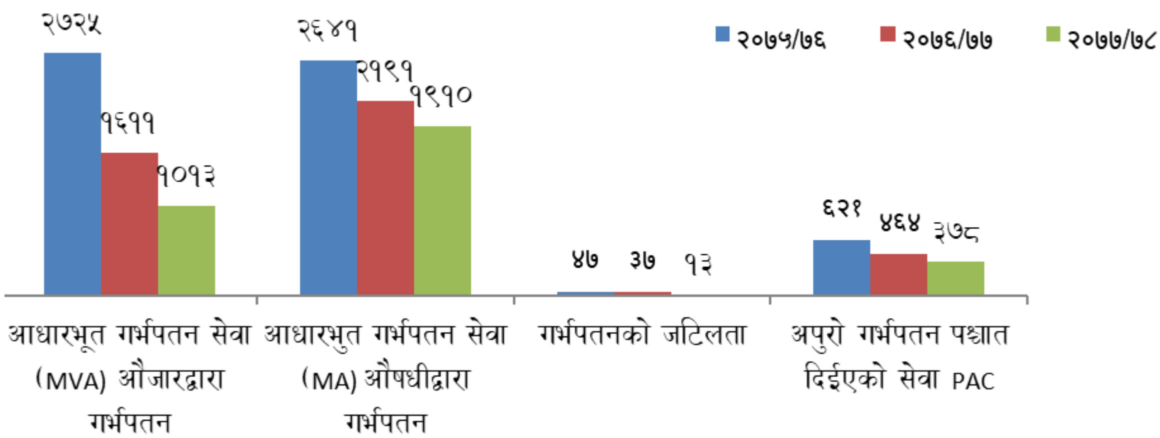
चित्र नं. २१ पहिलो पटक सुत्केरी जाँच गराएको प्रतिशत



पहिलो पटक सुत्केरी जांच गराएको आकडा हेर्दा आ.व. २०७५/७६ मा ११० बाट आ.ब. २०७६/७७ मा ११० र आ.व. २०७७/७८ मा ८९ घटेको देखिन्छ । ग्रामिण क्षेत्रमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाबाट दिएको सेवा न्यून रहेको छ भने पश्चिमाञ्ल क्षेत्रीय अस्पताल, गण्डकी मेडिकल कलेज अस्पतालमा र मणीपाल शिक्षण अस्पतालबाट दिएको सेवा बढी देखिन्छ । प्रसुती गराएको संख्या भन्दा पहिलो पटकको सुत्केरी जाँच कम हुनुमा रेकर्डीङ्ग वा रिपोर्टीङ्ग नमिलेको हुनसक्छ त्यसकारण चौमासिक रूपमा डाटा भेरिफिकेशन गर्नुपर्ने देखिन्छ । (चित्र नं. २१)

सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा

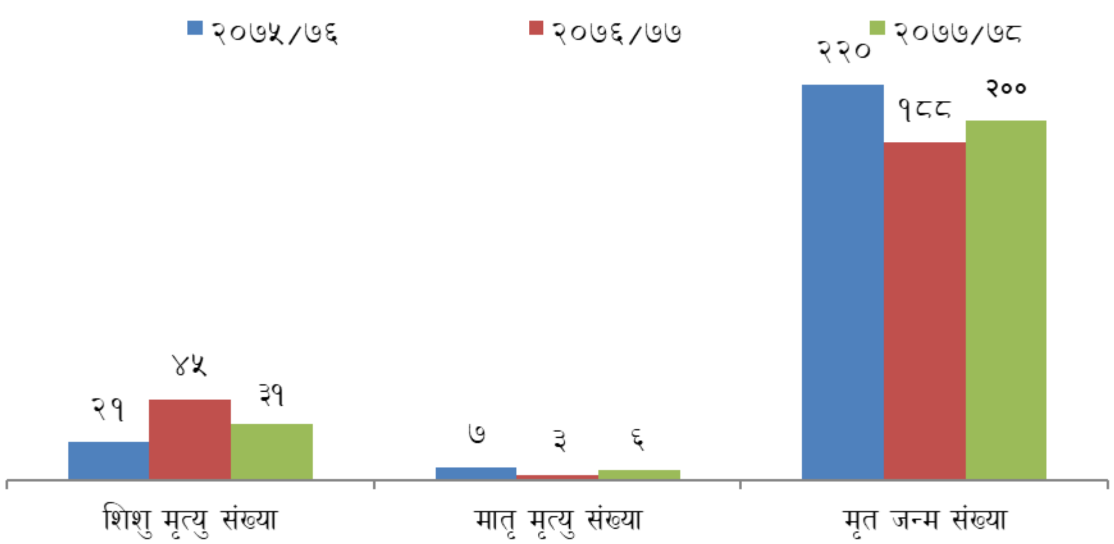
चित्र नं. २२ सुरक्षित गर्भपतन र गर्भपतन पछिको सेवा



सुरक्षित गर्भपतन सेवा (MA/MVA) को सेवा प्रदान गर्ने संस्थाको संख्या बढेता पनि सेवा संख्या घटेको देखिन्छ र गर्भपतन पछिको सेवा (PAC) संख्या कम हुनुमा जटिलता केश घट्दै गएको र सुचिकृत स्थानमा सुरक्षित गर्भपतन सेवा (MA/MVA) सेवा लिएको भन्ने देखिन्छ । (चित्र २२)

मातृ मृत्यु, शिशु मृत्यु र मृत जन्म संख्या

चित्र नं. २३ शिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु, र मृत जन्म संख्या



मृत जन्मको आंकडा गत बर्ष भन्दा यस आ.ब. २०७७/७८ मा बढेको देखिन्छ। मातृ मृत्युको संख्या आ.व। २०७५/७६ मा ७, आ.व. २०७६/७७ मा ३ र आ.व. २०७७/७८ मा ६ जना रहेको छ। यस जिल्लामा मातृ तथा पेरिनेटल निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम शुरू भएकोले तथा पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल र मणिपाल शिक्षण अस्पतालमा पनि आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएकोले यस जिल्ला र अन्य जिल्लाहरूबाट रेफर भएका जटील केसहरू ढिलो गरी आउने र सो व्यबस्थापन गर्दा गर्दै आमाको मृत्यु हुने गरेको देखिन्छ (चित्र २३)।

३.३ गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम

पृष्ठभुमिः

राष्ट्रिय स्वास्थ्य निति २०४८ को भावना अनुरूप जनताको घर दैलोसम्म आधारभुत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई जनताको स्वास्थ्य स्तरमा सुधार ल्याउने लक्ष्य सहित प्रत्येक गा.बि.स. र न.पा.का स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच नपुगेका समुदायमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाँउघर क्लिनिक सञ्चालनको रणनीति अघि सारेको हो। अधिकांश सेवाग्राही ग्रामिण समुदायमा बसोबास गर्ने र निरन्तर लिनुपर्ने सेवाका लागि स्वास्थ्य संस्थामा जानु पर्ने अवस्थालाई कम गरी प्रजनन स्वास्थ्य र वाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको माध्यमबाट समुदाय र स्वास्थ्यकर्मीको सम्बन्ध बढाउनुका साथै आमा समुह र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरूको परिचालन गरी सेवाको माग र उपभोग वढाउन मद्दत पुर्याउने उदेश्यले यो कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो।

गाँउघर क्लिनिकबाट उपलब्ध सेवाहरु

१. परिवार नियोजन सेवा

२. सुरक्षित मातृत्व सेवा

३. बालस्वास्थ सेवा

४. सामान्य उपचार सेवा

५. परामर्श सेवा।

गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमको अवस्था

कास्की जिल्लामा १७३ वटा गाँउघर क्लिनिक सञ्चालन भै सेवा प्रदान गरिरहेकाछन्। कार्यक्रमले अपेक्षा गरे अनुरूप सेवा सञ्चालन हुन नसकेको र सेवा सञ्चालन भएपछि सम्बन्धित सेवा रजिष्टरमा अद्यावधिक हुनु पर्नेमा अझै कतै छुट हुन गएको देखिन्छ।

यदपी सेवा दिए अनुरूप रजिस्टरहरू अधावधिक गर्न तथा विगतमा देखिएका गल्ती कमीकमजोरीहरू औल्याउदै सेवाको प्रभावकारितामा जोड दिइएको छ। उदेश्य अनुरूप गाँउघर क्लिनिक सेवालाई सञ्चालनमा ल्याउने तथा सुदीढ गर्ने प्रयासहरू भईरहेको छ।

गाँउघर क्लिनिकबाट दिएको सेवा तथा प्रतिवेदनको अवस्था

तालिका ५ गाँउघर क्लिनिकबाट दिएको सेवा तथा प्रतिवेदनको अवस्था

सूचकहरू	२०७५र७६	२०७६/७७	२०७७/७८
गाँउघर क्लिनिक सञ्चालन प्रतिशत	९७	७४	७३
गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	२३	२३	१८

अवस्था गाँउघर क्लिनिक को प्रतिवेदन आ व २०७५/७६ मा ९७ प्रतिशत वाट घटेर आ.व.२०७६/७७ मा ७४ प्रतिशत भएको थियो भने यस आ.व. २०७७/७८ मा ७३ प्रतिशतमा पुगेको छ। यसैगरी गाँउघर क्लिनिकवाट सेवा लिने सेवाग्राहीको संख्यामा आ.व. २०७५/७६ मा सरदरमा २३ जनावाट आ.व. २०७६र७७ र यस आ.व. २०७७/७८ मा क्रमश २३ र १८ मा घटेको छ। सेवाग्राही घटनुमा विभिन्न कारणहरू रहेका हुन सक्दछन। गाँउघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिने सेवा र उद्देश्य भन्दा नागरिकहरूको अपेक्षा उच्च र फरक भएका कारण पनि गाँउघर क्लिनिक मा सेवाग्राहीहरूको संख्या घट्नुको एउटा प्रमुख कारण हुन सक्दछ। (तालिका ५)

३.४ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

पृष्ठभुमिः

नेपाल सरकारबाट नेपाली जनताको स्वास्थ्यस्तर अभिबृद्धि गर्ने अभिप्रायले ग्रामिण तहसम्म प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन खोप, परिवार नियोजन, पोषण, झाडापखाला, निमोनिया जस्ता कार्यक्रम सञ्चालन भैरहेतापनि बढ्दो जनसंख्याको चाप, सरूवा रोगको प्रकोप, कुपोषण, ब्यक्तिगत तथा वातावरणिय सरसफाईको कमि जस्ता स्वास्थ्य समस्याहरूको समाधान जन सहभागिता बिना सरकारी प्रयासबाट मात्र सम्भव नहुने हुदा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा खासगरि मातृशिशु सेवा तथा परिवार नियोजन सेवालाई ग्रामिण समुदायसम्म प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्दै लैजानु पर्ने तथ्यलाई मध्यनजर राखि जनसंख्याको आधाभाग ओगटेका महिलाहरूलाई समस्या समाधान तर्फ परिचालन गर्ने उद्देश्यले आ.ब.२०४५र४६ देखि म.स्वा.स्वं.से.कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको हो। प्रत्येक वडामा स्वास्थ्य आमा समुहको गठन गरी सो समुहबाट १ जना म.स्वा.स्व.से. छनौट गरी आधारभुत तालिम पछि उनिहरू वडामा काम गर्न शुरू गर्दछन्।

उद्देश्यः

- स्वास्थ्य सम्बन्धी अत्यावश्यक ज्ञान र सिप प्रदान गरेर स्थानिय स्तरमा स्वास्थ्य समस्या समाधान गर्न महिलाहरूलाई सक्रिय बनाउने।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई समुदायसम्म पुर्याउन सम्पर्क ब्यक्तिको रूपमा कार्य गर्न इच्छुक स्वयंसेवीहरू तयार गर्ने।
- आमा र बच्चाको स्वास्थ्यको बारेमा आधारभुत ज्ञान प्रदान गरेर महिलालाईसशक्तिकरण गर्ने।
- उपलब्ध स्वास्थ्य सेवामा माग बृद्धि गरी स्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा बृद्धि गर्ने।

- उत्प्रेरणा तथा शिक्षा मार्फत महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम अभिबृद्धि गरी आमाहरूले पाएको जानकारीलाई ब्यवहारमा प्रयोग गराउने ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रमको अवस्था

कास्की जिल्लामा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिका कार्यक्रम आ.व. २०४५/४६ बाट शुरू भै आ.व. २०५२/५३ मा जनसंख्याको आधारमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिका कार्यक्रम शुरू भएको थियो । हाल गाउ पालीकामा ३९४ जना र नगरपालिकामा ६५६ गरी कुल १०५० जना महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरू सेवारत छन् । जनसंख्याका आधारमा म. स्वा. से. संख्या रहेको यस जिल्लामा साविक प्रति गाविस कम्तीमा ९ जना र बढीमा ४० जनासम्म स्वयं सेबिका सेवारत रहेका छन् । उनीहरूलाई काम प्रति जागरूक र प्रोत्साहन गर्ने उद्देश्यले महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिका कोष, पोशाक खर्च सम्मान जनक विदाई तथा प्रोत्साहन भत्ताको व्यबस्था छ । यसैगरी स्थानिय तहबाट मासिक बैठक भत्ता, अबलोकन भ्रमणको समेत व्यबस्था गरेका छन् । जसले गर्दा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरूलाई समुदायमा काम गर्ने उत्साह प्रदान गरेको पाइन्छ ।

पाइन्छ । समुदायमा आधारित बालरोगको एकिकृत व्यबस्थापन तालिमको सन्दर्भमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिका अक्षय कोष स्थापना स्थानिय स्तरबाट भएपनि नितिको अभाबमा परिचालन हुन सकेको थिएन । आ.व. २०६४/६५ को बजेट बक्तव्य मार्फत प्रत्येक गा.बि.स. मा रू.५०,००० ।- र प्रत्येक जिल्लामा कम्तीमा रू ।१,००००० ।- को महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिका कोष स्थापना गरी प्रत्येक बर्ष रू.१०,००० ।- का दरले प्रति गा.बि.स. थप हुदै आएको र बिगतको अक्षय कोषलाई यसै कोषमा परिणत गरी कोष सञ्चालन समितिको अगुवाइमा परिचालन समेत गर्ने व्यबस्था गरेको छ । कोषबाट ऋण लिई महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरूले आर्थिक आय आर्जनका कामहरू गरी कोषलाई समेत बढवा दिदै आर्थिक सशक्तिकरणका लागि कार्य भै रहेको छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले दिएको सेवा तथा प्रतिवेदन

तालिका नं ६ महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले दिएको सेवा तथा प्रतिवेदनको अवस्था

सूचकहरु	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले गरेको प्रतिवेदन प्रतिशत	९५	९५	९७
म.स्वा.स्वं.से. से ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	१९	१८	१८

अवस्था महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाले गरेको प्रतिवेदन प्रतिशत गत आ.व. भन्दा केहीबढेर यस आ ब ९७ प्रतिशतमा पुगेको छ । महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाहरूको प्रतिवेदन संकलन तथा प्रति महिना सेवा पुऱ्याउको संख्या सन्तोषजनक देखिन्छ । (तालिका नं ६)

परीवार स्वास्थ्य कार्यक्रमका सवल पक्ष, समस्या तथा सुझावहरु

सबल पक्षहरु

- परीवार नियोजनको शुष्मयोजना कार्यक्रमबाट सेवा बाट खास बन्चित भएका समुहको पहिचान भएको ।
- पहिलो पटक सुत्केरी पछिको जाँच राम्रो ।
- मागका आधारमा लामो समयको साधनको शिबीर गर्न दातृ निकायको सहयोग ।
- लामो अबधिको साधनको प्रयोगमा बृद्धि ।
- घुम्ति र सेटलाइट क्लिनिकबाट दुर्गम क्षेत्रमा सेवा प्रदान, पि पि आई यु सि डि कार्यक्रमको सञ्चालन भएको ।
- सेवा प्रदायक संस्थाको बिस्तार, दातृ निकायहरूको लगानी वढ्दो निजी तथा गैसस संघ संस्थाहरूको स्थापना तथा सहकार्य ।

सहकार्य समस्याहरु

- सवै वडाहरूमा बर्थिङ सेन्टर स्थापना नभएको ।
- चौबिसै घण्टा बर्थिङ सेण्टरमा सेवा प्रदान गर्न आवश्यक दक्ष जनशक्ति र पूर्वाधार पुरा गर्न नसकिएको
- सेवा विस्तार गरेका स्वस्थ्य केन्दहरूमा प्रर्याप्त स्रोत र साधन पुर्याउन नसकीएको
- सवै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा ५ वटै प. नि. साधनहरूको सेवा विस्तार गर्न नसकिएको
- प्राईभेट संघ सस्थाहरूको सेवा दर्तालाई पुर्ण रूपमा जिल्लाको प्रगतिमा ल्याउन नसकिएको
- इम्प्लान्ट सेवा, आइ.यु.सि.डि. सेवा थोरै स्थानबाट मात्र उपलब्ध ।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्रबाट प.नि. का ५ वटै अस्थायी साधन दिन नसकिएको ।
- एम.ए. र एम.भि.ए.पछि लामो अबधिको साधन प्रयोग कम ।
- सि.आर.एस. कम्पनिबाट धेरैलाई सेवा दिएकोमा प्रतिवेदन संकलन भएपनि समायोजन गर्न नसकिएको ।
- स्थायी बन्ध्याकरणको सेवा नियमित हुन नसकेको ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबिकाको प्रतिवेदन संकलन गर्न फिल्ड कर्मचारीको कमी ।
- आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती न्यून ।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्रका महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूको प्रतिवेदन संकलनमा कमि ।
- गाँउघर क्लिनिक उद्देश्य अनुसार नचलेको ।

समाधानका उपायहरु

- सबै स्वास्थ्य संस्थामा बर्थिङ सेन्टर स्थापना हुनुपर्ने तथा बर्थिङ सेन्टरमा तालिम प्राप्त दक्ष प्रसुतिकर्मी व्यबस्था हुनुपर्ने ।
- पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पतालरमणीपाल शिक्षण अस्पताल बाहेक अन्य अस्पताललाई पनि रेफरल केन्द्रको रूपमा बिकास गर्नुपर्ने ।

- शहरी स्वास्थ्य केन्दहरू तथा हाल स्थापना भएका सामुदायिक स्वास्थ्य इकाईहरू सहित सवै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सवै किसिममा परिवार नियोजन साधनहरू उपलव्ध गराउन पहल तथा व्यवस्था गर्ने
- प्राईभेट संघ सस्थाहरूको सेवा दर्तालाई पुर्ण रूपमा जिल्लाको प्रगतिमा ल्याउन व्यबस्था मिलाउनुपर्ने ।
- आइ.यु.सि.डि. कोचिङ, इम्प्लान्टको तालिम बढाउनुपर्ने ।
- सबै महिना स्थायी बन्ध्याकरणको सेवा नियमित गर्नुपर्ने ।
- आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थिती हुने व्यबस्था गर्नुपर्ने ।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्रका महिला स्वास्थ्य स्वयं सेबकिाहरूको प्रतिवेदन संकलन गर्ने व्यबस्था मिलाउने ।
- गाँउघर क्लिनिक व्यबस्थापन समितिलाई सक्रिय बनाउने खालका कार्यक्रम आउनुपर्ने ।

अध्याय ४

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

४.१ औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

पृष्ठभूमीः

औलो परजिवीबाट रोग हो, यो लामखुट्टेद्वारा प्रसारण हुन्छ भन्ने तथ्य १९ सौ शताव्दीका वैज्ञानिकहरूले पत्ता लगाएका थिए । पश्चिम जगतको ग्रीक र रोमवासी वैज्ञानिकहरूले औलो ज्वरो जमेको पानीवाट निस्कने दुषित हावा माला-एरिया वाट हुन्छ भन्ने मान्यता थियो, जसवाट अंग्रेजी भाषामा मलेरिया हुन गएको तथ्य छ ।

औलो जनस्वास्थ्यका लागि अती नै भयानक रोग रहेको कुरा प्राचिन कालदेखी नै मानिदै आएको कुरो हो । यस रोगले शुरूदेखी ठूलो धनजनको क्षती गरी जन बलमा ह्रास ल्याई देश र समाजको हरेक क्षेत्रको विकासमा तगारोको रूपमा रहदै आएको तथ्य सर्बीबदितै छ । बिश्वमा हालपनि ३०-५० करोड क्लिनिकल मलेरिया बिरामीहरू भेटिने र सो मध्ये १५-२७ लाख मानिसहरूको मृत्यु हुने गरेको छ, जसमध्ये १५-२५ प्रतिशत ५ बर्ष मुनिका बालबलिकाहरूको मृत्यु हुने गरेको तथ्याकले देखाउछ ।

सन १९५० मा औलो रोग नियन्त्रण युनिट गण्डकी हाइड्रो पावर प्रोजेटको स्थापना भयो, यो नै औलो रोग सम्बन्धी काम गर्ने सबै भन्दा पुरानो संस्था वा कार्यक्रम मानिन्छ । सन् १९५८ मा औलो उल्मुलन संगठन स्थापना भएपछि देशमा औलो रोग उन्मुलन गर्ने हलचल नै शुरू भयो तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन यसकारण सन १९७८ मा औलो उल्मुलन कार्यक्रमलाई औलो नियन्त्रण कार्यक्रममा परिणत गरियो साथै औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई एकिकृत आधारभूत स्वास्थ्यको रूपमा विकास भयो । तत्पश्चात सन १९९३ मा औलो रोग नियन्त्रण विभागलाई इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा अन्तर्गत राखी कामकाज हुदै आएको छ ।

हाम्रो देशमा औलो रोग नियन्त्रणको काम शुरू हुनु भन्दा अगाडी तराई, भित्री मधेश र पहाडका खोचहरूमा ब्यापक रूपमा औलो रोग फैलिएको थियो । घरका सम्पूर्ण परिवार बिरामी भएर पानी खुवाउनेसम्म कोही नरहने तथ्य केही दशक अगाडि सम्म पनि यथावत रहेको थियो । चारकोसे झाडीबाट पार हुदा आँखा झिमिक्क पार्न समेत हुदैनथ्यो भनिन्थ्यो । तराईका विभिन्न जिल्लाहरू कालापानीका नामले कहलिन्थे । भनिन्छ राणाकालमा कसैलाई सजाय दिन परेमा यही कालापानी पठाइन्थ्यो र त्यही औलो रोग लागेर उसको मृत्यु हुन्थ्यो । औलो ग्रसित भएकै कारणले तराईका उर्बर भुमि पनी मरूभुमीका रूपमा रहीरहेका थिए ।

औलो उन्मुलन कार्यक्रम शुरू भएपछी औलो रोग करीब करीब उन्मुलनको संधारमा पुग्यो तर बिबिध कारणले गर्दा औलो रोग उन्मुलन हुन सकेन तापनी औलो रोग उन्मुलन कार्यक्रम शुरू भएपछी यस सम्बन्धी धारणाहरू परिवर्तन भए । कालापानीका नामले चिनिने कतिपय जिल्लाहरूमा ठूला ठूला कलकारखानाहरू स्थापना भए, ठूलाठूला उद्योग, नहरहरू स्थापना भए, तराइका जंगल र मरूभुमीहरूमा लहलहाउदो खेती हुने उर्बर भुमीमा परिणत भए, पुर्ब मेची देखी पश्चिम महाकाली सम्म ठूलाठूला सडकहरू बने, नहरहरूको बिकाश भयो । जसले गर्दा मानब जिवनमा एउटा ठूलो परिबर्तन आयो । तर आज फेरी औलो रोग नियन्त्रणमा आएको शिथिलताका कारण औलो रोग पुनः फाट्ट फुट्ट रूपमा महामारीका रूपमा देखा पर्दै

गएको हामी सबैमा बिदितै छ । प्रत्येक बर्ष ५०-६० हजार क्लिनिकल मलेरीया १०-१४ हजार प्रमाणित औलो रोगीहरूको अभिलेख रहेको र सो मध्ये १०-३० प्रतिशत प्लाजमोडियम फाल्सीफारम केस रेकर्ड हुनुले पनी औलो रोगबाट हामी कती सुरक्षित छौ भन्ने कुरा अनुमान गर्न सकिन्छ ।

नेपाल औलो रणनीतिक योजना २०१४-२०२५ (Nepal Malaria Strategic Plan,2014-2025) अनुसार नेपाललाई सन् २०२५ सम्म औलोमुक्त राष्ट्र बनाउने परिकल्पना गरिएको छ । जस अनुसार सन् २०२२ सम्ममा स्थानीय औलो विरामीको संख्या शुन्य पुर्याई त्यसलाई निरन्तरता दिनु रहेको छ ।

परिकल्पना, लक्ष्य तथा उद्धेश्य

परिकल्पना (Vision)

- सन् २०२५ सम्ममा नेपालबाट औलो निवारण गर्ने ।

ध्येय (Mission):

- सन २०२६ सम्ममा नेपाललाई औलो रोग मुक्त बनाउने दृष्टिलाई टेवा पुग्ने गरी औलो रोगको जोखिमबारे स्वास्थ्यकर्मी, समुदायलाई शसक्तिकरण गर्ने ।

लक्ष्य (Goal):

- सन् २०२२ सम्म स्थानीय औलोलाई शुन्यमा पुर्याउने र त्यसलाई कायम राख्ने ।
- शुन्यमा मृत्युलाई कायम राख्ने ।

उद्देश्य (Objective) :

- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई औलोरोग निदान तथा व्यबस्थापन गर्न ज्ञान र सिपको क्षमता अभिबृद्धी गर्ने,
- औलो रोग निबारण निर्णय प्रकृयाका लागि रणनैतिक सूचना अभिबृद्धी गर्ने,
- औलो रोग सरेका स्थानहरू घटाउदै लगी निबारणको अवस्थामा पुर्याउने,
- औलो रोगीको छिटो निदान र प्रभाबकारीको लागि पहुँच साथै गुणस्तरलाई सुढृढ गर्ने,
- औलो रोग निबारणका लागि राजनैतिक नेतृत्व तथा समुदायबाट प्राप्त भएको सहयोगलाई निरन्तरता दिने,
- औलो रोग निबारण कार्यक्रमको लागि व्यवस्थापकीय र प्राविधिक दक्षता र क्षमता सुधार गर्ने,

रणनितीहरु (Startegies) :

- कार्यक्रम व्यबस्थापनको सुधार गर्ने
- शंकास्पद औलो रोगीको छिटो निदान तथा पुरा उपचार गर्ने
- एकिकृत रूपमा कीटजन्य रोगको व्यबस्थापन गर्ने
- कीटजन्य रोगको प्रभाबकारी रूपमा निगरानी गर्ने
- विभिन्न निकायको समन्वय तथा सामाजिक परिचालन गर्ने

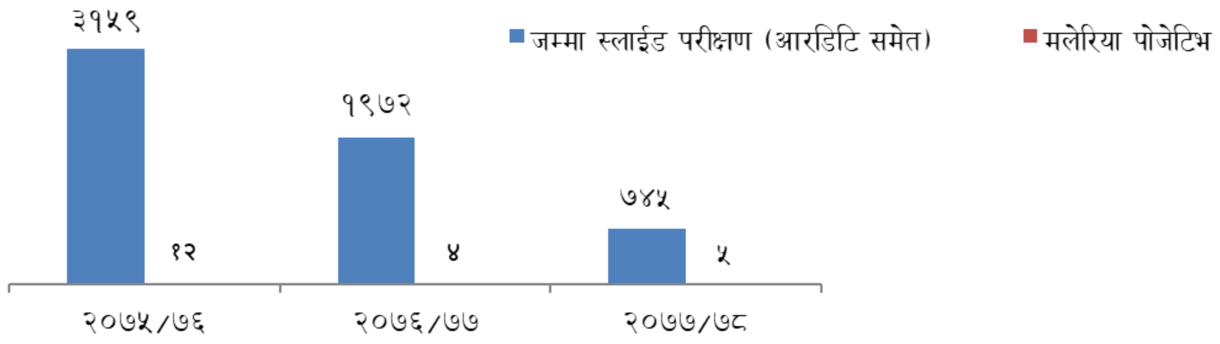
- अनुसन्धानात्मक कार्यलाई कार्यान्वयन गर्ने
- शंकास्पद बिरामीको पत्ता लगाउने र उपचार गर्ने
- कुनैपनि स्थानमा महामारी भएका तुरून्त प्रतिकार गर्ने
- छनौट भएका स्थान मध्ये प्रथामीकरण गरी कीटनाशक बिषादी छिड्काउ गर्ने
- राष्ट्रिय औलो उपचार निर्देशिकालाई समयानुकुल परिमार्जन गर्दै लग्ने

औलो निवारण कार्यक्रमका लागि चुनौतिहरु

- उच्च पहाडी तथा हिमाली जिल्लाहरू जस्तै बाजुराको कोलूटी, मुगुको ह्यालु, हुम्लाको अदानचुली, ताजाङ्कोट जस्ता ठाँउहरूमा औलोको विरामीहरू देखिनु तथा आवश्यकप्रतिकारात्मक क्रियाकलाप जस्तै खोजपड्ताल तथा विषादी छिड्काउ गर्न समयमा नै पुग्न कठिनाई,
- औलो रणनीतिक योजना ९२०१४-२०२५० को १-३-७ मोडेल अनुसार समयमानै सर्भिलेन्स हुन नसक्नु,
- भेक्टर नियन्त्रण र सर्भिलेन्सको क्रियाकलाप नियमित भइरहदा पनि सोचे जति औलो बिरामीहरू नघट्नु,
- सवै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा औलो जाँच नहुनु,
- कीटनाशकयुक्त झुल तथा विषादी छड्काउका लागि माग अनुसार व्यवस्थापनमा कठिनाई हुनु,
- नेपाल औलो रणनीतिक योजना ९२०१४-२०२५० का अनुसार जोखिम क्षेत्रमा औलो नियन्त्रणका लागि आवश्यक मात्रामा झुल वितरण नहुनु
- प्रदेश तथा स्थानीयतहमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभाव ।
- इन्टोमोलोजिकल तथ्याङ्कहरू अद्यावधिक गर्न नसक्नु

औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको कार्यसम्पादन अवस्था

चित्र नं २४ कास्की जिल्लामा औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रमको स्थिती



विगतका आ.व. भन्दा यस आ.व. २०७७/७८ मा रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण घट्दो क्रममा जसले गर्दा विरामीको संख्या पनि घट्दो क्रममा नै देखियको छ। यस आ.व. मा ७४५ जनाको रक्त नमुना संकलन तथा परिक्षण गरिएकोमा ५ वटा औलो रोगी पत्ता लगाई उपचार समेत गरेको पाइन्छ। (चित्र नं २४)

औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क. कीटजन्य रोगहरू औलो कालाजार, डेंगु, हात्तीपाइले, जे.ईं जीका सार्ने लामखुट्टेको एकिकृत सर्भिलेन्स

ख. उच्च र मध्यम खालको औलो प्रभावित गा.बि.स.हरूमा विशेष औलोरोगी खोजी अभियान सञ्चालन गर्ने तथा जनचेतनाको लागि कीटजन्य रोग सम्बन्धी स्टल राख्ने

ग. औलो ग्रसित क्षेत्रहरूमा शंकास्पद औलो रोगी पत्ता लगाउन रक्त नमुना संकलन गरी उपचार तथा केशको निगरानी गर्ने

घ. डेंगु तथा चिकनगुनिया रोग नियन्त्रण गर्न लामखुट्टेको बासस्थान खोजी लार्भा नष्ट गर्ने अभियान सञ्चालन गर्ने

ङ. औलो नियन्त्रण कार्यक्रमको सुपरिबेक्षण, अनुगमन एवं मूल्याकन

च. डेंगु तथा चिकनगुनिया तथा जीका र अन्य कीटजन्य रोग नियन्त्रणबारे स्वास्थ्यकर्मी,म.स्वा.स्व.से.तथा अन्य सरोकारवालाहरूलाई अभिमुखीकरण/अन्तरक्रिया

सवल पक्ष, समस्या र सुझावहरु

सबल पक्षहरु

- प्राय सबै पुराना स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम ।
- सरकारी साथै निजी अस्पतालमा रक्त नमुना जाच ।
- औषधि तथा अन्य सामाग्रिको सहज आपुर्ति ।
- पत्ता लागेका औलो रोगीलाई समयमा नै उपचार ।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्रको स्थापनाको शुरूआत ।
- समयमा नै क्रसचेकको लागि स्लाइड पठाइएको ।
- प्राप्त भएका रक्त नमुनाहरू परिक्षण गरी नतिजा (फिडब्याक) सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा पठाउने गरेको ।
- स्थानिय स्तरको समस्या पहिचान गरी प्रत्यक्ष रूपमा सेवा प्रवाह गर्न गाउपालिका र नगरपालिकामा स्वास्थ्यकर्मी परिचालन तथा Botom to Top Planning को शुरूआत ।

सेवा प्रवाहमा देखिएका समस्या तथा चुनौतीहरु

- जनसंख्या शहर केन्द्रित र स्वास्थ्य संस्था गाँउ केन्द्रित .(८० प्रतिशत भन्दा बढी जनसंख्या शहर) तर सरकारी स्वास्थ्य संस्था शहरमा न्यून ।
- नया नियुक्ति लिई आएका स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिन नसकिएको ।
- गाँउमा रोग निदान हुन नसकी पोखरामा नै आउनुपर्ने बाध्यता ।
- प ।क्षे ।अस्पतालमा सेवा लिन आएका बिरामीहरूलाई रक्त नमुना परिक्षण अस्पतालकै प्रयोगशालामा हुन नसकेको ।
- स्वास्थ्यकर्मी वा सेवाग्राही दुबैमा ज्वरो आएमा रक्त नमुना जाँच गराउनु पर्छ भन्ने धारणको बिकास नहुनु ।
- प्राइभेट अस्पतालको प्रतिवेदन संकलन तथा रक्त नमुना क्रसचेक गर्नमा कठीनाई ।

समाधानका उपायहरु

- नगरपालिकाहरूमा नगर स्वास्थ्य केन्द्र बढाउनु पर्ने ।
- नया नियुक्ति लिई आएका स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिनुपर्ने ।
- रक्त नमुना परिक्षणको सुबिधा स्वास्थ्य चौकी सम्म बढाउनुपर्ने ।
- प.क्षे.अस्पतालमा सेवा लिन आएका बिरामीहरूलाई अस्पतालमा नै रक्त नमुना परिक्षण हुनुपर्ने ।
- प्राइभेट अस्पतालको पत्ता लागेका औलो रोगीको नितीगत कार्यक्रम बनाई क्रसचेक गर्नुपर्ने ।
- निजी अस्पतालमा कार्यरत तथ्याङ्क हेर्ने कर्मचारीहरूलाई तालिम दिनुपर्ने ।

४.२ कोभिड-१९ रोग (कोरोना भाईरसबाट हुने रोग) नियन्त्रण तथा कोभिड-१९ खोप व्यवस्थापन

- आनुवंशिक संरचनामा आरएनए (RNA) भएका भाइरस अर्थात विषाणुको एउटा समूहलाई वैज्ञानिकहरुले कोरोनाभाइरस (Coronavirus) नामकरण गरेका थिए। भाइरसको बाह्य रुप किरीट अर्थात श्रीपेचजस्तै भएकाले अङ्ग्रेजीमा उक्त नाम दिइएको थियो तर कोरोनाभाइरस नै प्रचलित र सजिलै बुझिने नाम हो ।सन् २०१९ को डिसेम्बरमा चीनमा मानिसमा सङ्क्रमण गर्न थालेको भाइरस सो समूहमा राख्न मिल्ने नयाँ भाइरस भएको पत्ता लाग्यो । चीनको वुहान युनिभर्सिटीमा पी.एच.डी. अध्ययनरत ३२ वर्षीय पुरूषमा नेपालमा पहिलोपटक कोरोना पोजेटिभ देखिएको थियो ।
- चीनको वुहान नजिकै पशुपक्षी व्यापार हुने एउटा बजारमा पहिलो पटक यसको सङ्क्रमण देखिएको उक्त भाइरस केही महिनामै विश्वभरि फैलियो। उक्त भाइरसको वैज्ञानिक नाम सार्स-कोभ-२ – Sars-CoV-2 हो। सङ्क्रमणबाट हुने रोगलाई कोभिड-१९ (Covid-19) भनिन्छ।

कोरोना भाइरस श्वाशप्रश्वाशको माध्यमबाट सर्ने रोग हो। यो संक्रमित व्यक्तिले खोक्दा वा हाछ्युँ गर्दा नाक वा मुखबाट निस्कने छिट्टाको माध्यमबाट एक व्यक्तिबाट अर्को व्यक्तिमा सर्दछ।

कोरोना भाइरस पहिचान

- **RDT Test**
- **RT-PCR Test**

कोरोना भाइरस रोगको मुख्य लक्षणहरू

- ज्वरो आउने
- खोकी लाग्ने
- श्वास फेर्न गाह्रो हुने
- गन्ध तथा स्वाद थाहा नहुने
- पखाला लाग्ने

कोभिड १९ रोग वाट वच्ने उपाय

- ज्वरो र खोकी लागेको व्यक्तिबाट टाढा रहने वा आफूलाई ज्वरो र खोकी लागेको छ भने पनि अरु व्यक्तिबाट टाढा रहने ।
- खोक्दा वा हाछ्युँ गर्दा नाक मुख टिस्यू पेपर वा कुहिनाले छोप्ने र प्रयोग गरेको टिस्यू पेपरलाई बिर्को भएको फोहर फाल्ने भाँडोमा फाल्ने र साबुनपानीले मिचिमिचि हात धुने वा अल्कोहल भएको स्यानिटाईजर प्रयोग गर्ने ।
- भिडभाडमा नजाने र अरूलाई पनि नजाने सुझाव दिने ।
- बेलाबेलामा साबुनपानीले कम्तिमा २० सेकेन्ड मिचिमिचि हात धुने वा अल्कोहल भएको स्यानिटाइजर प्रयोग गर्ने ।
- माथिका लक्षणहरु देखिए स्वास्थ्य केन्द्रमा तुरुन्त जानुपर्दछ । घरैमा बस्दा परिवारका सदस्यहरुबाट १० दिन सम्म छुट्टै आईसोलेसनमा बस्नु पर्दछ ।

कोभिड-१९ रोग लागि उपचार

कोभिड-१९ रोग कोरोना भाइरसले गर्दा हुने रोगको लागि कुनै खास उपचार छैन । यद्यपि यो भाइरसले निम्त्याएका धेरै लक्षणहरुको उपचार गर्न सकिन्छ, त्यसैले बिरामीको उपचार लक्षणको आधारमा गरिन्छ ।

आ.व. २०७७/७८ मा कोभिड-१९ रोकथाम तथा नियन्त्रण सम्बन्धमा कास्की जिल्लामा भएका गतिविधिहरु

- स्थानीय तह संग समन्वय गरी हेल्थ डेस्क स्थापना
- कोभिड १९ सम्बन्धी सचेतना मुलक कार्यक्रम सञ्चालन
- जिल्ला कोभिड नियन्त्रण तथा समन्वय समिति को नियमित वैठक, दैनिक तथ्यांक संकलन प्रकाशन तथा प्रतिवेदन
- क्वारेन्टाईन तथा आईसोलेसन निर्माण र व्यवस्थापन
- कोभिड १९ रोग निदानका लागि आर डि टि तथा पि सि आर टेस्ट
- संक्रमित विरामीहरूको उपचार तथा व्यवस्थापन
- कन्ट्याक्ट ट्रेसिङ
- कोभिड १९ विरूद्धको खोप सम्बन्धी स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई अभिमुखिकरण
- कोभिड १९ विरूद्धको खोप अभियान सञ्चालन
- सरकारी तथा नीजि अस्पताल हरूसंग समन्वय
- नियमित अभिलेख तथा प्रतिवेदन

तालिका नं ७ आ.ब २०७७/७८ को असार मसान्त सम्म कोभिड-१९ रोगको संक्रमणको अवस्था:

क्र.स	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	परिक्षण गरिएको संख्या	संक्रमण पुष्ठि भएको संख्या	निको भएको संख्या	मृत्यु भएका संख्या	सक्रिय संक्रमितको संख्या
१	पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान	२६३११	२४३३८	२२९५४	४२८	९५६
२	प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला, पोखरा	१४२८४४				
३	लाईफ केयर ल्याब, पोखरा	३३०८०				
जम्मा		२०२२३५	२४३३८	२२९५४	४२८	९५६

नेपालमा कोभिड-१९ विरुद्धको खोप अभियानमा हाल सम्म प्रयोग भएका खोपहरु

- कोभिसिल्ड /एष्ट्राजनेका खोप (Covishield/Astrazenica)
- भेरोसिल खोप (Verocell)
- जानसेन (Janssen)
- फाइजर (Pfizer)
- मोर्डेना (Moderna)

तालिका नं ८ कास्की जिल्लामा २०७८ असार मसान्तसम्म भएको कोभिड-१९ खोप लगाएको प्रगति विवरण

कोभिसिल्ड/एष्ट्राजेनेका		भेरोसिल	
पहिलो मात्रा	दोस्रो मात्रा	पहिलो मात्रा	दोस्रो मात्रा
१६,७६२	४८२९८	२८८८६	१०१५२

४.३ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम

पृष्ठभूमी (Background)

क्षयरोग विश्वमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहि आएको छ। क्षयरोगलाई सन् १९९३ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनले संसारकै प्रमुख जन-स्वास्थ्य समस्याको रूपमा घोषणा गर्दै क्षयरोग नियन्त्रण गर्नका लागि नयाँ रणनीति अवलम्वन गर्ने कुरामा जोड दिंदै आएको छ। क्षयरोग नेपालमा पनि प्रमुख जन-स्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेकाले नेपाल सरकारले यसलाई पहिलो प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम अन्तर्गत राखेर कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दै आएको छ। राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत एकीकृत स्वास्थ्य प्रणाली अनुरूप केन्द्र देखि समुदाय स्तरसम्म प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन भैरहेको छ। व्यापक गरिवि र अशिक्षाले हाम्रो जस्तो मुलूकमा करीव ६० प्रतिशत वयष्क जनशक्ती क्षयरोगबाट संक्रमित छन्। देशको उत्पादनशील उमेरका जनशक्तिमा क्षयरोगको प्रकोप बढी हुँदा देश विकासका अन्य क्षेत्रमा समेत नकारात्मक प्रभाव परेको छ।

एच.आइ.भि. र एड्स को संक्रमण, बहू औषधि प्रतिरोध क्षयरोगको बृद्धि जस्ता नयाँ चुनौतिहरूको कारणले क्षयरोग नियन्त्रण कार्य झन कठिन बन्दै गएको छ। यस किसिमका चुनौतिहरूलाई मध्य नजर गर्दै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले बिगतका नीति तथा कार्यक्रमहरूमा समयानुकूल परिमार्जन गर्दै विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा अन्य अन्तराष्ट्रिय संस्थाहरूको सिफारिस अनुसार नयाँ नीति र रणनीति अवलम्बन गरेको छ। जस अनुसार क्षयरोग उपचारको नयाँ पद्धति (६ महिने उपचार), हरेक क्षयरोगका बिरामीले सरकारी तथा गैह्रसरकारी निकायबाट राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको मापदण्ड अनुसारको उपचार पाउने व्यवस्था, समुदायको सहभागिता, सरकारी तथा गैह्र सरकारी संघ-संस्थाहरूसँगको सहकार्य, बहूऔषधि प्रतिरोध क्षयरोगका विरामीको उपचार व्यवस्थापन कार्यक्रमको बिस्तार र टी.बि. एच.आइ.भि. कार्यक्रम सहकार्य आदि जस्ता कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने नीति लिएको छ।

- विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले क्षयरोगमुक्त विश्व बनाउने परिकल्पना (Vision) अनुसार सन् २०१६ देखि २०५० का लागि "The END TB Strategy" सार्वजनिक गरेको छ। यस रणनीतिलाई आत्मसातगर्दै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले निम्नानुसारको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरु निर्धारणको गरिएको छ।

परिकल्पना (Vision)

- सन् २०५० सम्ममा क्षयरोगको महामारी अन्त्य गर्ने।

मूलभूत लक्ष्य (Goal)

- क्षयरोगबाट हुने बिरामी र मृत्युदर घटाई रोग सर्ने प्रक्रियालाई रोकी यसलाई जनस्वास्थ्यको समस्याको रुपमा रहन नदिने।

आवधिक लक्ष्यः

- सन् २०१५ को तुलनामा सन् २०२१ सम्ममा क्षयरोगबाट प्रभावित नयाँ बिरामीको सङ्ख्या २०५ ले कम गर्ने र बिरामी पत्ता लगाउने (Case Notification) को सङ्ख्या सन् २०१६ को जुलाई देखि सन् २०२१ को जुलाई सम्ममा कूल सङ्ख्या २० हजारले बढाउने।

- सन् २०५० सम्म नयाँ क्षयरोगका बिरामी दर १० जना प्रति १ लाखमा झार्ने ।
- क्षयरोगका कारणबाट हुने बिरामी दर कम गर्ने र मृत्यु हुने दर शून्य गर्ने ।

उद्देश्यहरू (Objective)

१. स्वास्थ्य संस्थामा आधारित क्षयरोग निदान सेवालाई सुधार गरी बालबालिकामा क्षयरोगको निदान सेवा बढाउने (६५ बाट सन् २०२१ सम्म १०५ पुऱ्याउने), क्षयरोगका बिरामीको सम्पर्कमा आएका व्यक्तिहरु तथा जोखिमयुक्त समूहहरुको पनि जाँच गर्ने । जस्तैः (१७९ बाट सन् २०२०/२१ सम्म ११०० भन्दा बढीमा जाँच गर्ने), मधुमेह भएका व्यक्तिहरुमा क्षयरोगको जाँच गर्ने आदि ।

२. सन् २०२१ सम्म सबै क्षयरोगका बिरामीहरुको उपचार सफलता दर ९० प्रतिशतमा यथावत राख्ने

३. सन् २०१८ सम्म ५० प्रतिशत सम्भावित औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भएका क्षयरोगका बिरामीहरुमा निदान सेवा पुर्याउने तथा सन् २०२१ सम्म शत प्रतिशत सम्भावित व्यक्तिहरुमा निदान सेवा पुर्याउने । कम्तीमा ७५ प्रतिशत निदान गरिएका औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भएका बिरामीहरुको सफलतापूर्वक उपचार पूरा गर्ने ।

४. स्वास्थ्य मन्त्रालयका अतिरिक्त अन्य सरकारी निकायहरु जस्तैः (मेडिकल कलेज, निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुको समावेशीकरण, निजी क्षेत्रलाई सम्पादन गरेको कार्यका आधारमा आर्थिक सहयोग तथा औपचारिक रुपमै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमसँग समावेशी गरी क्षयरोगको नयाँ बिरामी पत्ता लगाउने प्रक्रियालाई विस्तार गर्ने

५. क्षयरोगका बिरामीहरुको व्यवस्थापन, एडभोकेसी, सहयोग र अधिकारका लागि सन् २०१८ सम्म ६०५ जिल्लाहरुमा र सन् २०२१ सम्म १००५ जिल्लाहरुमा क्षयरोग पत्ता लगाउन र क्षयरोगका बिरामीको उचित व्यवस्थापन गर्नका लागि सहयोगी वातावरण सृजना गर्नका लागि सामुदायिक प्रणालीलाई सबलीकरण गर्ने ।

६. राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा जनशक्ति व्यवस्थापन, क्षमता विकास, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक संरचना, खरिद प्रक्रिया र आपूर्ति व्यवस्थापन गरी स्वास्थ्य प्रणाली सबलीकरणमा सहयोग गर्ने ।

७. क्षयरोगको विस्तृत सर्वेक्षण, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन प्रणालीको विकास गर्ने ।

८. प्राकृतिक प्रकोप तथा अन्य जनस्वास्थ्यसम्बन्धी आपतकालीन अवस्थामा राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरुलाई निरन्तरता दिन योजनाको विकास गर्ने ।

योजनाको उद्देश्यहरु (Objectives)

- उच्च गुणस्तरीय रोग निदान र बिरामी केन्द्रित उपचार सेवा सर्वसुलभ बनाउने ।
- क्षयरोगसँग जोडिएका सामाजिक तथा आर्थिक समस्या र मानविय पिडा कम गर्ने ।
- गरिव तथा जोखीममा रहेका जनसमुदायलाई TB,TB/HIV,MDR TB बाट बचाउने ।
- रोग निदान तथा उपचारका नयाँ साधन, पद्धतिको बिकास र प्रभावकारी प्रयोग गर्न सहयोग गर्ने ।
- क्षयरोग रोकथाम, नियन्त्रण तथा बिरामीको हेरचाह गर्दा मानवअधिकारको संरक्षण तथा प्रवर्द्दन गर्ने ।

रणनितिहरु (Startegies)

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमले विश्व स्वास्थ्य संगठनको क्षयरोग विरूद्धको रणनीति लाई अवलम्वन गर्दै २०१६ देखि २०२१ सम्मको निम्न लिखित रणनितिहरू लिएको छ।

१. उच्चगुणस्तरीय डट्स कार्यक्रमको बिस्तार

क) राजनैतिक प्रतिबद्धता

ख) खकारको गुणस्तरीय परिक्षणद्वारा रोगको निदान

ग) सुपरीवेक्षण तथा बिरामी सहायता सहितको स्तरीय उपचार

घ) प्रभावकारी औषधि बितरण तथा व्यवस्थापन प्रणाली

ङ) अनुगमन र मूल्यांकन प्रणाली तथा प्रभावकारिताको मापन

२. टीवी-एच.आइ.भी.र डि.आर. टीवी र अन्य चुनौतिहरुको सम्बोधन

यी बिषयहरूलाई सम्बोधन गर्नको लागि निम्नानुसारका क्रियाकलापहरू गर्नु आवश्यक छ।

क) टीवी एच.आइ.भी. सहकार्य

- टीवी एच.आइ.भी.सहकार्यका लागि आवश्यक संयन्त्रको निर्माण गर्ने।
- एच.आइ.भी.एड्स संक्रमितमा क्षयरोगको भार कम गर्ने।
- क्षयरोगका विरामीमा एच.आइ.भी. एड्सको भार कम गर्ने।

ख) औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको रोकथाम र नियन्त्रण

ग) बन्दि, शरणार्थी र अन्य जोखीममा रहेका जनसंख्या तथा विशेष परिस्थितीमा रहेका समूहमा कार्यक्रम व्यवस्थापन

३. स्वास्थ्य प्रणालीको सुदृढिकरणमा योगदान

क) स्वास्थ्य नीति, मानवीय श्रोत, आर्थिक व्यवस्थापन, सेवा प्रवाह र सुचना प्रणाली सुदृढीकरणको लागि सक्रिय सहभागिता

ख) नयाँ अवधारणाको आदानप्रदान गरी स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको सुदृढिकरण गर्ने

४. सम्पूर्ण सेवा प्रदायकलाई क्षयरोग सेवामा संलग्न गराउने

क) सरकारी-सरकारी तथा सरकारी-निजि साझेदारी

ख) क्षयरोग सेवाको अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड

५. क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण

क्षयरोगका विरामी तथा समुदायको सशक्तिकरण गर्नका लागि निम्न क्रियाकलापहरू गर्नुपर्दछ।

क) वकालत, संचार तथा समाजिक परिचालन

ख) क्षयरोग सेवामा सामुदायिक सहभागिता

ग) क्षयरोग सेवामा बिरामी वडापत्र

राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको नीति (Policy)

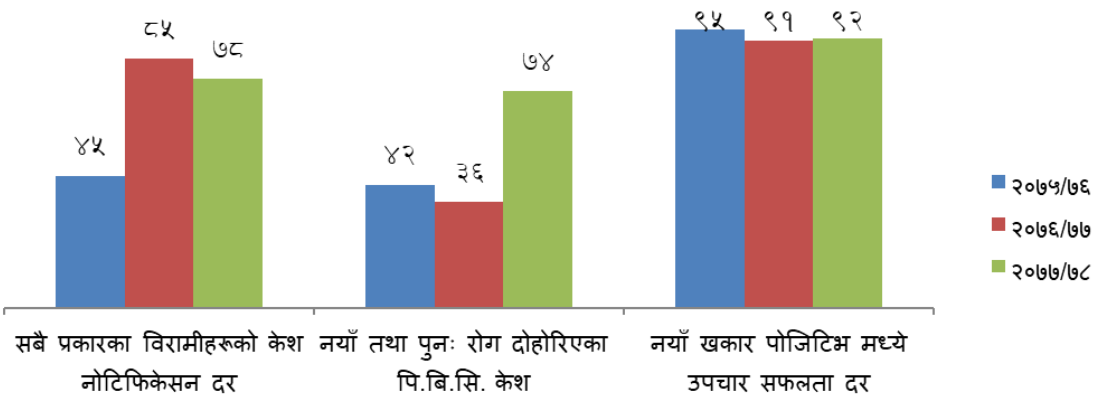
- राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको नियमन तथा सञ्चालन राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रले गर्नेछ ।
- व्याक्टेरियोलोजिकल परिक्षण सेवा प्रदायकलाई सबल र सक्षम बनाउदै राष्ट्रिय प्रयोगशाला सञ्जालमा आवद्ध गराउने ।
- प्यासीभ तथा एक्टिभ केश फाइण्डिङको माध्यमबाट रोग निदान गर्ने ।
- गुणस्तरिय क्षयरोग सेवा प्रदान गर्न स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिबृद्धि गर्ने ।
- खकार जाँचमा किटाणु भएका क्षयरोगका बिरामीलाई पहिलो प्राथमिकता दिने ।
- डट्स पद्धतिलाई सुदृढिकरण तथा परिमार्जन गर्ने ।
- क्षयरोगको निदान र उपचार निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउने ।
- नियमीत रूपमा औषधि तथा आवश्यक सामाग्रीहरूको आपूर्ती गर्ने ।
- निजी क्षेत्रबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था, मेडिकल कलेज, नर्सिङ होम, अन्य संघ-संथा तथा सेवा प्रदायकसंग समन्वय गरी प्रभावकारी साझेदारीताको बिकास गर्ने ।
- विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय सरकारी तथा गैहृसरकारी संघ-संस्थाहरू र नीजी संस्थाहरूसंग समन्वय गरी क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका विभिन्न क्रियाकलापहरू सञ्चालन गर्ने ।
- औषधि प्रतिरोध क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्यक्रमलाई विस्तार गर्ने ।
- महिला तथा बालबालीका, गरीव, जनजाति, दलित, पिछिडिएका बर्गहरू तथा सेवाको पहुँच नपुगेका अन्य समुहहरूको लागि विशेष क्षयरोग कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।
- क्षयरोग विरामी तथा समुदायलाई सशक्तिकरण गर्न वकालत, संचार तथा सामाजिक परिचालन सम्बन्धी विभिन्न क्रियाकलापहरू सञ्चालन गर्ने ।
- क्षयरोग र एचआइभी एड्सको सहसंक्रमण नियन्त्रण गर्न सम्बन्धित निकायसँग समन्वय गरी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने ।
- समुदायमा आधारीत डट्स कार्यक्रमलाई नमूना क्षेत्रहरूमा आएको परिणाम अनुसार लागु गर्ने ।
- क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा बहु पक्षिय समन्वय (Multi Sectoral Clloaboration) गर्ने ।
- सबै उपचार उपकेन्द्रहरूलाई उपचार केन्द्रमा परिणत गर्ने ।
- जिन एक्सपर्ट प्रविधि र कल्चर तथा डि.एस.टी. सेवालाई देशका अन्य भागमा विस्तार गर्ने ।
- क्षयरोगका तथ्यांक तथा सुचनाहरूलाई प्रणाली मार्फत संकलन तथा विश्लेषण गर्ने ।
- मासिक रूपमा प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन (HMIS) अनुसार ब्यवस्थापन गर्ने ।

राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमका क्रियाकलापहरु (Activities)

- गुणस्तरिय रोग निदान केन्द्रहरूको विस्तार गर्ने ।
- पि.पि.एम., ए.सि.एस.एम. र सहरी डट्स कार्यक्रम मार्फत क्षयरोग विरामी पत्ता लगाउने ।
- विशेष समुहहरूलाई लक्षित गरी क्षयरोग विरामी पत्ता लगाउने ।
- समयानुकुल क्षयरोग कार्यक्रमको नीति तथा रणनीतिहरू परिमार्जन गर्ने ।
- उपचार केन्द्रहरू विस्तार गर्ने ।
- औषधि तथा उपकरणहरूको नियमित खरिद तथा वितरण गर्ने ।
- मानव श्रोतको विकास तथा क्षमता अभिबृद्धि गर्ने ।
- अन्तर्राष्ट्रिय र राष्ट्रिय गैर सरकारी संघ-संस्थाहरूसंग साझेदारीताको बिकास गर्ने ।
- राष्ट्रिय प्रयोगशालाको कल्चर र डिएसटी परिक्षणका लागि क्षमता अभिबृद्धि गर्ने ।
- कार्यक्रमको नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गर्ने ।
- राष्ट्रिय संक्रमण नियन्त्रण रणनीतिको विकास गर्ने ।
- डट्स क्लिनिक, डिआर क्लिनिक तथा प्रयोगशालाहरूमा क्षयरोग संक्रमण नियन्त्रण मापन सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने ।
- केन्द्रस्तरमा छातीरोग अस्पतालको स्थापना गर्ने ।
- टी.वी. र एच.आई.भी. कार्यक्रमलाई सुदृढिकरण तथा बिस्तार गर्न सबै स्तरमा समन्वयको संयन्त्र स्थापना गर्ने ।
- कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, तालीम म्यानुअल र आइ ।ई ।सि । सामाग्री विकास तथा वितरण गर्ने ।
- कार्यक्रम सम्बन्धी विभिन्न अनुसन्धानात्मक कार्यहरू गर्ने ।
- डि.आर. टी.वी. कार्यक्रमको विस्तार गर्ने ।
- औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका विरामीहरूलाई सामाजीक तथा आर्थिक सहयोग कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।
- निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम बिच बिरामी प्रेषण प्रणालीको स्थापना गर्ने ।
- सहरी डट्स कार्यक्रमलाई सुदृढिकरण गर्ने ।
- ए.सिए.स.एम. को नीति तथा रणनीतिको विकास तथा परिमार्जन गर्ने ।
- आइ.इ.सी.र बी.सी.सी. कार्यक्रम तथा सामाग्रीहरूको विकास तथा वितरण गर्ने ।
- विद्युतीय सूचना संकलन तथा विश्लेषण व्यवस्थापनको शुरूवात गर्ने ।
- अनुगमन तथा मूल्याङकन प्रणालीको विकास तथा विस्तार गर्ने ।
- राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको अन्तर्राष्ट्रिय विषेशज्ञहरूबाट मूल्याङन गर्ने । नेपालले विश्व स्वास्थ्य संगठनको मापदण्ड अनुसार सन १९९६ बाट डट्स विधिद्वारा क्षयरोगका बिरामीलाई उपचार गर्ने नयाँ पद्धति शूरू गरेको हो । यस कार्यक्रमलाई बिस्तार गर्दै सन् २००१ भित्रमा नेपालका सम्पूर्ण जिल्लाहरूमा यो कार्यक्रम लागू भइसकेको छ ।

- कास्की जिल्लामा ७५ उपचार केन्द्रबाट क्षयरोगको निःशुल्क औषधी बितरण गरिंदै आई रहेको छ। जसमा ६ वटा निदान केन्द्र (जिल्ला जन स्वास्थ्य डट्स उपचार केन्द्र, मणिपाल अस्पताल, शिशुवा, कृस्ती र भेडाबारी प्रा.स्वा.के.गण्डकी मेडिकल कलेज) रहेका छन् ७२ वटा उपचार केन्द्र जसमध्ये ३ प्राईभेट (मणिपाल शिक्षण अस्पताल, शान्ति मेडीकल हल र नरहरी पोलिक्लिनिक) रहेका छन् र पोखरा उपमहानगरपालिकाबाट सञ्चालित वटा उपचार केन्द्र रहेका छन्।

चित्र नं. २५ केश नोटिफिकेसन दर र नयाँ खकार पोजेटिभ मध्ये उपचार सफलता दर



चित्र नं. २७ हेर्दा आ.व. २०७५/७६ मा सवै प्रकारका केश नोटिफिकेसन दर ४५ प्रतिशत थियो भने आ.व. २०७६/७७ मा ८५ प्रतिशत पुगेको छ भने आ.व. २०७७/७८ मा ७ प्रतिशतले कमी भइ ७८ प्रतिशत पत्ता लगाइएको छ। त्यसैगरि खकार पोजेटिभ नयाँ बिरामी दर्ता भएका मध्ये डट्स विधिबाट पूर्ण रूपमा उपचार गरी निको हुनेको दर आ.व. २०७५/७६ मा ९५ प्रतिशत बाट ९१ प्रतिशत बाट २०७७/७८ मा ९२ प्रतिशत पुगेको छ (चित्र नं. २५)।

सवल पक्षहरु

१. क्षयरोग नियन्त्रणका लागि सरकारी नीजि साझेदारी कार्यक्रम सञ्चालन।

२. रोग पत्ता लगाउन दर, निको हुने दर, खकार परिर्वतन दर र दर्ता भएका बिरामीहरूको नोटीफिकेशन दर राम्रो

३. प्रेषण अस्पतालको क्षयरोग उपचार केन्द्र (जिन एक्सपर्ट मेशिन)।

४. सबै स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको व्यवस्थाका साथै समुदायमा आधारित डट्स

सेवा प्रवाहमा देखिएका समस्या तथा चुनौतीहरु

१. पालिका स्तरमा रोगी पत्ता लगाउने दर न्यून।

२. प्रयोगशालाको संख्या न्यून तथा प्रभावकारी सञ्चालन हुन नसक्नु र प्रयोगशालाकर्मीलाई काममा लगाउन नसक्नु।

३. स्वास्थ्य डट्स केन्द्र (क्षयरोग केन्द्रको भवनमा सञ्चालन) मा स्वास्थ्यकर्मीको दरबन्दी नहुनु ।
४. सबै क्षयरोग बिरामीहरूको HIV परिक्षण गर्न नसक्नु ।
५. प्रयोगशालाकर्मीको अभावका कारण सबै PBC बिरामीको परिवारको सम्पर्क परिक्षण गर्न नसक्नु ।
६. प्रचूर मात्रामा निजी अस्पतालको उपस्थिती र प्रेषणको कमी ।
७. बसाईं, सराईं, शहरी सुकुम्बासी ।
८. क्षयरोग तथा एच.आई.भी. सह-संक्रमण बढ्दो ।
९. स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त प्रतिवेदन स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रतिवेदनसँग मेल नखाएको ।

समाधानका लागि स्थानीय स्तरमा गरिएका प्रयासहरु

१. उच्च जोखिम क्षेत्रमा समुदायस्तरमा सर्वपक्षिय अन्तरक्रिया ।
२. सबै स्वास्थ्य संस्था र गा.वि.स. हरूमा सेवा बारे सूचना प्रवाह ।
३. जिल्लास्तरमा राजनैतिक दललाई रोगबारे जानकारी र भूमिका बारे छलफल ।
४. स्थानिय एफ एम हरूमा क्षयरोगको सन्देश प्रशारण ।

सुझावहरु

१. प्रयोगशालाकर्मीलाई क्षयरोगको स्लाईड जाच गर्न लगाउनु पर्ने ।
२. उच्च जोखिम क्षेत्र पहिचान गरी सेवा बिस्तार गर्नुपर्ने ।
३. क्षयरोग र एच.आई.भी. कार्यक्रम एकीकृत हुनुपर्ने ।
४. शहरी क्षेत्रमा नगर स्वास्थ्य केन्द्रको स्थापना बढाउनु पर्ने ।
५. कुष्ठरोगको जस्तै क्षयरोगको औषधी बजारमा बेचविखन हुने प्रक्रियालाई रोक्नुपर्ने ।

४.४ कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

कुष्ठरोग सरूवा रोग मध्ये कम सर्ने रोग हो, यो रोग माइकोब्याक्टेरियम लेप्रे (Mycobacterium Lepre) नामक सुक्ष्म किटाणुबाट लाग्दछ। यो रोग मानिसमा ढिलो गरी लाग्ने र बिस्तारै निको हुने भएतापनि यस रोगले मानिस मर्दैन। यस रोगले छाला र सतहको स्नायूमा असर गर्दछ। यस रोगलाई प्राचिनकालमा कुष्ठ, कोढ, महारोग, सुनबहिरी आदि नामले पनि चिनिन्थ्यो र समाजमा मानिसहरू यसरोग देखि साह्रै डराउने र समयमै उपचार नगर्दा असमर्थता वा अ.भ.को अवस्थामा पुग्दथे र जीबन दुखपुर्ण रूपमा व्यतित गर्नु पर्थ्यो। कुष्ठरोग प्राचिनकालदेखि नै मानव समाजमा परिचित हुँदै आएतापनि सन् १८७३ बि.स. १९३० मा नर्वेका डा. गेरहार्ड हेनरीक आर्मर ह्यान्सन ले यस रोगको किटाणु पत्ता लगाएका थिए। त्यसैले यस रोगलाई हयान्सन्स् डिजिज पनि भनिन्छ।

कुष्ठरोगको वितरण र वर्तमान अवस्था

यो रोग विश्वको जुनसुकै भौगोलिक अवस्था (हिमाल, पहाड-तराई, जाडो, गर्मी जुनसुकै वातावरण), महिला, पुरूष, बालकदेखि वृद्धसम्म जुनसुकै उमेरका मानिसमा लाग्न सक्छ। यो रोग विविध आर्थिक, सामाजिक अवस्था र शिक्षित अशिक्षित, धनी गरीब सबै समुदायमा पाइन्छ तर ५ वर्षभन्दा मुनि र ६० वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूमा यो रोग कम लागेको पाईएको छ। हाल विश्व भरि नै कुष्ठरोगको चाप विस्तारै घटेर गएको पाईन्छ। नेपालको परिप्रेक्षमा हेर्ने हो भने सबैभन्दा धेरै बिरामीको चाप तराईमा पाइएको छ र त्यसपछि पहाडमा तथा सबैभन्दा कम हिमाली भेगमा पाइएको छ। नेपालमा कुष्ठरोगको समस्या थाहा पाउन वि.स. २०१८ (सन् १९६०) मा काठमाण्डौ उपत्यकाका गाउँहरूमा एउटा सर्भेक्षण गरिएको थियो। जस अनुसार नेपालमा त्यस बेलाको जनसंख्याको आधारमा १,००,००० जना कुष्ठरोगका बिरामी भएकोअनुमान गरिएको थियो। वि.स. २०३९/४० (सन् १९८२/८३) मा कुष्ठरोग उपचारमा रहेको एकल औषधी ड्याप्सोनको बदलामा बहु औषधी उपचार (Multi Drug Tharapy-MDT) सेवाको सुरूवात भयो। जुन बेलामा प्रति १०,००० जनसंख्यामा २१ जना रजिष्ट्रर प्रिभ्यालेन्स दर अर्थात २१५३७ जना बिरामी उपचारमा थिए।

कुष्ठरोग कार्यक्रम वि.स.२०४४ (सन् १९८७) मा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा एकिकृत भयो। वि.स.२०५३ (सन् १९९६) मा देशको ७५ वटै जिल्लामा बहुऔषधी उपचार सेवा विस्तार भयो। वि.स.२०४८ (सन् १९९१) मा विश्व स्वास्थ्य संगठनको साधारणसभाबाट सन् २००० सम्ममा सदस्य राष्ट्रहरूमा कुष्ठरोग निवारण गर्ने लक्ष्य निर्धारण गरिएको थियो। विश्व स्वास्थ संगठनको परिभाषा अनुसार निवारण भन्नाले प्रति १०,००० जनसंख्यामा १ भन्दा कम कुष्ठरोगको सख्या भएमा त्यसलाई निवारण भएको मान्ने र जनस्वास्थ समस्याको रूपमा रहने छैन।

वि.स. २०३९/४० (सन् १९८२/८३) मा बहु औषधी उपचार प्रणाली सुरू भएपछि बिरामीको चापमा क्रमश निरन्तर घट्दै वि.स. २०६६ पौष (सन् २००९ डिसेम्बर) मा प्रिभालेन्स दर प्रति १०,००० जनसंख्यामा ०.७७ मा आएको र सो बमोजिम राष्ट्रिय स्तरमा प्रति १०,००० जनसख्यामा १ जना भन्दा कम कुष्ठरोग दर हुन गएकोले नेपाल सरकारबाट २०६६ माघ ५ गते (सन् २०१० जनवरी, १९) नेपालमा राष्ट्रिय स्तरमा कुष्ठरोग निवारण भएको घोषणा भयो। २०१६ देखी २०२१ सम्मको पाँच बर्षिभत्र कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमले समग्र उपायहरूलाइ अवलम्वन गरी कुष्ठरोगको कारणबाट हुने दुष्परिणामलाई सम्बोधन गर्न दिगो प्रेषण प्रणाली स्थापना गर्नेछ र सार्वजनिक तथा निजी साझेदारीमा कुष्ठ प्रभावितहरूको आवश्यकता अनुसारको पुर्नस्थापना पूरा गर्नेछ।

परिदृष्टि, ध्येय, रणनिति, लक्ष्य तथा उद्देश्य

परिदृष्टि (Mission)

- कुनै नयाँ कुष्ठरोग विरामी नभएको र हाल भएका कुष्ठ प्रभावितहरूको आधारभूत अधिकारको सम्मान भएको कुष्ठरोगमुक्त समाज हुनेछ ।

ध्येय (Mission)

- पहुँच योग्य, शर्वसुलभ रूपमा स्वीकार योग्य, आर्थिक रूपमा प्रभावकारी तथा पुनर्थापना सहितको कुष्ठरोगको रोकथामतथा गुणस्तरीय आवश्यक सेवा निरन्तर रूपमा उपलब्ध हुनेछ ।

रणनितिक परिदृष्टि (सन् २०१६-२०२०) Strategic Vission

- आगामी पाँच बर्षिभत्र कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमले समग्र उपायहरूलाइ अवलम्वन गरी कुष्ठरोगको कारणबाट हुने दुष्परिणामलाई सम्बोधन गर्न दिगो प्रेषण प्रणाली स्थापना गर्नेछ र सार्वजनिक तथा निजी साझेदारीमा कुष्ठ प्रभावितहरूको आवश्यकता अनुसारको पुर्नस्थापना पूरा गर्नेछ ।

लक्ष्य (Goal)

- नेपालबाट कुष्ठरोग उन्मूलन गर्ने ।
- सन् २०२० सम्म कुष्ठरोगबाट हुने समस्याहरूलाई थप न्यूनिकरण गर्ने ।
- सन् २०२० को अन्त्यसम्मे नयाँ विरामीको पत्ता लाग्ने दर ०.८९/१,००,००० जनसंख्याको तुलनामा प्रतिशतले कमी ल्याई यसलाई ०.७७/१००,००० मा ल्याउने ।
- उपचारको क्रममा हुने आँखा, हात, गोडाको थप असमर्थतामा (इ.एच .एफ .स्कोर) दरमा कमी ल्याउने ।
- ८० प्रतिशत स्वास्थ्य कर्मीहरूलाई कुष्ठरोग पहिचान गर्न तथा व्यवस्थापन गर्ने सक्ने बनाउने ।
- असमर्थताको रोकथाम र स्वयं हेरचाहलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- यी लक्ष्यहरु मध्यावधि मूल्याङन पछि परिमार्जन हुनसक्ने छन् ।
- जिल्ला स्तरमा बिरामी दर १/१००००० भन्दा कममा झार्ने ।
- कुष्ठ रोगका कारण बाट हुनेसमर्थता घताउने ।
- कुष्ठरोग प्रति रहेका नकरात्मक धारणा कम गर्ने ।
- कुष्ठ प्रभावित हरूको उच्च गुणस्तरीय उपचार व्यावस्थापन एकिकृत रूपमा गर्ने ।
- कुष्ठरोगको समस्यालाइ थप न्यूनीकरण गर्ने ।
- एकिकृत स्वास्थ्य सेवा संरचनामा कुष्ठरोग सेवालाइ गुणस्तरीय एवं दिगो रूपमा उपलव्ध गराउने ।
- कुष्ठ प्रभावितहरूको पुनर्स्थापना गर्ने ।
- जनचेतना अभिबृद्धि गरी कुष्ठरोग प्रतिको भेदभाव तथा नकारात्मक भावनामा कमी गर्ने ।

रणनीतिका मुख्य तत्वहरु

१. एकिकृत स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा कुष्ठरोग सेवाको सुदृढिकरण गर्ने ।
२. कुष्ठरोग सेवालाइ गुणस्तरीय तथा दिगो बनाउने ।
३. एकिकृत स्वास्थ्य सेवामा कुष्ठरोग प्रेषण सेवा र स्वास्थ्यकर्मी एवं संस्थागत दक्षता अभिबृद्धि गर्ने ।
४. स्थानीय रूपमा रोगको भार कम भएको ठाँउमा कुष्ठरोगका विरामीको निदान र व्यवस्थापन गर्ने ।
५. स्थानीय रूपमा रोगको भार बढी भएको ठाउँमा कुष्ठरोगका बिरामीको निदान र व्यवस्थापन गर्ने ।
६. सेवाबाट वञ्चित जनसमुदायहरूमा पहूँच पुऱ्याउने ।
७. शहरी जनसमुदायहरूमा सेवा विस्तार गर्ने ।
८. बहु औषधी तथा सामग्री आपूर्तिको निरन्तरता दिइने ।
९. असमर्थताको रोकथाम तथा व्यवस्थापन गर्ने ।
१०. परामर्श सेवा प्रभावकारी बनाउने ।
११. शारीरिक एवं समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना सेवा व्यवस्थित रूपमा विस्तार गर्ने ।
१२. समुदाय सचेतना तथा स्वास्थ्य शिक्षालाई निरन्तरता दिने ।
१३. राजनैतिक प्रतिबद्धताका लागि पैरवी गर्ने ।
१४. साझेदारी विचको सम्बन्ध, सहकार्यलाई प्रभावकारी रूपमा निरन्तरता दिने ।
१५. लैङ्गिक सवालहरूलाई सम्बोधन गर्ने ।
१६. समता, सामाजिक, न्याय र मानव अधिकार सम्बन्धी सवालहरूलाई कार्यान्वयनमा जोड दिने ।
१७. कुष्ठ प्रभावित व्यक्तिहरूलाई कुष्ठरोग सेवामा सहभागीता गराउने ।
१८. कुष्ठ रोगको रोकथामलाई प्रभावकारी बनाउदै लैजाने ।
१९. अध्ययन र अनुसन्धानलाई प्रोत्साहित गर्ने ।
२०. अनुगमन, सुपरिवेक्षण, निगरानी र मूल्याङ्कन प्रभावकारी बनाउने ।

रणनीति कार्यान्वयनका १० मुख्य पक्षहरु

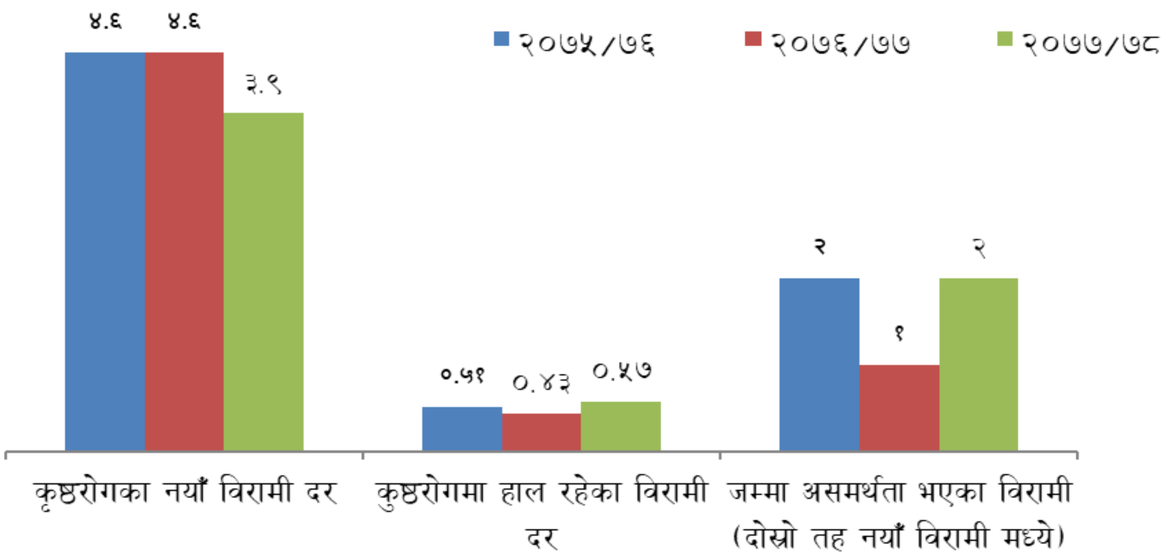
१. समयमै नयाँ बिरामी पत्ता लगाउने र नियमित र पूर्ण उपचारको व्यवस्थापन गर्ने ।
२. स्वास्थ्य कर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि तथा एकिकृत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने ।
३. कुष्ठ रोगको कारणबाट हुने असमर्थता र अपाङ्गता हुनबाट बचाउने ।
४. कुष्ठ प्रभावितहरूको चिकित्सकीय, सामाजिक तथा आर्थिक पुर्नस्थापना गर्ने ।
५. कुष्ठ रोगका कारण प्रभावित, बिरामी तथा तिनका परिवारहरू प्रति हुने सामाजिक भेदभाव न्यूनिकरण गर्ने ।
६. कुष्ठरोग सम्बन्धी जटिलताको उपचार तथा व्यवस्थापनका लागि प्रेषण केन्द्रहरूको सुदृष्टिकरण गर्ने ।
७. कुष्ठ प्रभावितहरूको कुष्ठरोग सेवामा सहभागिता बढाउने ।

८. अध्ययन अनुसन्धान गर्ने ।

९. गुणस्तरिय सेवा सुनिश्चीतताको लागि सुपरिवेक्षण अनुगमन, स्थलगत प्रशिक्षण र नियमित सर्विलेन्स एवं प्रतिवेदन गर्ने ।

१०. विभिन्न संघ संस्था स्थानिय निकाय तथा साझेदारीहरूको सहयोग अभिवृद्धिगराउने ।

चित्र नं. २६ उपचारमा रहेका बिरामीको भार र नयाँ बिरामी पत्ता लगाएको दर



चित्र नं. २८ हेर्दा आ.ब.२०७५/७६, २०७६/७७ र २०७७/७८ को उपचारमा रहेको बिरामीको दर क्रमशः ०.५१, ०.४३ र र ०.५७ देखिन्छ। साथै नयाँ रोगी पत्ता लगाउने दर आ.ब. २०७५/७६ मा ४.६, २०७६/७७ मा ४.६ र २०७७/७८ मा ३.९ प्रति १००००० रहेको छ। नयाँ रोगी पत्ता लगाउने दर कम भएको हुँदा निवारणको अवस्था यथास्थितिमा रहेको पनि हुनसक्ने देखिन्छ (चित्र नं.२६)।

नयाँ बिरामी पत्ता लगाएको मध्ये असमर्थताको श्रेणी २ को अवस्थामा भेटिएका बिरामी आ.ब. २०७५/७६ मा २, आ.ब. २०७६/७७ मा १ र २०७७/७८ मा १ जना रहेको छ।

कुष्ठरोग कार्यक्रमका सबल पक्ष, समस्या र सुझावहरू

सबल पक्षहरु:

१. प्रेषण अस्पतालको अवस्थिति (हरियोखर्क),

२. सबै स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको व्यवस्थाका साथै समुदायमा आधारित डट्स

सबलसेवा प्रवाहमा देखिएका समस्या तथा चुनौतीहरु

१. बसाईं, सराईं, शहरी सुकुम्बासी

२. स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त प्रतिवेदन स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको प्रतिवेदनसँग मेल नखाएको

समाधानका लागि स्थानीय स्तरमा गरिएका प्रयासहरु

१. उच्च जोखिम क्षेत्रमा समुदायस्तरमा सर्वपक्षिय अन्तरक्रिया ।

२. सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सेवा बारे सूचना प्रवाह ।

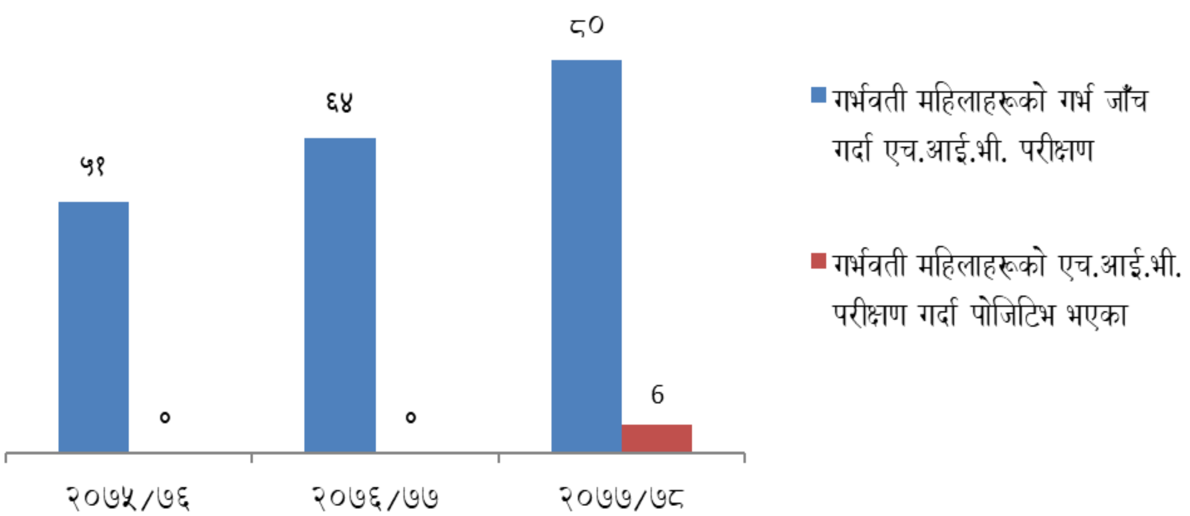
४.५ एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण कार्यक्रम

एच.आई.भि. र एड्स नेपालमा प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । सन १९८१ मा सर्वप्रथम एच.आई.भि. र एड्स विश्वमा पत्ता लागे पछि विश्व भरी द्रूत गतिमा फैलिएको छ । जसले गर्दा वहुआयमिक क्षेत्रमा यसको असर परेको छ । सरकारी तथा गैर सरकारी दुवै क्षेत्रको सहभागिताबाट एच.आई.भि. र एड्स तथा यौन रोगलाई रोकथाम तथा नियन्त्रण गर्न सरकार प्रतिवद्ध छ ।

निर्देशक सिद्धान्त

- सबै नागरिकमा उपचार हेरचाह, रोकथाम तथा सेवामा सर्वव्यापी पहुँच पुऱ्याउने ।
- एच. आई. भि. कार्यक्रमलाई जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा एकिकृत गर्ने ।
- योजनागत तथा कार्यगत रूपमा एकरूपता ल्याउने ।
- विकेन्द्रिकरण, बहुपक्षिय कार्यान्वयनमा प्रतिबद्धता ।
- लान्छना तथा विभेद हटाउने ।
- लैंगिकतालाई मुलप्रवाहिकरण गर्ने ।
- समानता तथा मानव अधिकार ।
- PLHIV लाई अधिकत्तम सहभागी गराउने ।
- गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. तथा यौन रोगको अवस्था

चित्र नं २७ गर्भवती महिलाको एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्बन्धी विवरण



गर्भवती महिलाको एच.आई.भि.परिक्षणको संख्या विगत तीन वर्षको सेवा संख्यालाई विवेचना गर्दा आ.व. २०७५/७६ देखि २०७७/७८ क्रमशः ५१, ६४ र ८० मध्ये पोजिटिभ संख्या क्रमशः ०, ० र ६ देखिन्छ। (चित्र नं. २७)

एच.आई.भि. तथा यौन रोग सम्वन्धी समस्या र सुझावहरु

समस्या

- वित्तिय समस्या तथा नियमित रूपमा वजेट र सामग्री उपलब्ध नहुनु।
- सिमित यौन रोग उपचार तथा परामर्श केन्द्र।
- संक्रमित व्यक्तिहरूलाई सहयोग तथा आय मुलक कार्यक्रम पर्याप्त नहुनु।
- गृहणी र बसाई सराई गर्ने वर्ग लक्षित कार्यक्रम कम हुनु।

सुझावहरु

- समयमा नै बजेट तथा सामग्री आउनु पर्ने।
- यौनरोग तथा परामर्श केन्द्र बढाउनु पर्ने।
- लक्षित वर्ग संग सम्बन्धीत कार्यक्रम बढाउनु पर्ने।
- स्वास्थ्य कर्मीहरूलाई एच.आई.भि. तथा यौन रोगको तालिम दिनु पर्ने।
- समुदाय स्तरमा जनचेतना मुलक कार्यक्रम लैजानु पर्ने।

अध्याय ५

उपचारात्मक कार्यक्रम

नीतिगत व्यवस्था

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले ग्रामिण स्वास्थ्य सेवामा विशेष ध्यान दिएको भएता पनि नयां स्वास्थ्य नीति २०७१ ले ग्रामिण तथा शहरमा बसोबास गर्ने आम नागरिक विशेष गरी अति गरिब तथा सिमान्तकृत बर्गहरूलाई समतामुलक हिसाबले प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने लक्ष्य राखेको छ। प्रतिकारात्मक, प्रर्बधनात्मक सेवा संगै उपचारात्मक स्वस्थ्य सेवा पनि जनस्वास्थ्य कार्यक्रममा समाबेश गरी आम नागरिकहरू माझ सहजरूपमा पुराउन जोड दिएको छ। समुदाय स्तरमा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाइ, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथामिक स्वास्थ्य केन्द्र र जिल्ला तहमा जिल्ला अस्पतालको संरचना मार्फत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै अएको छ। हाल सम्म पनि उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवानै आम नागरिकहरूको माग तथा उच्च रोजाइ रहदै आएको छ।

सेवाग्राहीहरूको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन स्वास्थ्थ कार्यक्रमहरूको विकास र प्रभावकारी कार्यान्वयनका गर्नका लागि नेपाल सरकारले सवै सरोकारवालाहरू संग वहुपक्षीय सहकार्यको अवधारणा अंगिकार गरेको छ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिअनुसार स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ गर्न सरकारी तथा गैर सरकारी तथा निजि स्तरवाट स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू क्षेत्र, जिल्ला हुँदै समुदाय स्तर सम्म सञ्चालन भएका छन्।

५.१ उपचारात्मक सेवाको उद्धेश्य

शुरूको अवस्थामा रोग निदान गरी उचित उपचारगर्ने, आबश्यक सल्लाह सहित प्रेशण गरी जटील अवस्था, रोग सर्ने तथा मृत्यु दरलाइ घटाउनुका साथै उपचार खर्चमा कमि ल्याउनु।

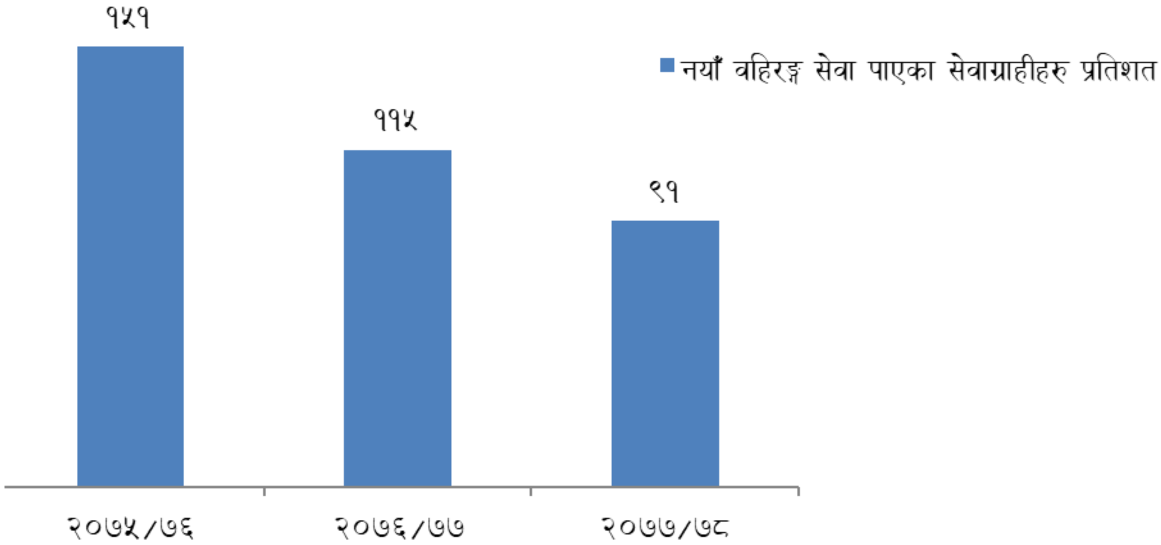
रणनीति

- गाउँघर क्लिनिक, स्थानिय स्वास्थ्य संस्था देखि केन्द्रिय तह सम्मका स्वास्थ्य संस्था मार्फत सेवा प्रदान गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरूलाई प्रभावकारी बनाउँदै प्रेषण प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्ने।
- नेपाल सरकारको नीति अनुसार निजि तथा गैर सरकारी संस्थाहरू (निजि अस्पताल, मेडिकल कलेज नर्सिङ होम) लाई प्रोत्साहित गर्दै लक्षित बर्ग लाई निःशुल्क सेवा दिने व्यवस्था गरी सेवा सर्बसुलब गराइ सेवा प्रवाह गर्ने।
- उपचरात्मक सेवालाई अझ प्रभावकारी रूपमा प्रदान गर्न मानव संसाधनको व्यवस्थापन गर्ने।

५.२ उपचरात्मक स्वास्थ्य सेवाको अवस्था

जम्मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा

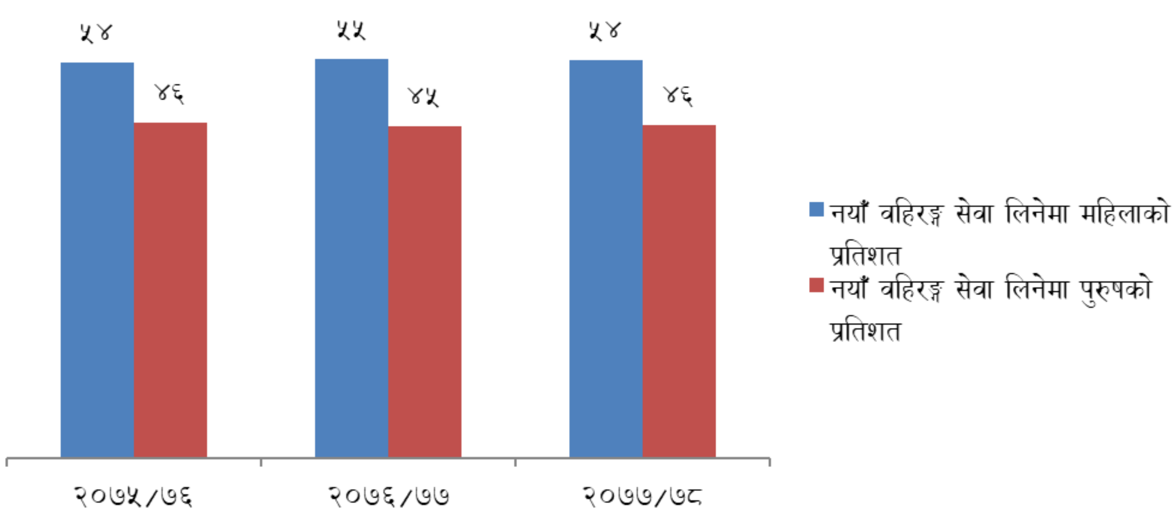
चित्र नं. २८ जम्मा नयाँ बहिरङ सेवा पाएका सेवाग्राहीको विवरण



आ.व. २०७५/७६ मा जम्मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको १५१ प्रतिशत रहेका छन्, आ.व.२०७७/७८ मा ९१ प्रतिशत रहेको छ। यस आ.ब. मा नयाँ बहिरङ्ग सेवा लिनेको संख्या घट्नुको कारण कोभिड-१९ को संक्रमणबाट बच्न सामान्य समस्या भएका व्यक्तिहरू स्वास्थ्य संस्थामा नआउनु रहेको छ। (चित्रः २८)

५.३ लिङ्ग अनुसार वहिरंग सेवा लिन आएका विवरण

चित्र: २९ वहिरंगाबाट जम्मा सेवाग्राहीहरु मध्ये पुरुष र महिलाको प्रतिशत



प्रतिशत आ.व. २०७५/७६ मा महिलाहरू ५४ प्रतिशतले र पुरूष ४६ प्रतिशतले सेवा लिएको देखिन्छ भने आ.ब. ०७६/७७ मा सो संख्या घटबढ भएर महिलाहरू ५५ प्रतिशत र पुरूष ४५ प्रतिशतले सेवा लिएको देखिन्छ भने विगत २ वर्ष देखिको तथ्याङ्कसँग तुलाना गर्दा यस आ.व. मा महिला र पुरूष क्रमशः ५४ र ४६ रहेको छ। यसरी हेर्दा बिगत बर्षहरूमा र यस बर्ष सेवा लिने महिला तथा पुरूषको संख्या समान अनुपातमा रहेको छ। (चित्रः २९)।

५.४ प्रमूख दश रोगहरू

तालिका नं.९ प्रमूख दश रोगहरु

२०७६/७७			२०७७/७८		
रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत	रोगको नाम	जम्मा विरामी संख्या	प्रतिशत
Gastritis (APD)	35425	5 .79	Gastritis (APD)	26571	5 .83
Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	31317	5 .12	Falls/Injuries/Fractures	24457	5 .37
Falls/Injuries/Fractures	27055	4 .42	Hypertension	21890	4 .80
Hypertension	26217	4 .29	Upper Respiratory Tract Infection (URTI) Cases	19561	4 .29
ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	22923	3 .75	Headache	18420	4 .04
Diabetes Mellitus (DM) Cases	20410	3 .34	Backache(Muskuloskeletal Pain)	17036	3 .74
Headache	19683	3 .22	ARI/Lower Respiratory Tract Infection (LRTI) Cases	15204	3 .34
Backache (Muskuloskeletal Pain)	18975	3 .10	Diabetes Mellitus (DM) Cases	14917	3 .27
Typhoid (Enteric Fever) Cases	18891	3 .09	Fungal Infection (Lichen Planus) Cases	11045	2 .42
Acute Gastro-Enteritis (AGE) Cases	17063	2 .79	Acute Gastro-Enteritis (AGE) Cases	10058	2 .21

सवल पक्षहरू, समस्याहरू तथा सुझावहरू

सवल पक्षहरु

- औषधीको नियमित आपूर्ति ।
- सेवाग्राहिको पहुँचमा वृद्धि ।
- लक्षित वर्गलाई निशुल्क उपचार ।
- शहरमा शहरी स्वास्थ्य केन्द्र स्थापना तथा संञ्चालन ।
- बिकट ग्रामीण बस्तीहरूमा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई तथा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र स्थापना गरी सेवा प्रवाह गरिएको ।
- स्वास्थ्य संस्थामा निःशुल्क औषधीको सुचि टाँस गरिएको ।
- सरोकारवाला निकायहरूसंगको सहकार्यमा कार्यक्रम सञ्चालन ।
- महानगरपालिका, नगरपालिका, जिल्ला समन्वय समितिको सहयोग प्राप्त ।

समस्याहरु

- न्यून श्रोत, साधन (भौतिक पूर्वाधार, भवन, पानी, बिजुली र सरसामान)
- तोकिएका औषधीहरूले तोकिएका वर्गमा आकस्मिक लगायत अन्य सेवामा उपचार दिन कठीनाई भएको ।
- स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समिति तथा म.स्वा.से हरू निष्क्रिय हुने क्रम बढ्दै गएको ।
- लक्षित वर्ग भित्र रहेको जेष्ठ नागरिकहरूलाई हुन सक्ने दिर्घ रोगहरूको औषधी नभएको ।
- गरिब असहायहरूलाई पहिचान गर्ने परिचय पत्रको व्यवस्था नहुँदा २५ सैया भन्दा माथिका अस्पतालहरूबाट निःशुल्क सेवा लिन समस्या भएको ।
- नगर क्षेत्र भित्र फोहर मैला व्यवस्थापन तथा सरसफाई सम्बन्धी कार्यक्रम नभएको ।
- रिफरल प्रक्रिया अन्योल रहेको ।
- नितीगत रूपमा निःशुल्क वितरण गर्न भनी स्वीकृत प्रदान गरिएका ७० प्रकारका औषधिहरू केन्द्रबाट प्राप्त हुनुपर्ने समयमै प्राप्त नहुँदा जिल्लाभित्र वितरण गर्नका लागि कठीनाई भएको ।
- बजेटको अभाबमा नियमित अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण हुन नसकेको ।
- करार सेवाका कर्मचारीको सेवा सुविधा र तलब न्यून ।

सुझावहरु

- औषधी खरिदका लागि केन्द्रिय स्तरमा टेन्डर गरी स्थानिय स्वास्थ्य निकायलाई खरिदको जिम्मेवारी दिनु पर्ने ।
- नगर क्षेत्र भित्र सरसफाई तथा फोहर मैला व्यवस्थापन गर्ने कार्यक्रम ल्याउनु पर्ने ।
- शहरी स्वास्थ्य केन्द्रको थप दरवन्दी सिर्जना गरी कर्मचारी व्यवस्थापन गर्नु पर्ने ।
- रिफरल प्रक्रियाको नीति स्पष्ट हुनु पर्ने ।
- लक्षित वर्गले तुरून्तै महशुस गर्ने खालका कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु पर्ने ।

अध्याय ६

स्वास्थ्य व्यवस्थापन कार्यक्रम

व्यवस्थापकीय हिसाबले व्यवस्थापनका धेरै पक्षहरू हुन्छन । सीप दक्षताको विकास, तालिम, आपूर्ति, आर्थिक व्यवस्थापन, भौतिक संरचना तथा मर्मत, योजना, अनुगमन तथा मूल्यांकन, समिक्षा गोष्ठी, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, मानव संशाधन व्यवस्थापन आदिहरूलाई स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि महत्वपूर्ण सहयोगी पक्षहरूका रूपमा लिन सकिन्छ ।

नीतिगत व्यवस्था

सेवाग्राहीहरूको स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको विकास र प्रभावकारी कार्यान्वयनका गर्नका लागि नेपाल सरकारले सवै सरोकारवालाहरू संग वहुपक्षीय सहकार्यको अवधारणा अंगिकार गरेको छ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति अनुसार स्वास्थ्य सेवालाई सुदृढ गर्न सरकारी तथा गैर सरकारी स्तरवाट स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू क्षेत्र, जिल्ला हुदै समुदाय स्तरसम्म सञ्चालन भएका छन् ।

६.१ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य सेवाको महत्वपूर्ण अंगका रूपमा रहेको छ । यसले सेवा प्रदान गरिएका सूचकहरूलाई निर्धारित प्रणाली भित्र रहि तथ्यांक संकलन, सुचिकरण, तालिकीकरण, विश्लेषण तथा प्रस्तुतीकरणको क्षेत्रलाई ओगटेको हुन्छ । ती सूचनाहरू आगामी दिनमा तयार हुने नीति, योजना अनुगमन तथा मूल्यांकनका लागि नियमित रूपमा प्रयोग हुने छन् ।

उद्देश्य

- सबै तहका स्वास्थ्य प्रदायक संस्थाहरूबाट स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिएको सूचनाहरू संकलन तथा व्यवस्थापन गर्ने
- संकलित सूचनाहरूलाई शुद्धिकरण, विश्लेषण तथा तालिकीकरण गर्ने
- सवै स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई नियमित गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्नका लागि संस्थाको प्रगति, कभरेज, आदि माथि पृष्ठपोषण प्रदान गर्ने
- सूचनाहरूका आधारमा नीति तथा योजनाहरू निर्माण गर्ने
- स्वास्थ्य सूचनाहरूका आधारमा वैज्ञानिक पद्धति तथा प्रविधिको विकास गर्ने
- जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयहरूलाई अनिवार्य रूपमा वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशित गराउन लगाउने
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका लागि आवश्यक पर्ने मानवीय शंसाधनको विकास गर्ने
- स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको क्षेत्रिय तथा जिल्ला स्तरिय रूपमा समिक्षा गर्ने
- सूचना व्यवस्थापन प्रणालीको हुने समिक्षाबाट भैरहेको तरिका, औजार (tools), विधि, पद्धतिहरूलाई परिमार्जित गर्नका लागि सुझाब दिने
- एकिकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणालीको स्थापना गर्ने

६.२ योजना सुपरिवक्षण अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूको उत्कृष्ट योजना तथा मूल्याङकन तथा प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदानका लागि अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणको आवश्यक हुन्छ । जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको वार्षिक क्रियाकलापहरू कार्यान्वयन गर्ने वार्षिक कार्ययोजना तयार पारिन्छ र मासिक अनुगमन पुस्तिका तयार पारि त्यसैका आधारमा सेवा प्रदायक संस्थाहरूलाई समयमै पृष्ठपोषण दिने गरिएको छ। नियमित मासिक समिक्षा वैठकमा मासिक लक्ष्य प्रगति तथा समस्याहरू पहिचान गरी समाधानका लागि छलफल गर्ने गरिन्छ। साथै उक्त समिक्षालाई सूचना आदान प्रदान गर्ने माध्यमका रूपमा लिने गरिन्छ। समय समयमा परिमार्जित हुने गरेका कार्यक्रम निर्देशिकाहरूका बारेमा पनि त्यसै मासिक समिक्षामा छलफल गरिन्छ ।

६.३ वित्तिय व्यवस्थापन

जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय अन्तर्गत एकिकृत कार्यक्रमहरूलाई व्यवस्थित रूपमा समयमै सम्पन्न गरी मासिक वित्तिय प्रतिवेदन केन्द्रमा पठाउने मुख्य कार्य तथा दायित्व वित्तिय व्यवस्थापनमा पर्दछ ।

उद्देश्य

- नियमित हुने औषधि खरिद तथा कार्यालय सामाग्रीहरूको आपूर्ति खर्च, अन्य खर्च र तलवमानको सुनिश्चत गर्ने
- स्वास्थ्य क्रियाकलापहरूलाई वित्तिय रूपमा सहयोग गर्ने
- वित्तिय व्यवस्थापनसंग सम्बन्धित ऐन नियमहरूको पालना गर्ने
- वेरूजुलाई कम गर्ने र संपरिक्षण गर्ने

६.४ आपूर्ति व्यवस्थापन

नेपाल सरकारको नीति अनुसार स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई अति आवश्यक पर्ने औषधि उपकरण तथा सरसामग्रीहरूको आपूर्ति गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न सहयोग पुऱ्याउन आपूर्ति व्यवस्थापनको महत्वपूर्ण पक्ष हो । साथै आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुसार प्रतिवेदन गर्नु पनि दायित्व हो ।

लक्ष्य

स्वास्थ्य सेवाको निदानात्मक, प्रवर्द्धनात्मक तथा उपचारात्मक कार्यक्रमका लागि औषधि, उपकरण, परिवार नियोजनका साधानहरू, खोप तथा अन्य सामग्रीहरूको स्वास्थ्य संस्थाहरूमा नियमित आपूर्ति गर्ने ।

उद्देश्य

- औषधि, खोप, उपकरण तथा अन्य सर सामग्रीहरूको व्यवस्थापन गर्नु
- खोप तथा खोप सामग्रीहरूको भण्डारण तथा वितरणको सुनिश्चित गर्नु
- उपकरण तथा सरसामग्रीहरूको व्यवस्थापन तथा मर्मत गर्नुका साथै सुपरिवेक्षण तथा अनुगमनको संयन्त्रको विकास गर्नु

६.५ मानव संशाधन व्यवस्थापन

सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि जनशक्ति परिचालन गर्नु कर्मचारी प्रशासन र मानव संशाधन व्यवस्थापनको मुख्य भुमिका हो । व्यवस्थापकीय रूपले हेर्दा जनशक्ति, आर्थिक स्रोत तथा अन्य सामग्रीहरू मध्ये मानव संशाधन प्रमुख तत्वमा पर्दछ । जनशक्तिहरूको प्राप्ती, सेवामा नियमितता गराउने जस्ता आवश्यक कार्यहरू मानव संसाधन व्यवस्थापनका प्रमुख कार्यहरूमा पर्दछन् ।

६.६ निर्माण तथा मर्मत संभार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले सहरी विकास निर्माण तथा भवन निर्माण विभागसंगको सहकार्यमा निर्माण तथा मर्मत संभार नियमित रूपमा गर्ने गर्दछ । सर्वसाधारणहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि भौतिक संरचना पनि गुणस्तरिय हुनु पर्दछ ।

६.७ तालिम र स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रम

सेवाग्राहीहरूलाई स्वास्थ्य उपचार प्रणाली अनुसार सेवा प्रदान गर्नका लागि सीप विकासमा सुधारमा ल्याउदै अन्तर्राष्ट्रिय स्तरको गुणस्तर कायम गर्न आजको आवश्यकता रहेको छ । दक्ष जनशक्ति गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको लागि महत्वपुर्ण पक्ष हो । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले मानविय संसाधनको विकासका लागि विभिन्न तालिमहरूलाई प्राथामिकताका रूपमा सञ्चालन गर्ने गर्दछ ।

लक्ष्य

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई दक्ष तथा कार्यकुशलतायुक्त बनाई भैरहेको स्वास्थ्य अवस्थालाई माथिल्लो स्तरमा पुऱ्याउने ।

उद्देश्य

- स्वास्थ्य कार्यक्रममा आधारीत आवश्यकता अनुसारको स्वास्थ्य कर्मीहरूलाई तालिम प्रदान गर्ने
- स्वास्थ्य कर्मीहरूको दक्षता विकास गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको योजना तथा कार्यान्वयन गर्न सक्षम बनाउने
- तालिम कार्यक्रमहरूको जनस्वास्थ्य स्तरमा सांगठनिक कार्यन्वयन र मूल्याङकन गर्न सहयोग गर्ने
- आधारभुत, पुनर्रताजगी र सेवाकालिन तालिमको जिल्ला स्तरमा व्यवस्थापन गर्ने
- स्वास्थ्य कर्मीहरूसंग भईरहेको ज्ञान र सीपलाई अभिवृद्धि गर्ने

नागरिकको स्वास्थ्य अवस्था कमजोर हुनुका कारण जनस्वास्थ्य सम्बन्धी चेतनाको कमी हुनु राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिमा उल्लेख गरेको पाइन्छ । त्यसकारण स्वास्थ्य शिक्षालाई प्रभावकारी रूपमा ग्रामिण क्षेत्र सम्म पुऱ्याउनु आवश्यकता रहेको छ । जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार महत्वपूर्ण पक्षको रूपमा उदाएको छ ।

लक्ष्य

- नागरिकहरूको स्वास्थ्य स्थितिलाई उच्च तहमा पुर्याउने ।

उद्देश्य

- राष्ट्रिय स्तरबाट सामुदायिक स्तरसम्म स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना संचारलाई सकारात्मक व्यवहारमा विकास गर्ने
- स्वास्थ्य शिक्षा तथा सूचना संचार कार्यक्रमलाई स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रममा जनसहभागिता बढाउने
- समुदाय स्तरमा जनस्वास्थ्यको चेतना फैलाउन स्वास्थ्य शिक्षाका सामग्रीहरू उत्पादन गर्ने
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनचेतना फैलाउनका लागि गैर सरकारी तथा स्थानिय समुदायको अधिकतम प्रयोग गर्ने

६.८ स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको कार्यसम्पादन

लक्ष्य अनुसारको प्रगति विवरण

जिल्ला स्तरीय चौमासिक समिक्षा, वार्षिक समिक्षा, तथ्याङ्कको सुक्ष्म विश्लेषण, परिमार्जिम एच.एम.आई.एस.को तालिम, स्वास्थ्य सेवाका पहुँच बाहिरका लोपोन्मुख तथा अल्पसंख्यक समुदाय, जातजाति, लिङग र भौगोलिक क्षेत्रको पहिचान गरी स्वास्थ्य सेवा विस्तार कार्यक्रम, जिल्ला अन्तरगत तथ्यांक गुणस्तर सुदृढिकरण कार्यक्रम तथा प्रा.स्वा.के. हरूमा कम्प्यूटर तथा नेट जडान आदी कार्यक्रम सम्पन्न भएको ।

मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

तालिका १० मासिक प्रतिवेदनको अवस्था

सुचकहरू	इकाई	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
स्वास्थ्य संस्थाबाट मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९४	१००	९८
समयमा नै मासिक प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	३४	६१	७६
गाउँघर क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९७	७४	७३
खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९६	८८	१००
म.स्वा.स्वं.से. को प्रतिवेदन गरेको	प्रतिशत	९५	९५	९७

अवस्था सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू अस्पताल, प्रा.स्वा.के., स्वा.चौ., नगर स्वास्थ्य केन्द्र, निजी अस्पतालहरू र गैह्र सरकारी संस्थाहरूले आ.व. ०७७/७८ मा ९८ प्रतिशत प्रतिवेदन गरेका छन् । गाउँघर क्लिनिक र खोप क्लिनिक सेसन सञ्चालनको प्रतिवेदन गत आ.ब. को भन्दा घट्दो छ भने खोप क्लिनिकको प्रतिवेदन अवस्था १०० प्रतिशत छ । महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाहरूको प्रतिवेदनमा विगतको तुलनामा स्थीर देखिन्छ । (तालिका १०) ।

सरदर सेवा दिएको संख्या प्रति दिनर प्रति क्लिनिक र प्रतिवेदन अवधी

प्रस्तुत गरिएको तथ्यांकले प्रा.स्वा.के., स्वा.चौ., उ.स्वा.चौ. लगायत नीजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाका साथै गाउघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक, र म.स्वा.स्वं.से.बाट क्रमशः सरदर प्रति दिन/र प्रति क्लिनिकर प्रति प्रतिवेदन अवधी सेवा दिएको संख्यालाई देखिन्छ । आ.ब. २०७७/७८ मा स्वास्थ्य

संस्थाहरूबाट प्रति दिन सेवा दिईएको संख्या ३१६१, खोप क्लिनिकको २२, गाउँघर क्लिनिकको १८ र म.स्वा.स्वं.से. १८ रहेको छ। नीजि क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरूवाट प्रति दिन सेवा दिइएको संख्या सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू भन्दा वढी देखिनुको कारण शहरमा जनसंख्याको वसोवासका साथै सर्वसुलभ तरिकाले सेवा पाउनु र सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्र प्राय गाउँमा मात्र सिमित हुनुलाई पनि लिन सकिन्छ (तालिका ११)।

तालिका ११ सरदर सेवा दिएको संख्या प्रति दिनर प्रति क्लिनिक र प्रतिवेदन अवधि

सुचकहरू	इकाई	२०७५/७६	२०७६/७७	२०७७/७८
स्वास्थ्य संस्थामा आएका सेवाग्राहीलाई सेवा पुऱ्याएको (प्रति दिन)	संख्या	४७५६	३८८३	३१६१
गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	२३	२३	१८
खोप क्लिनिकमा सेवा दिएको (प्रति क्लिनिक)	संख्या	३२	२५	२२
म.स्वा.स्वं.से.ले प्रति महिना सेवा पुर्याएको	संख्या	१९	१८	१८
बहिरंग सेवामा स्वास्थ्य सेवा लिन आएका नयाँ सेवाग्राही	प्रतिशत	१४९	१२७	९१
स्वास्थ्य सेवा दिएको औषत बिरामी	पटक	१।६	१।५	१.६

अनुसुचि १

स्वास्थ्य कार्यालयको हालको दरबन्दी र पदपूर्ती विवरण

क्र.स.	पद	तह/श्रेणी	सेवा	समुह	दरबन्दी	पदपूर्ति	रिक्त	कैफियत
१	ब/जनस्वास्थ्य प्रशासक	९/१०	स्वा.से.	हे.ई	१	०	१	
२	जनस्वास्थ्य अधिकृत वा सो सरह	७/८	स्वा.से.	हे.ई	१	०	१	खोप अधिकृत सातौ कार्यरत
३	तथ्याङ्क अधिकृत	७/८	आ.यो.त.	तथ्याङ्क	१	०	१	अधिकृत छैटौ (तथ्याङ्क) कार्यरत
४	हे.अ. वा सो सरह	५/६/७	स्वा.से.	हे.इ.	३	३	०	
५	प.हे.न.	५/६/७	स्वा.से.	क.न.	१	१	०	
६	ल्याव टेक्निसियन	५/६/७	स्वा.से.	मे.ल्या.टे.	१	१	०	
७	कोल्डचेन	४/५/६	स्वा.से.	हे.इ.	१	०	१	
८	अधिकृत	६ तह	प्रशासन	सा.प्र.	१	१	०	
९	अधिकृत	६ तह	प्रशासन	लेखा	१	१	०	
१०	का.स.	श्रेणीबिहिन	प्रशासन	सा.प्र.	२	१	१	३ जना करारमा कार्यरत
११	ह.स.चा.	श्रेणीबिहिन	इन्जिनियरिङ्ग	मे.ई.	१	१	०	
जम्मा					१४	९	५	५ जना

अनुसुची २

स्वास्थ्य कार्यालय कास्कीमा हाल कार्यरत कर्मचारीहरूको नाम र सम्पर्क नं.

क्र. सं.	कर्मचारी नाम, थर	स्थायी ठेगाना	पद	तहर श्रेणी	फोन नं.	कैफियत
१	बद्रीराज आचार्य	चापाकोट-२, स्याङ्जा	खोप अधिकृत	सातौ	९८४६०३१२९९	
२	ज्ञानबहादुर वि.सी	का.म.न.पा.-२६, काठमाण्डौ	ज.स्वा.नि	छैटौ	९८५१२२७७६७	
३	सम्झना ढुंगाना	पोखरा महानगरपालिका-२९, कास्की	प.हे.न. निरिक्षक	छैटौ	९८४६०५३२४६	
४	रविन्द्र शर्मा बस्ताकोटी	पोखरा महानगरपालिका-२०, कास्की	ल्या.टे.नि	छैटौ	९८४६०२७३१६	
५	नर बहादुर सारू	म्याग्दे गाँउपालिका-०७, तनहुँ	प.नि.सु.नि.	छैटौ	९८५६०५१८५६	
६	प्रकाश गौतम	पोखरा महानगरपालिका-३३, कास्की	ज.स्वा.नि.	छैटौ	९८५६०३०७९७	
७	भिम प्रसाद पाध्याय	आधिखोला-०२, स्याङ्जा	अधिकृत (प्रशासन)	छैटौ	९८५६०४८३६६	
८	विष्णु प्रसाद पौडेल	पोखरा महानगरपालिका-२१, कास्की	अधिकृत (तथ्याङ्क)	छैटौ	९८५६०४८३६५	
९	रविमोहन पौडेल	पोखरा महानगरपालिका-२६, कास्की	अधिकृत (लेखा)	छैटौ	९८५६०४८३८८	
१०	बुद्धि प्रसाद तिमिल्सिना	मादी गाँउपालिका-०३, कास्की	ह.स.चा.	श्रेणी विहिन	९८५६०५६८०३	
११	श्रीकृष्ण आचार्य	पोखरा महानगरपालिका-११ कास्की	का.स.	श्रेणी विहिन	९८५६०४२९९९	
१२	सरस्वती तिमिल्सिना	मादी गाँउपालिका-०३, कास्की	का.स.	करार	९८४६२०१३९६	
१३	जमुना वि.क	अन्नपूर्ण गाँउपालिका-९ कास्की	का.स.	करार	९८४६२२४९९२	
१४	अनिता गौतम	पोखरा महानगपालिका-२६, कास्की	का.स.	करार	९८४६५१२१४७	

अनुसुचि ३

कास्की जिल्लाका स्थानिय तहको स्वास्थ्य महाशाखारशाखामा कार्यरत कर्मचारीहरूको विवरण

क्र।स	स्थानियतहको नाम	कर्मचारीको नाम थर	पद	मोवाइल नंबर
१	पोखरा महानगरपालिका	हेमन्त शर्मा पौडेल	महाशाखा प्रमूख	९८५११८९३९४
२	पोखरा महानगरपालिका	फुलदेव तिमिल्सिना	ज.स्वा.नि	९८४६०३५३४९
३	पोखरा महानगरपालिका	हरिलाल आचार्य	सि.अ.हे.ब.अ.	९८५६०३२७७५
४	पोखरा महानगरपालिका	अर्जुन बहादुर क्षेत्री	सि.अ.हे.ब.अ.	९८५६०२३३६८
५	पोखरा महानगरपालिका	सविना श्रेष्ठ	अ.न.नि.	९८१६१९८१६१
६	पोखरा महानगरपालिका	राजेन्द्र रेग्मी	ज.स्वा.नि.	९८४६०४८८८६
७	पोखरा महानगरपालिका	लोकराज आचार्य	ज.स्वा.नि.	९८५६०६९५६०
८	पोखरा महानगरपालिका	सुजाता पोखरेल	ज.स्वा.अ.	९८६०३४२३२८
९	पोखरा महानगरपालिका	दिपेन्द्र सुनार	हे.अ.	९८१६६२५७१२
१०	पोखरा महानगरपालिका	विनु शर्मा	क.अ.	९८६६३४३५९४
११	अन्नपूर्ण गाँउपालिका	ऋषिराम पौडेल	शाखा प्रमुख	९८४६०३०१९८
१२	अन्नपूर्ण गाँउपालिका	कमला थापा	सि.अ.न.मि.	९८४६०३८०२३
१३	माछापुच्छ्रे गाँउपालिका	गोविन्द प्रसाद आचार्य	शाखा प्रमुख	९८४६०८६२२७
१४	माछापुच्छ्रे गाँउपालिका	डिल्लीराम दाहाल	सि.अ.हे.व.	९८५६०२१६८५
१५	मादी गाँउपालिका	गोपाल चन्द्र बराल	शाखा प्रमुख	९८४६४८०८८८
१६	मादी गाँउपालिका	कर्ण कुमारी गुरूङ्ग	सि.अ.न.मि.	९८१३११९८०५
१७	रूपा गाँउपालिका	रामचन्द्र ओभा	शाखा प्रमुख	९८५६०३७४५४
१८	रूपा गाँउपालिका	राधा सुवेदी	सि.अ.न.मि.	९८१६६२१६३७

अनुसुचि ४

स्वास्थ्य संग सम्बन्धित राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय दिबसहरु

क्र.स.	दिवस	मिति
१	अन्तराष्ट्रिय कुष्ठरोग दिवस	जनवरी २५
२	आयोडिन सम्बन्धी जनचेतना महिना	फेब्रूअरी
३	अन्तराष्ट्रिय नारी दिवस	मार्च ८
४	विश्व क्षयरोग दिवस	मार्च २४
५	विश्व स्वास्थ्य दिवस	अप्रिल ७
६	खोप महिना	बैशाख
७	सुरक्षित मातृत्व महिना	बैशाख १६-जेष्ठ १५
८	विश्व रेडक्रस दिवस	मे ८
९	अन्तर्राष्ट्रिय नर्सिङ दिवस	मे १२
१०	विश्व उच्च रक्तचाप दिवस	मे १३
११	सुरक्षित महिनावारी दिवस	मे २८
१२	विश्व धुम्रपान रहित दिवस	मे ३१
१३	अन्तर्राष्ट्रिय वातावरण दिवस	जुन ५
१४	औषधि दुर्व्यसन विरूद्ध दिवस	जुन २६
१५	अन्तर्राष्ट्रिय जनसंख्या दिवस	जुलाई ११
१६	अन्तर्राष्ट्रिय किशोर किशोरी दिवस	जुलाई १२
१७	विश्व रक्तदान दिवस	जुलाई २८
१८	विश्व स्तनपान सप्ताह	अगष्ट १-७
१९	विश्व औलो दिवस	अगष्ट २५
२०	अन्तर्राष्ट्रिय साक्षरता दिवस	सेप्टेम्बर ८
२१	आत्महत्या रोकथाम दिवस	सेप्टेम्बर १०
२२	परिवार नियोजन दिवस	सेप्टेम्बर १८
२३	जेष्ठ नागरिक दिवस	अक्टोबर १

२४	राष्ट्रिय महिला स्वास्थ्य स्वंम सेवक दिवस	अक्टोबर १
२५	विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस	अक्टोबर १०
२६	अन्तर्राष्ट्रिय दृष्टि दिवस	अक्टोबर ११
२७	विश्व हात धुने दिवस	अक्टोबर १५
२८	विश्व खाद्य दिवस	अक्टोबर १६
२९	अन्तर्राष्ट्रिय गरिवी निवारण दिवस	अक्टोबर १७
३०	संयुक्त राष्ट्रसंघ दिवस	अक्टोबर २४
३१	विश्व निमोनिया दिवस	नोभेम्बर १२
३२	अन्तर्राष्ट्रिय मधुमेय दिवस	नोभेम्बर २४
३३	बाल दिवस	नोभेम्बर २०
३४	विश्व एड्स दिवस	डिसेम्बर १
३५	अन्तर्राष्ट्रिय अपांग दिवस	डिसेम्बर ३
३६	अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार दिवस	डिसेम्बर १०
३७	अन्तर्राष्ट्रिय आरोग्य दिवस (धन्वन्तरी जयन्ती)	काग तिहारको दिन
३८	कण्डम दिवस	कोजाग्रत पुर्णिमा पछिको शनिवार

अनुसुचि ५

प्रदेश स्वास्थ्य कार्यालयको कार्यविवरण

१. प्रदेश अन्तर्गत स्वास्थ्य निर्देशनालय मातहत कार्यालयको रूपमा रही प्रदेश र स्थानिय तहसंग समन्वय, सहजिकरण, सहयोग एवम् तोकिए बमोजिम प्रदेशको निर्देशन भए अनुसार कार्यान्वयन गर्ने ।

२. कार्यक्षेत्र भित्रका जिल्लाहरू तथा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई आवश्यक पर्ने खोप, अत्यावश्यक तथा गुणस्तर एवम् संवेदनशिल औषधी तथा स्वास्थ्य सामाग्रीहरू भण्डारण तथा वितरणको योजना (मासिक, त्रैमासिक र चौमासिक, अर्धवार्षिक, वार्षिक) गरी कार्यान्वयन गर्ने ।

३. जनस्वास्थ्य तथा भेक्टर सर्भिलेन्स र विपद र महामारी व्यवस्थापन, सहजिकरण र समन्वय गर्ने ।

४. जनस्वास्थ्य अभियान सञ्चालन तथा सहयोग, समन्वय र सहजिकरण गर्ने ।

५. स्थानीय सरकार र स्वास्थ्य निकायहरू विच समन्वय गर्ने ।

६. एकीकृत स्वास्थ्य सूचना विश्लेषण र अध्ययन गरी सो अनुसार योजना बनाउने एवम् स्थानीय तहमा सहजिकरण तथा पृष्ठपोषण गर्ने ।

७. स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, उपयोग बृद्धि गर्न आवश्यक योजना बनाउने, समन्वय तथा सहजिकरण गर्ने ।

८. सरकारी, निजी सहकारीद्वारा सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थाहरू, कर्मचारीहरूको सुपरिवेक्षण, अनुगमन, नियमन तथा गुणस्तर सम्बन्धी कार्य गर्ने ।

९. संस्थागत तथा जनशक्तिको प्राविधिक क्षमता अभिबृद्धि गर्ने ।

१०. प्रादेशिक विशेष स्वास्थ्य एवम् नियमित कार्यक्रमहरू (क्षयरोग तथा कुष्ठरोग नियन्त्रण, परिवार नियोजन, मातृ शिशु स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा, विमा, विशेषज्ञ, स्वास्थ्य शिविर लगायत हात्तीपाइले, पोषण, दादुरा खोप, लगायत अन्य विशेष कार्यक्रमहरू) को सञ्चालन, समन्वय र सहजिकरण गर्ने ।

११. वातावरणीय स्वास्थ्य, खानेपानी, सरसफाई तथा पेशागत स्वास्थ्य प्रबर्धन एवम् व्यवस्थापन कार्य गर्ने ।

१२. जनसंख्या व्यवस्थापन सम्बन्धी कार्य गर्ने ।

१३. प्रदेश सरकारबाट तोकिएका कार्यहरू गर्ने ।

१४. बहुक्षेत्रीय समन्वय सहजिकरण सम्बन्धी कार्य गर्ने ।

१५. आन्तरिक प्रशासन (आर्थिक, प्रशासनिक, व्यवस्थापन) सम्बन्धी कार्य गर्ने ।

अनुसुचि ६

Selected Indicators used in Public Health System in Nepal

1. Safe Motherhood

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	**ANTEPARTUM**				
1 .1	% of pregnant women who had at least one ANC checkup	Number of pregnant women who had at least one ANC checkup	Estimated number of live births	100	**Age:**<20 yrs, ≥20 years
1 .2	% of pregnant women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th month)	Number of pregnant women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th month)	Estimated number of live births	100	
1 .3	% of women who received a 180 day supply of iron folic acid during pregnancy	Number of women who received a 180 day supply of iron folic acid during pregnancy	Estimated number of live births	100	**Area:** Urban, rural
1 .4	% of pregnant women who received Td2	Number of pregnant women who received Td2	Estimated number of live births	100	
1 .5	% of pregnant women who received Td2+	Number of pregnant women who received Td2+	Estimated number of live births	100	
1 .6	% of pregnant women who received anthelmintics	Number of pregnant women who received anthelmintics	Estimated number of live births	100	
B	**DELIVERY**				
1 .7	% of institutional deliveries	Number of deliveries conducted in health facilities	Estimated number of live births	100	**Sector:** Govt ., non Govt . institutions **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCCs, HPs **Type of facility:** CEONC, BEONC, BC, Aama programme implementing facility **Caste/Ethnicity** **Area:** Urban, rural
1 .8	% of births attended by a skilled birth attendant (SBA)	Number of deliveries conducted by a skilled birth attendant (SBA)	Estimated number of live births	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Place:** Institution, home **Area:** Urban, rural
1 .9	% of births attended by a health worker other than SBA	Number of deliveries conducted by a health worker other than SBA	Estimated number of live births	100	**Sector:** Govt . non Govt . institutions **Type of facility:** CEONC, BEONC, BC
1 .10	% of women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th months) and delivered in a health facility	Number of women who had four ANC checkups as per protocol (4th, 6th, 8th and 9th months) and delivered in a health facility	E s t i m a t e d nrsumber of live birth	100	**Sector:** Govt ., non Govt . institutions **Type of facility:** CEONC, BEONC, BC, Aama programme implementing facility

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
1 .11	% of normal deliveries	Number of normal deliveries	Number of reported deliveries	100	**Sector:** Govt ., not Govt . **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCC, HP **Type of facility:** CEONC, BEONC, BC
1 .12	% of assisted (vacuum or forceps) deliveries	Number of assisted deliveries	Number of reported deliveries	100	**Sector:** Govt ., non Govt . institutions **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCC, HP **Type:** CEONC, BEONC, BC
1 .13	% of deliveries by caesarean section	Number of caesarean section deliveries	Number of reported deliveries	100	**Sector:** Govt . non-Govt institutions **Type:**Higher level government hospitals, district hospitals
C	**POSTPARTUM**				
1 .14	% of postpartum women who received a PNC checkup within 24 hours of delivery	Number of postpartum women who received a PNC checkup within 24 hours of delivery	Estimated number of live births	100	
1 .15	% of women who had three postnatal check-ups as per protocol (1st within 24 hours, 2nd within 72 hours and 3rd within 7 days of delivery)	Number of postpartum women who received three PNC checkups as per protocol (within 24 hours, on 3rd day and 7th day)	Estimated number of live births	100	
1 .16	% of postpartum women who received a 45 day supply of iron folic acid (IFA)	Number of postpartum women who received a 45 day supply of IFA	Estimated number of live births	100	
1 .17	% of postpartum women who received Vitamin A supplementation	Number of postpartum women who received Vitamin A supplementation	Estimated number of live births	100	
D	**MATERNAL COMPLICATIONS**				
1 .18	Met need for emergency obstetric care [% of women with a direct obstetric complication who were treated at a EONC (basic or comprehensive) site]	Number of women with a direct obstetric complication who were treated in a EONC (basic or comprehensive) site	Estimated number of women with a direct obstetric complication (15% of estimated number of live birth)	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCC, HP **Type of facility:** CEOC, BEOC, BC

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
1 .19	Number of women treated for haemorrhage				**Type:** APH, PPH **Blood:** With and without blood transfusion **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCC, HP
1 .20	Number of women treated for ectopic pregnancy				
1 .21	Number of women treated for prolonged/obstructed labor				
1 .22	Number of women treated for ruptured uterus				
1 .23	Number of women treated for pre-eclampsia				
1 .24	Number of women treated for eclampsia				
1 .25	Number of women treated for retained placenta				**Method:** MRP
1 .26	Number of women treated for puerperal sepsis				
1 .27	Number of women treated for abortion complications				**Type:** Surgical, medical **Blood:** With and without blood transfusion
1 .28	% of women treated for an obstetric complication who received a blood transfusion	Number of women treated for an obstetric complication who received a blood transfusion	Number of women treated for an obstetric complication	100	
1 .29	Number of blood units used for treating obstetric complications				
1 .30	Met need of cesarean section (CS)	Number of CS done	5% of the estimated live birth	100	
E	**MATERNAL MORTALITY**				
1 .31	Maternal mortality ratio per 100,000 live births	Number of maternal deaths in the community and facilities	Estimated number of live births	100,000	**Place:** Facility, Community
1 .32	Facility maternal mortality ratio per 100,000 live births	Number of maternal deaths in facilities	Number of live births at facilities	100,000	
1 .33	Direct obstetric case fatality rate	Number of maternal deaths due to direct obstetric complications in health facilities	Number of women treated for direct obstetric complications in health facilities	100	
F	**NEONATAL**				

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
1 .34	% of infants who received a check-up within 24 hours of birth	Number of infants who received a checkup within 24 hours of birth	Estimated number of live births	100	
1 .35	% of infants who received three check-ups as per PNC protocol (within 24 hours, on 3rd day and 7th day)	Number of infants who received three checkup as per PNC protocol (within 24 hours, on 3rd day and 7th day)	Estimated number of live births	100	
G	**ABORTION**				
1 .36	% of pregnancies terminated by induced procedure at health facility	Number of pregnancies terminated by induced procedure at health facility	Estimated number of pregnancies	100	**Age:**<20 yrs, ≥20 years **Method:** Surgical / Medical
1 .37	% of women who received contraceptives after induced abortion (surgical or medical)	Number of women who received contraceptives after abortion care at health facility	Number of women who received abortion care at health facility	100	**Timing:** Induced, PAC **FP method:** short-acting methods, long-acting methods **Age:**<20 yrs, ≥20 years
1 .38	% of women of reproductive age (15-49) with complications from induced abortion (surgical and medical)	Number of women with complications after receiving induced abortioncare athealth facility	Number of women of receiving induced abortion care at health facility	100	**Age:**<20 yrs, ≥20 years

2. Family Planning

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
2 .1	Contraceptive prevalence rate (CPR) (modern methods) among women of reproductive age (WRA)	Number of WRA currently using a modern method of family planning	Estimated number of WRA	100	**Age:** 15-19 yrs, 20-49 yrs **Area:** Urban, rural **Method:** Condom, pill, injectable, Implant, IUCD, Sterilization
2 .2	% of postpartum mothers using a modern family planning method (implant, IUCD)	Number of postpartum mothers (who delivered within last one year) using a family planning method	Total number of delivery (Home + Institutional)	100	

3. Female Community Health Volunteers (FCHV)

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	**FCHV**				
3 .1	Number of Female Community Health Volunteers (FCHVs)				**Age:**<60, ≥60 years **Area:** Urban, rural
3 .2	Number of FCHVs who received basic training[a]				**Area:** Urban, rural
3 .3	% of FCHVs attending both biannual review meetings[a]	Number of FCHVs attending both biannual review meeting	Number of FCHVs		1st and 2nd biannual review meeting **Area:** Urban, rural
3 .4	Number of mothers group meetings held				**Area:** Urban, rural
3 .5	% of FCHVs utilising FCHV fund (new users)	Number of FCHVs utilising FCHV fund (new users)	Number of FCHVs	100	**Area:** Urban, rural

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
3 .6	% of women of reproductive age utilizing FCHV fund [a]	Number of women of reproductive age utilizing FCHV fund	Estimated number of women of reproductive age	100	**Area:** Urban, rural
3 .7	Amount of money invested from the FCHV fund				**Area:** Urban, rural
B	**Programme specific indicators**				
3 .8	% of pregnant women visited by FCHVs	Number of pregnant women visited by a FCHV	Estimated number of pregnancies	100	**Area:** Urban, rural
3 .9	% of postpartum women visited by FCHVs	Number of postpartum women visited by a FCHV	Estimated number of live births	100	**Area:** Urban, rural
3 .10	Number of oral contraceptive pill cycles distributed by FCHVs				**Area:** Urban, rural
3 .11	Number of condoms distributed by FCHVs				**Area:** Urban, rural
3 .12	% of FCHVs who participated in PHC outreach clinics	Number of FCHVs who participated in PHC outreach clinics	Number of FCHVs	100	**Area:** Urban, rural
3 .13	Average number of times FCHVs participated in PHC outreach clinics	Total number of times FCHVs participated in PHC ORC	Number of FCHVs		**Area:** Urban, rural

4 . Primary Health Care Outreach Services

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
4 .1	% of planned primary health care (PHC) outreach clinics conducted	Number of PHC outreach clinics conducted	Number of PHC outreach clinics planned	100	
4 .2	Average number of clients served per PHC outreach clinic	Number of clients served at PHC outreach clinics	Number of outreach clinics conducted	100	
4 .3	% of women who received a contraceptive injectable at a PHC outreach clinic	Number of women who received a contraceptive injectable at a PHC outreach clinic	Number of women who received a contraceptive injectable	100	
4 .4	Number of women who received at least one ANC check-up at a PHC outreach clinic				

5 . Immunization

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	CHILDREN				
5 .1	% of children under one year immunized with BCG	Number of children under one year immunized with BCg\	Number of children under one year	100	
5 .2	% of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib1	Number of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib1	Number of children under one year	100	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
5 .3	% of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib2	Number of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib2	Number of children under one year	100	
5 .4	% of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib3	Number of children under one year immunized with DPT-HepB-Hib3	Number of children under one year	100	
5 .5	% of children under one year immunized with Polio 1	Number of children under one year immunized with Polio 1	Number of children under one year	100	
5 .6	% of children under one year immunized with Polio 2	Number of children under one year immunized with Polio 2	Number of children under one year	100	
5 .7	% of children under one year immunized with Polio 3	Number of children under one year immunized with Polio 3	Number of children under one year	100	
5 .8	% of children under one year immunized with PCV 1	Number of children under one year immunized with PCV 1	Number of children under one year	100	
5 .9	% of children under one year immunized with PCV 2	Number of children under one year immunized with PCV 2	Number of children under one year	100	
5 .10	% of children under one year immunized with PCV 3	Number of children under one year immunized with PCV 3	Number of children under one year	100	
5 .11	% of children under one year immunized with IPV	Number of children under one year immunized with IPV	Number of children under one year	100	
5 .12	% of one-year-old children immunized against measles/rubella	Number of children under one year immunized with measles/rubella	Number of children under one year	100	**Age:** 9-11 months, 12-23 months **Area:** Rural, urban **Caste/Ethnicity**
5 .13	% of children aged 12-23 months immunized with measles/rubella 1	Number of children aged 12-23 months immunized with measles/rubella 1	Number of children aged 12-23 months	100	
5 .14	% of children aged 12-23 months immunized with measles/rubella 2	Number of children aged 12-23 months immunized with measles/rubella 2	Number of children aged 12-23 months	100	
5 .15	% of children aged 12-23 months immunized with JE	Number of children aged 12-23 months immunized with JE	Number of children aged 12-23 months	100	
5 .16	% of children under one year fully immunized as per NIP schedule (BCG, DPT-Hep B-Hib-3, OPV-3, Measles/Rubella and PCV3)	Number of children under one year fully immunized as per NIP schedule (BCG, DPT-Hep B-Hib-3, OPV-3 and Measles/Rubella, PCV3)	Number of children under one year	100	
5 .17	% of children under one year not immunized against DPT-HepB-Hib3	Number of children under one year *minus* number of children immunized against DPT-HepB-Hib3	Number of children under one year	100	
5 .18	DPT-HepB-Hib 1 vs 3 drop-out rate	Number of children immunized with DPT-HepB-Hib1 *minus* number of children immunized with DPT-HepB-Hib3	Number of children immunized with DPT-HepB-Hib1	100	
5 .19	DPT-HepB-Hib1 vs measles/rubella 1 dropout rate	Number of children immunized with DPT-HepB-Hib1 *minus* number of children immunized with Measles/Rubella 1	Number of children immunized with DPT-HepB-Hib1	100	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
5 .20	Measles/rubella 1 vs 2 dropout rate	Number of children immunized with Measles/Rubella 1*minus* number of children immunized with Measles/Rubella 2	Number of children immunized with Measles/Rubella 1	100	
5 .21	BCg\ vs Measles dropout rate	Number of children immunized with BCG*minus* number of children immunized with Measles	Number of children immunized with BCG	100	
5 .22	% of VDCs/districts in each immunization category	Number of VDCs/districts in each category of immunization	Number of VDCs/districts	100	**Category**: 1, 2, 3 and 4 I: (>90% DPT 1 coverage and DPT 1 vs 3 drop out < 10%) 2: (> = 90% DPT 1 coverage and drop out DPT 1 vs 3 = > 10%) 3: (<90% DPT 1 coverage and drop out DPT 1vs3 < 10%) 4: (<90% DPT 1 coverage and drop out DPT 1vs3 > = 10%)
5 .23	% of children aged 4-7 years receiving Td vaccine	Number of children aged 4-7 years receiving Td vaccine	Number of children aged 4-7 years	100	
B	WASTAGE RATE				
5 .24	Vaccine wastage rate for of BCG, Measles, DPT-HepB-Hib, Td, JE, Polio	Number of doses expended*minus* number of doses used for BCG, Measles, DPT-HepB-Hib, Td, JE, Polio	Number of doses expended for BCG, Measles, DPT-HepB-Hib, Td, JE, Polio	100	**Antigen:** BCG, Measles, DPT-HepB-Hib, Td, JE, Polio
C	IMMUNIZATION CLINICS				
5 .25	% of planned immunization clinics (site) conducted	Number of immunization clinics (site) conducted	Number of immunization clinics (site) planned	100	
5 .26	% of planned immunization sessions conducted (health facility, outreach and mobile clinic)	Number of immunization sessions conducted	Number of immunization sessions planned	100	**Type of facility:** Health facility, outreach and EPI clinic
D	ADVERSE EVENTS FOLLOWINg\ IMMUNIZATION (AEFI)				
5 .27	% of adverse events following immunization (AEFI) cases reported, by antigen	Number of AEFI cases reported, by antigen	Number of children immunized by antigen	100	**By antigen:** BCG, DPT-HepB-Hib3, OPV-3 and Measles **By type:** Serious and minor
5 .28	Acute flaccid paralysis (AFP) rate per 100,000 children under 15 years	Number of children under 15 years with AFP	Number of children under 15 years	100,000	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
5 .29	Neonatal tetanus rate per 1000 live births	Number of neonatal tetanus cases	Estimated number of live birth	1,000	
5 .30	Acute encephalitis syndrome (AES) rate per 1000 population in high risk districts	Number of acute encephalitis syndrome cases in high risk districts	Total population of high risk districts	1,000	
5 .31	Measles like illness rate per 1000 population	Number of measles like illness cases	Total population	1,000	

6. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	CHILDREN UNDER FIVE YEARS: DIARRHOEA				
6 .1	Diarrhoea incidence rate among children under five years	Number of children under five years with a new case of diarrhoea	Estimated number of children under five years	100	
6 .2	% of children under five years with diarrhea suffering from dehydration (facility, outreach and community)	Number of children under five years with diarrhea suffering from dehydration (facility, outreach and community)	Number of children under five years with diarrhoea (facility, outreach and community)	100	**Severity of dehydration:**some, severe
6 .3	% of children under five years with diarrhea suffering from dysentery (blood in stool)	Number of children under five years with diarrhea suffering from dysentery (blood in stool)	Number of children under five years with diarrhoea	100	
6 .4	% of children under five years with diarrhea treated with ORS only (facility, outreach and community)	Number of children under five years with diarrhea treated with ORS only (facility, outreach and community)	Number of children under five years with diarrhoea (facility, outreach and community)	100	
6 .5	% of children under five years with diarrhea treated with zinc and ORS	Number of children under five years with diarrhea treated with ORS and zinc (facility, outreach and community)	Number of children under five years with diarrhoea(facility, outreach and community)	100	Health facility, CHW, FCHV
6 .6	% of children under five years with diarrhoea treated with IV fluid	Number of children under five years with diarrhoea treated with IV fluid	Number of children under five years with diarrhoea	100	
6 .7	Diarrhoea mortality rate among children under five years (per 1,000)	Number of deaths due to diarrhoea among children under five years (facility and community)	Estimated number of children under five years	1,000	
6 .8	Diarrhoea case fatality rate among children under five years (per 1,000)	Number of deaths due to diarrhoea among children under five years occurring at health facilities	Number of children under five years with diarrhoea treated at a health facility	1,000	
B	CHILDREN UNDER FIVE YEARS: ARI				

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
6 .9	ARI incidence rate among children under five years (per 1,000)	Number of children under five years with a new case of ARI	Estimated number of children under five years	1,000	
6 .10	Incidence of pneumonia among children under five years (per 1,000)	Number of new cases of pneumonia (pneumonia or severe pneumonia, or very severe pneumonia) among children under five years	Estimated number of children under five years	1,000	
6 .11	% of children under five years with ARI suffering pneumonia	Number of children under five years with ARI suffering pneumonia	Number of children under five years with ARI	100	**Severity:** Severe pneumonia, very severe pneumonia
6 .12	% of children under five years with pneumonia, who received antibiotics	Number of children under five years with pneumonia, who received antibiotics	Number of children under five years with pneumonia	100	**Antibiotic type**: Paediatric cotrim, Other antibiotics **Place**: Health facility, community (FCHV - Cotrim)
6 .13	% of children under five years with pneumonia counselled for home care management (facility, outreach and community)	Number of children under five years with pneumonia counselled for home care management (facility, outreach and community)	Number of children under five years with ARI (facility, outreach and community)	100	
6 .14	% of children under five years with ARI managed at a health facility	Number of children under five years with ARI managed at a health facility	Number of children under five years with ARI (facility, outreach and community)	100	Health facility, CHW, FCHV
6 .15	ARI mortality rate among children under five years (per 1,000)	Number of deaths due to ARI among children under five years	Estimated number of children under five years	1,000	
6 .16	ARI case fatality rate among children under five years (per 1,000)	Number of deaths due to ARI at a health facility among children under five years	Number of children under five years treated for ARI at a health facility	1,000	
D	CHILDREN UNDER FIVE YEARS: VITAMIN A				
6 .17	% of children 6-59 months treated with Vitamin A	Number of children 6-59 months treated with Vitamin A	Number of children 6-59 months reported in CB-IMCI	100	
E	CHILDREN UNDER FIVE YEARS: MULTIPLE CLASSIFICATION				
6 .18	% of multiple illness classification cases reported in CB-IMCI	Number of multiple illness classification cases reported in CB-IMCI	Number of cases reported in CB-IMCI	100	
F	COMMUNITY BASED NEONATAL CARE PROGRAMME (CB-NCP)				
6 .19	% of newborns who had skin-to-skin contact immediately after birth	Number of newborns who had skin-to-skin contact immediately after birth	Number of reported live births	100	**Place:** Facility, Community
6 .20	% of newborns who had chlorhexidine ointment applied immediately after birth	Number of newborns who had chlorhexidine ointment applied immediately after birth	Number of reported live births	100	**Place:** Facility, Community

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
6 .21	% of newborns with low birth weight kept in KMC	Number of newborns with low birth weight kept in KMC	Number of newborns recorded with low birth weight	100	
6 .22	% of newborns who initiated breastfeeding within an hour of birth	Number of newborns who initiated breastfeeding within an hour of birth	Number of reported live births	100	**Place:** Facility, Community
6 .23	% of infants aged 0-2 months with possible severe bacterial infection (PSBI)	Number of infants aged 0-2 months with possible severe bacterial infection (PSBI)	Number of infants aged 0-2 months reported in CB-IMCI	100	**Age**: ≤28 days, 29-59 days
6 .24	% of infants aged 0-2 months with PSBI receiving a first dose of Gentamycin	Number of infants aged 0-2 months with PSBI receiving a first dose of Gentamycin	Number of infants aged 0-2 months reported with PSBI	100	
6 .25	% of infants aged 0-2 months with PSBI receiving a complete dose of Gentamycin	Number of infants aged of 0-2 months with PSBI receiving a complete dose of Gentamycin	Number of infants aged 0-2 months reported with PSBI	100	
6 .26	PSBI case fatality rate among infants under one month old (per 1000)	Number of newborn deaths due to PSBI at a health facilities	Number of infants aged 0-2 months reported with PSBI	1000	
6 .27	% of infants aged 0-2 months with localized bacterial infection (LBI)	Number of infants aged 0-2 months with localized bacterial infection (LBI)	Number of infants aged 0-2 months reported in IMCI	100	**Age**: ≤28 days, 29-59 days
6 .28	% of infants aged 0-2 months with hypothermia	Number of infants aged 0-2 months with hypothermia	Number of infants aged 0-2 months reported in IMCI	100	**Age**: ≤28 days, 29-59 days
6 .29	% of infants aged 0-2 months with low weight for age	Number of infants aged 0-2 months with low weight for their age	Number of infants aged 0-2 months reported in IMCI	100	**Age**: ≤28 days, 29-59 days
6 .30	% of infants aged 0-2 months who had feeding problems	Number of infants aged 0-2 months who had feeding problems	Number of infants aged 0-2 months reported in IMCI	100	**Age**: ≤28 days, 29-59 days
G	**Others**				
6 .31	% of children under five years enrolled in CBIMCI programme	Number of children under five years enrolled in CBIMCI programme	Number of children under five years	100	**Caste/ethnicity**

7. Nutrition

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	GROWTH MONITORING				
7 .1	% of newborns with low birth weight (<2 .5kg)	Number of newborns who were weighed less than 2 .5 kg	Number of live births at health facilities and home who were weighed	100	**Place of birth:** Health facility, Home
7 .2	% of children aged 0-12 months registered for growth monitoring	Number of aged 0-12 months registered for growth monitoring	Estimated number of children age 0-12 months	100	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
7 .3	Average number of visits among children aged 0-24 months registered for growth monitoring[a]	Sum of number of visits among children aged 0-24 months registered for growth monitoring	Number of registered visits for children age 0-24 months registered for growth monitoring	100	**Age:** 0-11 months, 12-23 months, Annual
7 .4	% of children aged 0-24 months registered for growth monitoring who were underweight	Number of children aged 0-24 months registered for growth monitoring who were underweight	Number of children age 0-24 months registered for growth monitoring	100	**Severity:** Moderate, Severe **Age:** 0-11 months, 12-23 months **Caste/Ethnicity**
B	INFANT AND YOUNg\ CHILD FEEDING				
7 .5	% of newborns who initiated breastfeeding within 1 hour of birth	Number newborns who initiated breastfeeding within 1 hour of birth	Number of recorded live births	100	
7 .6	% of children aged 0- 6 months registered for growth monitoring, who were exclusively breastfed for the first six months	Number of children aged 0-6 monthsand registered for growth monitoring who were exclusively breastfed for first 6 months	Number of children age 6-11 months	100	
7 .7	% of children aged 6–8 months registered for growth monitoring who received solid, semi-solid or soft foods	Number of children aged 6-8 months registered for growth monitoring who received solid, semi-solid or soft foods	Number of children age 6-11 months	100	
C	MICRO-NUTRIENTS AND ANTIHELMINTHICS				
7 .8	% of children aged 6-59 months, who received Vitamin A supplements	Number of children aged 6-59 months who received Vitamin A supplementation	Estimated number of children aged 6-59 months	100	**Age:** 6-11 months, 12-59 months
7 .9	% of children aged 12-59 months who received antihelminthics	Number of children aged 12-59 months who received antihelminthics	Estimated number of children aged 12-59 months	100	
7 .10	% of children aged 6-23 months, who received Baal Vita (MNP)	Number of children aged 6-23 months, who received Baal Vita (MNP)	Estimated number of children age 6-23 months	100	**Age:** 6-11 months, 12-17 months, 18-23 months
7 .11	% of children aged 6-23 months, who received all 3 cycles of Baal Vita (MNP)	Number of children aged 6-23 months, who received all 3 cycles of Baal Vita (MNP)	Estimated number of children age 6-23 months	100	
7 .12	% of adolescents girls aged 10-19 years who received iron supplementation for 13 weeks	Number of adolescents girls aged 10-19 years who received iron supplementation for 13 weeks	Estimated number of adolescent girls aged 10-19 years	100	**Age:** 10-14 and, 15-19 years
D	MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRION (MAM)				
7 .13	Number of cases admitted at outpatient therapeutic centers (OTPs)				
7 .14	% of cases admitted at OTPs with moderate acute malnutrition (MAM)	Number of cases admitted at OTPs with MAM	Number of cases admitted at OTPs	100	
7 .15	% of cases admitted at OTPs with MAM who recovered	Number of cases admitted at OTPs with MAM who recovered	Number of cases admitted at OTPs with MAM	100	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
7 .16	% of cases admitted at OTPs with MAM who died	Number of cases admitted at OTPs with MAM who died	Number of cases admitted at OTPs with MAM	100	
7 .17	% of cases admitted at OTPs with severe acute malnutrition (SAM)	Number of cases admitted at OTPs with SAM	Number of cases admitted at OTPs	100	
7 .18	% of cases admitted at OTPs with SAM who recovered	Number of cases admitted at OTPs with SAM who recovered	Number of cases admitted at OTPs with SAM	100	
7 .19	% of cases admitted at OTPs with SAM who died	Number of cases admitted at OTPs with SAM who died	Number of cases admitted at OTPs with SAM	100	
7 .20	Number of SAM cases admitted at nutrition rehabilitation homes (NRHs)				
7 .21	% of cases admitted at NRHs with SAM who recovered	Number cases admitted at NRHs with SAM who recovered	Number of cases admitted at NRHs with SAM	100	
7 .22	% of SAM cases at NRHs who died	Number of cases admitted at NRHs with SAM who died	Number of cases admitted at NRHs with SAM	100	
E	SCHOOL HEALTH AND NUTRITION				
7 .23	% of public schools that received a first aid kit box	Number of public schools that received a first aid kit box	Number of public schools	100	
7 .24	% of students in grade 1-10 who received anthelminthic	Number of students in grade 1-10 who received anthelminthic	Number of students in grade 1-10	100	**Sex:** Male, Female
F	FOOD SUPPLEMENT				
7 .25	% of children aged 6-23 months who received monthly food supplements	Number of children aged 6-23 months who received monthly food supplements	Estimated number of children age 6-23 months	100	

8. HIV/AIDS

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	HIGH RISK GROUPS				
8 .1	% of high risk groups who received an HIV test (e .g . through an outreach service, drop-in centre or sexual health clinic)	Number of high risk groups who received an HIV test (e .g . through an outreach service, drop-in centre or sexual health clinic)	Target population	100	**High risk group:** Sex workers, men who have sex with men, male labor migrants, PWIDs
8 .2	% of high risk groups who received an HIV test and know their results	Number of high risk groups who received an HIV test and know their results	Number of high risk groups who received an HIV test	100	**High risk group:** Sex workers, men who have sex with men, male labor migrants, PWIDs
8 .3	% of people who inject drugs (PWIDs) currently on opioid substitution therapy (OST)	Number of people who inject drugs (PWIDs) currently on opioid substitution therapy	Estimated number of PWIDs	100	

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
8 .4	% of diagnosed sexually transmitted infections (STIs) treated	Number of STIs diagnosed that are treated	Number of STIs diagnosed	100	**High risk group:** MSM, IDUs, Sex Workers, Male labor migrants **Age:** 0-14, >14 years **Sex:** Female, male
8 .5	% of active syphilis among high risk population diagnosed and treated for syphilis	Number of active syphilis among high risk population diagnosed and treated for syphilis	Number of high risk population diagnosed and treated for syphilis	100	
8 .6	% of people who inject drugs (PWIDs) who have been on Opoid Substitution Therapy (OST)	Number of people who inject drugs (PWIDs) who have been on OST	Estimated number of PWIDs	100	
B	MOTHER TO CHILD TRANSMISSION				
8 .7	% of women screened for syphilis at an antenatal care (ANC) check-up	Number of women who were screened for syphilis at an ANC check-up	Estimated number of pregnancies	100	
8 .8	% of women screened for syphilis at an ANC check-up and tested positive	Number of women who were screened for syphilis at an ANC check-up and tested positive	Number of women who were screened for syphilis at an ANC check-up	100	
8 .9	% of women who tested positive for syphilis at an ANC check-up and were treated	Number of women who tested positive for syphilis at an ANC check-up and were treated	Number of women who tested positive for syphilis at an ANC check-up	100	
8 .10	% of HIV positive pregnant women enrolled in PMTCT service	Number of HIV positive pregnant women enrolled in PMTCT service	Estimated number of HIV-positive pregnant women	100	
8 .11	% of infants born to HIV positive women who received an HIV test within two months of birth	Number of infants born to HIV-positive women who received an HIV test within two months of birth	Number of infants born to HIV positive women	100	
8 .12	% of infants born to HIV positive mothers who were exclusively breastfed for first six months	Number of infants born to HIV infected women who were exclusively breastfed for first 6 months	Number of infants aged 6 months born to HIV positive mothers	100	
8 .13	% of infants born to HIV positive mothers who had received replacement feeding for first six months	Number of infants born to HIV infected women who had received replacement feeding for first six months	Number of infants aged 6 months born to HIV positive mothers	100	
8 .14	% of infants born to HIV positive mothers who had received mixed feeding for first six months	Number of infants born to HIV infected women who had received mixed feeding for first six months	Number of infants aged 6 months born to HIV positive mothers	100	
C	TREATMENT: ANTIRETROVIRAL THERAPY				
8 .15	% of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 12 months[a]	Number of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 12 months	Number of people who initiated antiretroviral therapy	100	**Age:** 0-14 years, >14 years

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
8 .16	% of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 24 months	Number of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 24 months	Number of people who initiated antiretroviral therapy	100	
8 .17	% of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 36 months	Number of people with HIV who initiated antiretroviral therapy and are known to have been on it continuously for at least 36 months	Number of people who initiated antiretroviral therapy	100	
E	TREATMENT AND CARE				
8 .18	% of people enrolled in HIV care/ treatment who received cotrimoxazole prophylaxis	Number of people enrolled in HIV care/ treatment who received cotrimoxazole prophylaxis	Number of people enrolled in HIV care / treatment	100	**Age:** 0-14 years, >14 years
8 .19	% of people living with HIV currently enrolled in HIV care, who received opportunistic infection (OI) services	Number of people living with HIV currently enrolled in HIV care, who received opportunistic infection (OI) services	Estimated number of people living with HIV infection	100	**Age:** 0-14 years, >14 years
8 .20	% of people living with HIV infection who received antiretroviral therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol	Number of people living with advanced HIV infection who received antiretroviral therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol	Estimated number of people with advanced HIV infection	100	**Age:** 0-14 years, >14 years
8 .21	% of people who started antiretroviral therapy and picked up all prescribed antiretroviral drugs on time for two consecutive drug pick-ups	Number of people that started antiretroviral therapy and picked up all prescribed antiretroviral drugs on time for two consecutive drug pick-ups	Number of people who started antiretroviral therapy	100	
F	HIV - TB TREATMENT				
8 .22	% of people enrolled in HIV care who had their TB status assessed and recorded during their last visit)	Number of people enrolled in HIV care who had their TB status assessed and recorded during their last visit	Number of people enrolled in HIV care	100	**Age:** 0-14 years, >14 years
8 .23	% of PLHIV positive TB cases who received treatment for both TB and HIV (antiretroviral combination therapy)	Number of people with HIV positive TB cases who received treatment for both TB and HIV (antiretroviral combination therapy)	Estimated number of HIV positive TB cases	100	**Age:** 0-14 years, >14 years
8 .24	% of people newly enrolled in HIV care who started treatment for latent TB infection (isoniazid preventive therapy)	Number of people newly enrolled in HIV care who started (given at least one dose) treatment of latent TB infection	Number of people newly enrolled in HIV care	100	

9. Tuberculosis

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
9 .1	Number of TB cases registered				

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
9 .2	Sex ratio of new positive smear cases	Number of new positive smear cases among males	Number of new positive smear cases among females		**Caste/Ethnicity**
9 .3	% of children aged 0-14 years with a new positive smear	Number of children aged 0-14 years with a new positive smear	Number of children aged 0-14 years	100	**Sex:** Female, male
9 .4	Number of relapse cases				**Age:** 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+
9 .5	Number of failure cases				**Sex:** Female, male
9 .6	Number of TAD cases				**Sex:** Female, male
9 .7	Number of pulmonary negative cases				**Sex:** Female, male
9 .8	Number of extra pulmonary cases				**Sex:** Female, male
9 .9	Number of cases classified as 'other'				**Sex:** Female, male
9 .10	Ratio of new smear-positive cases to new smear-negative and extra-pulmonary cases	Number of new smear positive cases	Number of smear negative and extra-pulmonary cases		
9 .11	Positivity rate among suspected cases	Number of sputum positive cases examined by microscopy	Number of suspected cases	100	
9 .12	Tuberculosis case detection rate per 100,000 population	Number of new smear positive cases registered	Population	100,000	
9 .13	Cure rates among new smear positive cases	Number of new smear positive male cases cured	Number of new smear positive male cases registered in that period	100	**Sex:** Female, male
9 .14	Treatment completion rates for EP and pulmonary positive cases	Number of new smear positive cases who completed full course of treatment	Number of new smear positive cases registered	100	**Sex:** Female, male
9 .15	Number of defaulted cases				**Sex:** Female, male
9 .16	Number of treatment failure cases				**Sex:** Female, male
9 .17	Death rate per 100,000 population[a]	Number of deaths attributable to TB	Total population	100,000	**Sex:** Female, male
9 .18	Number of cases transferred out				**Sex:** Female, male
9 .19	Number of cases referred from private to public facilities				
9 .20	Number of cases referred from other countries				
9 .21	Tuberculosis treatment success rate	Number of registered smear-positive cases (New, Relapse, Default, TAD) that were cured or in which a full course of treatment was completed .	Number of smear positive cases registered in the same period	100	**Cases:** New, Relapse, Default, TAD

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
9 .22	Smear conversion rate at 2 months of treatment	Number of smear positive cases (new, relapse or failure cases) which are smear-negative at 2(3) months of treatment	Number of smear positivecases (new, relapse, or failure cases) registered during the same period	100	**Sex:** Female, male
9 .23	TB case finding rate	Number of new smear positive cases registered	Estimated number of new smear positive cases	100	
9 .24	Quality assurance of smear examination: percentage agreement	Number of smears read the same by the sending laboratory and the reference laboratory	Number of slides sent by the sending laboratory to the reference laboratory for quality assurance	100	
9 .25	% of TB cases with HIV infection	Number of TB cases with HIV infection	Number of TB cases	100	**Sex:** Female, male
9 .26	MDR TB cases per 10,000 population	MDR TB cases	Total population	10,000	**Cases:** New, relapse, TAD, TAF Cat-I, TAF Cat-II **Transfer:** In, out **Age:** 0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+ **Sex :** Female, male
9 .27	X-DR TB cases per 10,000 population	X-DR TB cases	Total population	10,000	
9 .28	% of drug resistant TB patients who completed full course of treatment	Number of drug resistant TB patients who completed full course of treatment	Number of drug resistant TB patients	100	**Cases:** New, relapse, TAD, TAF Cat-I, TAF Cat-II **Transfer:** In, out **Outcome:** Cured, treatment completed, failure, defaulted, died **Sex :** Female, male
9 .29	Chronic respiratory disease (CRD) cases per 10,000 population	Chronic respiratory disease	Total population	10,000	
9 .30	% of CRD cases who underwent a sputum examination	Number of CRD cases who underwent a sputum examination	Number of CRD cases	100	
9 .31	% of examined CRD cases who were sputum positive	Number of sputum positive cases among examined CRD cases	Number of examined CRD cases	100	
9 .32	% of pulmonary TB cases identified as smokers	Number of smokers identified among pulmonary TB cases	Number of pulmonary TB cases	100	
9 .33	% of pulmonary TB smokers who quit smoking after counselling	Number of pulmonary TB smokers who quit smoking after counselling	Number of smokers identified among pulmonary TB cases	100	

10 . Epidemiology and Disease Control

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	MALARIA				
10 .1	Annual blood examination rate (ABER) of malaria in high risk districts[a]	Number of slides examined in high risk districts	Population in high risk districts	100	
10 .2	Slide positivity rate (SPR) of malaria in high risk districts	Number of positive slides in high risk districts	Number of slides examined	100	**Level of facility:** District Hospital, PHC, HP
10 .3	Malaria annual parasite incidence (per 1,000 population in high risk districts) [a]	Number of positive cases in high risk districts	Population in high risk districts (*1000 population)	1,000	
10 .4	Clinical malaria incidence (CMI) in high risk districts	Number of new cases of clinical malaria in high risk districts	Population in high risk districts	1,000	
10 .5	% of P . Falciparum (PF) cases in high risk districts	Number of PF cases in high risk districts	Number of positive cases in high risk districts	100	
10 .6	% of imported cases among positive cases of malaria	Number of imported cases	Number of positive cases (suspected + confirmed)	100	
10 .7	% of malaria cases by target group	Number of malaria cases by target group	Number of positive cases (suspected + confirmed)	100	**Age:** Children <5 **Sex:** Girls, Boys **Client:** Pregnant women
10 .8	Case fatality rate of malaria	Number of deaths due to malaria (suspected and confirmed)	Number of positive cases (suspected + confirmed)	100	**Cases:** Suspected, confirmed
10 .9	% of pregnant women receiving a LLIN from an ANC clinic	Number of pregnant women receiving a LLIN from an ANC clinic	Number of pregnant women	100	
10 .10	% of confirmed cases ofuncomplicated malaria treated with antimalarials as per national guidelines	Number of confirmed cases of uncomplicated malaria treated with antimalarials as per national guidelines	Number of confirmed cases of uncomplicated malaria	100	
10 .11	% of confirmed cases of severe malaria treated with antimalarials as per national guidelines	Number of confirmed cases of severe malaria treated with antimalarials as per national guidelines	Number of confirmed cases of severe malaria	100	
10 .12	% of blood slide collected that were examined and tested positive	Number of blood slides examined + slide positive	Target for malaria slide collection	100	
10 .13	Number of health facilities designated at sentinel surveillance sites that are functioning as sentinel surveillance sites[a]	Number of health facilities designated assentinel surveillance sites that are functioning as sentinel surveillance sites	Number of health facilities designated as sentinel surveillance sites		
B	KALA-AZAR				
10 .14	Number of kala-azar cases in at risk districts				

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
10 .15	Incidence of kala-azar (KA) per 10,000 population in at risk districts	Number of new KA cases in at risk districts	Population in at risk districts (*10,000)	10,000	
10 .16	% of kala-azar cases that were treated by Sodium Astivo Gluconate (SAG) in at risk districts	Number of kala-azar cases treated by SAg\ in at risk districts	Number of kala-azar cases in at risk districts	100	
10 .17	% of kala-azar cases that were treated by Fungizone in at risk districts	Number of kala-azar cases treated by Fungizone in at risk districts	Number of kala-azar cases in at risk districts	100	
10 .18	Kala-azar case fatality rate in at risk districts	Number of deaths due to kala-azar in at risk districts	Number of kala-azar cases in at risk districts	100	
10 .19	Kala-azar treatment failure rate (KATFR) in at risk districts	Number of kala-azar cases not responding to miltefosin/ fungizone in at risk districts	Number of kala-azar cases in at risk districts	100	
10 .20	Prevalence of Kala-azar in at risk districtsper 10,000 population	Number of kala-azar cases in at risk districts	Population in at risk districts (*10,000)	10,000	
C	LYMPHATIC FILARIASIS				
10 .21	Prevalence of lymphatic filariasis in at risk districts per 10,000 population	Number of cases of lymphatic filariasis in at risk districts	Population in at risk districts	10,000	

11. Leprosy

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
11 .1	New case detection rate of leprosy[Pausi Besilli (PB) and Multi Besilli (MB)]	Number of new leprosy cases (PB and MB)	Total population	100,000	
11 .2	Prevalence of leprosy per 10,000 population	Number of leprosy cases (PB and MB)	Total population	10,000	
11 .3	Incidence of leprosy per 10,000 population	Number of new leprosy cases (PB and MB)	Total population	10,000	**Age:** <15 years, ≥ 15 years **Sex:** Female, male
11 .4	% of new leprosy cases presenting with a grade-2 disability	Number of new leprosy cases (PB and MB) presenting with a grade-2 disability	Number of new leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .5	% of new leprosy cases that are MB	Number of new leprosy cases that are MB	Number of new leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .6	Treatment compliance rate for PB cases	Number of new PB cases who completed the treatment on time	Number of PB cases who started treatment in the same batch/year		
11 .7	Treatment compliance rate for MB cases	Number of new MB cases who completed the treatment on time	Number of MB cases who started treatment in the same batch/year		

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
11 .8	% of PB and MB cases who started treatment but defaulted	Number of PB and MB cases who started treatment but defaulted	Number of leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .9	% of leprosy cases released from treatment (RFT)	Number of leprosy cases (PB and MB) released from treatment	Number of leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .10	% of multi-drug resistant (MDR) leprosy cases	Number of MDR leprosy cases	Number of leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .11	% of relapse cases of leprosy	Number of relapse cases of leprosy	Number of leprosy cases (PB and MB)	100	
11 .12	% of leprosy cases under rehabilitation	Number of leprosy cases under rehabilitation	Number of leprosy cases (PB and MB)	100	

12 . Curative Services

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	**OUTPATIENTS**				
12 .1	Number of outpatients				**Type:** New, old **Target group:** Ultra poor, Poor, FCHV, disabled, senior citizen
12 .2	% of population utilizing outpatient services	Number of new outpatients	Total population	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Level of facility:** Higher level, district hospitals, PHCC, HP **Type of facility:** AFHS facility, other HF **Sex:** Female, male **Caste/ethnicity** **Target group:** Ultra poor, Poor, FCHV, disabled, senior citizen **Age**: 0-9, 10-14 Yrs, 15-19 Yrs, >= 20 Yrs
12 .3	Outpatient sex ratio	Number of new male outpatients	Number of new female outpatients		**Level of facility:** Hospitals, PHCC, HP **Target group:** Ultra poor, Poor, FCHV, disabled, senior citizen
12 .4	% of outpatients who were referred in	Number of new outpatients who were referred in	Number of new outpatients	100	**Sex:** Female, male
12 .5	% of outpatients who were referred out	Number of new outpatients who were referred out	Number of new outpatients	100	**Sex:** Female, male

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
12 .6	% of top ten diseases among outpatients	Number of outpatients by top ten diseases	Number of new outpatients	100	**Ecological zone:** Mountain, Hill, Terai
B	**INPATIENTS**				
12 .7	% population utilising inpatient services at hospitals	Number of inpatient cases	Total population	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals **Sex:** Female, male **Target group:** Ultra poor, Poor, FCHV, disabled, senior citizen **Age**: 0-9, 10-14 Yrs, 15-19 Yrs, >= 20 Yrs
12 .8	Inpatient sex ratio	Number of male inpatients	Number of female inpatients		**Sex:** Female, male
12 .9	% of inpatients who were referred in	Number of inpatients who were referred in	Number of inpatients	100	**Sex:** Female, male
12 .10	% of inpatients who were referred out	Number of inpatients who were referred out	Number of inpatients	100	
12 .11	% of top ten diseases among inpatients	Number of inpatients by top ten diseases	Number of inpatients	100	
12 .12	% of top ten diseases among population	Number of outpatients by top ten disease	Total population	100	
12 .13	Average length of stay in hospital	Number of inpatient days stay	Number of inpatients who have been discharged		**Level of hospital:** Higher level government hospital, district hospital
C	**EMERGENCY SERVICES**				
12 .14	% of population utilising emergency services at hospitals (Number at facility level and % at national level)	Number of people utilizing emergency services at hospitals	Total population	100	**Level of hospital:** Higher level government hospital, district hospital **Sex:** Female, male
D	**HOSPITAL BEDS**				
12 .15	Number of hospital beds per 5,000 population	Number of hospital beds	Population	5,000	**Level of hospital:** Higher level government hospital, district hospital
12 .16	Bed occupancy rate	Number of inpatient days	Number of inpatient beds available in hospitals x 365 days	100	**Level of facility:** District, zonal, sub-regional, regional, central
12 .17	Number of maternity beds				Annual

Code	Indicators	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
12 .18	Maternity bed occupancy rate	Number of inpatient days in maternity ward	Number of inpatient beds available in maternity wards x 365 days	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals
12 .19	Throughput of inpatients	Number of inpatient admissions	Number of inpatient beds available	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals
12 .20	Hospital bed turnover rate	365 – average length of stay	Throughput	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals
E	**MORTALITY**				
12 .21	Disease specific case fatality rate	Number of deaths, by disease	Number of cases of disease registered in the same year	100	
12 .22	Hospital death rate, by duration of admission	Number of deaths in the hospital, by duration of admission	Number of inpatients	100	**Duration:** Within 48 hours, after 48 hours of admission
F	**SURGERY**				
12 .23	Infection rate among surgical cases	Number of infected surgical cases	Number of surgical cases	100	
12 .24	Surgery related death rate	Number of deaths among surgical cases	Number of surgical cases	100	
12 .25	Ratio of surgeons: surgeries	Number of surgeries	Number of surgeons		
H	**DIAGNOSTIC SERVICES**				
12 .26	Average number of radiographic images per day	Number of radiographic images/x-rays	Number of days		**Type:** X-ray, ultrasound, USG, MRI, CT Scan
12 .27	Average number of laboratory tests per day	Number of laboratory tests	Number of days		

13 . Health Facilities

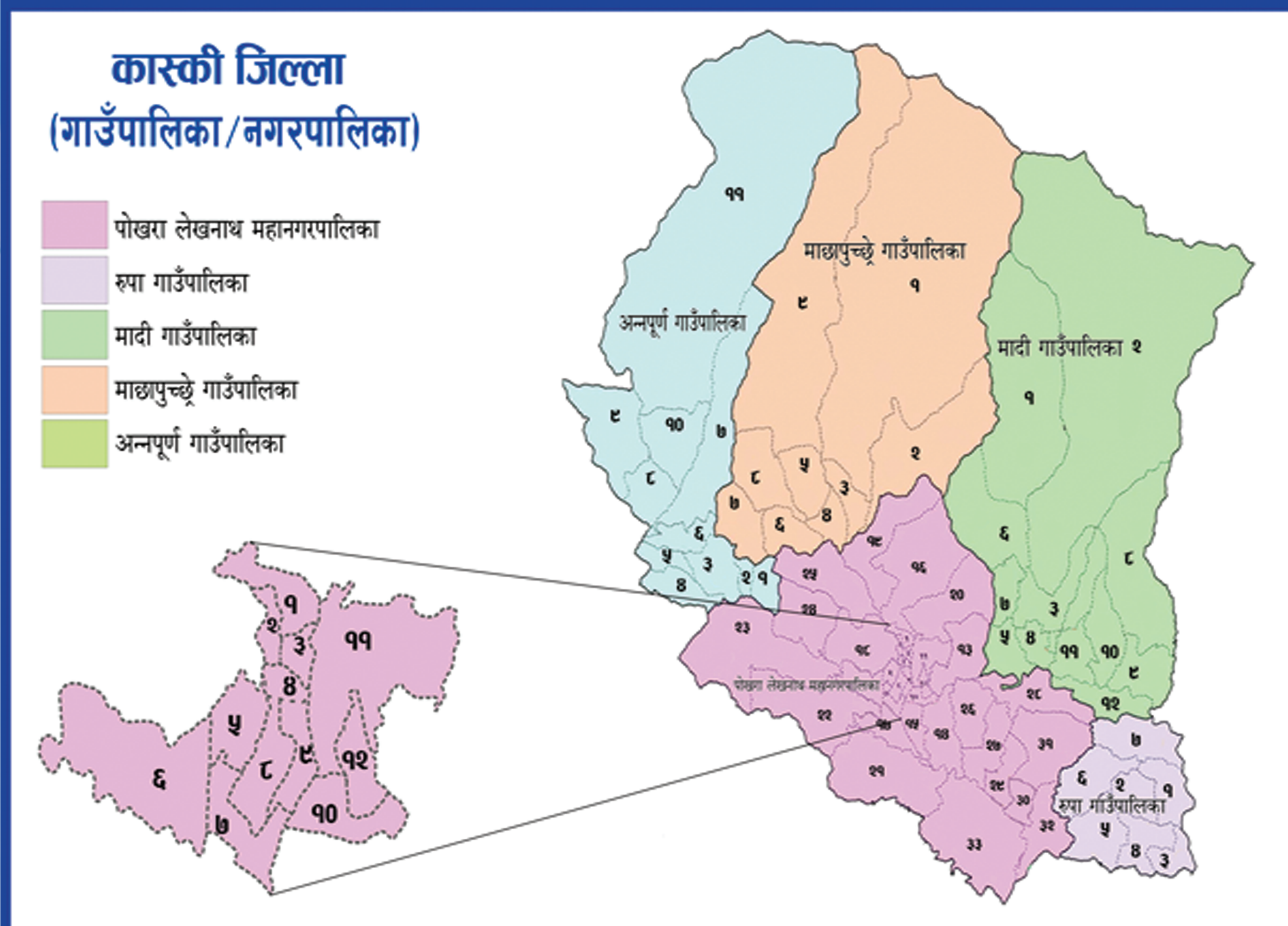
Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
A	CEONC				
13 .1	% of hospitals that are certified CEONC sites[a]	Number of hospitals that are certified CEONC sites	Number of hospitals	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals
13 .2	% of CEONC facilities providing all CEONC signal functions 24/7[a]	Number of CEONC facilities providing all CEONC signal functions 24/7	Number of CEONC facilities	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
13 .3	Number of CEONC facilities per 500,000 population[a]	Number of CEONC facilities	Total population	500,000	**Ecological zone:** Mountain, Hills, Terai
13 .4	% of districts with at least one CEONC public facility [a]	Number of districts with at least one CEONC public facility	Number of districts	100	
13 .5	% of districts with at least one public facility providing all CEONC signal functions[a]	Number of districts with at least one public facility providing all CEONC signal functions	Number of districts	100	
B	BEONC				
13 .6	% of district/district level hospitals and PHCCs that are certified BEONC sites[a]	Number of district/district level hospitals that are BEONC	Number of District and district level hospitals and PHCCs	100	**Level of facility:** District/district level hospitals, PHCCs
13 .7	Number of BEONC facilities per 100,000 population[a]	Number of BEONC facilities	Total population (*100,000)	100,000	**Ecological zone:** Mountain, Hills, Terai
13 .8	% of PHCCs providing all BEONC signal functions 24/7[a]	Number of PHCCs providing all BEONC signal functions	Number of PHCCs	100	**Availability:** 24/7, not 24/7
C	BIRTHINg\ CENTRES				
13 .9	% of PHCCs, health posts and sub-health posts that are certified birthing centers[a]	Number of PHCCs, health posts and sub-health posts that are certified birthing centers	Number of PHCCs, health posts and sub-health posts	100	**Level of facility:** PHCCs, HP **Availability:** 24/7, not 24/7
D	SAFE ABORTION SITES				
13 .10	% of government health facilities that are certified safe abortion sites[a]	Number of government health facilities that are certified safe abortion sites	Number of government health facilities	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCCs, HPs **Method:** Surgical, medical
13 .11	% of safe abortion (surgical and medical) sites with long acting family planning services[a]	Number of safe abortion (surgical and medical) sites with long acting family planning services	Number of safe abortion (surgical and medical) sites	100	**Level of facility:** Higher level hospitals, district hospitals, PHCCs, HPs **Method:** Surgical, medical
E	PHCCs				
13 .12	Number of PHCCs per 50,000 population[a]	Number of PHCCs	Population (* 50,000)	50,000	
13 .13	% of PHCCs with long acting family planning services[a]	Number of PHCCs with long acting family planning services	Number of PHCCs	100	
F	HEALTH POSTS				
13 .14	Number of HPs per 5,000 population[a]	Number of HPs	Population (*5000)	5,000	
13 .15	% of health posts with at least five family planning methods[a]	Number of health posts with at least five family planning methods	Number of health posts	100	

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
13 .16	% of health posts with long acting family planning services[a]	Number of health posts with long acting family planning services	Number of health posts	100	
G	HEALTH CLINICS				
13 .17	Number of urban health clinics				
13 .18	Number of community health clinics				
G	REPORTINg\ TO HMIS				
13 .19	% of health facilities (public and private) reporting to HMIS (by type or level)	Number of health facilities (public and private) reporting to HMIS	Number of health facilities (public and private)	100	**Sector:** Govt ., non Govt . **Level of facility:** Higher level, district hospitals, PHCCs, HPs
13 .20	% of tertiary and secondary hospitals (public and private) implementing ICD 10 and reporting coded information to HMIS	Number of tertiary and secondary hospitals implementing ICD 10 and reporting coded information to HMIS	Number of tertiary and secondary hospitals	100	**Level of facility:** Tertiary, secondary
13 .21	% of health information systems implementing (using) uniform standard codes	Number of health information systems implementing (using) uniform standard codes	Number of health information systems	100	
H	**LABORATORY**				
13 .22	% of health facilities with a laboratory[a]	Number of health facilities with a laboratory	Number of health facilities, by level	100	**Availability:** 24/7, not 24/7 **Level of facility:** District Hospital, PHCC
I	**FAMILY PLANNINg\ SERVICES**				
13 .23	% of health facilities providing IUCD services, by type of facility	Number of health facilities providing IUCD services	Number of health facilities	100	**Type of facility:** HPs, PHCCs and district clinics
13 .24	% of health facilities providing Implant services, by type of facility	Number of health facilities providing Implant services	Number of health facilities	100	**Type of facility:** HPs, PHCCs and district clinics
J	**HIV/AIDS**				
13 .25	% of health facilities that provide HIV testing and counseling services[a]	Number of health facilities that provide HIV testing and counseling services	Number of health facilities	100	**Service:** Testing and counseling **Level of facilities:** Higher level, district hospitals, PHCC, HP
13 .26	% of health facilities that provide PMTCT services[a]	Number of health facilities that provide PMTCT services	Number of health facilities	100	**Level of facilities:** Higher level, district hospitals, PHCC, HP

Code	Indicator	Numerator	Denominator	Multiplier	Disaggregation by:
13 .27	% of health facilities that provide ART services[a]	Number of health facilities that provide ART services	Number of health facilities	100	**Level of facilities:** Higher level, district hospitals, PHCC, HP
13 .28	% of health facilities dispensing antiretroviral therapy that experienced a stock-out of at least one required antiretroviral drug	Number of health facilities dispensing antiretroviral therapy that experienced a stock-out of at least one required antiretroviral drug	Number of health facilities dispensing antiretroviral therapy	100	**Level of facilities:** Higher level, district hospitals, PHCC, HP
K	**Adolescence sexual and reproductive health services**				
13 .29	% of health facilities with adolescent friendly services[a]	Number of health facilities with adolescent friendly services	Number of health facilities	100	**Sector:** Govt ., non govt . **Level of facility:** Higher level govt . hospitals, district hospitals, PHCCs, HPs

Note: a = Indicators to be reported annually .


कास्की जिल्ला
(गाउँपालिका/नगरपालिका)
पोखरा लेखनाथ महानगरपालिका
रुपा गाउँपालिका
मादी गाउँपालिका
माछापुच्छ्रे गाउँपालिका
अन्नपूर्ण गाउँपालिका
अन्नपूर्ण गाउँपालिका
माछापुच्छ्रे गाउँपालिका
मादी गाउँपालिका २
रुपा गाउँपालिका