

स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीति  
वि. सं. २०७३ - २०८८ (सन् २०१६ - २०३०)

**National Strategy for Reaching the Unreached**  
2016 - 2030



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
२०७३



# स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीति

(नेपालमा स्वास्थ्य र पोषण असमानता न्यूनीकरणकालागि र सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धतामा योगदान गर्नकोलागि पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीति)

वि. सं. २०७३ - २०८८ (सन् २०१६ - २०३०)

## **National Strategy for Reaching the Unreached**

(A Strategy for Reducing Health & Nutrition Inequalities and Contributing towards Universal Health Coverage in Nepal)

**2016 - 2030**



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
२०७३



मा. गगन कुमार थापा  
स्वास्थ्य मन्त्री

नेपाल सरकार



स्वास्थ्य मन्त्रीज्यूको  
निजी सचिवालय

फोन नं. : ०१-४२६२५३४

फ्याक्स : ०१-४२६२५६५

प.सं. : २०६३/६४

च.नं. : २९४

मिति :- २०७३/०६/२०

### मन्तव्य

नेपालले विगत दुई दशकमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा उल्लेख्य रूपमा आशातित सफलता हासिल गरेको छ। यो समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिएका सुधारका कार्यहरूको प्रतिफलको रूपमा मैले लिएको छु। यति हुँदाहुँदै पनि अहिले पनि नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्रमा उच्च सुधार गर्नुपर्ने देशको सुचीमै समाविष्ट छ। हामीकहाँ नवजातशिशु र ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्यु अत्यन्त धेरै छ भन्ने हामीले सहस्राब्दी लक्ष्य केहि हासिल गरेको र केहीमा हासिल गर्ने प्रक्रियामा छौं। एउटी महिला जो आमा बन्ने सौभाग्य प्राप्त गर्छिन् दुर्भाग्यवस तीमध्ये केहि महिलाले गर्भवती अवस्थामै, सुत्केरी हुँदै गर्दा वा सुत्केरी पश्चात सामान्य भन्दा सामान्य सेवाको अभावमा अकालमा ज्यान गुमाउनु पर्ने अवस्था छ। अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको दायरा पनि सबै समुदाय र भुगोलमा उहि रूपमा पुर्याउन सकिएको छैन। अझ विडम्बना त के छ भने धनी र गरिवका बीचमा, सहर र दुर्गममा बस्ने समुदायका विचमा स्वास्थ्यका सुचकहरूमा ठुलो अन्तर रहेको छ। साथै, असाध्य, दिर्घ तथा नसर्ने रोगको कारण विपन्न परिवारहरू नै पुनः गरिबीको चक्रमा फस्दै गईरहेको छ। नेपालको संविधान २०७२ ले प्रत्येक नागरिकका लागि अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रूपमा प्रदान गर्ने कुराको प्रत्याभुत गरेको छ। संविधानले प्रदत्त गरेको यस अधिकारको सुनिश्चित गर्नका लागि स्वास्थ्य मन्त्रालयले विद्यमान असमानताहरूलाई न्युनीकरण गर्दै स्वास्थ्य सेवामा सबैको समान पहुँच पुऱ्याउन अझ धेरै कार्यहरू ससक्त रूपमा सञ्चालन गर्न जरुरी छ।

सेवाको दायरा भित्र पर्न नसकेका वा पहुँचभन्दा बाहिर रहेका विपन्न, शारीरिक र मानसिक रूपमा अशक्त/अपाँड, पिछाडिएका समुदाय, सिमान्तकृत समुहहरू, महिला, बालबालिका, वृद्ध वृद्धा, दुर्गम क्षेत्रका बासिन्दा, आन्तरिक रूपमा विस्थापित, मजदुर, लगायत अल्पसंख्यक समुह समुदाय एवं जोखिममा परेका समुदायहरूलाई लक्षित समुहको रूपमा पहिचान गरी यी सबै समुह, समुदायहरूलाई संविधानले प्रदत्त गरेको अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन अत्यन्त बान्छनिय छ। त्यस्ता समुदाय समुहहरूलाई सेवा पुऱ्याउन देशका विद्यमान नीतिनियम अपुग भए सो सम्बन्धि वस्तुगत रूपमा आवश्यक नीति नियमहरू, रणनीतिहरू बनाई सेवाको सुनिश्चितता गर्नु आवश्यक रहेको छ।

सो कुरालाई हृदयङ्गम गरी नेपालमा स्वास्थ्य र पोषण असमानता न्यूनिकरणका लागि र सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धतामा योगदान गर्नको लागि स्वास्थ्य सेवाको पहुँचबाहिर परेकाहरूलाई समेटने राष्ट्रिय रणनीति (२०१६-२०३०) स्वास्थ्य मन्त्रालयले तयार पारेको छ। स्वास्थ्य सेवाको पहुँचबाहिर परेकाहरूलाई समेटने राष्ट्रिय रणनीतिले सेवाको दायरा फराकिलो पारी सबैलाई सर्व सुलभ स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने दायित्व अग्रणी रूपमा निर्वाह गर्न सक्नेछ जसले समग्र देशको स्वास्थ्य सुचकाङ्कहरूको व्यापक रूपमा सुधार भई देश स्वस्थ जनशक्ति निर्माणको अभियानमा सफलतापूर्वक अगाडी बढ्ने छ भन्ने दृढ विश्वास लिएको छु।

(गगन कुमार थापा)

स्वास्थ्य मन्त्री

गगन कुमार थापा  
स्वास्थ्य मन्त्री





## रन्जु कुमारी भ्वा सभापति

व्यवस्थापिका संसद

महिला, बालबालिका, जेष्ठ नागरिक र समाज कल्याण समिति

### मन्तव्य

स्वास्थ्य र पोषणका सुचकाङ्कहरूमा नेपालले करिब दुई दशकको अथक प्रयास स्वरुप आशातित सफलता हाँसिल गरेको छ। तर अझै पनि कतिपय सुचकाङ्कहरू जस्तै नवजात शिशु मृत्यु दर, बाल मृत्युदर, मातृ मृत्यु दर, बालबालिकाको कुपोषण र रक्तअल्पता उच्च हुने देशहरू मध्ये नेपाल पर्दछ। अझ कहाली लाग्दो अवस्था के छ भने सुगममा बस्ने र आर्थिक रूपमा सबल समुदायको तुलनामा दुर्गम र विपन्न समुदायका विचको असन्तुलन भयावह रूपमा फरक रहेको तथ्य हाम्रा माफ प्रष्टै छ। आधुनिक सघिय गणराज्य नेपालको संविधान २०७२ ले प्रत्येक नागरिककालागि निःशुल्क रूपमा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको प्रत्याभुत गरेको छ। संविधानले प्रदत्त गरेको यस अधिकारको सुनिश्चित गर्नका लागि स्वास्थ्य मन्त्रालय र अन्य तालुकदार निकायहरू विद्यमान असमानताहरूलाई न्यूनीकरण गर्दै स्वास्थ्य सेवामा सबैको समान पहुँच पुर्याउन साथै अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको उपभोग सबैले गर्न सक्ने वातावरणको विकास गर्ने दिशामा थप कयाशिल र प्रतिबद्ध हुन जरुरी छ।

अति विपन्न, शहरी विपन्न, शारिरीक र मानसिक रूपमा अशक्त/अपाङ्ग, पिछडिएका समुदाय, सिमान्तकृत जाती जनजाती समुहहरू, महिला, बालबालिका, वृद्ध वृद्धा, दुर्गम क्षेत्रका वासिन्दा, आन्तरिक रूपले विस्थापित, मजदुर, लगायत अल्पसंख्यक समुह समुदाय एवं जोखिममा परेका समुदायहरूलाई लक्षित समुहको रूपमा पहिचान गरी यी सबै विशिष्ट समुह समुदायहरूलाई आवश्यकता अनुसारका उपयुक्त सेवा पुर्याउन अत्यन्त वान्छनिय छ। अझ अगाडी बढेर त्यस्ता समुदाय समुहहरूलाई सेवा पुर्याउन देशका विद्यमान नीतिनियम बाधक भए वा अपुग भए सो सम्बन्धि वस्तुगत रूपमा आवश्यक नीति नियमहरू, रणनीतिहरू बनाई सेवाको सुनिश्चितता गर्नु आवश्यक रहेको छ। सो कुरालाई हृदयङ्गम गरी स्वास्थ्य मन्त्रालयले स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीति (२०१६ - २०३०) तयार पारेको छ। यस राष्ट्रिय रणनीतिले सेवाको दायरा फराकिलो पारी सबैलाई सुलभ स्वास्थ्य सेवा पुर्याउने दायित्व अग्रणी रूपमा निर्वाह गर्न सक्नेछ। फलस्वरुप समग्र देशको स्वास्थ्य सुचकाङ्कहरूको व्यापक रूपमा सुधार भई देश स्वस्थ जनशक्ति निर्माणको अभियानमा सफलतापूर्वक अगाडी बढ्ने छ भन्ने दृढ विश्वास लिएको छ।

देशभरि व्याप्त स्वास्थ्य र पोषण असमानताको विषम समस्यालाई नेपाल सरकार र अन्य सम्पूर्ण सरोकारवालाहरूको नजरमा ल्याई राष्ट्रिय मुद्दाको रूपमा स्थापित गराई यस राष्ट्रिय रणनीति विकास प्रक्यामा सहजीकरण गर्ने सेभ द चिल्ड्रेनका कार्यक्रम व्यवस्थापक (स्वास्थ्य र पोषण) श्री राजकुमार महतोलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु। साथै यस प्रक्यामा मद्दत पुऱ्याउनु हुने परामर्शदाता विशेषज्ञ टोलीका डा. मधु दीक्षित देवकोटा, डा. भरतमणि देवकोटा र डा. देवी प्रसाईलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु।

महत्त्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने स्वास्थ्य मन्त्रालय विशेष वधाई र प्रसंशाका पात्र हुन जसले आफ्नो नेतृत्वदाई भूमिका माफत स्वास्थ्य र पोषण असमानता न्यूनीकरण गर्न यो राष्ट्रिय रणनीति तयार पारी यसको प्रभावकारी कार्यान्वयनको प्रतिबद्धता सहित अनुमोदन गरेकोछ। यस राष्ट्रिय रणनीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनले नेपालमा व्याप्त स्वास्थ्य र पोषणको असमानता कम गर्दै नेपाललाई सन २०३० सम्ममा दिगो विकास लक्ष्य प्राप्तमा योगदान गर्नेछ भन्ने आशा लिएको छ।

(माननीय श्री रन्जु कुमारी भ्वा)

सभापति







नेपाल सरकार

# स्वास्थ्य मन्त्रालय

(.....) शाखा)



४२६२५६०  
४२६२८०२  
४२६२७०६  
४२६२५३५  
४२६२८६२  
४२२३५८०

फोन नं.

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :-

रामशाहपथ,  
काठमाडौं, नेपाल ।

मिति : २०७३/०६/२०

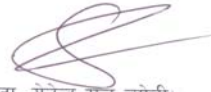
## विषय :- प्राक्कथन

विगत दुई दशकमा नेपालले स्वास्थ्य सूचकांकहरू उपर समाप्तिमा हेर्दा उल्लेख्य प्रगति गरेको देखिन्छ । उक्त अवधिमा मुलुकमा स्वास्थ्य र पोषणका विविध सूचकांकहरूमा राम्रो प्रगतिको बावजूद, विभिन्न समूहका जनसङ्ख्याबीच असन्तुलनको वृद्धि भने जारी नै छ । यसका अलावा, बालमृत्युदर र मातृ मृत्युदर घटनाले, समाप्ति रुपमा हेर्दा खेरी एकिकृत तहमा देखिने सुधारले विभिन्न समुदायबीच हुने असमान प्रगतिलाई ओभरलमा पारेको छ । नेपालमा स्वास्थ्य र पोषणलाई लिएर व्यापक परिमाणमा विषमता रहेका छन्, जसलाई सामाजिक, सांस्कृतिक, शैक्षिक, आर्थिक, जातिगत र भौगोलिक विविधताको आयामबाट पनि हेर्न सकिन्छ । नेपाल सरकारका विद्यमाननीति, रणनीति र कार्यक्रमहरूमा समाविष्ट केहीविषयहरूले स्वास्थ्य क्षेत्रमा व्याप्त असमानता कम गर्न सहयोग नगरेका होइनन् तर ती पर्याप्त हुन सकेका छैनन् ।

नेपालको संविधान २०७२ मा स्वास्थ्यलाई मौलिक अधिकारको रुपमा प्रत्याभूति, निःशुल्क स्वास्थ्य सेवानीति, आमा सुरक्षा कार्यक्रम र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२ आदि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले स्वास्थ्य सेवा पहुँचमा हुने व्यवधानहरू निराकरण गर्न अख्तियार गरेका केही महत्वपूर्ण कदमहरू हुन् । त्यसैगरी स्वास्थ्य प्रतिफलमा देखिएका असमानता सम्बोधन गर्न मुलुकमा विभिन्न निकायद्वारा प्रयास भई नै रहेका छन् । यी सबै पहल हुँदा हँदै पनि खासगरी दुर्गम स्थानका वासिन्दा, पिछडिएका जाति, जनजाति र धार्मिक समुदाय, आम गरिवहरू र सहरी विपन्न, बृद्ध बृद्धा र त्यसैगरी कारखानाका मजदुरहरू र अन्य अल्पसंख्यक समूहहरू एवम् शारीरिक र मानसिकरूपले चुनौतीपूर्ण अवस्था बेहोरिरहेका व्यक्तिहरू बीच विषमताहरू प्रबल रुपमा देखा पर्दछन् । यसै विषमताहरू कम गर्दै नेपालमा स्वास्थ्य र पोषण असमानता न्यूनिकरणका लागि र सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धतामा योगदान गर्नको लागि स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई समेट्ने राष्ट्रिय रणनीति (२०१६-२०३०) तयार गरिएको छ ।

तदनुरूप स्वास्थ्य मन्त्रालयले यस राष्ट्रिय रणनीतिलाई आफ्नो प्रणाली भित्रको नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (NHSS 2015 - 2020)मा समाविष्ट गरी सकेको र कार्ययोजना तर्जुमा सहित कार्यान्वयनको प्रकृत्यामा जाने अटोट लिएको छ । यसरी यस राष्ट्रिय रणनीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि स्वास्थ्यमन्त्रालय प्रतिबद्ध रहेकोछ ।

अन्तमा, मन्त्रालय यस राष्ट्रिय रणनीति तर्जुमा प्रकृत्यामा समुदाय देखि केन्द्रीय तह सम्म संलग्न हुनु हुने सम्पूर्ण महानुभावहरूलाई धन्यवाद दिन चाहन्छ ।

  
(डा. सेनेन्द्र राज उप्रेती)  
सचिव

## संक्षिप्त रूप

ANC	:	Antenatal Care (गर्भावस्थाको जाँच)
ANM	:	Auxiliary Nurse Midwife (प्रसुतिकर्मी सहायक नर्स - अनमी)
BCC	:	Behaviour Change Communication (व्यवहार परिवर्तन सञ्चार)
CBOs	:	Community Based Organizations (समुदायमा आधारित संघ, सस्था)
CBS	:	Central Bureau of Statistics (केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग)
CHU	:	Community Health Unit (सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई)
CLHIV	:	Children Living with HIV (एच.आई.भि. संक्रमित बालबालिकाहरु)
CSW	:	Commercial Sex Worker (व्यावसायिक यौनकर्मी)
DAG	:	Dis Advantaged Group (बन्चितीकरणमा परेको समूह/पछाडि परेको समूह)
DAO	:	District Agriculture Office/Officer (जिल्ला कृषि कार्यालय अधिकृत)
DDC	:	District Development Committee (जिल्ला विकास समिति)
DEO	:	District Education Office/Officer (जिल्ला शिक्षा कार्यालय अधिकारी)
DOLIDAR	:	Department of Local Infrastructure Development and Agricultural Roads (स्थानीय पूर्वाधार विकास तथा कृषि सडक विभाग)
DPHO	:	District Public Health Office/Officer (जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालय/अधिकृत)
DoHS	:	Department of Health Service (स्वास्थ्य सेवा विभाग)
DRC	:	Development Resource Centre (स्रोत विकास केन्द्र)
DUDBC	:	Department of Urban Development and Building Construction (शहरी विकास तथा भवन विभाग)

EPI	:	Expanded Program on Immunization (विस्तारित खोप कार्यक्रम)
FCHV	:	Female Community Health Volunteer (महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका)
FM	:	Frequency Modulation (आवृत्ति परिवर्तन)
FSW	:	Female Sex Worker (महिला यौनकर्मी)
GESI	:	Gender, Equity and Social Inclusion (लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण)
GoN	:	Government of Nepal (नेपाल सरकार)
GBV	:	Gender Based Violence (लैङ्गिक हिंसा)
HA	:	Health Assistant (स्वास्थ्य सहायक)
HDI	:	Human Development Index (मानव विकास सूचाङ्क)
HDC	:	Hospital Development Committee (अस्पताल विकास समिति)
HF	:	Health Facility (स्वास्थ्य संस्था)
HFOMC	:	Health Facility Operation and Management Committee (स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति)
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus (मानवमा प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर गराउने विषाणु)
HMIS	:	Health Management Information System (स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली)
HP	:	Health Post (स्वास्थ्य चौकी)
HR	:	Human Resource (मानव श्रोत)
HW	:	Health Worker (स्वास्थ्यकर्मी)
ID	:	Identification (पहिचान/परिचय पत्र)
IEC	:	Information, Education and Communication (सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार)
INGOs	:	International Non Governmental Organizations (अन्तर्राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था)

LGBTI	:	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersexual (समलिङ्गी महिला, समलिङ्गी पुरुष, उभयलिङ्गी, पहिचान भन्दा भिन्न लैङ्गिक रुची र व्यवहार हुनेहरु र अपूर्ण वा द्वैत लिङ्गी)
LGCDP	:	Local Governance and Community Development Programme (स्थानीय शासन तथा सामुदायिक विकास कार्यक्रम)
MDGP	:	MD in General Practice
MoF	:	Ministry of Finance (अर्थ मन्त्रालय)
MoFALD	:	Ministry of Federal Affairs and Local Development (संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय)
MoH	:	Ministry of Health (स्वास्थ्य मन्त्रालय)
MOAD	:	Ministry of Agriculture Development (कृषि विकास मन्त्रालय)
MoUD	:	Ministry of Urban Development (शहरी विकास मन्त्रालय)
MoWCSW	:	Ministry of Women, Children and Social Welfare (महिला बालबालिका तथा समाज कल्याण मन्त्रालय)
NDHR	:	Nepal Human Development Report (नेपाल मानव विकास प्रतिवेदन)
NDHS	:	Nepal Demographic Health Survey (नेपाल जनसांख्यिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण)
NGOs	:	Non-Governmental Organization (गैर सरकारी संस्था)
NHSP	:	Nepal Health Sector Programme (नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम)
NLSS	:	Nepal Living Standard Survey (नेपाल जीवनस्तर सर्वेक्षण)
NPC	:	National Planning Commission (राष्ट्रिय योजना आयोग)
OBC	:	Other Backward Classes (अन्य पिछडिएका समुदाय, पिछडा वर्ग)
OCMC	:	One-Stop Crisis Management Centre (एकद्वार सङ्कट व्यवस्थापन केन्द्र)
ORC	:	Out Reach Clinic (गाउँघर क्लिनिक)
PAF	:	Poverty Alleviation Fund (गरिबी निवारण कोष)

PHCC	:	Primary Health Care Center (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र)
PHCRD	:	Primary Health Care Revitalisation Division (प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुर्नजागरण महाशाखा)
PLHIV	:	People Living with HIV (एच.आई.भि. संक्रमित व्यक्तिहरु)
PNC	:	Postnatal Care (सुत्केरी सेवा)
PPCID	:	Policy, Planning and International Cooperation Division (नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रीय सहयोग महाशाखा)
QoC	:	Quality of Care (गुणस्तरीय सेवा)
STD	:	Sexually Transmitted Disease (यौनजन्य सरुवा रोग)
UHC	:	Universal Health Coverage (सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धता)
UHV	:	Urban Health Volunteer (शहरी स्वास्थ्य स्वयंसेवक)
VDC	:	Village Development Committee (गाउँ विकास समिति)
VCT	:	Voluntary Counselling and Testing (स्वैच्छिक परामर्श तथा परीक्षण)
WASH	:	Water Sanitation and Hygiene (खानेपानी, स्वास्थ्य तथा सरसफाई)
WHO	:	World Health Organization (विश्व स्वास्थ्य संगठन)

# विषय सूची

सन्देश

मन्तव्य

प्राक्कथन

संक्षिप्त रूप

१. परिचय	१
१.१ पृष्ठभूमि .....	१
१.२ औचित्य .....	३
२. लक्ष्य तथा उद्देश्य .....	४
२.१ लक्ष्य .....	४
२.२ उद्देश्य .....	४
३. रणनीतिहरु .....	५
४. सूचकहरु .....	४३

अनुसूची

अनुसूची १ : स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरुका परिभाषाहरु .....	४५
अनुसूची २ : अध्ययन विधि .....	४६
अनुसूची ३ : रणनीति तयारीको लागि गठित उच्च स्तरीय कार्य समिती .....	५०
अनुसूची ४ : सन्दर्भ सूची .....	५१

# १. परिचय

## १.१ पृष्ठभूमि

नेपालको संविधान २०७२ ले आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको अधिकारलाई नागरिकको मौलिक हकको रूपमा प्रत्याभूत गरेको छ। निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा सहित सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धताको लक्ष्य हासिल गर्न प्रतिबद्ध रहेकोले स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमहरू तर्जुमा गर्दा स्वाभाविक रूपले सामाजिक न्याय र समताको मान्यतालाई स्वीकार गरेर स्वास्थ्य मन्त्रालयको योजनाहरू निर्माण हुनु पर्छ। यसैगरी “राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१” ले गरिब, सीमान्तकृत र उच्च जोखिममा रहेका समुदायको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा सहज पहुँच हुनुपर्ने कुरालाई अंगिकार गर्दै आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा उनीहरूको पहुँचलाई वृद्धि गर्ने र प्रत्येक वडामा एउटा सामुदायिक प्रसुतिकर्मी नर्सको परिकल्पना गरेको छ। नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम दोश्रो (NHSP II) ले स्वास्थ्य उपचार सेवाको उपभोगमा देखिने सांस्कृतिक र आर्थिक व्यवधानहरूलाई न्यून गर्ने कुरालाई आफ्ना विशिष्ट उद्देश्यमै उल्लेख गरेको छ। स्वास्थ्य क्षेत्रको लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशिता रणनीति (GESI) ले लिङ्ग, जाति, जनजाति र धार्मिक अल्पसङ्ख्यक, गरिबी, भौगोलिक क्षेत्र गरी व्यवधान र बहिस्करणका आयामहरूलाई पहिचान गरेको छ। तर रणनीति अन्तर्गत नै लक्षित वर्ग केन्द्रित तथा मुलधारमा ल्याउने कुराहरूको उल्लेख भए पनि वस्तुतः पहुँचलाई नै अभिवृद्धि गर्ने गरी कुनै लक्षित कार्यक्रम भने विकास हुन सकेको पाइँदैन।

बिगतका अवधिमा स्वास्थ्य र पोषणको सूचांकमा उल्लेखनीय सुधार भएतापनि नेपालका विभिन्न जातजातिहरूको बीचको असमानताको खाडल विद्यमान रहिरहेको छ। मानव विकास प्रतिवेदन (NHDR) २००९ अनुसार मधेशी ब्राहमण र क्षेत्री समुदायको मानव विकास सूचकाङ्क (HDI) (०.६२५) सबै जात जाति मध्ये सर्वाधिक र मधेशी दलित (०.३८३) को भन्दा झण्डै दोब्बर देखाएको छ। त्यसैगरी पहाड र हिमाली क्षेत्रको मानव विकास सूचकांक (०.५३९) तराई (०.४४८) को भन्दा उल्लेख्य ढंगले बढि देखिन्छ। स्वास्थ्य सूचकाङ्कको हकमा शिक्षा एउटा बलियो निर्णायक पक्ष ठानिन्छ: जस्तै अशिक्षित महिलाहरूमा बाल मृत्युदर १२ प्रति हजार जिवित जन्म भएको पाइन्छ, जबकि प्राथमिक तहको शिक्षा पाएका महिला र माध्यमिक तह सम्मको शिक्षा भएका महिलाहरूमा यो दर क्रमशः ९ प्रति हजार जिवित जन्म

र ४ प्रति हजार जिवित जन्ममा सीमित देखिन्छ । नेपाल मातृ मृत्यु र रुग्णता अध्ययन २००८/९ ले विभिन्न जात जाति र समूह बीच मातृ मृत्युदरमा समेत ठूलो अन्तर देखाउँछ । समग्र राष्ट्रिय आँकडामा प्रति एक लाख जिवित जन्ममध्ये २२९ मातृ मृत्युदरको तुलनामा मुसलमान (३१८ सहित) हरूमा सबैभन्दा माथि र अनि क्रमशः तराई/मधेशी (३०८) दलित (२७३) र नेवार (१०५) मा मातृ मृत्युदर रहेको देखिन्छ ।

स्वास्थ्य सेवा ऐन २०५३ र निजामती सेवा ऐन २०४९ ले देशको भौगोलिक अवस्थितिलाई सुगम, दुर्गम र विकट भनेर ३ समूहमा वर्गीकृत गरेको छ । दुर्गम इलाकामा बसोबास गर्नेहरूले जिल्ला सदरमुकाममा बस्नेहरूको दाँजोमा कमै मात्र स्वास्थ्य सुविधा उपभोग गर्ने गरेको पाइन्छ । जति जति भौगोलिक दुरी बढ्दै जान्छ, त्यही अनुपातमा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग घट्दै जाने तथ्य समेत उक्त अध्ययनले थप स्पष्ट गरेको छ । यसका अतिरिक्त नीति निर्माता र कार्यक्रम प्रबन्धकको तहमा समेत दुर्गम क्षेत्रका लागि कम मात्रै ध्यानाकर्षण भए जस्तो देखिन्छ । यसै कारण दुर्गम भेगका बासिन्दाहरूले उनीहरूको माग तथा आपूर्तिको पाटोसंग अपृथक्करणीय रूपले जेलिएका प्रशस्त व्यवधानहरू भेल्लु परेको हुन्छ, जसले उनीहरूको स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने चाहानालाई सिमित वा बिलम्ब गरिरहेको हुन्छ ।

यथार्थमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर रहेको समूहलाई परिभाषित गर्न कठिन छ । मोफेटले यसलाई जनसङ्ख्याको त्यस्तो तप्का भनेर परिभाषित गरेका छन् जो समयभावले गर्दा वा भाषा, उमेर, लिङ्ग, भौगोलिक अवस्थिति, आयस्तर, जातियता, शिक्षा, बसोबासको अवस्था, स्वास्थ्य र धर्मको कारणले प्रकृया प्रति नै सशङ्कित बनेर सहभागिताकोलागि अनिच्छुक हुन्छन् । प्लानागन र टोलीले जोखिममा परेका, अस्थिर र सिमान्तकृत भन्ने यसको भावार्थको पारिभाषिक वर्णनमा पुग्न अपाङ्ग वा घुमफिरमा अशक्त, बुढ्यौली लागेका वा कम उमेरका बच्चा, सांस्कृतिक र भाषिक तवरले भिन्न समुदायका र सुकुम्वासी जस्ता शब्दावली प्रयोग गरेका छन् ।

वोनिभस्की र टोलीले पहुँच बाहिर भन्ने शब्द भित्र लुकेको वा ध्यान नपुगेको जनसङ्ख्या, उपेक्षित, विशेष र पिछडिएको समुदायलाई समाविष्ट गरेका छन् ।

नेपालको संबिधान, २०७२, नेपाल सरकारको तीन वर्षे अन्तरिम योजना (२००७-२०१०) तथा त्रि-वर्षिय योजना (२०१०-२०१३) ले महिला, दलित, आदिवासी-जनजाति, मधेशी, मुस्लिम, अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू, लैंगिक र यौन अल्पसंख्यक तथा भौगोलिक रूपले दुर्गम इलाकाका बासिन्दाहरूलाई बहिस्करण खेपिरहेका समूहको रूपमा पहिचान गरेको छ ।



## १.२ औचित्य

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ ले सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धता (UHC) लाई विद्यमान असमानतालाई न्यून गर्नका लागि मुख्य नीतिगत साधनको रूपमा अपनाएको छ। यस सन्दर्भमा आम जनसमुदायमा सेवाको पहुँच र आर्थिक प्रबन्धबाट सबैले स्वास्थ्य उपभोगको अवस्था हासिल गर्न सहयोग पुऱ्याउने महत्वपूर्ण पक्षहरू हुन्। नेपाल सरकारको मौजुदा नीति, रणनीति र कार्यक्रमहरूमा पनि समावेशी र समता मुखी स्वास्थ्य सेवा प्रबर्द्धन गर्नमा मद्दत पुऱ्याउने केही विषयवस्तु समावेश भएका छन्। माग र आपूर्ति पक्षका व्यवधानहरूलाई निराकरण गर्न ल्याइएका आमा सुरक्षा कार्यक्रम, सार्वभौम निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा नीति, लैंगिक समता तथा सामाजिक समावेशीता रणनीति (GESI) लगायत नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम आदिलाई यसकालागि केही उदाहरणको रूपमा लिन सकिन्छ।

पहुँच बाहिर रहेको समूहभित्र दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने, पिछडिएको जाति, जनजाति समूह र धार्मिक अल्पसंख्यक र त्यसैगरी उपभोगको स्वरूप हेरी निर्धन, शहरी विपन्न र निरीह वृद्ध-वृद्धा लगायत फरक क्षमता भएका समूह, यौन तथा लैंगिक अल्पसंख्यक, कैदीबन्दी र शरणार्थी एवं अनौपचारिक क्षेत्रमा संलग्न श्रमिकहरूलाई समावेश गर्न सकिन्छ। अर्को शब्दमा पहुँच बाहिर रहेको समूह भन्नाले त्यस्तो जनसङ्ख्याको समूहलाई बुझाउँछ जसको आर्थिक, सामाजिक, साँस्कृतिक, कानूनी र संरचनात्मक बाधाका कारणले स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सङ्कुचित बन्न पुगेको छ।

स्वास्थ्य क्षेत्रका यी कदमहरूको परिणाम स्वरूप केही सकारात्मक प्रवृत्तिहरू दृष्टिगोचर हुँदा हुँदै पनि स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोगको सन्दर्भमा ठुलो असमानता रहेको कुरा पनि त्यत्तिकै स्पष्ट छ। त्यसैले स्वास्थ्य सेवा आपूर्ति तथा मागको पक्ष (वित्तीय, सामाजिक र साँस्कृतिक, भौगोलिक, नीतिगत तथा संरचनागत व्यवधानहरू) जस्ता असमानता निम्त्याउन सक्ने हामीकहाँ जरो गाडेका सबै साँघुरोपन र रोकावटहरूलाई राम्रोसंग पहिचान गरेर यसलाई एकीकृत रूपले र समग्रतामा सम्बोधन गर्ने साथै नेपालमा स्वास्थ्य र पोषणको क्षेत्रमा व्यापक विषमता देखा परेको हुँदा यस्तो सेवाको उपयोग गर्ने वातावरण तयार गर्न र सो को पहुँचमा सबै वर्ग र समुदायलाई समेटने गरी सेवा प्रवाहको वातावरण तयार गर्ने उद्देश्यले यो रणनीति तर्जुमाको पहल लिइएको हो।

# १. लक्ष्य तथा उद्देश्यहरू

## १.१ लक्ष्य

हाल सम्म पहुँच बाहिर परेका समूहमा स्वास्थ्य सेवा सहित पुग्नु र सर्वव्यापक स्वास्थ्य उपलब्धतामा योगदान पुऱ्याउनु यस रणनीतिको लक्ष्य हो ।

## १.२ उद्देश्यहरू

१. पहुँच बाहिर रहेका वर्ग र समुदाय सम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोगमा वृद्धि गर्ने ।
२. पिछडिएका जातजाति/धार्मिक समूहको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग बढाउने ।
३. विपन्नहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग अभिवृद्धि गर्ने ।
४. दुर्गम क्षेत्रमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने ।
५. विपन्न, सुकुम्वासी र सडक बालबालिका, आप्रवासी कामदारहरूको आर्थिक पक्षलाई दृष्टिगत गरि आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने ।
६. फरक क्षमता भएकाहरूका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग बढाउने ।
७. एच.आई.भि. संक्रमित, एल.जि.वि.टि.आई, महिला यौनकर्मी र कैदी बन्दी जस्ता अल्पसंख्यक समूहहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने ।
८. स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई आधारभूत गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धिकोलागि स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ पार्ने एवम् आधारभूत पूर्वाधार र लगानीको उपलब्धतामा सुधार ल्याउने ।

## ३. रणनीतिहरू

### उद्देश्य-१

“पहुँच बाहिर रहेका वर्ग र समुदाय सम्म स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोगमा वृद्धि गर्ने” सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरू लिइनेछ ।

#### रणनीति १.१ लक्षित वर्ग केन्द्रित कार्यक्रमका लागि संस्थागत ढाँचाको विकास गर्ने ।

- लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशिताको संस्थागत ढाँचालाई लक्षित वर्ग केन्द्रित कार्यक्रमहरू समन्वय र सहकार्यका लागि समायोजन गरिनेछ ।
- लक्षित वर्गलाई केन्द्रित गरी कार्यक्रमलाई समन्वय गर्न राष्ट्रिय तहमा एउटा स्रोत केन्द्र (Focal Point) स्थापना गरिनेछ ।
- जिल्ला तहमा लक्षित कार्यक्रमको लागि लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशिता सँग सम्बन्धित एउटा स्रोतकेन्द्र खडा गर्ने ।
- जि.वि.स.को स्वास्थ्य र जनसङ्ख्या समिति माफत नसमेटिएका समूहहरूसँग सामञ्जस्यपूर्ण तरिकाले कार्य गर्न मन्त्रालयहरू बीचमा समन्वयात्मक संयन्त्रको विकास र प्रवर्द्धन गरिनेछ ।

#### रणनीति १.२ जिल्ला स्वास्थ्य प्रणालीबाट अगुवाइ हुने समता र पहुँच केन्द्रित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई अमिवृद्धि गर्ने ।

- गाउँ विकास समिति, नगरपालिका र समुदायको समन्वयमा सेवा प्रवाह गरिनेछ ।
- उपेक्षित समुदायसम्म स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न आमा समूह, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHV) कार्यक्रम र शिविरका कार्यक्रम लगायतका समुदायमा आधारित सेवा प्रवाह संरचनाहरूलाई सशक्त र सबल बनाउने ।

- जनसङ्ख्याको घनत्व हेरी मुस्लिम, दलित र पिछडिएका जनजाती र मधेशीहरूका आवश्यकता अनुरूप महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू थप गर्ने ।
- सेवाको पहुँच बाहिर रहेका भनि परिभाषित गरिएका वर्गहरूमा स्वास्थ्य सेवाहरू निःशुल्क गर्ने कार्यक्रमहरू विस्तार गर्ने ।

### रणनीति १.३ स्वास्थ्य संस्थामा सेवाको गुणस्तरमा सुधार ।

- दुर्गम क्षेत्र र गरिब तथा पहुँच बाहिर रहेका जनसङ्ख्या बसोबास गर्ने ठाँउका स्वास्थ्य संस्थाहरूको उपयुक्त प्रविधि सहित पूर्वाधार विकास, मर्मत र सुधार गर्ने ।
- सबै स्वीकृत दरबन्दीमा पदपूर्ति गरी तालिम प्राप्त कर्मचारीको उपलब्धता सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्यकर्मीका लागि प्रोत्साहनको व्यवस्था ल्याउने ।
- उपचार मापदण्डको प्रयोगलाई अभिवृद्धि, गुणस्तरीय सामाग्रीहरूको उपलब्धता, सामाजिक परीक्षण र क्रियाशील प्रेषण प्रणालीको सम्बर्द्धन गुणस्तरीय व्यवस्थापन गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सेवालाई सेवाग्राही मैत्री तुल्याउन उपचार व्यवस्थापनलाई पुनरावलोकन र परिमार्जन गर्ने ।
- आवश्यकताको आधारमा महिला स्वास्थ्यकर्मी नियुक्त गरी स्वास्थ्य सेवालाई महिला मैत्री बनाउने ।
- पहुँचबाट टाढा रहेका समूह र विशेषगरी मुस्लिम र दलित जस्ता नसमेटिएका समूहका परिपूर्ति नभएका माग सम्बोधन गर्न परिवार नियोजन सेवा सहित स्वास्थ्य सेवा उपभोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- गरिब र पाखा परेका जनसङ्ख्या बसोबास गरीरहेका दुर्गम क्षेत्रहरूका समुदायको हितमा स्वास्थ्य उपचार केन्द्रमा स्वास्थ्य शिक्षा र परामर्श सेवालाई प्रभावकारी बनाउने पार्ने ।
- स्वास्थ्य शिक्षालाई सुदृढ गर्ने हिसाबले मानव संसाधनको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।

- आधारभूत स्वास्थ्य सेवाका लागि गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने स्वास्थ्य संस्था सदृढीकरण गर्न विस्तृत औजार (comprehensive tools) को विकास गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्था तहमा गुणस्तर कायम गर्ने समितिलाई सक्रिय पार्ने ।

#### **रणनीति १.४ पहुँच बाहिर रहेका समुदायहरू प्रति स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सुशासन र जवाफदेहितामा सुधार गर्ने ।**

- लक्षित समुदायमा स्थानीय स्वास्थ्य सुशासनका लागि राष्ट्रिय सहभागितात्मक ढाँचा लागू गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति (HFOMC) तथा अस्पताल विकास समिति (HDC) निर्देशिकामा महिला, दलित, विपन्न, फरक क्षमता र पिछडिएका समूहको प्रतिनिधित्वलाई समाहित गर्न संशोधन गर्ने ।
- गुणस्तरीय सेवा प्रवाह भएको कुरामा ढुक्क हुन स्वास्थ्य सुशासन, कर्मचारी सुपरीवेक्षण र प्रभावकारी अनुगमनका लागि स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।
- पहुँच बाहिर रहेका समुदायसम्म पहिचानको आधारमा योजना बनाउन गा.वि.स. र स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई आवश्यकताको आधारमा स्थानिय निकायको समन्वयमा अनुदान उपलब्ध गराउने ।
- सहभागितात्मक निर्णय पद्धति अपनाउँदै स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिको स्वामित्व विकास गर्ने ।
- गाउँघरमा पटक पटक गरिने शिविरको स्थान, समयवधि चयन र यसको व्यवस्थापनमा स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिलाई संलग्न गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिका निर्णय, आर्थिक विवरण र स्वास्थ्यकर्मीहरूको गैर हाजिरीलाई सार्वजनिक गर्ने ।
- स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन निर्देशिका बमोजिमनै स्वास्थ्य संस्था प्रमुखलाई स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति प्रति उत्तरदायी बनाउने पद्धतिको विकास र सुनिश्चितता गर्ने ।

- अधिकार युक्त मागको पक्षमा काम गर्ने खानेपानी, वन उपभोक्ता समूह, वडा नागरिक मञ्च लगायतका नागरिक समाजका संगठनहरुको सञ्जाललाई स्थापना गर्ने, सुधार गर्ने र सबल पार्ने ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुर्नजागरण महाशाखाको सहायताको माध्यमबाट स्वास्थ्य संस्थाको सामाजिक लेखा परीक्षणलाई देशका सबै ओभेलमा परेका क्षेत्रलाई समेट्ने गरी बिस्तार गर्ने र अत्यावश्यक औषधीहरुको चुहावटको विषयलाई समेत यसमा संलग्न गर्ने ।
- लक्षित कार्यक्रमहरु सञ्चालन भएका सबै सम्बद्ध क्षेत्रहरुमा सामाजिक परीक्षण सञ्चालन गर्ने ।
- उपभोक्ता (बिरामी) हरुको सेवा लिने क्रमलाई बढाउन स्वास्थ्य संस्था र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका/आमा समूहको बीच सामिप्यताको सम्बन्ध विकास गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा सेवा दिनुपर्ने समयमा निजी क्लिनिक/औषधी पसलहरु संचालनलाई बन्देज गर्ने गरी सार्वजनिक क्षेत्रका स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरुले इजाजत पत्र लिनुपर्ने व्यवस्था नियमित गर्ने ।
- आमाहरुको सहभागितामा नीतिले निर्देशित गरे अनुरूप बालबालिकाका लागि प्राप्त अनुदानको प्रभावकारी उपयोगलाई सुनिश्चित गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरुमा नागरिक बडापत्रलाई अद्यावधिक गर्ने ।
- स्वास्थ्य प्रणालीको जवाफदेहिता सुधारका निम्ति उजुरी गर्न निःशुल्क टेलिफोन नम्बर सहितको गुनासो सुन्ने संयन्त्र स्थापना गर्ने र यसलाई अनुगमनको खाकासँग जोडने ।
- केन्द्र, महाशाखा, जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालय र स्वास्थ्य संस्था समेत सबै तहमा अङ्कपाटी (Score board) को व्यवस्था सहित गुनासो सुन्ने संयन्त्र बनाउने ।

**रणनीति १.५ आवश्यकता अनुरूपका सामाजिक र व्यवहार परिवर्तनका सञ्चार तौरतरिकाको प्रारूप बनाइ कार्यान्वयन गर्ने ।**

- पहुँच बाहिर परेका समूहहरूका लागि कार्यक्रम तर्जुमा गर्न राष्ट्रिय तथा स्थानीयस्तरमा वकालत (Lobbying) गर्ने र सहमति जुटाउने ।
- भाषाको अवरोधलाई निराकरण गर्न श्रव्य दृश्य सामग्री सहित स्थानीय सन्दर्भलाई ख्याल गर्दै र स्थानीय भाषामा सूचना, शिक्षा र सञ्चार सामग्री विकास गर्ने ।
- मुख्य मुख्य स्वास्थ्य समस्याहरू सम्बोधन गर्न आवश्यकता अनुसारको सन्देश उल्लेख गरिएका स्वास्थ्य शिक्षा र सूचना सहित पब्लिडि परेका समुदायसम्म पुग्न जिल्ला तहमा सूचना शिक्षा र संचार/व्यवहार परिवर्तन सञ्चार (BCC) कार्य योजना बनाउने ।
- स्थानीय तवरमा उपलब्ध पौष्टिक खाद्य वस्तु उपभोगमा जोड दिई पोषण परामर्श कार्यमा स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकास गर्ने ।
- आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपभोगलाई प्रवर्द्धन गर्न परम्परागत उपचार गर्ने (धामी/भाक्री) र धार्मिक अगुवाहरूलाई अभिमुख र परिचालित गर्ने ।
- राष्ट्रिय र स्थानीय सञ्चार माध्यमलाई जनचेतना निर्माणका लागि परिचालन गर्ने ।
- विशेष दिवस/अवसरमा समारोह आयोजना गर्ने, साँस्कृतिक कार्यक्रम र सडक नाटकलाई प्रोत्साहित गर्ने र स्थानीय चाडपर्वको माध्यमबाट जनजागरण ल्याउने ।

**रणनीति १.६ एम्बुलेन्स र अरु सार्वजनिक यातायातका साधनहरूलाई नियमन गरी प्रेषण प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने ।**

- सेवा उपभोग गर्ने क्रममा आउने आर्थिक बाधाहरूलाई न्यून गर्न एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन नियमन गर्ने ।
- पहुँचबाट टाढा रहेका जनसमुदायलाई यातायातमा सहयोग पुऱ्याउन आवश्यक आर्थिक व्यवस्थापनको प्रबन्ध गर्ने ।

- एम्बुलेन्स सेवाहरुको बीचमा सञ्जाल स्थापना गर्ने र उनीहरुको समुदायसँगको सञ्चारलाई सुधार गर्ने ।
- पहुँचबाट टाढा रहेका समुदायमा बिरामी बोक्ने रुपान्तरित खट, स्ट्रेचर र साइकल एम्बुलेन्स जस्ता आकस्मिक यातायातका साधन मार्फत समुदायमा आधारित प्रेषण प्रणालीलाई सबल पार्ने ।
- प्रेषण हुने संस्थाहरु बीच परस्पर सञ्जाल र समन्वय सुदृढ गर्ने ।
- माथिल्लो तहका संस्थाहरुको क्षमता सुदृढ गर्ने र प्रेषण भई आएका बिरामीहरुको व्यवस्थापनमा सुधार ल्याउने ।
- आपत्कालिन अवस्थामा प्रयोग गर्नका निम्ति स्वास्थ्य आमा समूहमा र स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा आकस्मिक कोष खडा गर्ने ।

#### **रणनीति १.७ नसमेटिएको जनसङ्ख्याको बसोबास रहेको इलाकामा सामुदायिक स्वास्थ्य एकाईको स्थापना र सुदृढ गर्ने ।**

- दुर्गमता र पिछडिएका एवं विपन्न समुदायको समूह र उनीहरुको आवश्यकतालाई आधार मानेर सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइलाई साधन सम्पन्न बनाउने ।
- हरेक सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइमा न्यूनतम एकजना सामुदायिक महिला स्वास्थ्यकर्मी खटाउन आवश्यक समन्वय गर्ने ।
- स्थानीय आवश्यकता हेरी गाँउ-घर क्लिनिकको स्थान, पटक र समयावधि निश्चित गर्ने ।
- सामान्य बيمारी जाँच, घाउ चोटपटक र बिसञ्चोमा गरिने प्राथमिक उपचारात्मक सेवालाई थप गरी सेवाको श्रृङ्खला वृद्धि गर्ने ।

#### **रणनीति १.८ स्वास्थ्य जनशक्तिलाई समावेशी बनाउने ।**

- स्थानीय भाषा बोल्न सक्ने कर्मचारीहरु प्रचलित ऐन नियमको आधारमा करार सेवामा भर्ना गर्ने ।
- महिला र बालबालिकालाई सेवा दिन पछाडि परेकै समुदायका महिला कर्मचारीलाई अधिकतम भर्ना गर्ने ।



- सेवा प्रदान गर्नेहरूलाई साँस्कृतिक सम्बेदनशीलताबारे अभिमूखिकरण वा तालिम दिने ।
- करार सेवामा कर्मचारी नियुक्ति गर्न स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिसंग समन्वय गरी कार्य गर्ने ।
- समावेशिता सम्बन्धी तथ्याङ्कहरूलाई परिमार्जन र अद्यावधिक गर्ने ।
- स्थानिय आवश्यकतालाई मध्यनजर गरी योग्यताको आधारमा कर्मचारी ज्यालादारी वा अन्य स्रोतबाट राख्न अन्य निकायसंग समन्वय गर्ने ।

**रणनीति १.८ स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोगको स्थितिमा सुधार ल्याउनका लागि स्वास्थ्य बाहेकका अन्य क्षेत्रलाई प्रेरित र संलग्न गर्ने ।**

- बहुपक्षीय स्वास्थ्य तथा पोषण समन्वय संयन्त्रको सुदृढीकरण गर्ने ।
- जिल्ला विकास समिति, जिल्ला शिक्षा कार्यालय, जिल्ला कृषि कार्यालय त्यसैगरी नागरिक समाजका संघ/संगठनहरू, महिला तथा बालबालिका कार्यालय एवं जिल्ला खानेपानी कार्यालयसँग दुर्गम एवं बढी विपन्न र पिछडिएका समुदाय बस्ने गरेका क्षेत्रमा स्वास्थ्य र पोषण सम्बन्धी क्रियाकलापको सहभागितामूलक ढङ्गले योजना तर्जुमा र कार्यान्वयनको लागि समन्वय गर्ने ।
- सचेतना अभिवृद्धि र आर्थिक तथा गैर आर्थिक बाधा व्यवधान निराकरण गर्ने उद्देश्यले शिक्षा, कृषि, स्वास्थ्य, पोषण, स्थानीय विकास र खानेपानी समेतको एकीकृत बहुपक्षीय कार्यसंयोजनलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- स्वास्थ्य र पोषण सेवामा अधिकारयुक्त मागको सिर्जना गर्न शिक्षा क्षेत्र र अझ खासगरी अनौपचारिक शिक्षासँग साभेदारी बनाउने ।
- स्वास्थ्य संस्था, समुदायहरू र विद्यालयको निकटवर्ती क्षेत्रमा सडक र भोलुङ्गे पुल निर्माणको निमित्त सडक विभाग र स्थानीय पूर्वाधार विकास तथा कृषि सडक विभाग सँग समन्वय राख्ने ।
- भौतिक व्यवधानलाई कम गर्न सडक सञ्जालको संभार, मर्मत सुधार र स्तरोन्नतिका लागि समन्वय गर्ने ।
- खाद्य अभाव हुने क्षेत्रमा खाद्यवस्तुमा यथेष्ट पहुँच बढाउन प्रोत्साहित

गर्भ र विशेष गरी गर्भवती महिला र दुई वर्ष मुनिका बच्चाहरुको स्थानीय रुपमा उत्पादित पौष्टिक खाद्य वस्तुमा पहुँच र उपभोग बढाउन सम्वद्ध निकायसँग सामञ्जस्य कायम गर्ने ।

- शहरी विकास मन्त्रालयसँगको निकट समन्वयमा पानीको गुणस्तरको आवधिक अनुगमन/मूल्याङ्कन र उपचार गर्ने ।
- पहुँचबाट टाढा रहेको जनसङ्ख्यालाई लक्षित गरी विपन्न नागरिक परिचय पत्र लागू गर्ने र उनीहरुलाई सहूलियत मूल्यमा पौष्टिक खाद्य उपलब्ध गराउन विभिन्न तहसँग निकट समन्वय मिलाउने ।
- गा.वि.स. तहमा स्वास्थ्य, पोषण र खानेपानी तथा सरसफाइ (WASH) को लागि पर्याप्त श्रोत - साधनको बाँडफाँड सुनिश्चित गर्ने ।
- पिछडिएका बस्तीहरुमा संघीय मामला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय र स्वास्थ्य मन्त्रालयको समन्वयमा स्वास्थ्य सुशासनको सहभागितात्मक ढाँचा लागू गर्ने ।
- दुर्गम तथा पिछडिएका र विपन्न मानिसहरुको बसोबास भएका ठाँउमा उचित साधन श्रोत विनियोजन गर्न जिल्ला र गा.वि.स. दुवै तहमा बहुपक्षीय समन्वय संयन्त्र विकास गर्ने ।
- पहुँचबाट टाढा रहेको तष्कामा पहुँच पुऱ्याउन जि.वि.स. अर्न्तगतको सामाजिक विकास समिति (सा.वि.स.) लाई सहकार्य सम्वर्द्धन गर्न स्वास्थ्य, शिक्षा, महिला, बाल बालिका विकास, खाने पानी तथा सरसफाइ हेर्ने लगायतका विविध मन्त्रालयका बीच समन्वयका लागि कृयाशील बनाउने ।
- स्वास्थ्य र पोषणसँग सरोकार राख्ने प्रजनन स्वास्थ्य समन्वय समिति (RHCC), जिल्ला एड्स समन्वय समिति (DACC), जिल्ला खानेपानी तथा सरसफाइ समन्वयन समिति (D-WASH-CC) र जिल्ला खाद्य सुरक्षा र पोषण समिति लगायतका जिल्ला स्तरीय समितिहरुलाई क्रियाशील पार्ने ।
- पिछडिएका समूहका बालबालिकालाई भर्नाको लागि नयाँ विद्यालय स्थापना वा पुर्ननिर्धारण गर्न संयोजन गर्ने र पछाडि परेको समूहबाट विद्यालय छाड्ने दर न्यूनतम गर्ने । स्वास्थ्य लगायतका सामाजिक सेवासँग यसलाई आवद्ध गर्ने ।

- पैरवी र बहसलाई बहु क्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP) सँग आबद्ध गर्ने ।
- विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र समुदायका स्वास्थ्य र पोषण सम्बन्धी स्रोतव्यक्तिको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।
- जिल्ला आपतकालीन पूर्वतयारीले पछाडि परेको समूहलाई समेटिएको सुनिश्चित गर्ने ।
- जिल्ला देखि गा.वि.स.तह सम्म बहुपक्षीय योजना सहित बहुपक्षीय समन्वय संयन्त्र विकास गरी पछाडि परेको समूहलाई समेट्ने बहुपक्षीय योजना तैयार गर्ने र कार्यान्वयन गर्ने ।
- जि.वि.स., गा.वि.स., अन्य निकाय र व्यक्तिबाट स्वस्थ क्षेत्रका लागि प्राप्त विनियोजित बजेटको उच्चतम प्रयोग गर्ने ।

**रणनीति १.१० स्वास्थ्य सेवाहरूमा पहुँच विस्तार गर्न नीजि क्षेत्र र नागरिक समाजलाई संलग्न गर्ने ।**

- पछाडि परेका समूहलाई सेवा पुऱ्याउन सम्बन्धित पेशागत संघ/परिषदहरूको सहयोगमा बौद्धिक व्यक्तित्वहरूलाई परिचालन गर्ने ।
- रणनीतिक साभेदारीको माध्यमबाट नागरिक समाज र नीजि क्षेत्रसँग साभेदारी प्रवर्द्धन गर्ने (गैरसरकारी संस्था, समुदायमा आधारित संघसंस्था र उपभोक्ताद्वारा अधिकार युक्त मागको सिर्जना गराउने र नेपाल सरकार र नीजि क्षेत्रबाट सेवा प्रवाह गर्ने) ।
- अन्तर्राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था र गैरसरकारी संस्थाहरूका लागि दुर्गम क्षेत्र एवं विपन्न र पिछडिएका समूहका अत्यधिक बसाइ भएका क्षेत्रमा काम गर्न नियमनकारी ढाँचा विकास गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्र, विपन्न र पिछडिएका समूहको बाक्लो बस्ती भएका इलाकालाई समेट्नका लागि सरकारी संस्था र गैरसरकारी संस्थाद्वारा संयुक्त योजना तर्जुमा र अनुगमन सञ्चालन गर्ने ।

- दुर्गम क्षेत्रमा औषधिजन्य वस्तुहरूको ढुवानी र आपूर्तिको लागि नीजि क्षेत्रको भूमिकालाई बढाउने ।
- स्वास्थ्य मन्त्रालयमा सार्वजनिक-निजि साभेदारी (PPP) का लागि जिम्मेवारी तोक्ने, जिल्ला, क्षेत्रीय र केन्द्रीय तहका अस्पताल तथा अन्य संस्थाहरूमा साभेदारीको लागि निर्देशिका तयार गर्ने ।
- नीजि क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई पनि दुर्गम र विपन्न एवम् पिछडिएको समूहको घना बस्ती भएका क्षेत्रमा काम गर्न सहयोग र नियमन गर्ने ।
- नीजि क्षेत्रलाई पनि सामाजिक उत्तरदायित्व बहन गर्न लगाउँदै पूर्वाधार स्तरोन्नतिमा सहभागी गराउने ।
- नीजि औषधालयहरूलाई पनि खुल्ने समय, वस्तु, मूल्य र औषधी वितरण जस्ता कुरामा नियमको दायरामा ल्याउने ।
- नेपाल सरकारको नीति बमोजिम नियमित संयुक्त अनुगमनको प्रक्रियाबाट गरिब तथा पिछडिएको समूहको निम्ति पनि नीजि स्वास्थ्य संस्थामा सेवा प्राप्त हुने कुराको प्रत्याभूति दिने ।
- नीजि अस्पतालका तालिम (सिकारु) चिकित्सकहरूलाई दुर्गम तथा सेवाको पहुँच नपुगेको क्षेत्रमा खटाउने कार्यविधि/प्रकृया तय गर्ने ।
- दुर्गम तथा सेवाको पहुँच नपुगेको समुदायमा स्वास्थ्य सन्देश र अन्य सामाजिक जागरण ल्याउन स्थानीय एफ.एम.(रेडियो) स्टेशन, छापा र अन्य लोक माध्यम (Folk Media) हरूलाई समेत उपयोगमा ल्याउने ।
- सूचना तथा सञ्चार मन्त्रालय मार्फत विद्युतीय सञ्चार माध्यमलाई उनीहरूको सामाजिक उत्तरदायित्व (CSR) अन्तर्गत सेवाको पहुँच नपुगेका समुदायहरूमा सूचना र सन्देश पुऱ्याउन कार्यक्रम प्रसारण गर्न नियमन गर्ने ।
- औपचारिक क्षेत्रका कामदारहरूलाई उनीहरूकै सम्बद्ध कार्यालय हातामा निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्यसेवा दिलाउने व्यवस्थाको निम्ति नेपाल उद्योग वाणिज्य महासंघ सँग समन्वय गर्ने । साथै आवश्यकता हेरी

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र जिल्ला अस्पतालमा प्रेषण गरी पठाउने परिपाटी मिलाउने ।

- संगठित संस्थाहरुको सामाजिक उत्तरदायित्व कोषलाई मजदुरहरु जस्ता लक्षित वर्गमा प्रयोग गर्ने ।

#### **रणनीति १.११ सेवाको पहुँच नपुगेकालाई समेट्ने दिशामा भएको प्रगतिलाई मापन र अनुगमन गर्ने संयन्त्र विकास र यसको कार्यान्वयन ।**

- स्वास्थ्य सेवाको सुपरिवेक्षण र अनुगमन प्रणालीलाई मजबुत पार्नुका साथै लक्षित कार्यक्रम र सुविधा विहिनका लागि अनुगमन ढाँचा विकास गर्ने ।
- सेवाको पहुँच नपुगेकाहरुमा पहुँच पुऱ्याउन भएको प्रगतिलाई मापन गर्ने प्रयोजनका साथ अनुगमन र मूल्याङ्कन कार्यलाई समेत एकीकृत गर्दै विद्यमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई सुदृढ गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोगलाई लिङ्ग, जात-जाति, दुर्गम स्थान, सार्वजनिक र नीजि संस्थाहरु जस्ता आधारमा अनुगमन गर्ने ।
- पिछडिएका समूहका लागि लक्षित कार्यक्रमका लागि एउटा छुट्टै अनुगमन ढाँचा तयार गर्ने ।
- पछ्यौटे समूह नक्साङ्कनको तथ्याङ्क बैंक (Database) मा पहुँच र उपभोगलाई वृद्धि गर्ने ।
- माथिको तथ्याङ्कलाई स्थानीय सन्दर्भगत योजना निर्माणमा उपयोग गर्ने ।
- उपलब्धी परिमाण विश्लेषण सञ्चालन गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवाको अनुगमनलाई पछ्यौटे समूह अनुगमन प्रणाली (LGCDP) सँग आवद्ध गर्ने ।
- पहुँच नपुगेका समुदाय केन्द्रित पुनरावलोकन पद्धति समावेश गर्ने ।
- पहुँच नपुगेका समूहले उपलब्ध सेवा उपभोग नगर्नुका अन्तर्निहित कारणहरु पहिचान गर्न कार्यमूलक अनुसन्धान सञ्चालन गर्ने ।
- खाद्य अभाव हुने ठाँउमा आमाहरुलाई शिशु तथा बालबालिकाहरुका लागि पोषण (MIYCN) अभ्यासमा सक्षम बनाउन उपयुक्त विधि/तरिका निर्धारण गर्ने ।

## उद्देश्य-२

“पिछडिएका जातजाति/धार्मिक समूहको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग बढाउने” सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरु लिइनेछ ।

### रणनीति २.१ लक्षित कार्यक्रमको लागि संस्थागत ढाँचाको विकास ।

- लक्षित समूह केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालनका लागि वञ्चितीकरणमा परेका समूहको नक्साङ्कनलाई अद्यावधिक गर्ने ।
- लक्षित समूह केन्द्रित कार्यक्रम सञ्चालनका लागि वञ्चितीकरणमा परेका समूहहरु भएका जिल्ला, गा.वि.स., घरधुरी र समुदाय पहिचान गर्ने ।
- वञ्चितीकरणमा परेका समूह सम्बन्धी तथ्याङ्क बैंक सम्म पहुँच र उपयोग वृद्धि गर्ने ।
- पहुँच नपुगेको समूहसँग काम गरिरहेका तालुकवाला मन्त्रालयहरु बीचमा समन्वयात्मक संयन्त्र विकास गर्ने ।
- संघीइ मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय र स्वास्थ्य मन्त्रालय बीचमा क्रियाशील समन्वय संयन्त्र विकास गर्ने र दुबैको बीचमा समझदारी पत्र (MoU) बनाई लागू गर्ने ।
- बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP) को कार्यान्वयन गर्नको निमित्त सम्वद्ध समितिलाई थप सुदृढ पार्ने ।
- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य १ को रणनीति १ ले उद्देश्य २ को रणनीति १ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

**रणनीति २.२** बन्वितीकरणमा परेका समूहलाई लक्षित गरी जिल्ला स्वास्थ्य प्रणाली मार्फत समता र पहुँच केन्द्रित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई अभिवृद्धि गर्ने ।

- नमूना कार्यक्रमको अनुभवको आधारमा विस्तार गर्न जरुरी देखिएका सेवाहरूलाई समावेश गरी सदरमुकाम बाहिरका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट समेत लैंगिक हिंसा (GBV) का मामिलालाई पहिचान, व्यवस्थापन गर्ने र एक द्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रमा सिफारिस गरी पठाउन संयन्त्र निर्माण गर्ने ।
- दुर्गम र पिछडिएका समुदायका क्षेत्रमा एक द्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र लगायत लैंगिक हिंसा समेत समेट्ने गरी कार्यक्रम विस्तार गर्ने ।
- लैंगिक हिंसा न्यून गर्न किशोरकिशोरीहरूमा सचेतना, संवेदनशीलता र संलग्नता वृद्धि गर्न कार्यक्रम विकास गर्ने र सशक्तिकरणका माध्यमबाट पिछडिएका समुदायका महिलामा उपचार खोज्ने प्रवृत्तिको वृद्धि गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवा हासिल गर्न विपन्न तथा पिछडिएका समुदायलाई प्रोत्साहित गर्न भौचर परिपाटीको शुरुवात गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूले पिछडिएका समुदायका अशक्त बृद्ध-बृद्धाको समूहलाई प्राथमिकताको केन्द्रमा राखी पिछडिएका समुदाय मैत्री स्वास्थ्य सेवाको संबर्द्धन गर्ने ।
- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य १ को रणनीति १ ले उद्देश्य २ को रणनीति २ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

**रणनीति २.३** आवश्यकता अनुरूपको सामाजिक र व्यवहार परिवर्तन सञ्चारका योजना तयार गरी लागू गर्ने ।

- लोपोन्मुख लगायत सबै पिछडिएका समूह सम्म पुग्न समुदायमा आधारित संगठनहरू, गैर सरकारी संस्था, वडा नागरिक मञ्च, नागरिक सचेतना केन्द्र र बाल क्लबहरूलाई उपयोग गर्ने ।

- समुदायमा परिवर्तनका सम्वाहकको रूपमा कार्य गर्न स्थानीय पछाडि परेका समुदायबाटै प्रतिवद्ध पुरुष तथा महिलाहरूको प्रयोग गर्ने ।
- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य १ को रणनीति ५ ले उद्देश्य २ को रणनीति ३ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

#### **रणनीति २.४ एम्बुलेन्स र अन्य सार्वजनिक सवारी साधनको नियमिततामा विशेष जोड सहित सिफारिस पद्धतिलाई सबल पार्ने ।**

- सेवा लिनमा आई पर्ने आर्थिक कठिनाइलाई न्यून गर्न एम्बुलेन्स भाडा नियमित गर्ने ।
- पछाडि परेका समुदायका लागि यातायात सहयोग कोषको प्रावधान ल्याउने ।
- एम्बुलेन्स सेवा र समुदायका बीचमा राम्रो सञ्चार- सम्पर्क हुने गरी एम्बुलेन्स सञ्जाल बनाउने ।
- पिछडिएका समुदायका लागि विशिष्ट भु-बनोटको आधारमा (खट, साइकल, एम्बुलेन्स, डोको र भोला जस्ता) आकस्मिक यातायातको प्रबन्ध मार्फत समुदायमा आधारित प्रेषण कार्यलाई सबल गर्ने ।
- आकस्मिक परिस्थितिमा प्रयोग गर्न आमा स्वास्थ्य समूह र स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक वित्तिय व्यवस्थापन गर्ने ।

#### **रणनीति २.५ दूरदराजको सेवालाई सुधार गर्न पछाडि परेका समुदाय बसोबास गर्ने वडा को गाउँघर क्लिनिकलाई सुदृढ गर्ने ।**

- पिछडिएका समुदायमा अख्तियारी सहितको साधन सम्पन्न सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई (प्रा.स्वा.से./गा.घ.क्लि.) स्थापना गर्ने ।
- पिछडिएका समुदायलाई प्राथमिकता दिंदै सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई/गाउँघर क्लिनिकको स्थान, पटक र समयवधी बढाउने ।
- सेवालाई पिछडिएका समुदाय मैत्री पार्न गोपनियतामा सुधार ल्याउने ।



- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा/गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान हुने सेवा उपभोगका लागि मध्यस्थताको काम गर्न पिछडिएकै समुदायबाट सामुदायिक/सामाजिक परिचालक संलग्न गराउने ।

#### **रणनीति २.६ पिछडिएका समुदायको अनुसन्धान र अनुगमन तथा मूल्याङ्कन संयन्त्र लागू गर्ने ।**

- पिछडिएका लक्षित कार्यक्रमका लागि अनुगमन र मूल्याङ्कनको ढाँचा विकास गर्ने ।
- पिछडिएका समुदायको नक्साङ्कन तथ्याङ्कमा पहुँच र उपयोग वृद्धि गर्ने ।
- अन्य पिछडिएका जाति सहित जातजाति तथा लिङ्ग अनुसारको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोगको अनुगमन गर्ने ।
- पिछडिएका समुदायको स्वास्थ्य सेवा उपभोगको स्थिति अनुगमन गर्ने ।
- माथिको तथ्याङ्कलाई स्थानीय सन्दर्भगत योजनामा उपयोग गर्ने ।
- उपलब्धि र अवस्थाबारे विश्लेषण गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवाको अनुगमनलाई स्थानीय शासन तथा सामुदायिक विकास कार्यक्रमको पिछडिएका समुदाय अनुगमन गर्ने पद्धतिसँग आवद्ध गर्ने ।
- अन्य पिछडिएका र कठिनाइमा रहेका समूह सम्म पुग्नको लागि आवश्यकता तथ्यहरूको आधार तयार गर्ने ।

## उद्देश्य-३

“विपन्नहरुको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग अभिवृद्धि गर्ने” सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरु लिइनेछ ।

**रणनीति ३.१ लक्षित कार्यक्रमका लागि संस्थागत ढाँचाको विकास/परिभाषित गर्ने ।**

- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य २ को रणनीति १ ले उद्देश्य ३ को रणनीति १ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

**रणनीति ३.२ आवश्यकता हेरी तयार गरिएका सामाजिक र व्यवहार परिवर्तन सञ्चारको खाका बनाई लागू गर्ने ।**

- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य २ को रणनीति २ ले उद्देश्य ३ को रणनीति २ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

**रणनीति ३.३ एम्बुलेन्स र अन्य सार्वजनिक यातायातका साधनको नियमिततामा जोड दिदै प्रेषण पद्धतिलाई सुदृढ गर्ने ।**

- सेवा लिनमा देखिने आर्थिक बाधा व्यवधानलाई न्यून गर्न एम्बुलेन्स भाडा दरलाई नियमित गर्ने ।
- विपन्न समुदायमा निःशुल्क यातायातका लागि भौचर कार्यक्रम लागू गर्ने वा त्यस्ता विपन्न समुदायमा यातायात सहायताको लागि प्रबन्ध गर्ने ।
- विपन्न समुदायमा उन्नत खट, साइकल एम्बुलेन्स जस्ता आकस्मिक यातायातका प्रबन्ध मार्फत समुदायमा आधारित प्रेषण पद्धतिलाई सबल तुल्याउने ।
- आपतकालिन अवस्थामा चलाउनको लागि आमा स्वास्थ्य समूह र स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक बजेटको व्यवस्था गर्ने ।

### रणनीति ३.४ विपन्न परिवार पहिचानको लागि अन्य निकायसंग समन्वय गरी कार्य गर्ने ।

- स्वास्थ्य सेवाहरुको योजना र अनुगमनका लागि गरिबी नक्साङ्कन संयन्त्र विकास गर्ने ।
- गरिबहरुलाई निःशुल्क वा सहूलियत दरमा स्वास्थ्य उपचार तथा अत्यावश्यक औषधी एवं सक्षमहरुका निम्ति पूर्ण शुल्क लिने सकारात्मक विभेदको प्रयोजनले परिचय पत्र जारी गर्ने ।
- परिभाषित गरिएको प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, र पुनर्स्थापनामूलक स्वास्थ्य सेवामा पहुँच पुऱ्याउन विपन्नहरुलाई परिचय पत्र वितरण गर्ने ।
- गरिबी नक्साङ्कन तथ्याङ्कमा पहुँच वृद्धि गरी यसको सघन प्रयोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- विपन्नसम्म पहुँच बनाउन सहकारी संस्थाहरूसंग सम्बन्ध बनाउने ।
- विपन्न समुदायमा प्रायः जसो फैलिने गरेका सरुवा रोगहरुलाई विशेषरूपले परिभाषित गर्ने ।

### रणनीति ३.५ आर्थिक जोखिम संरक्षण संयन्त्र स्थापना गर्ने ।

- केन्द्र र जिल्ला तहमा साधन श्रोत बाँडफाँडमा विपन्न मुखी (मैत्री) सूत्र अपनाउने/विकास गर्ने ।
- गरिबीको रेखामुनी रहेका व्यक्तिहरुको लागि सामाजिक स्वास्थ्य विमा संयन्त्र विकास गरी यस योजनामा विपन्नहरुको सहभागिता अभिवृद्धिका साथ सरकारी कोषबाटै त्यस्ता परिवारको किस्ता भुक्तानी गरिदिने प्रबन्ध मिलाउने ।
- किस्ता रकममा भारी छुट सहित स्वास्थ्य विमा (पोलिसी) उपलब्ध गराउने ।
- विपन्नहरुलाई लक्षित गरी यातायात सहूलियत कोष अथवा आपतकालीन परिस्थितिको लागि भौचर योजना ल्याउने ।

- विपन्नको बाहुल्यता रहेको क्षेत्रमा स्थायी स्वास्थ्य संस्था वा गाँउघर क्लिनिक जस्ता सेवाको श्रृंखला वृद्धि गर्ने ।
- नीजि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विपन्नहरुका लागि छुट्याइने निःशुल्क १०% बेड र अन्य प्रावधानहरु तदारुकताका साथ लागू गर्न निर्देशिका जारी गर्ने ।
- नीजि औषधि पसलबाट औषधि खरिदका लागि पूर्जा दिई पठाउने कार्य निरुत्साहित गर्ने ।
- प्रेषण कोषको आकार/आयतन बढाउने ।
- प्रेषण गरी पठाइएका स्वास्थ्य संस्था र केन्द्रिय तहका सबै अस्पतालमा विपन्नहरुका लागि विशेषगरि खर्चिलो रोगको उपचार शुल्कमा छुटको प्रावधान लागू गर्ने ।
- सिफारिस कोषको रकम खर्च गर्न जिल्ला विपन्न उपचार सहयोग समितिलाई अख्तियारी प्रदान गर्ने ।
- छनौट भएका केही जिल्लाहरुमा विपन्नहरुका लागि यर्थाथमा आधारित योजनामा पनि लचकता हुनेगरी एकमुष्ट अनुदान रकम उपलब्ध गराउने ।
- विपन्नहरुलाई आय आर्जनका उपाय/योजनासँग जोड्न समन्वय गर्ने ।
- विपन्न बृद्ध-बृद्धालाई सेवा प्रवाह गर्न बृद्धाश्रम र बुढ्यौली उपचार केन्द्रसँग सम्बन्ध बनाउने ।
- बृद्धाश्रमहरु र बृद्ध-बृद्धा उपचार केन्द्र बीच सञ्जाल विकास गर्ने ।
- बृद्ध-बृद्धा उपचार सेवालार्इ निःशुल्क गर्ने ।

### **रणनीति ३.६ विपन्नहरुको वडामा सामुदायिक स्वास्थ्य एकाई स्थापना गर्ने वा भएका गाउँघर क्लिनिकमा सुधार ल्याउने ।**

- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य २ को रणनीति ४ ले उद्देश्य ३ को रणनीति ६ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य एकाई मार्फत भौगोलिक बाधा व्यवधान न्यूनीकरण गर्ने ।

### रणनीति ३.७ विपन्न मुखी अनुगमन/मूल्याङ्कन संयन्त्र लागू गर्ने ।

- लक्षित कार्यक्रमको लागि अनुगमन ढाँचा विकास गर्ने साथै गरिबीको रेखा माथि जाने र तल भर्ने सबैको यथाशिघ्र पृष्ठपोषण लिने र प्रतिक्रिया दिने पद्धति अपनाउने ।
- गरिबी नक्साङ्कन तथ्याङ्क बैंकमा सहज पहुँच र प्रयोग बढाउने ।
- आर्थिक सामर्थ्य समूहको आधारमा स्वास्थ्य सेवा उपभोगको अनुगमन गर्ने ।
- लक्षित समुदायद्वारा भएको स्वास्थ्य सेवा उपभोगको पुनरावलोकन गर्ने ।
- विपन्नहरुका लागि १०% निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा दिने प्रावधानको सन्दर्भमा नीजि स्वास्थ्य संस्थालाई नियमन र अनुगमन गर्ने ।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई गरिबी अनुगमन पद्धतिसँग सम्बद्ध गर्ने ।

## उद्देश्य-४

“दुर्गम क्षेत्रमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने”  
सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरू लिइनेछ ।

### रणनीति ४.१ लक्षित कार्यक्रमका लागि संस्थागत ढाँचाको विकास गर्ने ।

- स्वास्थ्य संस्था स्थापनामा भौगोलिक क्षेत्र, भु-वनोट र जनसङ्ख्या जस्ता पक्षमा विचार पुऱ्याउने ।
- स्वास्थ्य सेवा विभाग र स्वास्थ्य मन्त्रालय मातहत दुर्गम क्षेत्रका लागि ध्यान दिन अलग्गै संस्थागत ढाँचा (डेस्क/महाशाखा) खडा गर्ने ।
- पोषण र खाद्य सुरक्षा परिचालन समितिसँग समन्वय कायम गर्ने (बहुपक्षीय पोषण योजना सँग आवद्ध हुँदै)
- दुर्गम क्षेत्रमा काम गर्ने अन्य मन्त्रालयका डेस्क/महाशाखासँग सामञ्जस्य बनाउने ।
- स्थानीय आवश्यकता सम्बोधन गर्न दुर्गम क्षेत्रका लागि अलग्गै प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमको तर्जुमा गर्ने ।

### रणनीति ४.२ आवश्यकता सुहाउँदो सामाजिक र व्यवहार परिवर्तन सञ्चारको प्रारूप तयार र कार्यान्वयन गर्ने ।

- खाद्य सुरक्षा स्थितिलाई ध्यानमा राख्दै आमाहरूलाई स्थानीय रूपमा उपलब्ध उत्पादन र अन्नबालीको अधिकतम उपयोग गर्न सक्षम तुल्याउन आवश्यकतामा आधारित पोषण परामर्श दिने ।
- बहुपक्षीय सहभागितालाई प्रयोगमा ल्याउने ।
- यस राष्ट्रिय रणनीतिको उद्देश्य २ को रणनीति २ ले उद्देश्य ४ को रणनीति २ मा पनि उल्लेखनिय योगदान गर्नेछ ।

### **रणनीति ४.३ एम्बुलेन्स र अन्य सार्वजनिक यातायातका साधनको प्रयोगलाई नियमन र प्रवर्द्धन गर्ने ।**

- दुर्गम क्षेत्रमा आपतकालीन अवस्थामा हवाई यातायातको प्रबन्ध गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रमा यातायात सहायता कोषको प्रावधान ल्याउने ।
- सेवा लिनमा आउन सक्ने आर्थिक अवरोधलाई न्यून गर्न एम्बुलेन्स भाडा निर्धारण गर्ने र नियमित अनुगमन गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रका सबै वडामा सुधारिएको स्ट्रेचर उपलब्ध गराउने ।
- हिमाली जिल्लाहरूमा स्वास्थ्य संस्थाबाट सुत्केरी गराउने अभिप्रायले आउने महिलाहरूका लागि यातायात प्रोत्साहन (भत्ता) मा वृद्धि गर्न आवश्यक पहल गर्ने ।

### **रणनीति ४.४ प्रेषण प्रणालीलाई सम्बर्द्धन गर्ने ।**

- प्रेषण कोषको रकम परिचालन गर्न जिल्ला विपन्न उपचार सहयोग समितिलाई अख्तियारी प्रदान गर्ने
- सिफारिस कोषको आकार वृद्धि गरी सेवाका लागि सिफारिस निर्देशिकाको परिपालना गर्ने ।
- ओभरलमा परेको वर्ग र समुदायलाई सेवा र सुविधाको उपलब्धताबारे सुसुचित गर्न अभियान र प्रचार - प्रसार गर्ने ।

### **रणनीति ४.५ दुर्गम वडामा सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ लगायत अन्य स्वास्थ्य संस्था स्थापना गर्ने ।**

- दुर्गम बस्तीका क्षेत्रमा साधन - सम्पन्न सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना गर्ने ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइमा एकजना अ.न.मी./महिला स्वास्थ्यकर्मी खटाउने ।
- निर्धारित स्थान विशेषकालागि सन्दर्भ पहिचानका योजना गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रमा धेरै प्रसुति केन्द्र निर्माण गर्ने कार्यलाई प्राथमिकतामा राख्ने ।

- त्यस्ता क्षेत्रमा कुरुवा घर निर्माण र सञ्चालन गर्ने ।
- दुर्गम भौगोलिक क्षेत्रमा यथार्थ परिस्थितीमा आधारित हुँदै गाउँघर क्लिनिक तथा शिविरका पटक, स्थान र अवधिमा पनि वृद्धि गर्ने ।

#### **रणनीति ४.६ स्वास्थ्यकर्मीलाई दुर्गम क्षेत्रमा आकर्षित गर्ने र टिकाउने**

- नीतिअनुरूप नै दुर्गम जिल्ला अस्पतालामा विशेषज्ञ चिकित्सकहरूको दरबन्दी कायम गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रका रिक्त दरबन्दीहरू पदपूर्ति गर्ने ।
- दुर्गम र सुगम क्षेत्रमा स्वास्थ्य कर्मचारीहरूको सेवामा चक्रीय प्रणाली लागू गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रमा सेवा प्रदायकहरूका लागि प्रोत्साहन योजना तयार गर्ने र कार्यान्वयन गर्ने ।
- छात्रवृत्तिमा अध्ययन गरेका एम्.डि.जि.पी., मेडिकल अधिकृत, स्टाफ नर्स र स्वास्थ्य सहायक (HAs) हरूको हकमा कबुलियतनामा अनुसारको व्यवस्था कडाईका साथ लागू गर्ने ।
- स्वास्थ्य कर्मीलाई दुर्गममा निरन्तर बसाइ राख्न पेशागत सहयोग पुर्याउने ।
- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई प्रशंसात्मक (सकारात्मक) सोधपुछ वा यस्तै अन्य तालिम उपलब्ध गराउने ।

#### **रणनीति ४.७ दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच विस्तार गर्न सूचना प्रविधिको उपयोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।**

- दुर्गम क्षेत्र यकिन गर्न भू-सूचना प्रणाली (GIS) को प्रयोगलाई बढाउने ।
- मोबाइल सञ्चार (संक्षिप्त सन्देश सेवा - SMS) मार्फत दुर्गम क्षेत्रमा सूचना प्रसारणको निम्ति मो - स्वास्थ्य (m-health) पद्धतिको विकास र कार्यान्वयन गर्ने ।
- दुर्गम क्षेत्रमा दूर-उपचार सेवा (Tele medicine) को पहुँच विस्तार गर्ने ।



- स्थानीय रेडियो/एफ.एम.लाई अधिकतम स्वास्थ्य सन्देश प्रसारणमा प्रयोगमा ल्याउने ।

#### **रणनीति ४.८ अनुगमन तथा मूल्याङ्कन संयन्त्र लागू गर्ने ।**

- दुर्गम र सुगम क्षेत्र दुबैको स्वास्थ्य सेवा उपभोगलाई अनुगमन गर्ने ।
- योग्यताका आधारमा कर्मचारी करार सेवामा नियुक्त गर्ने ।
- स्वास्थ्यकर्मीलाई दुर्गम समुदायमा खटाउनु अघि अभिमुखीकरण गर्ने ।
- प्रसंशात्मक सोधपुछका लागि स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम दिने ।

## उद्देश्य-५

“विपन्न, सुकुम्वासी र सडक बालबालिका, आप्रवासी कामदारहरुको आर्थिक पक्षलाई दृष्टिगत गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने” सम्बन्धमा निम्न रणनीति लिइनेछ ।

### रणनीति ५.१ सहरी विपन्नहरुको लागि संस्थागत ढाँचाको प्रवर्द्धन गर्ने ।

- नगरपालिकाहरुमा नगर स्वास्थ्य क्लिनिक स्थापना गर्ने ।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुनर्जागरण महाशाखासंगको समन्वयमा आर्थिक श्रोत थप गर्दै सवल तुल्याउने ।
- सहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका लागि जिल्ला तहमा जिम्मेवारी तोक्ने ।
- सहरी स्वास्थ्य समन्वय समितिलाई पुनः कृयाशिल गर्ने ।
- सहरी विपन्नहरुलाई पायक पर्ने गरी स्थायी नगर स्वास्थ्य क्लिनिक र टोल छिमेकी क्लिनिक स्थापना गर्ने ।
- सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा सामाजिक लेखा परीक्षण गर्ने ।
- सडक बालबालिकाको स्वास्थ्य र कल्याणको लागि संयन्त्र निर्माण गर्ने ।
- योजना गरिएका कृयाकलापको उचित कार्यान्वयनलाई सुनिश्चित गर्न प्रभावकारी अनुगमन निकाय र संयन्त्रको रुपरेखा बनाउने ।

### रणनीति ५.२ वितीय संकट संरक्षणका लागि संयन्त्र स्थापना गर्ने

- नगर सर्भेक्षणको माध्यमबाट जोखिममा परेका विपन्न सहरी जनसङ्ख्या पहिचान गर्ने र निःशुल्क उपचारको लागि परिचयपत्र उपलब्ध गराउने ।
- सहरी गरिबहरुलाई ध्यानमा राख्दै गरिबमुखी साधन श्रोत विनियोजन शुत्रको विकास र प्रयोग गर्ने ।
- गरिबीको रेखा मुनि रहेका व्यक्तिहरुलाई लक्षित गरी सामाजिक स्वास्थ्य विमाको संयन्त्र विकास गरी सहरी विपन्न परिवारहरुको उपचारको व्यवस्था प्रभावकारी बनाउने ।

- नीजि स्वास्थ्य संस्थामा विपन्नहरुका लागि १० प्रतिशत वेड र अन्य प्रावधानहरु तदारुकताका साथ पालना गराउन निर्देशिका जारी गर्ने ।
- नीजि क्लिनिक भन्दा सरकारी स्वास्थ्य संस्था मै जचाँउन र औषधी लिन शहरी विपन्नहरुलाई जागरुक गर्ने ।
- नीजि औषधी पसलबाट औषधी खरिदका लागि पुर्जा दिई पठाउने कार्यलाई निरुत्साहित गर्ने ।
- रेफर गरी पठाइने स्वास्थ्य संस्था र सबै केन्द्रिय अस्पतालहरुमा विपन्नहरुका लागि शुल्कमा छुटको प्रावधान लागू गर्ने ।

### **रणनीति ५.३ सहरि विपन्नहरुको निकट सहरि स्वास्थ्य क्लिनिक र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना गर्ने ।**

- सहरि विपन्नहरुको निकटवर्ती ठाउँमा सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना गर्ने ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य एकाईमा कमसेकम एकजना अ.न.मि./महिला स्वास्थ्य कर्मी खटाउने ।
- सेवा प्रदान गर्नका लागि ठाउँ अनुसारको भौतिक व्यवस्थापन निर्धारण गर्ने ।
- गाउँघर क्लिनिकहरु संचालन हुने स्थान, पटक र समयावधी बढाउने ।
- परामर्श सेवालार्ई सबल र उपचारात्मक सेवालार्ई थप गर्दै सेवाको श्रृंखला वृद्धि गर्ने ।
- विपन्नहरुको घना आवादी भएका ठाउँका स्थायी, गाँउघर क्लिनिकमा सेवाको श्रृंखला बढाउने ।
- सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ र सहरि सामुदायिक/नीजि स्वास्थ्य संस्था बीच राम्रो समन्वय संयन्त्र विकास गर्ने
- कार्यालयहरुमा बालकक्ष र रोजगारीमा भएका आमाहरुलाई स्तनपानमा मद्दत पुऱ्याउन स्तनपान कुना तथा यस्तै अन्य व्यवस्था गर्ने ।

**रणनीति ५.४ सडक बालबालिका र आश्रित बृद्धबृद्धा सहित सबै प्रकारका दीनहीनलाई मद्दत र आश्रय दिने कार्यमा संलग्न संघसंस्थासंग सहकार्य गर्ने ।**

- सडक बालबालिका र आश्रित बृद्धबृद्धा समूहसम्म स्वास्थ्य सेवा पुर्याउने ।
- शिविर मार्फत सेवा प्रदान गर्न सडक बालबालिका र आश्रित बृद्धबृद्धा संघ, संस्थासंग सम्बन्ध बनाउने ।
- स्थानीय विद्यालय, युवा क्लव र गै.स.स.संगको समन्वयमा सहरी स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरु मध्ये उत्प्रेरित युवाहरुलाई परिचालन गर्ने ।
- सडक बालबालिकाको लागि पौष्टिक खाद्यको परिपूर्ति गर्ने निकाय बीच समन्वय गर्ने ।

## उद्देश्य-६

“फरक क्षमता भएकाहरूका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग बढाउने” सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरू लिइनेछ ।

### रणनीति ६.१ **मिन्न रूपले सक्षमहरूका लागि संस्थागत ढाँचा प्रबर्द्धन गर्ने ।**

- फरक क्षमता भएका व्यक्तिका मामिला हेर्न स्वास्थ्य मन्त्रालय र स्वास्थ्य सेवा विभाग मातहत जिम्मेवार शाखा/महाशाखा स्थापना गर्ने ।
- केन्द्रिय, क्षेत्रीय र अञ्चल अस्पतालमा तत्काल प्रभावकारी सेवा दिने कार्यमा ध्यान दिने वातावरण तय गर्ने ।
- जिल्ला तहमा जिल्ला स्वास्थ्य/जन स्वास्थ्य कार्यालय र महिला तथा बालबालिका कार्यालयमा फरक क्षमता भएकाहरूका लागि स्रोत केन्द्र तोक्ने ।
- फरक क्षमता भएका बालबालिकाका लागि कान्ति बाल अस्पताल र अन्य अपाङ्ग सम्बन्धी कार्य गर्ने निकायका बीच समन्वय गर्ने ।
- अपाङ्गताको अवस्थिति हेरी आवश्यक बजेट व्यवस्था गर्ने ।

### रणनीति ६.२ **फरक क्षमता भएकाहरूको अधिकारको लागि वकालत गर्ने र सचेतना जगाउने ।**

- नीति निर्माणमा फरक क्षमता भएकाहरू प्रतिनिधित्वको लागि अभियान सञ्चालन ।
- परिवार, समाज र स्वास्थ्य संस्था भित्र हुने विभेद अन्त्य गर्न अपाङ्गता र अपाङ्गता अधिकार बारे (परिचय पत्र र सेवा सहित) चेतना अभिवृद्धि गर्ने ।
- सचेतना मार्फत लिङ्ग र अपाङ्गता मिश्रित दोहोरो वा तेहरो तहको अड्चन/बाधाहरूलाई न्यूनीकरण गर्ने ।

- अपाङ्गता रोकथामका लागि रणनीति विकास गर्ने र प्रवर्द्धनात्मक र पुनर्स्थापना क्रियाकलाप लागू गर्ने ।
- अपाङ्गता भएका व्यक्तिमाथि हुने विभिन्न स्वरूपका विभेद र दुर्व्यवहार विरुद्ध संरक्षणका लागि सचेतना जगाउने क्रियाकलापलाई सम्बर्धन गर्ने
- बाल स्याहार केन्द्र/शिशु स्याहार केन्द्रसँग सम्बन्ध बनाउने ।
- गर्भावस्था हुनुपूर्व अपाङ्ग रोकथाम सम्बन्धी सजगता विकास गर्ने ।
- बाल अपाङ्गता सेवा कार्य योजनालाई राष्ट्रिय अपाङ्गता कार्ययोजना (संशोधन हुनु पर्ने) भित्र समावेश गर्ने ।

### **रणनीति ६.३ फरक क्षमता भएका व्यक्तिहरूको पहिचान गर्ने ।**

- अपाङ्गताको सही श्रेणी निर्धारण सहित परिचय पत्र अद्यावधिक/वितरण गर्ने ।
- फरक क्षमता भएका व्यक्ति भएका परिवारको नक्साङ्कन गर्ने ।

### **रणनीति ६.४ अपाङ्ग मैत्री पूर्वाधार निर्माण गर्ने ।**

- स्वास्थ्य संस्थामा अपाङ्गता मैत्री पूर्वाधार र वातावरण बनाउने ।
- स्वास्थ्य संस्थाका पूर्वाधारहरूमा सिँढीका अतिरिक्त तेर्सो बाटो तथा लिफ्टको समेत व्यवस्था गर्ने ।

### **रणनीति ६.५ अपाङ्गता रोकथाम र व्यवस्थापनका लागि कार्यक्रम विकास र बजेट तर्जुमा गर्ने ।**

- अपाङ्गताको रोकथाम व्यवस्थापन र भिन्न रूपले सक्षमहरूको पुनर्स्थापनाका लागि वार्षिक कार्य योजना विकास र बजेट व्यवस्था गर्ने ।
- सरकारी संस्था अन्तर्राष्ट्रिय/राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था तथा समुदायमा आधारिक संघ, संस्था बीचको समन्वयमा कार्यक्रम निर्माण गर्ने ।
- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी कार्यक्रम गर्न अन्य निकाय बीच समन्वय गरी कार्यक्रम तय गर्ने ।

**रणनीति ६.६ फरक क्षमता भएकाहरूका लागि (सही अवस्था अनुसारको) आर्थिक सङ्कटको अवस्थालाई संरक्षण गर्न संयन्त्र स्थापना गर्ने ।**

- फरक क्षमता भएकाहरूका लागि सामाजिक सुरक्षा प्रणाली विकसित गर्ने वा उनीहरूको निम्ति आवश्यक रकम/किस्ता भुक्तानी गर्नको लागि समन्वय गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवामा शारीरिक र मानसिक सबै प्रकारका अपाङ्गतालाई समावेश गर्ने ।
- फरक क्षमता भएका व्यक्तिका परिवारका लागि सामाजिक सुरक्षाको प्रावधान ल्याउने ।

**रणनीति ६.७ स्वास्थ्य संस्थामा सेवाको गुणस्तरमा सुधार ल्याउने ।**

- गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउन सक्ने खालका उपकरणको प्रबन्ध ।
- सेवाको गुणस्तर सुधार (QoC) का लागि स्वास्थ्यकर्मीलाई अपाङ्गता-संवेदनशील तालिम र अभिमुखीकरण ।
- अस्पतालमा फरक क्षमता भएका व्यक्तिसँग सरोकार राख्ने सेवाका लागि स्रोत व्यक्ति (Focal Person) को पहिचान/निर्धारण ।
- स्वास्थ्यकर्मीलाई अपाङ्गताको प्रारम्भिक चरणमै जाँचबुझ र पहिचानको निम्ति तालिम ।
- अपाङ्गता सम्बन्धी समस्याको निदानका लागि साधन/उपकरणहरूको उपलब्धता ।
- अपाङ्गता लागि उपयुक्तता हेरी नागरिक समाज लगायत बहुपक्षीय संलग्नता सहितको एकिकृत सेवाको योजना निर्माण र कार्यान्वयन ।
- मानसिक स्वास्थ्य सेवाको सम्वर्द्धन ।
- शिविर/गाँउघर सेवाका बेला अपाङ्ग कँहा घर दैलो कार्यक्रम गर्ने कुरा समावेश ।
- अपाङ्गता कुन ढंगले बढ्दो छ (वा छैन) हेर्न शिघ्रजाँच, तत्काल उपचार, सिफारिस र पृष्ठपोषण प्रणालीको अवलम्बन ।
- प्राथमिक पुनर्स्थापना- उपचार तालिम र अनुगमन (Follow-up) संयन्त्रको निर्माण गर्ने ।

- परामर्श, फिजियोथेरापी (मालिस/अंग संचालन) र पुनर्स्थापना (समुदायमा आधारित पुनर्स्थापना लगायत) का सेवाहरुको श्रृंखला वृद्धि गर्ने ।

#### **रणनीति ६.८ प्रेषण हुने अस्पतालमा पुनर्स्थापना एकाइ स्थापना गर्ने ।**

- केन्द्रीय, क्षेत्रीय र अञ्चल अस्पतालमा अपाङ्गता पुनर्स्थापना एकाइ स्थापना गर्ने ।
- पहिचान भएको अपाङ्गताको व्यवस्थापनको निम्ति सिफारिस संयन्त्रको विकास गर्ने ।
- सेवाको सुधारका लागि तथ्यहरु सङ्कलन गरी सो अनुरूप कार्यान्वयन संयन्त्र तयार गर्ने ।

#### **रणनीति ६.९ अनुगमन र मूल्याङ्कन ।**

- सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाबाट हुने अपाङ्गताको पहिचान, व्यवस्थापन र सिफारिस प्रकृत्यामा अपाङ्गता मैत्री सेवा लागू गरी अनुगमन गर्ने ।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) लाई स्थानीय निकायसँग नागरिक पञ्जिकरण र व्यक्तिगत घटना दर्ता (Vital registration) सँग सम्बन्ध जोड्ने ।
- उपभोक्ता सन्तुष्टिको अनुगमन गरिरहने ।
- नीति र कार्यक्रम तर्जुमाका लागि आधिकारिक तथ्याङ्क खडा गर्ने ।



## उद्देश्य-७

“एच.आई.भि. संक्रमित, एल.जि.वि.टि.आई, महिला यौनकर्मी र कैदी बन्दी जस्ता अल्पसंख्यक समूहहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धि गर्ने” सम्बन्धमा निम्न रणनीतिहरू लिइनेछ ।

### रणनीति ७.१ मूल प्रवाहमा समाहित भै सेवा लिन छुटेका समूहका लागि संस्थागत ढाँचा प्रवर्द्धन गर्ने ।

- स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग मातहतमा अल्पसंख्यक समूह हेर्ने गरी जिम्मेवार शाखा/उपशाखा स्थापना गर्ने र तिनलाई जिल्ला र गा.वि.स.नगरपालिका तह सम्म थप विस्तार गर्ने ।
- तत्काल र प्रभावकारी सेवा दिन र खासगरी यौन जन्य सरुवा रोग (STD) र एच्. आई. भि. परीक्षणको ध्येयले शहरी केन्द्रहरू र राजमार्ग छेउछाउका नयाँ शहर/वस्तीहरूमा नगर अस्पताल खोल्ने ।
- एच.आई.भि.सङ्क्रमित (PLHIV) महिला यौनकर्मी (FSWs) पु.स.यौ. (MSM) तथा लै.अ. (SGM) र घर बाहिर बस्ने मजदुरको बाक्लो उपस्थिति भएका खास खास इलाकामा घुम्ति स्वैच्छिक परामर्श तथा परीक्षण (VCT) सञ्चालन गर्ने ।
- प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा एच् आई. भि. को निःशुल्क परीक्षणको व्यवस्था मिलाउने ।
- अल्पसंख्यक-समूहको लागि सेवाको प्रवाह बढाउन आवश्यक मापदण्ड तयार गर्ने ।
- परामर्शका लागि स्वास्थ्य संस्थामा एकजना स्रोतव्यक्ति खटाउने ।

### रणनीति ७.२ अल्पसंख्यक समूहको अधिकारका लागि पक्ष पोषण र सचेतना अभियान सञ्चालन ।

- नीति निर्माणमा अल्पसंख्यक समूहको प्रतिनिधित्वका लागि वकालत ।
- विद्यमान नीति, योजना र कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि अभियान ।

- सम्पर्क केन्द्र (Drop-in centers) स्थापना (सेवादातासँग परामर्श र सम्पर्कका लागि)
- परिवार, समाज र स्वा.स. भित्र हुने विभेद अन्त्य गर्न अल्प संख्यक समूहका अधिकारका विषयमा जागरण कार्यक्रम सञ्चालन ।
- सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार र व्यवहार परिवर्तनका सामग्री विकास गर्ने (चित्रमय पार्नमा जोड दिने)
- सचेतना मार्फत लैङ्गिक बाधा, अपमान र लाञ्छना सहितका दोहोरो-तेहोरो बाधा अड्चनहरु निराकरण गर्ने ।
- निन्दा तथा लाञ्छनासँग जोडएका समस्यामा स्वास्थ्यकर्मीलाई संवेदनशील बनाउने ।
- सचेतनाका लागि सञ्चार माध्यमलाई परिचालन गर्ने र अल्पसंख्यक माथि हुने भेदभाव न्यूनीकरण गर्ने ।
- अल्पसंख्यक समूहका सदस्यले आफैलाई दोषी/आरोपित ठानी हेय दृष्टिले हेर्ने बाधा अड्चनहरुलाई हटाउन संवेदनशील बनाउने ।
- भेदभाव विरोधी यौन तथा लैङ्गिक अल्पसंख्यकका मुद्दाहरु समावेश गर्ने सम्बन्धी निकाय बीच समन्वय गर्ने ।

### रणनीति ७.३ अल्पसंख्यकको पहिचान गर्ने ।

- अल्पसंख्यक समूहहरुको पहिचान र अभिलेख राख्ने पद्धति विकसित र स्थापित गर्ने ।
- व्यक्तिगत गोपनीयतालाई पालना गर्दै परिचय पत्र वितरण गर्ने ।
- एच.आई.भि. संक्रमित र LGBTI हरूको घरधुरी नक्साङ्कन बमोजिम संस्थामा उपचार सेवा पुऱ्याउने ।

### रणनीति ७.४ व्यवस्थापन कार्यका लागि कार्यक्रम र बजेट निर्माण गर्ने ।

- अल्पसंख्यक समूहहरुको व्यवस्थापनका लागि लक्षित वार्षिक कार्य योजना विकास गरी बजेट छुट्याउने ।

- सरकारी संस्था (GOs) गै.स.स, स.आ.सं.सं (CBOs) र नीजि क्षेत्र सम्मिलित संयुक्त कार्यक्रम तर्जुमा गर्ने ।
- अल्पसंख्यकका लागि विशेष स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम ल्याउने ।

#### **रणनीति ७.५ अल्पसंख्यक समूहका लागि आर्थिक जोखिमका लागि संरक्षण संयन्त्र स्थापना गर्ने ।**

- सामाजिक सुरक्षा प्रणाली विकास गर्ने वा अल्पसंख्यक समूहको लागि किस्ता भुक्तान गरिदिने ।
- अल्पसंख्यक समूहका घर परिवारका लागि सामाजिक सुरक्षा सम्बन्धी कार्यक्रमहरु ।
- एच.आई.भि. संक्रमितका परिवारजनका लागि रोजगारी, आर्थिक र जिविका (गुजारा) का अवसर प्रदान गर्न कार्यक्रम तय गर्ने ।

#### **रणनीति ७.६ स्वास्थ्य संस्थामा सेवाको गुणस्तरमा सुधार ल्याउने ।**

- सेवाको गुणस्तर सुधारका लागि स्वास्थ्यकर्मीलाई अधिकारमा आधारित र अल्पसंख्यक समूह संवेदनशील तालिम र अभिमुखिकरण दिने ।
- नागरिक समाज लगायत बहुपक्षीय संलग्नतामा आवश्यकताको आधारमा अल्पसंख्यक समूहका लागि एकीकृत सेवाको योजना बनाई कार्यान्वयनमा लैजाने ।
- सामूदायिक स्वास्थ्य एकाइमा अल्पसंख्यक समूहलाई केन्द्रमा राखी प्राथमिकताका साथ सेवा दिने ।
- गाउँघर सेवाको बेला अल्पसंख्यक समूहको घरदैलोमा समेत सेवा प्रवाह गर्ने कार्यक्रम समावेश गर्ने ।

#### **रणनीति ७.७ रेफर गरिने अस्पतालमा पुनर्स्थापना एकाइ स्थापना गर्ने ।**

- एच् आई. भि. सङ्क्रमित बालबालिका र घरवार बिहिनहरुका लागि अस्थायी/आकस्मिक आवास, सम्पर्क केन्द्र स्थापना गर्ने ।

## रणनीति ७.८ अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्ने संयन्त्र प्रभावकारी बनाउने ।

- सबै तहका स्वास्थ्य संस्थाले गर्ने अल्पसंख्यक समुदायको पहिचान, व्यवस्थापन र सिफारिसका लागि अनुगमन गर्ने ।
- योजना गरिएका कृयाकलापहरूको प्रगतिलाई पछ्याउन र अनुगमन गर्न परिणाममा आधारित अनुगमन र मूल्याङ्कन (M&E) खाका तयार गर्ने ।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीसँग समन्वय गरी प्रतिवेदन दिने ।
- उपभोक्ता सन्तुष्टिको अनुगमन गर्ने ।
- नीति र कार्यक्रम तर्जुमाका लागि आधिकारिक तथ्याङ्क तयार गर्ने ।
- नीति र कार्यक्रम तर्जुमा कार्यमा सूचना र तथ्याङ्कको प्रयोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।

## उद्देश्य-८

स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूलाई आधारभूत गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र उपभोग वृद्धिको लागि स्वास्थ्य प्रणालीलाई सुदृढ पार्ने एवम् आधारभूत पूर्वाधार र लगानीको उपलब्धतामा सुधार ल्याउन निम्न रणनीतिहरू लिइनेछ ।

### रणनीति ८.१ समेट्नु पर्ने क्षेत्र र सिफारिस हुने स्वास्थ्य संस्थामा मानव संसाधनको अवस्थामा सुधार गर्ने ।

- जनसङ्ख्या, अपाङ्गता, रुग्णता र मृत्युदरका ढाँचामा आधारित भई मानव संसाधन आवश्यकताको पूनरावलोकन गर्ने ।
- प्रोत्साहनका कार्यक्रम मार्फत स्वास्थ्यकर्मीका रिक्त दरबन्दी पूर्ति र टिकाउपनलाई सुनिश्चित गर्ने ।
- जनशक्तिलाई समावेशी तुल्याउने ।
- सिफारिस सेवालार्ई सुनिश्चित पार्न विशेषज्ञ जनशक्ति खटाउने ।
- उपलब्धी/प्रतिफलसँग जोड्दै स्वास्थ्यकर्मीको कार्यसम्पादन लेखाजोखा प्रणाली विकास गर्ने ।
- बुद्धिजीवी र नीजि क्षेत्रसँगको सहकार्यमा मानव संसाधन प्रबन्ध गरी सामुदायिक क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवा दाताको क्षमता सुधार गर्ने ।
- दुर्गम र सुगम ठाउँमा कर्मचारीहरूको चक्रिय (आलोपालो) सेवाको लागि संयन्त्र बनाउने ।

### रणनीति ८.२ स्वास्थ्य संस्थामा औषधी आपूर्तिमा सुधार ल्याउने ।

- स्वास्थ्य संस्थामा अत्यावश्यकिय औषधीहरूको श्रृंखला वृद्धि गर्ने ।
- औषधीको विवेकपूर्ण प्रयोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने ।
- जिल्लादेखि किनाराका स्वास्थ्य संस्थासम्म औषधी आपूर्ति संयन्त्रमा सुधार गर्ने ।

- जिल्लाबाट किनाराका स्वास्थ्य संस्थासम्म औषधी ढुवानीका लागि संयन्त्र खडा गर्ने ।
- औषधीको गुणस्तरीयता सुनिश्चित गर्ने ।

### **रणनीति ८.३ स्थायी स्वास्थ्य संस्थाको सेवामा सुधार सहित सेवाको दायरा विस्तार गर्ने ।**

- सेवाको कार्यक्रम अनुरूप नै अत्यावश्यक औषधी, मानव संसाधन र प्रदान हुने सेवाहरूको गुणस्तरमा (QoC) सुधार गर्ने ।
- आवश्यक पूर्वाधारको पहिचान गर्ने र/वा तिनीहरूको जो चाहिएको निर्माण वा जिर्णोद्धार गर्ने ।
- स्वास्थ्य सेवालाई महिला मैत्री तुल्याउन कमसेकम एक जना महिला स्वास्थ्यकर्मी नियुक्त गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्य शिक्षा र परामर्श सेवालाई सुदृढ गर्ने ।
- जिल्ला भन्दा तल्ला तहमा औषधी र बन्दोबस्तीका सामानहरूको ढुवानी प्रबन्धमा सुधार गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक उपकरणहरूको सुसञ्चालनको अवस्थालाई सुनिश्चित तुल्याउने ।
- सेवा प्रवाहको कार्यघण्टा बढाउने । खुल्ने समयमा आउन नसक्नेहरूको लागि अतिरिक्त समयमा छुट्टै सेवाको प्रबन्ध गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा पिउने पानी, बिजुली/बत्ती, स्वच्छताको अवस्था र प्रतिक्षा कक्ष जस्ता सुविधाहरूको प्राप्यतालाई सुनिश्चित गर्ने ।
- स्वास्थ्य चौकी तहमा प्रयोगशाला र x-ray उपकरण समेत थप गरी सेवाको प्याकेज (श्रृंखला) वृद्धि गर्ने ।
- स्वास्थ्य चौकीमा प्रसुति सेवा स्थापना र सम्वर्द्धन गर्ने ।
- त्यस्ता चौकीहरूमा दीर्घ प्रभावी जन्मान्तर विधिहरूको सेवा समेत थप गर्ने ।

- सुरक्षित गर्भपतन सेवा थप गर्ने ।
- सबै सेवा स्थलहरूमा परामर्श सेवालाई थप गर्ने ।
- खाद्य अभाव हुने क्षेत्रमा खासखास लक्षित समूहका लागि खाद्य परिपूर्तिको कार्यक्रम थप गर्ने ।
- सरुवा रोग नियन्त्रण कार्यक्रमलाई सबल गर्ने ।
- क्षयरोग लगायत अन्य सबै सरुवा रोगको तत्काल र प्रभावी रूपमा निदान गर्ने पद्धति सम्बर्द्धन गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा सेवाको गुणस्तर हेर्ने समिति खडा गर्ने ।
- स्वास्थ्य संस्थामा गुणस्तर निर्देशिका र साधनहरू प्रयोगमा ल्याउने ।
- स्वास्थ्य संस्थाको गुणस्तरीय सेवाको लागि जगेडा कोषको व्यवस्था गर्ने ।

#### **रणनीति ८.४ गाँउघर क्लिनिक सेवालाई विस्तार र सुधार गर्ने ।**

- गाँउघर क्लिनिकको लागि एउटा स्थायी स्थान (निश्चित कोठा) निर्धारण गर्ने ।
- नसमेटिकाहरूको अनुपात, जनसङ्ख्याको आकार र घनत्व तथा दुरी र भू-बनोट समेतका आधारमा उपयुक्त संयन्त्र बनाएर गाँउ-घर सेवाका स्थान, आवृत्ती, र समयावधि बढाउने ।
- सामान्य विरामी, घाँउ-चोटपटक र शारीरिक गडबडीहरूको उपचारात्मक सेवालाई थप गरी सेवाको प्याकेज/श्रृंखला वृद्धि गर्ने ।
- गाँउघर सेवा दिने स्थलमा CHU/ANM/HA जस्ता स्वास्थ्यकर्मी परिचालन गर्ने ।

#### **रणनीति ८.५ सिफारिस सेवालाई विस्तार र सुधार गर्ने ।**

- छानिएका जिल्ला र सिफारिस अस्पतालहरूमा विशेषज्ञ सेवाहरू थप गर्ने ।

- टाढाबाट आउने विरामीहरुको आश्रयको लागि सामुदायिक प्रतिक्षागृह निर्माण र सञ्चालन गर्ने ।
- एम्बुलेन्सको सहज पहुँचका लागि संयन्त्र विकास गर्ने ।
- विपन्नहरुलाई उच्च प्राथमिकता सहित विपत्तिमा भैपरिआउने खर्चका लागि सहायता संयन्त्र विकास गर्ने ।
- जिल्ला अस्पतालहरुमा सिफारिस कोषको रकम वृद्धि गरी निर्धनहरुलाई उपलब्ध गराउने ।
- लैंगिक हिंसा (GBV) लाई सम्बोधन गर्न कृयाकलापमा वृद्धि गर्ने ।



## ४. सुचकहरू

१. पहुँच बाहिर रहेकाहरूको लागि केन्द्रित कार्यक्रमहरूको लागि केन्द्र देखि जिल्ला तहसम्म एउटा संस्थागत ढाँचा विकास र संस्थापन भएको हुनेछ ।
२. लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण अभिमुख कर्मचारी, लैङ्गिक स्रोत केन्द्र लगायत लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण संस्थागत गरेका जिल्ला, महाशाखा र केन्द्रको प्रतिशत निर्धारण हुनेछ ।
३. जातीय, वर्गीय तथा दुरीको हिसाबले प्रमुख स्वास्थ्य सेवाको उपभोगको स्वास्थ्य सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउन गाविसहरू वर्गीकरण भएको हुनेछ ।
४. जिल्ला र गा.वि.स. तहमा विकेन्द्रित स्वास्थ्य योजना विकास गरिनेछ ।
५. स्थानीय परिवेशमा आधारित योजना तयारी गरेको, लागु गरेको र गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने एकीकृत साधनहरू प्रयोगमा ल्याउने स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिशत पहिचान गरिनेछ ।
६. सामाजिक लेखा परीक्षणका पृष्ठपोषणलाई योजना निर्माण गर्दा समावेश गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूको प्रतिशत बढेनेछ ।
७. गुनासो व्यवस्थापनको संयन्त्र ठीक-दुरुस्त हुने संस्थाहरूको प्रतिशत बढेनेछ ।
८. स्थानीय भाषामा उत्पादन गरी वितरण भएका स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार सामाग्रीको प्रतिशत बृद्धि हुनेछ ।
९. पहुँच बाहिरका जनसँख्यालाई लक्षित कार्यक्रम निर्माण गरी स्थानीय एफ.एम. (रेडियो) मार्फत प्रसारण गरिने कार्यक्रमको सँख्या थप हुनेछ ।
१०. यातायात सहायता कोष खडा गरेका गाविस र जिल्लाको प्रतिशत बृद्धि हुनेछ ।
११. सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ स्थापना भएका गा.वि.स.को प्रतिशत बृद्धि हुनेछ ।
१२. पुरुष र महिलाको अनुपात, दलित र अन्य जातका कर्मचारीको अनुपातमा बृद्धि हुनेछ ।
१३. सेवाको पहुँच नपुगेको क्षेत्रका लागि सरकारी संस्था, गैरसरकारी संस्था र अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्था समेतको संयुक्त योजना तयार र कार्यान्वयन भएका जिल्लाको प्रतिशत बृद्धि ।

१४. सिकारु (तालिमे) चिकित्सकहरुलाई दुर्गम स्थानमा खटाउन नीजि अस्पताल र मेडिकल कलेजहरुको संख्या
१५. लक्षित कार्यक्रमको लागि स्वास्थ्य क्षेत्र सूचना प्रणाली (HSIS) ले तयार पारेको अनुगमन ढाँचा प्रयोगमा ल्याउने जिल्लाहरुको प्रतिशत ।
१६. बञ्चितिकरणमा परेका समूह मैत्री स्वास्थ्य संस्थाहरुको प्रतिशतमा बढोत्तरी हुनेछ ।
१७. गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने बञ्चितिकरणमा परेका समूहको जनसँख्याको प्रतिशत ।
१८. गा.वि.स.हरुमा लैङ्गिक हिंसाका घटनामा कमी ।
१९. गुणस्तरीय सेवा लिने (पिछडिएका समुदायका जनता जातजाति र भौगोलिकताको आधारमा) को संख्या/प्रतिशत ।
२०. पछाडि परेका समुदायको जनसङ्ख्यामा ज्ञान, धारणा र व्यवहारको तहमा भएको वृद्धिको प्रतिशत ।
२१. अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने पछाडि परेका समुदायको जनसङ्ख्या/प्रतिशत ।
२२. यातायातका विविध साधनहरु प्रयोग गरी प्रेषण सेवा उपभोग गर्ने पछाडि परेका समुदायका जनसङ्ख्या/प्रतिशत ।
२३. राम्रोसँग सञ्चालित गाउँघर क्लिनिकको संख्या/प्रतिशत ।
२४. गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा उपभोग गर्ने पिछडिएका समुदायका घर-परिवारको संख्या/प्रतिशत ।
२५. पिछडिएका समुदायहरुको अनुगमन तथ्याङ्कलाई योजना तर्जुमा, कार्यक्रम विकास र समीक्षा प्रकृत्यामा उपयोग गर्ने जिल्लाको प्रतिशत वृद्धि हुनेछ ।
२६. पिछडिएका समुदायलाई प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवाको समीक्षाबाट प्राप्त पृष्ठपोषण उपलब्ध गराउने जिल्लाको प्रतिशत वृद्धि हुनेछ ।
२७. गुणस्तरीय सेवा लिने पिछडिएका समुदायको घरधुरीको प्रतिशतमा वृद्धि हुनेछ ।

# अनुसूची

## अनुसूची १ | स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर परेकाहरूका परिभाषाहरू

पहुँच बाहिर रहेको समूहलाई परिभाषित गर्न कठिन छ। मोफेटले यसलाई जनसङ्ख्याको त्यस्तो तप्का भनेर परिभाषित गरेका छन् जो समयभावले गर्दा वा भाषा, उमेर लिङ्ग, भौगोलिक अवस्थिति, आयस्तर, जातियता, शिक्षा, बसोबासको अवस्था, स्वास्थ्य र धर्मको कारणले प्रकृया प्रति नै सशङ्कित भनेर सहभागिताको लागि अनिच्छुक हुन्छन्। (१४) प्लानागन र टोलीले जोखिममा परेका, अस्थिर र सिमान्तकृत भन्ने यसको भावार्थको पारिभाषिक वर्णनमा पुग्न अपाङ्ग वा घुमफिरमा अशक्त, बुढ्यौली लागेका वा कम उमेरका बच्चा, सांस्कृतिक र भाषिक तवरले भिन्न समुदायका र सुकुम्वासी जस्ता शब्दावली प्रयोग गरेका छन्।

वोनिभ्स्की र टोलीले पहुँच बाहिर भन्ने शब्द भित्र लुकेको वा ध्यान नपुगेको जनसङ्ख्या, उपेक्षित, विशेष र पिछडिएको समुदायलाई समाविष्ट गरेका छन्। (१६)

नेपालको संविधान २०७२, नेपाल सरकारको तीन वर्षे अन्तरिम योजना (२००७-२०१०) तथा त्रि-वर्षिय योजना (२०१०-२०१३) ले महिला, दलित, आदिवासी-जनजाति, मधेशी, मुस्लिम, अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू, लैंगिक र यौन अल्पसंख्यक तथा भौगोलिक रूपले दुर्गम इलाकाका बासिन्दाहरूलाई बहिस्करण खेपिरहेका समूहको रूपमा पहिचान गरेको छ। (१, १७, १८)

माथिका परिभाषामा टेकेर यस रणनीतिको प्रयोजनका लागि पहुँच बाहिर रहेको समूहभित्र दुर्गम क्षेत्रमा बसोबास गर्ने, पिछडिएको जाति, जनजाति समूह र धार्मिक अल्पसंख्यक र त्यसैगरी उपभोगको स्वरूप हेरी निर्धन, शहरी विपन्न र निरीह वृद्ध-वृद्धा लगायत फरक क्षमता भएका समूह, यौन तथा लैंगिक अल्पसंख्यक, कैदीबन्दी र शरणार्थी एवं अनौपचारिक क्षेत्रमा संलग्न श्रमिकहरूलाई समावेश गर्न सकिन्छ। अर्को शब्दमा पहुँच बाहिर रहेको समूह भन्नाले त्यस्तो जनसङ्ख्याको समूहलाई बुझाउँछ जसको आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, कानूनी र संरचनात्मक बाधाका कारणले स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सङ्कुचित बन्न पुगेको छ।

## अनुसूची २ | अध्ययन विधि

पहुँच नभएका सम्म पहुँच बनाउने यो रणनीतिको मस्यौदा तयारीमा साभार श्रोतबाट उपलब्ध परिमाणात्मक सूचना तथा जानकारीको उपयोग गर्दै सहभागीतामूलक र परामर्शको संयुक्त प्रकृया अपनाइएको थियो। आवश्यकताको खाडलको विश्लेषण र रणनीति तर्जुमा अन्तर्गत सरोकारवालाहरूसँग राष्ट्रिय तहमा भएका परामर्श र अभि महत्वपूर्ण रूपले खुद नसमेटिएका व्यक्तिहरूसँगकै सरसल्लाहबाट प्राप्त तथ्य, सिकिएका पाठ र असल अभ्यासहरूको पुनरावलोकनका कार्यहरू समेत समावेश भएका छन्।

### २.१ तथ्यहरूको समीक्षा, सिकिएका पाठ र राम्रा अभ्यासहरू:

स्वास्थ्य क्षेत्रमा समताको प्रश्न र यसका निर्णायक तत्वहरूसँग सम्बन्धित दुबै राष्ट्रिय र अन्तराष्ट्रिय तथ्यहरूको समीक्षा गरियो। यस क्रममा वैज्ञानिक लेखहरू, अनुसन्धान प्रतिवेदन तथा मार्गदर्शनहरू, नीति-रणनीति र कार्यक्रम प्रतिवेदनहरू, राष्ट्रिय जनसांख्यिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NDHS) ले देखाएका सान्दर्भिक तथ्यहरू तथा संयुक्त राष्ट्रसंघीय विकास सहायता रूपरेखा दस्तावेज र त्यसैगरी नेपाल जीवनस्तर सर्वेक्षण (NLSS), सेवा अनुगामी सर्वेक्षण र घर-धुरी सर्वेक्षण समेतको समीक्षा भयो। माग तथा आपूर्ति दुबै पक्षमा यथेष्ट ध्यान दिँदै समेट्न मुस्किल पर्ने जनसङ्ख्या सम्म प्रभावकारी सेवा प्रवाहको माध्यमबाट पहुँच बिस्तार गर्न सफल र नवीनतम पद्धति, असल अभ्यासहरू, अनुभवबाट सिकेका पाठहरू एवम् नौला प्रविधिहरूको समेतको अभिलेख खडा गरियो। राष्ट्रिय सूचना शिक्षा र सञ्चार/व्यवहार परिवर्तन सञ्चार रणनीतिहरू लगायत माग पक्ष केन्द्रित विविध वित्तीय कार्यक्रमहरू जस्तो, आमा सुरक्षा कार्यक्रम, चार पटक गर्भ जाँच (ANC) को लागि प्रोत्साहन सुविधा, आइ खस्ने समस्या व्यवस्थापनको लागि यातायात सुविधा, र HIV/AIDS संक्रमित व्यक्तिहरूको लागि पोषण परिपूर्ती आदि कुराहरूको समीक्षा गरियो। आपूर्तिको पाटोमा चाँही, स्वास्थ्य संस्था स्थापना र सञ्चालन निर्देशिका, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र - गाँउघर क्लिनिक (PHC-ORC) निर्देशिका, बाल स्वास्थ्य सेवाका लागि विस्तृत बहुवर्षिय योजनामा उल्लेखित (एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन-IMCI), पोषण र खोप) जस्ता रणनीतिहरू अनि त्यसैगरी मातृ स्वास्थ्यको लागि दुर्गम क्षेत्र निर्देशिका, स्वास्थ्य क्षेत्रको लै.स.सा.स (GESI) रणनीति तथा मातृ, नवजात तथा बालबालिकाको स्वास्थ्यका लागि लै.स.सा.स (GESI) कार्यसञ्चालन निर्देशिकाहरूको पुनरावलोकन पनि गरियो।

## २.२ अवधारणागत रूपरेखा

सोलार तथा अर्विनको अवधारणागत रूपरेखालाई नै केही परिमार्जन सहित विश्लेषणको लागि उपयोग गरिएको थियो । (१९) यसै क्रममा विविध सामाजिक, आर्थिक परिवेश, शासन व्यवस्था, शिक्षा, स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा नीति, सांस्कृतिक र सामाजिक मूल्य जस्ता सामाजिक, आर्थिक र राजनैतिक सन्दर्भहरूको व्याख्या भएको छ । यिनै कुराहरूले सिङ्गे जनसङ्ख्यालाई भौगोलिक अवस्थिति, आय, शिक्षा, लिङ्ग, जाति-जनजाति, धार्मिक, सांस्कृतिक संस्कार, परिवेश र अन्य तत्वहरूको आधारमा समूहगत गर्दछ र यिनै सामाजिक आर्थिक स्थितिहरूले नै सामाजिक ओहदा र यसले ल्याउने जोखिमको तहलाई निर्धारण गर्ने र स्वास्थ्य अवस्थाका खास खास कारक तत्वहरूलाई बढावा दिने हुन्छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखिएका विभेदहरू भौतिक परिस्थिति, मनोबैज्ञानिक परिस्थिति, व्यवहारिक र/वा जैविक तत्व जस्ता कारणका उपज हुन्, जसले स्वयं स्वास्थ्य प्रणालीमा असर पारिरहेको हुन्छ । खासगरी पहुँचको सन्दर्भमा स्वास्थ्य प्रणालीको भुमिका महत्वपूर्ण हुन आउँछ किनकि सेवा नपाउँदा जोखिमको तह अझ बढ्ने सम्भावना रहन्छ ।

सेवा प्रदान गर्नुपर्ने पक्षको विश्लेषण गर्दा सेवा प्रवाह र समावेशीतामा तानाहासी प्रवृत्तिलाई आधारभूत अवधारणाको रूपमा अपनाइयो । (२०). सेवाका लागि उपयुक्त दुरी, औषधी, सुई र अन्य आवश्यक सरसामानहरू तथा सेवा र सेवाप्रदायकहरूको उपलब्धतालाई क्रियाशिल स्वास्थ्य प्रणालीका लागि अत्यावश्यक ठहर गरिएको छ । त्यसैगरी पहुँचलाई कहाँ, कस्तो सेवा र कति खर्चमा भन्ने तथ्यबाट पनि मापन गरिन्छ साथै सांस्कृतिक र धार्मिक स्वीकार्यता र सेवाको गुणस्तर पनि यसमा महत्वपूर्ण पक्ष बन्दछन् ।

## २.३ कार्यक्षेत्रबाट सूचनाको संकलन

सप्तरी, रसुवा, कपिलवस्तु, कालीकोट र डोटी जिल्लालाई परिभाषित मापदण्डको आधारमा ५ वटा विकास क्षेत्र र ३ वटा भौगोलिक प्रदेशहरूको प्रतिनिधित्वका लागि चयन गरियो र यसका अतिरिक्त दलित-जनजाति अनुपात, ग्रामीण र सहरी क्षेत्रको संयोजन, न्यून मानव विकास सूचांक (HDI) मा केन्द्रित भएर भौगोलिक दुर्गमता, गरिबी, सांस्कृतिक र धार्मिक संमिश्रण र जातिगत विविधता समेत माथि पर्याप्त ध्यान पुऱ्याइयो । त्यस्तै पहिचान भइसकेका नसमेटिएका समुदायले सामना गर्नुपरेका बाधा व्यवधानहरू यकिन गरी रणनीति तैयार पार्न प्राथमिक तथ्याङ्कहरू संकलित गरिए ।

छनौट भएको प्रत्येक जिल्लामा स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुख र स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति (HFOMC) का एकजना सकृय सदस्य सँगको अन्तर्वाताले सेवा प्रवाहको पाटोका अड्चनहरूलाई पहिचान गर्न सहज बनाए ।

## २.८ परामर्शका प्रकृत्याहरू

### जिल्ला तहका सरोकारवालाहरूका कार्यशाला

जिम्मेवारी बहन गर्ने (बहु विभागीय तालुकवाला निकाय) र अधिकार राख्ने (सेवा उपभोक्ताहरू) का प्रतिनिधी सहितको जिल्लास्तरीय परामर्श कार्यशालाले कार्यक्षेत्रका आवाजहरूलाई वैद्यता प्रदान गरे र पहिचान भएका व्यवधानहरूलाई हटाउनका लागि रणनीतिक विकल्प उपलब्ध गराए ।

### अधिकारधारक र जिम्मेवारी बहनकर्ताको राष्ट्रिय कार्यशाला:

जिल्ला तहबाट प्राप्त बाधा व्यवधान र तिनका विकल्पहरू बारे परस्पर जानकारी आदान प्रदान र पृष्ठपोषणको निम्ति सेवा प्राप्तिको हक हुने र सेवा प्रदानको दायित्व बोक्नेहरूको बीच राष्ट्रिय तहमा दुईवटा कार्यशाला आयोजना भए । उपभोक्ता समूह, सेवाको अधिकार भएका समूह, सेवा प्रदायक, स्वयंसेवकहरू, कार्यक्रम प्रबन्धकहरू, नीजिक्षेत्र र नागरिक समाजका संगठनहरूको समेत यसमा प्रतिनिधित्व निश्चित गरिएको थियो ।

### सानो समूहमा अन्तर्क्रिया:

अरु गैरसरकारी संस्थाहरू (NGOs) र वृहत स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालन गरी आएका अ.गै.स.स. (INGOs) का प्रतिनिधि सँग परामर्श, अन्तर्वार्ता, बैठक र कार्यशाला गोष्ठी संचालन भए र एच्.आई.भि. संक्रमित (PLHIV), समलिंगी महिला, समलिंगी पुरुष, उभयलिंगी वा त्यस्तो सम्बन्ध राख्नेहरू, पहिचान भन्दा भिन्न लैंगिक रुचि र व्यवहार हुनेहरू, अपूर्ण वा द्वैतलिंगी (LGBTI) र यौनकर्मी महिला (FSW) समेतले माग तथा आपूर्ति, दुबै पक्षका बाधा व्यवधान/अड्चन प्रति आफ्ना सोचहरू सहित सम्भाव्य रणनीतिक सूक्ष्मदृष्टि र विकल्पहरू समेतका सुझावहरू दिए ।

## २.५ अभिलेखिकरण

समग्र प्रकृत्यालाई विस्तृत रूपमा अभिलेख गरिएको थियो । निष्कर्ष र प्रतिवेदनहरू सम्बन्धित अधिकारीहरू सँग छलफल भएका थिए र कार्यरत प्राविधिक समूहहरूले यस

प्रकृत्यालाई नियमित ढंगले अनुगमनका लागि अनुरोध गरेका थिए । यसै क्रममा निम्न लिखित दस्तावेजहरु समेत तयार भए, जसलाई आवश्यकता अनुसारको सन्दर्भमा उपयोग गर्न सकिने छ ।

१. पहुँचमा नभएकाहरुलाई समेट्नमा रहेका बाधा व्यवधान र विकल्प बारेको गुणात्मक अध्ययन प्रतिवेदन ।
२. परिस्थिति विश्लेषण, राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय लिखतहरु र तथ्यहरुको डेस्क समिक्षा प्रतिवेदन ।
३. जिल्ला तथा केन्द्रका सरोकारवालाहरूसंग आयोजित कार्यशाला गोष्ठीमा भएका छलफलका विवरण ।
४. प्रकृत्याको अभिलेखीकरण ।

## २.६ मस्यौदाको अन्तिम रूप, जानकारी आदान प्रदान र पेशी

प्रारम्भिक खेसा रणनीति लगायत माथिका सबै दस्तावेजहरु सरोकारवाला तथा समीक्षकहरूसंग छलफल गरी उनीहरुका पृष्ठपोषणहरुलाई समेत समावेश गरेर अन्तिमरूप दिइयो । निष्कर्ष एवं प्रस्तावित रणनीतिहरु नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-३ का मस्यौदा टोली समक्ष प्रस्तुत गरियो । अपनाइएको प्रकृत्या, समस्या पहिचान र विश्लेषणका निष्कर्ष, जिल्लाबाट सुभाइएका विकल्पहरु र समान तहबाट पुनरावलोकन भएको खेसा रणनीतिबारे जानकारी गराई थप सुभाइका लागि सबै प्रमुख समीक्षकहरुको संलग्नतामा एउटा राष्ट्रिय कार्यशाला समेत आयोजना भयो । सबै सम्बद्ध सरोकारवाला लगायत सल्लाहकार समिति, उच्चस्तरीय कार्यसमिति सदस्य, सेवाको अधिकार राख्ने पक्ष र दायित्व बहन गर्नेहरुका प्रतिनिधि र अन्य सरोकारवालाहरुले पनि रणनीति मस्यौदा चरणमा सहभागिता जनाई आफ्ना उपयोगी विचार प्रस्तुत गरे । कार्यशाला उपरान्तको कार्यले प्राप्त टिप्पणी र सुभाइहरुलाई समावेश र संयोजन गर्ने, लेखनलाई थप परिस्कृत गर्ने, राष्ट्रिय नीति तथा ढाँचा सँग यसलाई सम्बद्ध गर्ने, माग तथा आपूर्ति पाटोका रणनीति बीच सन्तुलन मिलाउने र रणनीतिलाई अन्तिम रूप दिई यसको नेपाली अनुवाद तयार गर्न आवश्यक अतिरिक्त क्रियाकलापहरु संलग्न गर्ने जस्ता कार्यमा ध्यान केन्द्रित गरियो ।

### अनुसूची ३

### राष्ट्रिय रणनीति तयारीको लागि गठित उच्चस्तरीय कार्य समिति

क्र.सं.	संस्थागत प्रतिनिधि	संस्था	पद
१	प्रमुख विशेषज्ञ, नीति योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय समन्वय महाशाखा (डा. पदम ब. चन्द)	स्वास्थ्य मन्त्रालय	अध्यक्ष
२	प्रमुख, नीति योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय समन्वय महाशाखा (श्री महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठ)	स्वास्थ्य मन्त्रालय	सदस्य
३	निर्देशक, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा (डा. किरण रेग्मी, डा. पुष्पा चौधरी)	स्वास्थ्य सेवा विभाग	सदस्य
४	निर्देशक, बाल स्वास्थ्य महाशाखा (डा. श्याम राज उप्रेती, डा. कृष्ण पौडेल)	स्वास्थ्य सेवा विभाग	सदस्य
५	निर्देशक, प्राथमिक स्वास्थ्य पुनरजागरण महाशाखा (डा. रमेश खरेल)	स्वास्थ्य सेवा विभाग	सदस्य
६	सह सचिव, जनसंख्या महाशाखा (डा. बन्दी पोखरेल)	जनसंख्या तथा वातावरण मन्त्रालय	सदस्य
७	उप सचिव, संधिय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय (डा. डिजन भट्टराई)	संधिय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय	सदस्य
८	कार्यक्रम निर्देशक, स्वास्थ्य र पोषण (श्री राधाकृष्ण प्रधान)	राष्ट्रिय योजना आयोग	सदस्य
९	प्रतिनिधि (डा. आशा पुन)	युनिसेफ	सदस्य
१०	प्रतिनिधि (डा. अतुल दाहाल)	विश्व स्वास्थ्य संगठन	सदस्य
११	प्रतिनिधि (डा. दिपक पौडेल)	डि.एफ.आई.डी.	सदस्य
१२	प्रतिनिधि (श्री हरि कोइराला)	यू.एस.ए.आई.डी.	सदस्य
१३	प्रतिनिधि (श्री राज कुमार महतो)	सेभ द चिल्ड्रेन	सदस्य
१४	प्रतिनिधि (श्री प्रीति कुडेसिया)	वर्ल्ड बैंक	सदस्य
१५	उप सचिव, अन्तर्राष्ट्रिय समन्वय शाखा (श्री राजिव पोखरेल)	स्वास्थ्य मन्त्रालय	सदस्य सचिव



## अनुसूची ४ | सन्दर्भ सूची

१. नेपालको संविधान २०७२, नेपाल सरकार: काठमाडौं, नेपाल २०१५
२. नेपाल सरकार, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०१४ (नेपाल). काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय २०१४
३. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम दोश्रो-कार्यान्वयन योजना (NHSP IP II) (२०१०-१५) काठमाडौं, नेपाल २०१०
४. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. स्वास्थ्य क्षेत्र लैंगिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति, काठमाडौं, नेपाल २००९
५. राष्ट्रिय योजना आयोग नेपाल मानव विकास प्रतिवेदन २०१४: भौगोलिकता बाहिर, मानव सामर्थ्यको प्रकटिकरण काठमाडौं, नेपाल: नेपाल राष्ट्रिय योजना आयोग, नेपाल सरकार, २०१४
६. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (स्वा.तथा ज.म.) [नेपाल], न्यू एरा, ICF International Inc. नेपाल जनसांख्यिक स्वास्थ्य सर्भेक्षण, २०११. काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (स्वा.तथा ज.म.) [नेपाल], न्यू एरा र ICF International Inc., 2011
७. सुवेदी बी, प्रधान ए, बार्नेट एस्, पुरी एम्, चित्रकार एस्, पौडेल पी र टोली नेपाल मातृ मृत्यु तथा रुग्णता अध्ययन २००८/९: प्राथमिक निष्कर्षहरूको सारांस काठमाडौं, नेपाल: परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग, स्वास्थ्य मन्त्रालय, नेपाल सरकार २००९
८. नेपाल स्वास्थ्य सेवा ऐन (१९९७)
९. निजामती सेवा ऐन, (१९९२)
१०. रेग्मी के, उप्रेती एस्. आर, डार ल्याङ्ग एम्, सुवेदी एच्, प्रसाई डी पी, दाहाल के तथा टोली नेपालका दुर्गम क्षेत्रहरूमा मातृ, नवजात र बालबालिका स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, एक अध्ययन काठमाडौं, नेपाल: ने.स्वा.क्षे.स. कार्यक्रम, २०१३
११. परिवार स्वास्थ्य महाशाखा आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यान्वयन निर्देशिका (पहिलो संसोधन) काठमाडौं, नेपाल, २००९

१२. प्रसाई डी, प्रसाई एम्. सेभ द चिल्ड्रेन समक्ष प्रस्तुत नीति, रणनीति र कार्यक्रमका कदमहरूको समीक्षा र स्वास्थ्य र पोषण असमानता न्यूनिकरणका तथ्याङ्कहरूको प्रतिवेदन, २०१४
१३. पाण्डे जे.पी. नेपालमा मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य जाती-जनजाति र क्षेत्रगत पहिचानका प्रभाव: नेपाल जनसांख्यिक स्वास्थ्य सर्भेक्षण, २०११ को थप विश्लेषण २०१३
१४. मोफेट एल्. हाम्रो पहुँचको विस्तार तथा सीमान्तकृत र पहुँच बनाउन मुस्किल समूहलाई संलग्न गर्ने तर्फका असल अभ्यासको प्रवर्द्धन, Ballymoney Community Resource Centre, २०१०
१५. फल्यानागन एस् एम्, ह्यानकक बी. 'पुगन मुस्किल पर्ने सम्म पहुँच'- भि.सी.एस् (स्वमसेवी र सामुदायिक क्षेत्र) बाट सिक्किएका पाठ. गुणात्मक अध्ययन. बी एम् सी. स्वास्थ्य सेवा अध्ययन २०१०; १० (१):९२
१६. बोनेभ्स्की बी, र्यान्डेल एम्, पाउल सी, च्यापम्यान् के, ट्वीम्यान् एल्, ब्रान्ट जे तथा टोली. पुगन मुस्किल पर्ने सम्म पहुँच: सामाजिक रूपले पछि परेका समूहको स्वास्थ्य सुधार तथा मेडिकल अध्ययनका लागि निर्धारित रणनीतिहरूको व्यवस्थित समीक्षा. बी एम् सी मेडिकल अनुसन्धान विधि. २०१४; १४ (१):४२
१७. राष्ट्रिय योजना आयोग, तीन वर्षे अन्तरिम योजना (२०६४/६५-२०६६/६७) काठमाडौं, नेपाल: २००७
१८. राष्ट्रिय योजना आयोग. त्रि-वर्षिय योजना (२०६७/६८-२०७०/७१) काठमाडौं, नेपाल: २०१०
१९. सोलर ओ, अर्वीन ए. स्वास्थ्यका सामाजिक कारक तत्व माथि चालिने कदमहरू सम्बन्धी अवधारणागत खाका (२००७)
२०. तानाहासी टी. स्वास्थ्य सेवा उपभोग र यसको मूल्यांकन. विश्व स्वास्थ्य संगठनको बुलेटिन. १९७८; ५६ (२): २९५-३०३
२१. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. नेपाल सुरक्षित मातृत्व र नवजात स्वास्थ्य दीर्घकालीन योजना (२००६-१७) काठमाडौं, नेपाल २००६
२२. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैंगिक समता तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई मूल प्रवाहीकरण गर्ने कार्य सञ्चालन निर्देशिका. काठमाडौं, नेपाल २०१३
२३. नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहायता कार्यक्रम. एकल बिन्दु संकट व्यवस्थापन केन्द्र: लैंगिक हिंसा पिडितहरूको लागि नमूना अस्पताल सहायता. काठमाडौं, नेपाल. ने.स्वा.क्षे.स. कार्यक्रम, २०११

२४. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य क्षेत्रको व्यावसायिक योजना २०१३/१४, काठमाडौं, नेपाल, २०१३
२५. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय लैंगिक समता तथा सामाजिक समावेशीकरणका लागि संस्थागत संरचना स्थापना र कार्य संचालन निर्देशिका. काठमाडौं, नेपाल २०१३
२६. विकास संसाधन केन्द्र. नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा सूचना शिक्षा र संचार कार्यक्रमबारे निर्माणात्मक अध्ययन- राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना र संचार केन्द्रमा प्रस्तुत प्रतिवेदन, काठमाडौं, नेपाल: २०१२ ।
२७. टोमस् डी, बेल एस्, दहाल के, ग्रेलियर आर, भ्वा सी, प्रसाई एस् र समूह. समुदायका आवाज: स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, सहभागितात्मक जनसांख्यिक द्रुत मुल्यांकन र अध्ययन (PEER) काठमाडौं, नेपाल: नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहायता कार्यक्रमको सहयोगमा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, २०१३.
२८. बेनेट एल्, दाहाल डी आर., गोविन्द सामी पी. नेपालमा जाति, जनजाति र क्षेत्रीय पहिचान: “ने.ज.स्वा.स. २००६ को थप विश्लेषण” Claverton, Maryland, USA: २००८
२९. स्वास्थ्य मन्त्रालय, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाका लागि संकटग्रस्त समुदाय विकास योजना. स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार एकाइ पी. डी. काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य मन्त्रालय; २००४
३०. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय [नेपाल] नेपाल सुरक्षित मातृत्व र नवजात स्वास्थ्य दीर्घकालिन योजना (२००६-१७) काठमाडौं, नेपाल २००६ । बालबालिका स्वास्थ्य महाशाखा र परिवार स्वास्थ्य महाशाखा.स्वा.म, काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय; २००६
३१. उपत्यका अध्ययन समूह. सुरक्षित मातृत्व र नवजात स्वास्थ्य सम्बन्धमा ज्ञान, अभिवृत्ति र अभ्यासहरूको अन्तिम रेखा सर्वेक्षण: सुरक्षित मातृत्वका लागि समता र पहुँचको कार्यक्रम, काठमाडौं: सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम (SSMP) र समता र पहुँच कार्यक्रमलाई सहायता (EAP), २००९
३२. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. स्वास्थ्य क्षेत्रमा लै.स. तथा सा.स. लाई मूल प्रवाहीकरण: प्रगति समीक्षा र प्रकृया अभिलेखिकरण. काठमाडौं, नेपाल: स्वा.तथा ज.म. र ने.स्वा.क्षे.स.का: २०१३
३३. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. प्रगति समीक्षा, नमुना अस्पताल सामाजिक सेवा एकाइ. काठमाडौं, नेपाल; २०१३

३४. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय. स्वास्थ्य क्षेत्र सामाजिक परीक्षण कार्य सञ्चालन निर्देशिका. काठमाडौं, नेपाल, २०१२
३५. परिवार स्वास्थ्य महाशाखा. स्वास्थ्य आमा समूह सवलीकरण कार्यक्रम: अभिमुखीकरण निर्देशिका. काठमाडौं, नेपाल : स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (नेपाल): २०१२
३६. केन्द्रिय तथ्याङ्क विभाग. नेपाल जीवनस्तर सर्भेक्षण. काठमाडौं, नेपाल: राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय, २०११
३७. बोरगी जे, एन्सोर टी, न्यौपाने बी डी, तिवारी एस्. नेपालमा प्रसवमा दक्ष जनशक्ति प्रयोगका आर्थिक परिणामहरु, ट्रोपिकल मेडिसिन र अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य. २००६; ११ (२): २२८-३७
३८. सिन्भा लिन्डर एस्. स्वास्थ्यमा उपलब्धी परिमाणको विश्लेषण. काठमाडौं, नेपाल: नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहायता कार्यक्रम, २०१२
३९. गरिबी निवारण कोष (PAF) १७ ओक्टोबर २००७ सम्मको कार्यक्रम कार्यान्वयन अवस्था: [http://www.pafnepal.org.np/uploads/document/file/a\\_२००७११०१०४०७२०-२०१२०२२४०५५३१०.pdf](http://www.pafnepal.org.np/uploads/document/file/a_२००७११०१०४०७२०-२०१२०२२४०५५३१०.pdf)
४०. देवकोटा के एल्. नेपालमा स्थानीय निकायहरुको न्यूनतम अवस्था र कार्यसम्पादन कदमहरुको सङ्क्षिप्त साधारण सर्भेक्षण (MCPMs): स्थानीय सुशासन र सामुदायिक विकास कार्यक्रम (LGCDP). काठमाडौं, नेपाल: (LGCDP), स्थानीय विकास मन्त्रालय, २००९
४१. स्वास्थ्य सेवा विभाग. वार्षिक प्रतिवेदन २००९/२०१०. काठमाडौं, नेपाल: २०१०
४२. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (नेपाल). राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति. पोषण शाखा CHD, स्वास्थ्य मन्त्रालय । काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, २००४.
४३. राष्ट्रिय योजना आयोग. नेपालमा मातृ र बाल कुपोषणको न्यूनीकरणलाई द्रुत गर्ने बहुपक्षिय पोषण योजना: २०१३-२०१७. राष्ट्रिय योजना आयोग. काठमाडौं, नेपाल: नेपाल सरकार
४४. केन्द्रीय तथ्यांक विभाग. राष्ट्रिय जनसङ्ख्या र आवास तथ्यांक (राष्ट्रिय प्रतिवेदन) काठमाडौं, नेपाल: राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय, २०१२
४५. हेरिस् डी, वेल्स एच्, जोन्स एच्, राणा टी, चित्रकार आर एल्. नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा मानव संसाधन: दुर्गम क्षेत्रमा पहुँचको राजनीति. ODI, UK २०१३: <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinionfiles/८३२९.pdf>.

४६. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहायता कार्यक्रम. स्वास्थ्य रणनीतिक योजनाको निम्ति मानव संसाधन २०११-२०१५. काठमाडौं, नेपाल २०१२
४७. मार्टिन्स टी, सुवेदी एच. स्वास्थ्य क्षेत्रमा मानव संसाधन-स्वास्थ्य प्रणाली सबलीकरणका लागि क्षमता मुल्यांकन. NHSSP, २०१०
४८. बायर्न ए, होज ए, जिमेजोज सोतो ई, मोर्गन ए. Build and they will come? नेपालका पर्वतीय इलाकामा आपूर्तिको पाटोदेखि बाहिर मागको पक्षका व्यवधानहरु तर्फको दृष्टि २०१२
४९. मेहता एस्, बराल एस् सी, चन्द्र पी बी, सिंह डी आर्, पौडेल पी एस् बी. नेपाल घरधुरी सर्वेक्षण २०१२. काठमाडौं, नेपाल: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, नेपाल सरकार, २०१३.
५०. परिवार स्वास्थ्य महाशाखा. दुर्गम क्षेत्रमा सुरक्षित मातृत्वका लागि निर्देशिका- सुरक्षित मातृत्व प्रतिफल सुधारका विकल्प. काठमाडौं, नेपाल २००९.
५१. कर्णाली विकास आयोग. नेपाल सरकार: कर्णाली विकास आयोग, जुम्ला २०१४ [cited २०१४ अक्टोबर १६]; <http://karnalidc.gov.np>
५२. UNV, RADC. अनुभवबाट सिकाई: नेपालमा समुदाय परिचालन. काठमाडौं, नेपाल: संयुक्त राष्ट्र संघीय स्वयंसेवक र दुर्गम क्षेत्र विकास समिति, २००१.
५३. सरकारद्वारा ७२ नयाँ नगरपालिका घोषणा (सूची सहित) [database on the Internet]. Ekantipur. २०१४:[http://www.ekantipur.com/२०१४/०५/०८/top-story/govt-declares-&@-new-municipalities-with-list/#\\*\(#.html](http://www.ekantipur.com/२०१४/०५/०८/top-story/govt-declares-&@-new-municipalities-with-list/#*(#.html)
५४. विश्व स्वास्थ्य संगठन. सहरी विपन्नहरुको स्वास्थ्य बारे क्षेत्रीय परामर्श. न्यू दिल्ली: दक्षिण पूर्व एसियाको क्षेत्रीय कार्यालय, २०१२
५५. आचार्य बी आर्. सहरी विपन्नता: शंखमूल सुकुम्बासी बस्तीको एक समाज शास्त्रीय अध्ययन; धौलागिरी समाजशास्त्र एवं मानव शास्त्र जर्नल २०१०;४: १७९-९२
५६. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र स्थानिय विकास मन्त्रालय। नेपालका नगरपालिकाहरुमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रवाह प्रणाली सम्बन्धमा राष्ट्रिय सहरी स्वास्थ्य नीति, रणनीति र कार्ययोजना. काठमाडौं, नेपाल २०१०
५७. स्वास्थ्य सेवा विभाग. वार्षिक प्रतिवेदन २०१२/१३. काठमाडौं, नेपाल: २०१३
५८. अपाङ्गता अन्तराष्ट्रिय नेपाल. नेपालमा अपाङ्ग व्यक्तिहरुको लागि समुदायमा आधारित पूनर्स्थापना, एक सर्वेक्षण, महिला, बालबालिका र समाज कल्याण मन्त्रालयको लागि सञ्चालित एक अध्ययन. काठमाडौं, नेपाल: २००७

५९. राष्ट्रिय योजना आयोग. १३ औं योजनाको अप्रोच पेपर. काठमाडौं, नेपाल: २०१२
६०. मोरीसन जे, बस्नेत एम, बुढाथोकी बी, अधिकारी डी, तुम्बाहाम्फे के, मानन्धर डी र टोली. ग्रामीण नेपालमा अपाङ्ग महिलाहरुको मातृत्व तथा नवजातहरुको स्वास्थ्य हेरचाह: गुणात्मक अध्ययन. सुडेनी सेवा. २०१४
६१. ढुङ्गाना बी एम्. नेपालमा अपाङ्ग महिलाहरुको जनजीवन: सहायता विहिन जोखिमता अपाङ्गता र समाज. २००६; २१(२): १३३-४६
६२. अर्थ मन्त्रालय. आ.व. २०१४/१५ को बजेट भाषण. काठमाडौं, नेपाल २०१४
६३. सिंह एस, पन्त एस बी, ढकाल एस, पोखरेल एस, मुलानी एल सी. काठमाडौंमा यौन तथा लैंगिक अल्पसंख्यकहरुको मानव अधिकार उल्लंघन, नेपाल: गुणात्मक अनुसन्धान. बी.एम.सी. अन्तर्राष्ट्रिय स्वास्थ्य तथा मानव अधिकार. २०१२; १२ (१): ७
६४. Control NCfAaS. राष्ट्रिय एच् आई भि/एड्स रणनीति २०११-२०१६. NCASC: टेकु, काठमाडौं, नेपाल सरकार, २०११
६५. Management DoP. Index of/noticefile. गृह मन्त्रालय, नेपाल सरकार: २०१४ [cited २०१४ जुलाई]: <http://www.dopm.gov.np/noticefile>
६६. फाउन्डेसन NMH. नेपालमा मानसिक स्वास्थ्य. नेपालमा मानसिक स्वास्थ्य फाउन्डेसनस २०१४ [cited २०१४ जुलाई]: <http://www.nepalmentalhealth.org/banner/2.html>
६७. डोलन् के, लार्ने एस्. नेपालका कारागारहरुमा HIV एक समिक्षा. काठमाडौं विश्वविद्यालय मेडिकल जर्नल. २००९; ७ (४): ३५१-४.
६८. UNHCR. नेपालबाट पुर्नस्थापित हुने शरणार्थीको संख्या ६ अंकमा पुग्यो. UNHCR: संयुक्त राष्ट्रसंघीय शरणार्थी नियोग; २०१४ [cited २०१४ July]; <http://www.unhcr.org/517a77df9.html>.
६९. ब्रेनन एम, बिलुखा ओ.बोस्म्यान्स एम, दहाल बी, आर भ्ना, के.सी. नेपालमा शरणार्थीको स्वास्थ्य: नेपालका शरणार्थी शिविरहरुमा स्वास्थ्य र स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको UNHCR/WHO को संयुक्त मुल्यांकन. UNHCR मुल्यांकन र नीति विश्लेषण एकाई, २००५.
७०. ड्युक ग्लोबल स्वास्थ्य संस्था. भुटानी शरणार्थीहरुमा लक्षित स्वास्थ्य मुद्दाहरुको सम्बोधन. ड्युक ग्लोबल स्वास्थ्य संस्था; २०१२ [cited २०१२ जुलाई]: <https://globalhealth.duke.edu/media/news/addressing-stigmatized-health-issue-among-bhutanese-refugees>.
७१. राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र. नेपाल HIV लगानी योजना २०१४-२०१६. Population MoHA नेपाल सरकार, UNAIDS; २०१३.

७२. स्वास्थ्य सेवा विभाग. वार्षिक प्रतिवेदन २०१३/१४. काठमाडौं नेपाल, २०१४.
७३. ब्यारोस, ए जे डी, रोन्समन्स सी, एक्सेल्सन एच, लोइजा ई, बेटोल्डी ए डी, फ्यांका जी भी ए, ब्राईस जे, बोएर्मा टी, भिक्टोरिया सी.जी. २०१२ (Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: ५४ देशहरुबाट उपलब्ध सर्वे तथ्यांकहरुको सिंहावलोकन समीक्षा. Lancet 2012;379:1225-33 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360979>
७४. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, संघिय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय (२०१४). स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन सुदृढीकरणका लागि सहभागितात्मक ढाँचाको कार्यान्वयन निर्देशिका (स्थानीय स्वास्थ्य सुशासन सुदृढीकरण): काठमाडौं,

