

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यान्वयन अवस्था तथा सम्पादित कार्यको मूल्यांकन कार्यमूलक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन, २०७३

१. **पृष्ठभूमि** – क्षयरोग विश्वमा एक प्रमुख रोगको रूपमा रहेको छ । क्षयरोग Mycobacterian Tuberculosis नामक जिवाणु (Bacteria) को कारणबाट संक्रमित हुन्छ, जस्तै सामान्यतया फोक्सोमा असर गर्दछ । क्षयरोग हावाको माध्यमबाट एक अर्को मानिसमा सर्दछ । विश्वका करिब एक तिहाई मानिसहरु क्षयरोगका व्याक्टेरियाबाट संक्रमित भएको अनुमान भए पनि सबैमा यो देखा पर्ने गरेको देखिदैन । HIV AIDS रोग लागेको, कुपोषण भएका, चिनी रोग (डायबेटिक्स) भएका कारणले प्रतिरोधात्मक प्रणाली (Immune system) कमजोर भएका वा धुम्रपान गर्ने मानिसहरुमा यस रोगको संक्रमणको कारण विरामी हुने सम्भावना बढी हुन्छ । क्षयरोग नेपालमा एक प्रमुख समस्याको रूपमा रहेको छ । यस रोगका कारण हजारौं मानिस विरामी पर्ने गरेका छन् । नेपालको कूल जनसंख्याको ६० प्रतिशत मानिसहरु यस रोगका जिवाणुबाट संक्रमित भएको अनुमान छ । क्षयरोग नेपालमा मानिसको मृत्यु हुनुको छैठौं प्रमुख कारणमा पर्दछ । आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा ३२ हजार भन्दा बढी क्षयरोगका विरामी दर्ता भएको र ९९९ रोगी क्षयरोगका कारणबाट मृत्यु भएको देखिन्छ । नेपालमा क्षयरोगीको मृत्युदर तुलनात्मक रूपमा बढी रहेको छ ।

प्रमुख कार्यसम्पादन परिसूचकहरु(KPI)

- क्षयरोगीको पहिचान दर
- क्षयरोग उपचारमा सफलता
- उपचारमा समग्र परिमाण

राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम प्राथमिक स्वास्थ्य हेरचाह कार्यक्रम अन्तर्गत संचालित कार्यक्रम हो । नेपालमा परम्परा देखि देखापरेको यस रोगको उपचारका लागि सन् २००१ अप्रिल देखि नेपालमा प्रत्यक्ष निगरानी सेवा (Direct Observed Treatment Short Course -DOTS) लागू गरी रोगीहरुको उपचार समेत भई आएको देखिन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग विहिन विश्व बनाउने परिकल्पना अनुसार राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम सन् २००६ मा परिमार्जित “The Stop TB Strategy” सार्वजनिक गरेको थियो । नेपालले २४ मार्च २००६ देखि अङ्गिकार गरेको यस रणनीति अनुसरण गरी कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्दै आएको छ ।

२. **कार्यमूलक लेखापरीक्षणको औचित्य** – नेपालमा राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रणको लागि विगतदेखि बजेट तथा कार्यक्रम छुट्याई विनियोजित बजेटको ठुलो रकम यस कार्यक्रमको लागि खर्च हुने गरेको छ । नेपालमा राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम सन् २००६ देखि सञ्चालन हुदै आएको छ । २०७२/७३ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई विनियोजित भएको रु.३७ अर्ब ६० करोड मध्ये क्षयरोग कार्यक्रमका लागि १ अर्ब ३५ करोड अर्थात ३.५९ प्रतिशत विनियोजि भएकोमा ३४ करोड ८० लाख खर्च भएको देखिन्छ । यस कार्यक्रमको कार्यमूलक लेखापरीक्षण गरी मूल्यांकन गर्न निम्न कारणले गर्दा उपयुक्त ठानी छनौट गरिएको छ । :

- सहश्राब्दी विकास लक्ष्य तथा आवधिक योजनाले कार्यक्रमलाई प्राथमिकता दिनु
- वर्षेनी क्षयरोगबाट हजारौंको मृत्युहुनु,
- क्षयरोगको पूर्ण उन्मूलन गर्ने राष्ट्रिय नीति तर्जुमा हुनु,

- सबै संभावित क्षयरोगी पहिचान हुन नसक्नु,
- ठुलो धनराशी बजेट खर्च भएसकदा समेत अपेक्षित उपलब्धी हासिल नहुनु,

३. नीतिगत व्यवस्थाहरू – स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिएका नीतिगत व्यवस्था निम्नानुसार रहेको छ :

३.१ **राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१** – राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ लाई अद्यावधिक गरी २०७१ मा नयाँ नीति लागु गरिएको छ । यस नीतिको उद्देश्य नागरिकको मौलिक अधिकारको रूपमा रहेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने, प्रत्येक नागरिकले सहज रूपले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न सक्ने गरी आवश्यक औषधी, उपकरण, प्रविधि र दक्ष स्वास्थ्यकर्मीहरू सहितको प्रभावकारी एवं जवाफदेहीपूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको स्थापना गर्ने, स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा जनसहभागिता प्रवर्द्धन गर्नेको साथै निजी तथा सहकारी क्षेत्रको संलग्नता वृद्धि र व्यवस्थित गर्दै अपनत्व प्रवर्द्धन गर्ने रहेको छ ।

३.२ **त्रीवर्षीय योजना** – तेह्रौँ योजना (२०७०।७१ – २०७२।७३) मा गरिएको सान्दर्भिक नीतिगत व्यवस्था निम्नानुसार छन्:

- ❖ **उद्देश्य**– सबै वर्ग, क्षेत्र र समुदायका नागरिकहरूको आधारभूत तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच र उपयोग बढाउने ।
- ❖ **रणनीति** – निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तार र गुणस्तरमा वृद्धि गर्ने । यसका लागि कानून तथा नीतिमा समसामयिक सुधार गर्ने ।
 - ❖ प्रतिरोधात्मक, उपचारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक र पुनःस्थापनामूलक सेवाहरूलाई प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्न मानव संसाधन, भौतिक संरचना र औषधि-उपकरणलाई स्वास्थ्य संस्थाको स्तरअनुसार व्यवस्थापन गरी प्रभावकारी सेवा प्रदान गर्न स्वास्थ्य संस्थाको क्षमता विकास गर्ने।
 - ❖ स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सरकारी, निजी, सहकारी तथा विकासका साभेदारहरूसंग सहकार्य अभिवृद्धि गर्ने।
 - ❖ स्वास्थ्य सेवाबारे जनचेतना अभिवृद्धि गर्न समुदाय, नागरिक समाजलाई समेत परिचालन गर्ने ।
 - ❖ अनुगमन तथा मूल्याङ्कन कार्यलाई व्यवस्थित गर्ने ।
- ❖ **कार्यनीति**
 - ❖ विशेष सेवासहितको मोबाइल क्याम्प, आउटरिच क्लिनिक, टेलिमेडिसिन जस्ता सेवाहरूलाई विस्तार गरी प्रभावकारी बनाइने ।
 - ❖ स्वास्थ्य क्षेत्रका जनशक्ति र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवकको क्षमता विकास र स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको स्तर अभिवृद्धि गरी सेवा प्रवाहलाई प्रभावकारी बनाइने ।
 - ❖ सबै वर्ग, क्षेत्र र समुदायका नागरिकहरूको आधारभूत तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच बढाउन बर्तमान नियम कानून र नीतिमा सुधार गरिने ।
 - ❖ स्वास्थ्य क्षेत्र व्यवस्थापन, गुणस्तरीय सेवा, विकेन्द्रित व्यवस्थापन, सुशासन एवं जवाफदेहिता अभिवृद्धि गरिने ।
 - ❖ जनसंख्या, विरामीको चाप तथा भौगोलिक अवस्थितिको आधारमा आवश्यक स्रोतसाधन सहित स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना र स्तरोन्नति गरिने ।

- ❖ गुणस्तरीय, प्रभावकारी र सेवाग्राही मैत्री स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि सबै किसिमका स्वास्थ्य सेवामा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीलाई क्रमबद्ध रूपमा कार्यमूलक तालिम प्रदान गरी क्षमता अभिवृद्धि गरिने ।
- ❖ प्रतिरोधात्मक, उपचारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक र पुनस्थापनामूलक सेवाहरूलाई प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको रूपमा सञ्चालन गरिने ।
- ❖ स्वास्थ्यसम्बन्धी प्रवर्द्धनात्मक र प्रतिरोधात्मक कार्यक्रमहरूलाई विद्यालयहरूमा समेत विस्तार गरिने ।

सहश्राद्धी विकास लक्ष्यको लक्ष्य नं ६ अनुसार क्षयरोगसम्बन्धी धेरैजसो लक्ष्य पनि हासिल भएको चालु चौधौँ योजना (२०७३-२०७६) मा उल्लेख छ । क्षयरोगको सफल उपचार ९० प्रतिशत र आयोडिनयुक्त नुन उपयोग गर्ने घरधुरी ८१.१ प्रतिशत पुगेको र स्वास्थ्यसम्बन्धी दिगो विकासका लक्ष्य हासिल गर्न योगदान गर्ने सोचका साथ स्वास्थ्य क्षेत्रको प्रवर्द्धन गर्न आवश्यक भएको उल्लेख छ ।

४. **कानुनी व्यवस्था-** यस सम्बन्धी व्यवस्था निम्नानुसार रहेको छः

- ४.१ विद्यमान नेपालको संविधान, को भाग-३ मौलिक हक र कर्तव्य अन्तर्गत धारा ३५(१) मा प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुने र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट बञ्चित नगरिने नीति राज्यले अवलम्बन गर्ने उल्लेख छ ।
- ४.२ स्वास्थ्य सेवा प्रवाह तथा क्षयरोग कार्यक्रम संचालनका लागि देहायका ऐन नियम रहेका छन् ।
- संक्रामक रोग ऐन, २०२०
 - नेपाल स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३
 - स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थाको सुरक्षा सम्बन्धी ऐन, २०६६
 - बिफर नियन्त्रण नियमावली, २०२३
 - नेपाल स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०५५
 - स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थाको सुरक्षा सम्बन्धी नियमावली, २०६९
- ४.३ स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गर्न स्वास्थ्य सेवा विभागको कार्यविधि, २०६८ स्थानीय निकायलाई स्वास्थ्य संस्था हस्तान्तरण पश्चात व्यवस्थापन सञ्चालनका लागि स्थानीय स्वास्थ्य व्यवस्थापन तथा सञ्चालनका लागि तयार गरिएको निर्देशिका, २०६३, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्रदान गर्न राष्ट्रिय निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०६५ र नेपाल सरकारका निर्णय एवं अर्थ मन्त्रालयबाट स्वीकृत नर्म्स एवं दातृ संस्थासँग गरिएको नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार कार्यक्रम-२ को आयोजना प्रतिवदेन, सम्झौता अनुसार कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने गरेको छ ।
- ४.४ प्रशासनिक र आर्थिक प्रशासन सम्बन्धी कार्य संचालन गर्ने सम्बन्धमा स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ र नियमावली, २०५०, स्वास्थ्य संस्थाको आर्थिक कारोबार आर्थिक कार्यविधि ऐन, २०५५ र नियमावली, २०६४, सार्वजनिक खरिद ऐन, २०६३ र नियमावली, २०६४ तथा भ्रमण खर्च नियमावली, २०६४ तथा विभिन्न निर्देशिका अनुसार कार्य सञ्चालनमा रहेका छन् ।

५. **कार्यक्रमको उद्देश्य, लक्ष्य, रणनीति र कार्यनीति** – विश्व स्वास्थ्य संगठनले क्षयरोग विहिन विश्व बनाउने परिकल्पना (Vision) अनुसार सन् २००६ मा परिमार्जित “The Stop TB Strategy” रणनीति सार्वजनिक गरेको थियो । नेपालले २४ मार्च २००६ देखि अङ्गीकार गरेको यस रणनीति अनुसार राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको परिकल्पना, लक्ष्य र उद्देश्यहरू निर्धारण गरिएकोमा पुनः नेपाल सरकारले क्षयरोग निवारण सम्बन्धी ५ वर्षे (२०१०–२०१५) रणनीति तर्जुमा गरि राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट कार्यान्वयन भइआएको छ । यस रणनीतिका महत्वपूर्ण पक्षहरू देहायबमोजिम रहेका छन् :-

(क) **दुरदृष्टि** : नेपाललाई क्षयरोगमुक्त देश बनाउने ।

(ख) **प्रमुख लक्ष्य** : सार्वजनिक स्वास्थ्य को समस्याको रूपमा रहेको क्षयरोगलाई निर्मुल नपारेसम्म यसको संक्रमण र मृत्यु हुनेको संख्या घटाउदै लैजाने ।

(ग) **उद्देश्य** :

- सहस्राब्दी विकास लक्ष्य अनुरूप सन् २०१५ सम्म क्षयरोगको विस्तार दरलाई उल्लेख्य रूपमा घटाउने
- उच्च गुणस्तरीय रोग पहिचान र विरामी केन्द्रित उपचारमा सबैको पहुँच कायम गर्ने,
- क्षयरोगबाट हुने मानवीय पीडा र आर्थिक सामाजिक भारलाई घटाउने ।
- गरीब र जोखिमयुक्त जनसंख्यालाई रोग लाग्नबाट बचाउने ।

(घ) **रणनीतिक लक्ष्य** :

- सहस्राब्दी विकास लक्ष्य तथा Stop TB Strategy अनुरूप सन् २०१५ सम्ममा क्षयरोग विस्तार रोक्ने र क्षयरोगी हुनेको संख्या न्यून गर्दै लैजाने ।
- सन् २००५सम्म शत प्रतिशत रोगी पत्तालाग्ने र पत्ता लगाइएका ८५ प्रतिशतलाई रोगमुक्त गर्ने ।
- सन् १९९० को तुलनामा २०१५सम्ममा क्षयरोगी तथा मृत्यु संख्या ५० प्रतिशतले घटाउने ।
- सन् २०५० सम्ममा क्षयरोगको उन्मुलन गर्ने । (प्रत्येक दशलाखमा एक व्यक्ति भन्दा कम हुने गरी)

(ङ) **नीति** :

- नेपाल क्षयरोग केन्द्र राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको केन्द्रिय एकाई को रूपमा रहने ।
- दक्ष तथा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी, सामुदायिक सदस्य तथा स्वयम् सेवकबाट औषधि सेवनको अनुगमन गरिने ।
- राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको रोग पहिचान एकाईको रूपमा राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र क्षेत्रीय क्षयरोग केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पतालहरू तथा मेडिकल कलेजहरू रहने ।
- प्रयोगशालाबाट परिक्षण हुने निष्कृत रोगी पहिचान गरी राष्ट्रिय सञ्जालमा पठाइने ।

(च) **रणनीति**: क्षयरोग नियन्त्रणको लागि देहाय अनुसारका रणनीति अख्तियार गरिएको छ ।

- डट्स DOTS (Direct Observed Treatment Short Course) विस्तार तथा क्षमता अभिवृद्धि गर्ने ।
- क्षयरोग लगायतका अन्य चुनौतीको सम्बोधन गर्ने ।
- स्वास्थ्य पद्धतिको स्तरोन्नतिको लागि योगदान दिने ।
- उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीहरूको संलग्नतामा अभिवृद्धि गर्ने ।
- क्षयरोगी जनता तथा समुदायलाई सशक्तिकरण गर्ने ।

- अनुसन्धान तथा क्षमताको विकास गर्ने ।

(छ) **कार्यनीति** : क्षयरोग हुनबाट रोकनको लागि देहाय अनुसारका कार्यनीति अख्तियार गरिएको छ ।

- राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमलाई नेपालको स्वास्थ्य सेवा प्रणाली भित्र आवद्ध गरिने ।
- DOTS सेवालाई राष्ट्रिय देखि समुदाय सम्म विस्तार गरिने ।
- स्वास्थ्य चौकि वा उप-स्वास्थ्य चौकीसम्म निजी तथा सरकारी साभेदारीमा क्षयरोग उपचार केन्द्र (Treatment Center) स्थापना गरिने ।
- केन्द्रियस्तर देखि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सम्म निजी तथा सरकारी स्तरबाट Microscopy Diagnostic Center स्थापना गरिने ।
- आपूर्ति व्यवस्थापन महाशाखाको एकिकृत आपूर्ति व्यवस्थापन प्रणालि मार्फत उच्च गुणस्तरको औषधि तथा अन्य सामग्रीहरु पर्याप्त मात्रामा आपूर्ति तथा व्यवस्थापन गरिने ।

६. **वित्तीय व्यवस्था** – यस कार्यक्रमको विगत ३ आर्थिक वर्षको चालु तथा पूंजगत सहितको कुल बजेट तथा निकास/खर्चको स्थिति निम्नानुसार रहेको छ ।

आ.ब.	वार्षिक बजेट	निकास । खर्च
२०७०।७१	१,२१,१२,८१,०००	४७,९४,२७,९२९
२०७१।७२	१,२४,१३,५१,५३४	६०,०६,८०,८७२
२०७२।७३	१,२०,१७,७०,०००	२४,५१,४३,०९३

७. **कार्यक्रमको कार्यक्षेत्र तथा सञ्चालन स्थिति** – यस कार्यक्रमको कार्यक्षेत्र केन्द्र देखि ७५ वटै जिल्लामा रहेको छ । कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउन नेपाल सरकारको एकिकृत स्वास्थ्य सेवा नीति अनुरूप संगठनात्मक तालिका तयार गरी स्वास्थ्य सेवा विभागको विभिन्न महाशाखाहरुको समन्वयमा राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र, क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, क्षेत्रीय क्षयरोग केन्द्र, जिल्ला स्वास्थ्य/जनस्वास्थ्य कार्यालय, जिल्ला अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र स्वास्थ्य चौकीहरुबाट सेवा प्रवाह गरिने व्यवस्था छ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य हेरचाह प्रणाली संग आवद्ध यस कार्यक्रम सञ्चालन सम्वन्धमा स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट रोगीको केस पहिचान गरी क्षेत्र तथा संख्या अनुमान गर्ने, डट्समा आधारित उपचार सेवाको क्षेत्र विस्तार एवं उपचारबाट प्राप्त उपलब्धीको मूल्यांकन गर्ने, स्वास्थ्य संस्थामा रोगको उपचारमा संलग्न जनशक्तिलाई तालिम उपलब्ध गराउने, क्षयरोग विरुद्धको आवश्यक औषधीहरु तथा उपकरणको आपूर्ति तथा वितरण व्यवस्था मिलाउने लगायतका कार्यक्रमहरु सञ्चालनमा गरिएका छन् । कार्यक्रम सञ्चालनमा सरकारी संस्थाहरुको अलावा नसिङ्ग होम, पोली क्लिनिक, प्याकिङ्ग लगायतका निजी दुबै क्षेत्र एवं राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाबाट संचालित स्वास्थ्य क्लिनिकहरु सँग समेत साभेदारी गर्ने नीति लिइएको देखिन्छ । यस्को लागि नेपाल सरकारबाट खरिद तथा दातृ निकायहरुबाट सहयोगमा प्राप्त औषधीहरु तथा उपकरणहरु समेतको उपयोग गरिएका छन् ।

खण्ड २: लेखापरीक्षणको उद्देश्य, क्षेत्र, पद्धति

८. **लेखापरीक्षणको उद्देश्य** – क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम सम्बन्धमा कार्यालयहरूमा उपलब्ध स्रोत र साधनको उपयोग एवं व्यवस्थापनको कार्यक्षमता र स्वास्थ्य सेवा प्रवाह स्थितिको प्रभावकारीता सम्बन्धमा देहायबमोजिम मूल्याङ्कन गरी प्रतिवेदन गर्नु लेखापरीक्षणको उद्देश्य रहेकोछ :-
- क्षयरोग पहिचान तथा उपचारमा अपेक्षित उपलब्धि हासिल भए नभएको परीक्षण गर्नु,
 - सेवा प्रवाहका संयन्त्रहरूबीचको समन्वय प्रभावकारी रूपमा नभएको परीक्षण गर्नु,
 - वित्तीय स्रोत परिचालनको मितव्ययिता तथा कार्यक्षमताको परीक्षण गर्नु ।
९. **लेखापरीक्षणको क्षेत्र** – स्वास्थ्य मन्त्रालयले कार्यान्वयन गर्ने राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र, जिल्ला स्वास्थ्य/जनस्वास्थ्य कार्यालय तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट सञ्चालित क्षयरोग उपचार सेवा, औषधि बितरण जनशक्ति व्यवस्थापन एवं स्रोत परिचालन सम्बन्धी क्रियाकलापहरूको अध्ययन मूल्याङ्कन गरिएको छ । अध्ययनको क्रममा स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गतका जिल्ला स्वास्थ्य / जनस्वास्थ्य कार्यालय तथा राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रले सञ्चालन गरेको राष्ट्रिय क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको आर्थिक वर्ष २०७०।७१ देखि २०७२।७३ सम्मको कारोवारलाई लेखापरीक्षण क्षेत्र समेटिएको छ ।
१०. **पद्धति** – स्वास्थ्य संस्था छनौटको लागि न्यायोचित नमूना छनौट पद्धति (Judgemental Sampling Method) अवलम्बन गरिएको छ । लेखापरीक्षण प्रयोजनको लागि विवरण संकलन फाराम मार्फत सूचना संकलन गरी तथा सम्भव भएका सरोकारवालाहरूसंग छलफल समेत गरी कार्य सम्पन्न गरिएको छ । कार्यक्रम सञ्चालन सम्बन्धमा भएका नीतिगत व्यवस्था, कार्य संचालन प्रक्रिया र वार्षिक प्रगती तथा प्रतिवेदनमा प्रकाशित सम्बन्धित दोश्रो स्रोतको तथ्याङ्क एवं सूचनाहरू (Secondary data & information) समेतको उपयोग गरी विश्लेषण गरिएको छ । यस लेखापरीक्षणको योजना तयार, सम्पादन र प्रतिवेदन गर्न वेलायती सहयोग नियोग अन्तरगत कार्यरत परामर्शदाताको सहयोग समेत लिइएको छ । लेखापरीक्षणको लागि कागजात परीक्षण, सूचना तथा तथ्याङ्क विश्लेषणको साथै निम्न पद्धतिको अवलम्बन गरिएको छ :
- कार्यक्रम सञ्चालन सम्बन्धी वार्षिक प्रगति प्रतिवेदन, अभिलेख, एवं कागजात परीक्षण,
 - कार्यक्रम कार्यान्वयन मूल्यांकन गर्न प्रक्रियामूलक तथा नतिजामूलक पद्धति प्रयोग,
 - लेखापरीक्षणको क्रममा स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्र भित्रका क्षयरोगी तथा कार्यक्रमका फोकल पर्सन संग प्रश्नावली भराईएको,
 - राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र र जिल्ला स्थित कार्यालय, स्वास्थ्य संस्थाका प्रमुख तथा अन्य कर्मचारी, सरोकारवालासंगको छलफल ।
११. **सीमितता** – विषयबस्तुको गहनता र लेखापरीक्षणमा संलग्न जनशक्तिको विषयगत ज्ञान एवं प्राप्त सीमित समयावधि, दोश्रो श्रोतबाट संकलित सूचना तथा तथ्यांकको गुणस्तर र यस कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने निकायबाट सूचना प्रवाहमा सहयोगको सीमितता जस्ता कारणले लेखापरीक्षणको नतिजाको गुणस्तरमा असर परेको हुन सक्दछ ।

१२. **खण्डगत संचालन ढाँचा**– क्षयरोग नियन्त्रण कार्यान्वयन अवस्था तथा सम्पादित कार्यको मूल्यांकन राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र गरेको कार्य सञ्चालन प्रक्रिया, स्रोत व्यवस्थापन प्रक्रिया, रणनीतिक व्यवस्थापन, आन्तरिक र बाह्य शक्ति, मुख्य सेवा प्राप्तीकर्ता र तीनिहरु विचको सम्बन्धमा तयार पारिएको खण्डगत संचालन ढाँचा अनुसूची १ मा संलग्न छ ।

खण्ड ३: लेखापरीक्षणबाट देखिएका व्यहोरा

कार्यक्रमको लेखापरीक्षणबाट देखिएको सकारात्मक पक्ष, समस्या तथा चुनौती र सुधारका क्षेत्रहरु देहाय अनुसार छन्:

❖ सकारात्मक पक्ष –

- ❖ डट्स पद्धतिबाट क्षयरोगको औषधी सेवन गराइए पश्चात रोगीको संख्या घटदै गएको ।
- ❖ कार्यक्रमले क्षयरोग सम्बन्धी चेतना बृद्धि गर्न सहयोग पुगेको ।

❖ समस्या तथा चुनौती –

- ❖ क्षयरोगको औषधी सेवन गराइएका जनसंख्या पछिल्ला वर्षमा घटदै गएबाट कार्यक्रममा जनसहभागिता घटन गई यस्को प्रभावकारीतामा त्रस आएको ।
- ❖ क्षयरोगको उपचार र एच.आइ.भि.रोगको कार्यक्रम विच समन्वय व्यवस्था नहुदा कार्यक्रम सञ्चालन मितव्ययी हुन नसकेको ।
- ❖ बाल क्षयरोगीको पहिचान न्यून रहेको ।
- ❖ क्षयरोगी पहिचानमा लैङ्गिक असन्तुलन रहनु तथा यसको कारण खोजी गरी विशेष लक्षित कार्यक्रम संचालन नहुनु ।
- ❖ स्वीकृत कार्यक्रम, बजेट तथा लक्ष्य अनुरूप पनि कार्यक्रम संचालन हुन नसकेको ।
- ❖ क्षयरोगीको तथ्यांक व्यवस्थित हुन नसक्दा नीति तथा कार्यक्रम तर्जुमा अपेक्षित सहयोग पुग्न नसकेको ।

सुधारका क्षेत्रहरु

१३. **क्षयरोगीको पहिचान(case notification) तथा वर्गीकरण** – क्षयरोगबाट प्रभावित जनसंख्याको पहिचान गर्ने कार्य विश्व स्वास्थ्य संगठनद्वारा स्वीकार्य निश्चित मापदण्डको आधारमा भरपर्दो र विश्वसनीय किसिमले हुनु आवश्यक हुन्छ । क्षयरोगीको पहिचानका लागि टि.वि. स्कीनिङ गर्ने, संकास्पद केश पहिचान गर्ने, आवश्यकता अनुसार रिफर गर्ने, खकार परिक्षण तथा अन्य परिक्षण गरी क्षयरोगीलाई विभिन्न प्रकारमा वर्गीकरण गर्ने गरिएको छ ।
- १३.१ राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम, क्षयरोगको आधारभुत पुस्तिका, २०७२ तथा "A CLINICAL MANUAL FOR NEPAL" अनुसार नयाँ बिरामी पत्ता लगाउने दर (TB incidence rate) लाई आधार बनाई संख्यात्मक आधारमा क्षयरोगीको पहिचान तथा मापन गर्ने गरिएको छ । नेपालमा संकास्पद केश तथा पहिचान भएका रोगीको अवस्था देहायबमोजिम रहेको छ

आर्थिक वर्ष	विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्रतिवेदन अनुसार संकास्पद क्षयरोगी	पहिचान भएको क्षयरोगी	(केस पहिचान दर प्रति लाखमा)
२०७०/७१	४४०००	३७०२५	१३६
२०७१/७२	४४०००	३४१२१	१२३
२०७२/७३	४४०००	३२०५६	११२

स्रोत : राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र

आर्थिक वर्ष २०७०/७१ मा ३७ हजार २५ जना क्षयरोगी पहिचान भएकोमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा ३२ हजार ५६ जना मात्र क्षयरोगी पहिचान भएका देखिन्छन् । क्षयरोगी पहिचानको संख्या घटेसगै केश पहिचान दर पनि आर्थिक वर्ष २०७०/७१ को दर १३६ प्रति लाखबाट घटेर २०७२/७३ मा ११२ मा झरेको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्रतिवेदन अनुसार नेपालमा क्षयरोगका संकास्पद केश न्यूनतममा ४४ हजार रहेको आधारमा नेपालमा प्रत्येक वर्ष करिब ८ हजार देखि १२ हजारसम्म क्षयरोगी पहिचान हुन सकेको देखिदैन भने अर्कोतर्फ केश पहिचानको सो दर समेत प्रत्येक वर्ष घट्दै गइरहेको देखिन्छ । केश पहिचानको दर घट्दै जानुले क्षयरोगीको पहिचान हुन नसकी क्षयरोग नियन्त्रण कार्य चुनैतिपूर्ण हुँदै गएको छ ।

१३.२ लेखा परिक्षणबाट संकलित विवरण अनुसार जिल्लागत क्षयरोगीको पहिचानको अवस्था (रोगी संख्या)

जिल्ला । अर्थिक वर्ष	आ.व.२०७०/७१	आ.व.२०७१/७२	आ.व.२०७२/७३
बाँके	९८१	८८९	८८८
प्युठान	३१६	२५८	२७०
सुर्खेत	८२१	७०३	६७०
चितवन	११५२	१००४	९९३
दोलखा	९४	१०७	१४४
काठमाण्डौ	३६४२	३३०५	३१४९
नवलपरासी	१०२८	९३५	८७२
डोटी	२१५	१९४	१४६
कैलाली	१४११	१३०४	११०९

राष्ट्रिय स्तरमा घट्दै गइरहेको क्षयरोगीको केश नोटीफिकेशनको अवस्थालाई उल्लेखित जिल्लागत तथ्याङ्कले समेत पुष्टि गरेको छ । दोलखा जिल्ला बाहेक सबै जिल्लामा आर्थिक वर्ष २०६९/७० को तुलनामा २०७२/७३ मा उल्लेखित क्षयरोगी पहिचानको संख्या घटेकाले जिल्लास्तरमा क्षयरोगीका पहिचानको लागी आवश्यक प्रयास हुन नसकेको दर्शाउदछ ।

८ कार्यमूलक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन सँगालो, २०७३

१३.३ क्षयरोगीलाई प्रभावित अंगका आधारमा फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोग (Pulmonary) तथा अन्य अंगमा लाग्ने क्षयरोग(Extra Pulmonary) दुई भागमा बर्गीकरण गर्ने गरिएको छ । फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोगलाई समेत खकार परिक्षणबाट पत्ता लाग्ने(Bacteriologically Confirmed) तथा क्लिनिकल परिक्षणबाट पत्ता लाग्ने (Clinically Diagnosed) गरि दुई भागमा बर्गीकरण गर्ने गरिएको छ । लेखापरिक्षणबाट संकलित विवरणको आधारमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा क्षयरोगी संख्या देहाय बमोजिम रहेको छ

क्षयरोगको प्रकार	महिला क्षयरोगीको संख्या	पुरुष क्षयरोगीको संख्या	जम्मा	प्रकार अनुसार अनुपात	लैंगिक अनुपात
फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोग (खकार परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	५६०२	११८४४	१७४४६	५५	३२
फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोग (क्लिनिकल परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	२११०	३७४०	५८५०	१८	३६
अन्य अंगमा लाग्ने क्षयरोग	३८४८	४९१२	८७६०	२७	४४
जम्मा	११५६०	२०४९६	३२०५६	१००	३६

उल्लेखित तथ्यांक अनुसार कुल क्षयरोगी मध्ये खकार परिक्षणबाट पत्ता लागेका फोक्सोका क्षयरोगीको संख्या कुल क्षयरोगीको ५५ प्रतिशत रहेको छ भने अन्य अंगमा लाग्ने क्षयरोगी २७ प्रतिशत रहेका छन् । यस्तै फोक्सोमा क्षयरोग लागेका (क्लिनिकल परिक्षणबाट पत्ता लाग्नेको) १८ प्रतिशत रहेको छ । लैङ्गिक आधारमा महिला क्षयरोगी ३६ प्रतिशत र पुरुष क्षयरोगी ६४ प्रतिशत रहेको छ । कमजोर पहुच, न्यून साक्षरता, चेतनाको कमि, रोग लुकाउने प्रवृत्ति, सामाजिक तथा पारिवारिक त्रास जस्ता कारणले महिला क्षयरोगीको संख्या न्यून मात्र पहिचान भएको सन्दर्भमा महिला क्षयरोगी पत्ता लगाउन जोड दिनु पर्ने देखिन्छ । यस्तै फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोगीको संख्या उच्च रहेकोले क्षयरोग फैलिन सक्ने जोखिम समेत उच्च भएकोले क्षयरोगको बिस्तारलाई रोक्न आवश्यक सचेतना तथा प्रचार प्रसार लगायतका नियन्त्रणका उपाएहरु अवलम्बन गर्नु पर्दछ ।

१३.४ लेखापरिक्षणबाट संकलित विवरण अनुसार प्रभावित अंगका आधारमा जिल्लागत क्षयरोगीको संख्या देहाय बमोजिम रहेको छ :

जिल्ला	फोक्सोमा क्षयरोग लागेका (खकार परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	फोक्सोमा क्षयरोग लागेको (क्लिनिकल परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	अन्य अंगमा लागेको क्षयरोग	जम्मा
बाँके	५६१	१२५	२०२	८८८
प्युठान	१५८	५४	५८	२७०
सुर्खेत	२०४	१८७	२७९	६७०
चितवन	५४५	१८२	२६६	९९३
दोलखा	६३	२८	५३	१४४

काठमाण्डौ	१२९१	३४६	१५१२	३१४९
ललितपुर	३४३	९४	३६६	८०३
रौतहट	४३६	२७२	१४७	८५५
नुवाकोट	५२०	१३२	२२०	८७२
डोटी	१०२	१५	२९	१४६
कैलाली	६३४	१७९	२९६	११०९
धनकुटा	८१	७	५७	१४५
सुनसरी	६१०	१०६	२७३	९८९

उल्लेखित जिल्लागत तथ्यांक अनुसार अन्य जिल्लामा फोक्सोमा लाग्ने क्षयरोग खकार परिक्षणबाट पत्ता लागेका क्षयरोगी भन्दा अन्य अंगमा लाग्ने क्षयरोगका विरामीहरु कम रहेकोमा काठमाण्डौ, सुर्खेत तथा ललितपुर जिल्लामा भने अन्य अंगमा लाग्ने क्षयरोगका विरामीको संख्या बढी पाईयो । यसरी यी ३ जिल्लाहरुमा अन्य अंगमा क्षयरोगका लागेका विरामीहरु बढी देखिएको सम्वन्धमा कार्यक्रमको व्यवस्थापन सँग छलफल गर्दा यि जिल्लाहरुमा आधुनिक प्रयोगसाला उपकरणहरुको सहज उपलब्धताले रोगिको पहिचान गर्न संभव भएको भनाई रहेको छ । अन्य जिल्लाहरुमा समेत आधुनिक प्रयोगसाला उपकरणहरुको व्यवस्था गरि सबै प्रकारका क्षयरोगका विरामीहरु पहिचानमा जोड दिनु पर्दछ ।

१३.५ विकास क्षेत्रगत रुपमा रहेको क्षयरोगीको घनत्व समान रहेको देखिदैन । आर्थिक वर्ष २०७२।७३ को विकास क्षेत्रगत क्षयरोगीको घनत्वको आधारमा कुल क्षयरोगी मध्ये सबैभन्दा बढि मध्यमाञ्चलमा ४२.२३ प्रतिशत क्षयरोगी रहेका छन भने सबैभन्दा कम शुदुरपश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रमा कुल क्षयरोगीको ९.११ प्रतिशत मात्र रहेको देखिन्छ । पूर्वाञ्चल, पश्चिमाञ्चल र मध्यपश्चिमाञ्चलमा १४ देखि १७ प्रतिशत सम्म क्षयरोगी गरेको देखिन्छ । यसैगरि जनसंख्याको अनुपातको तुलनामा सबैभन्दा बढी क्षयरोगी मध्यमाञ्चलमा रहेका छन भने सबैभन्दा कम पूर्वाञ्चलमा रहेको छ । क्षेत्रगत हिसावले कम क्षयरोगिको पहिचान भएको क्षेत्रमा क्षयरोग नियन्त्रणका लागि विशेष रणनीति तथा प्राथमिकता दिनु पर्दछ ।

१३.६ उमेर समुहका आधारमा क्षयरोगी – राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमबाट, उमेर समुहका आधारमा क्षयरोगीको घनत्व पत्ता लगाई सोही बमोजिम क्षयरोग नियन्त्रणका क्रियाकलापहरुलाई प्राथमिकिकरण गर्न उमेर समुह अनुसारको क्षयरोगको बर्गीकरण गर्ने गरिएको छ । आर्थिक वर्ष २०७२।७३ मा दर्ता भएका विरामीहरु (पुनः उपचारमा आएका बाहेक) उमेर समुह अनुसार देहाय बमोजिम रहेको छ

उमेर समुह	महिला क्षयरोगीको संख्या	पुरुष क्षयरोगीको संख्या	जम्मा	कुल क्षयरोगीमा अनुपात	लैगिंक अनुपात
०-४	१६४	३१८	४८२	१.५९	३४.०२
५-१४	५९८	६९६	१२९४	४.२६	४६.२१

१५-२४	२५०९	३३२७	५८३६	१९.२३	४२.९९
२५-३४	२३००	३२७०	५५७०	१८.३५	४१.२९
३५-४४	१६४३	३०७७	४७२०	१५.५५	३४.८१
४५-५४	१३८६	३१४८	४५३४	१४.९४	३०.५७
५५-६४	१२६२	२७९८	४०६०	१३.३८	३१.०८
६५+	११०८	२४४७	३८५५	१२.७०	२८.७४
	१०९७०	१९०८१	३०३५१	१००	२८९.७१

यसरी उमेर समुह अनुसार १५-२४ उमेर समुहमा सबैभन्दा बढी १९.२३ प्रतिशत क्षयरोगी र सबैभन्दा कम ०-४ उमेर समुहमा १.५९ प्रतिशत रहेका छन् । आर्थिकरूपमा सकृय उमेर समुहमा २५-५४ कुल क्षयरोगीको करिव ४९ प्रतिशत अथवा १४८२४ जना क्षयरोगी रहेको छन् । यसबाट मुलुकको आर्थिक तथा सामाजिक क्षेत्रमा क्षयरोगको असर परेको आंकलन गर्न सकिन्छ । यसैगरि उमेर समुह अनुसारको लैंगिक अनुपातले पुरुषको भन्दा महिला क्षयरोगीको संख्या न्यून भएको देखिएवाट पुरुषको भन्दा महिलाका लागि क्षयरोग पहिचानको पहुच कमजोर देखिन्छ । ग्रामिण समाज, लैंगिक विभेदिकरण,यातायातको कमजोर पहुँच आदि कारणले बृद्ध, बालबालिका र महिलाहरु समुहको कम मात्रामा रोग पहिचान हुने अवस्था तर्फ ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ । अर्कोतर्फ आर्थिक रूपमा सकृय रहनु पर्ने समुह क्षयरोगबाट संक्रमित हुदाँ मुलुकको समृद्धिमा असर पर्दछ । अतः बृद्ध, असहाय तथा महिला क्षयरोगी पहिचान प्रभावकारीतामा ल्याउन समुह विशेष लक्षित कार्यक्रम संचालन गर्नु पर्ने देखिन्छ ।

१३.७ लेखापरीक्षणबाट संकलित प्रश्नावली, तथ्यांक फारम, छलफल, अन्तवार्ता, तथा प्रतिवेदनहरुको आधारमा क्षयरोगी पहिचानमा ग्रामिण तथा दुर्गम क्षेत्रका सबै क्षयरोगीको स्वास्थ्य सेवामा पहुच नहुनु, पहुच भएपनि उपचारका लागि नजानु, क्षयरोगको गलत निदान हुनु, पहिचान भएका सबै क्षयरोगीको अभिलेख नरहनु, अभिलेख व्यवस्थित नहुनु, बच्चामा क्षयरोगको परिक्षणमा चेतनाको कमी हुनु, युवा युवतीमा रोग लुकाउने प्रवृत्ति हुनु, प्रचार प्रसारको न्यून प्रभावकारीता, स्तरीय प्रयोगशाला र दक्ष जनशक्तिको कमी, लैंगिक तथा सामाजिक अपहेलना सहनुपर्ने डर रहनु जस्ता कारणहरु समस्याको रूपमा रहेका देखिन्छ । सबै केश पहिचान नहुदा क्षयरोग नियन्त्रण गर्ने रणनीतिक लक्ष्य हासिल गर्ने कार्य चुनौतिपूर्ण हुनुका साथै क्षयरोग निदानको जोखिम बढ्दै गएको देखिन्छ ।

क्षयरोगी पहिचानमा प्रभावकारीता ल्याउन ग्रामीण तथा क्षयरोगको बढी जोखिम भएको क्षेत्रमा क्षयरोग स्कीनिङ कार्यक्रम विस्तार गर्नुपर्ने, माइक्रोसकोपिक सुविधाको विस्तार गर्नुपर्ने, माइक्रोसकोपिक सुविधा नभएका डट्स सेन्टरमा समेत खकार संकलन गरी माइक्रोसकोपिक सुविधा भएका स्थानमा परिक्षणको लागि पठाउने व्यवस्था मिलाउने बाल क्षयरोगी तथा महिला क्षयरोगी पहिचानमा विशेष कार्यक्रम संचालन गर्ने, संचार माध्यमबाट चेतनमुलक सन्देश तथा सुचना प्रवाह गर्ने, निजी क्षेत्रमा पहिचान भएका क्षयरोगीलाई राष्ट्रिय क्षयरोग सुचना प्रणालीमा अनिवार्य रूपमा रिपोर्टिङ गरी अभिलेख राख्ने व्यवस्था गर्ने । महिला समुह, धामी भाकी, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, स्थानिय

जनप्रतिनिधिहरूलाई क्षयरोग सम्बन्धी तालिम प्रदान गर्ने, क्षयरोग वारे सुचना तथा शिक्षाका लागि समुदायको परिचालनलाई प्रभावकारी बनाउने लगायतका कार्यमा जोड दिनु पर्दछ ।

१३.८ क्षयरोगीहरूबाट क्षयरोगको औषधीहरू प्रतिरोध हुदै जानु समस्याको रूपमा देखिएको छ । राष्ट्रिय क्षयरोगको जटिलता तथा औषधी उपयोगको अवस्था र डोजका आधारमा निको हुने साधारण क्षयरोगी (First line drug) तथा औषधि प्रतिरोधी क्षयरोग(Second line drug) गरि दुइ किसिममा वर्गीकरण गर्ने गरिएको छ । रोगको जटिलताका आधारमा क्षयरोगीको संख्या देहाय बमोजिम रहेको छ

आर्थिक बर्ष	जम्मा क्षयरोग	औषधि प्रतिरोधी क्षयरोग	साधारण क्षयरोगी
२०७०/७१	३७०२५	३४९	३६६७६
२०७१/७२	३४१२१	३६९	३३७५२
२०७२/७२	३२०५६	३५२	३१७३९

नेपालमा औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगीको संख्या कुल क्षयरोगीमा १ प्रतिशतकै हाराहारीमा रहेको छ । दुई बर्ष भन्दा बढी औषधी सेवन गर्नु पर्ने तथा क्षयरोग बिस्तारको जोखिम उच्च हुने हुदा यस किसिमको क्षयरोग नियन्त्रणमा थप ध्यान दिनु पर्दछ ।

लेखापरीक्षणबाट संकलित प्रश्नावली, तथ्यांक फारम, कागजातका आधारमा क्षयरोगको जटिलता सम्बन्धी समस्या सहनुमा सबै औषधि प्रतिरोधी सबै क्षयरोगी पहिचान भई नसक्नु (विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्रतिवेदन अनुसार कुल १५०० मध्ये ३५२ मात्र पहिचान भएका), रोग निदानका लागि क्षेत्रीय स्तरमा कल्चरल सुविधा सहितको ल्याव नहुनु, आर्थिक विपन्नताको अवस्था रोगको संकमण बढी हुनु, औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगीलाई प्रदान गरिदै आईरहेको मासिक रु. २०००। को पोषण भत्ताले यातायात खर्चका समेत पर्याप्त नहुनु, आर्थिक विपन्नता तथा उपचार फलोअपमा समस्यालाई संबोधन गर्न ७ वटा होस्टलहरूको संचालन गरिएपनि सीमीत क्षमताको हुनु, क्षयरोग उपचारमा संलग्न जनशक्तिलाई जोखिम प्रोत्साहन भत्ताको व्यवस्था नहुनु, औषधि प्रतिरोधी क्षयरोग उपचारमा तालिम प्राप्त विशेषज्ञ र चिकित्सकको कमि हुनु, चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीलाई क्षयरोग औषधि प्रतिरोधीसम्बन्धी तालिमको कमि हुनु जस्ता समस्याहरू औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचारमा देखिन्छन् । यस्तै राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा अक्सिजन लगायत इमरजेन्सी सेवा दिने पुर्वाधार तथा अस्पतालको रूपमा सेवा दिने आवश्यक पुर्वाधार नहुनु(वार्ड लगायत), राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र लगायत क्षयरोगको उपचार हुने अस्पताल तथा उपचार केन्द्रहरूमा इन्फेक्सन कन्ट्रोलको पुर्वाधार तथा पर्याप्त सावधानीको व्यवस्था नहुनु रहेका छन् ।

तसर्थ थप औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगीको पहिचान गर्ने, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र लगायत प्रमुख अस्पतालहरूमा औषधि प्रतिरोधी क्षयरोग उपचारमा तालिम प्राप्त छातीरोग विशेषज्ञको दरबन्दी कायम गर्ने, प्रत्येक प्रदेशमा एक एक वटा क्षयरोग तथा एच. आई.भी. अस्पतालको स्थापना गर्ने, औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगीलाई दिईदै आएको पोषण भत्तामा बृद्धि गर्नुपर्ने, औषधि प्रतिरोधी क्षयरोगीलाई होटेलमा राखि उपचार गर्ने व्यवस्था मिलाउनका लागि डि. आर. होटेल स्थापना, संचालन, स्रोत साधन व्यवस्था तथा क्षमता बिस्तारमा जोड दिने, क्षयरोग उपचारमा संलग्न जनशक्तिलाई जोखिम प्रोत्साहन भत्ताको व्यवस्था गर्ने, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा अक्सिजन लगायत इमरजेन्सी सेवा दिने

पुर्वाधारको विकास तथा अस्पतालको रुपमा सेवा दिन आवश्यक पर्ने पुर्वाधारहरु (जस्तै बेडको) व्यवस्था गर्नुपर्ने, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र लगायत क्षयरोगको उपचार हुने अस्पताल तथा उपचार केन्द्रहरुमा इन्फेक्सन कन्ट्रोलको पुर्वाधार तथा पर्याप्त सावधानीको व्यवस्था गरी औपधी प्रतिरोधी क्षयरोगको बिस्तारलाई नियन्त्रण गर्दै लैजानु पर्दछ ।

१४. **बाल क्षयरोगीको पहिचान** – राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम, क्षयरोगको आधारभुत पुस्तीका, २०७२ अनुसार बाल क्षयरोगीलाई १४ वर्ष सम्मको उमेर समुहका राखेको छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको सर्वेक्षणको प्रतिवेदन अनुसार कुल क्षयरोगीमा बाल क्षयरोगीको अनुपात १० देखि १५ प्रतिशत सम्म हुने उल्लेख गरेको छ । तर नेपालमा हाल बाल क्षयरोगीको अनुपात ६ प्रतिशतको हाराहारीमा मात्र रहेको तथ्यांक राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा उपलब्ध छ । बाल क्षयरोगीको संख्या देहाय बमोजिम रहेको छ

आर्थिक वर्ष	कुल क्षयरोगी	बाल महिला क्षयरोगी	बाल पुरुष क्षयरोगी	जम्मा	लैंगिक अनुपात
२०७०/७१	३७०२५	१०	२३५	३४५	०.९३
२०७१/७२	३४१२१	९५६	११५०	२१०६	६.१७
२०७२/७३	३२०५६	७६२	१०१४	१७७६	५.५४

कुल क्षयरोगीमा बाल क्षयरोगीको अनुपात आ.व. २०७०/७१ सम्म १ प्रतिशत भन्दा कम रहेकोमा आ. व. २०७१/७२ र २०७२/७३ मा ६ प्रतिशतको हाराहारीमा रहेको छ । महिलाको तुलनामा पुरुष बाल क्षयरोगी बढि देखिएको छ । नेपालमा न्यून मात्रमा बाल क्षयरोगीको पहिचान भएको र सो प्रतिशत पछिल्ला वर्ष बढ्दै गएको देखिन्छ । विश्व स्वास्थ्य संगठनले तोकेको अनुपात भन्दा कम मात्र बाल क्षयरोगी देखिएकोले बाल पहिचानमा अभै प्रयास हुन बाकी रहेको देखिएको छ । यसले गर्दा क्षयरोग नियन्त्रण सम्वन्धमा राष्ट्रिय लक्ष्य तथा दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्ने कार्य चुनौतिपूर्ण हुने देखिन्छ ।

लेखापरिक्षणबाट संकलित प्रश्नावली, तथ्यांक फारम, छलफल, अन्तवार्ता, स्थलगत अवलोकन, कागजात तथा प्रतिवेदनहरुको आधारमा बाल क्षयरोगीको पहिचान न्यून हुनुको प्रमुख कारणहरुमा बालवालीहरुमा क्षयरोग लाग्न सक्ने चेतनाको कमि हुनु, क्षयरोग स्कीनिङ कार्यक्रम मुलुकका सबै क्षेत्रमा संचालन नहुनु, क्षयरोग स्कीनिङ संचालन भएपनि बालबालिकालाई नलैजानु, बच्चाको खकार निकाल्न समस्या हुनु तथा खकार निकाल्न आधुनिक उपकरणहरुको अभाव हुनु, दक्ष तथा बालमैत्री स्वास्थ्यकर्मीको कमि हुनु, लैंगिक बिभेदले गर्दा छोरा भन्दा छोरीको स्वास्थ्यमा बेवास्ता गर्नु, समुदाय तथा निजी क्षेत्रसंग प्रभावकारी समन्वय हुनु नसक्नु आदि कारणहरु रहेका छन । अत बालक्षयरोगी पहिचानको कार्यलाई प्राथमिकता दिन बालवालीकाहरुमा क्षयरोग कार्यक्रमको पहुच स्थापित हुने कार्यक्रम संचालन गर्ने, बच्चाको खकार निकाल्नका लागि आधुनिक उपकरणहरुको व्यवस्था गर्ने, दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था गर्न ज्ञान र सीपको विकासका लागि तालिम प्रदान गर्ने, बालवालीकाहरुमा समेत क्षयरोग लाग्न सक्छ भन्ने सामाजिक चेतनाको विकास गर्ने, ग्रामीण क्षेत्रसम्म पहुच हुने गरि प्रचारात्मक कार्यक्रम संचालन गर्ने, क्षयरोग स्कीनिङ कार्यक्रम संचालन गर्ने, समुदाय तथा निजी क्षेत्रसंग सहकार्य हुने क्रियाकलापहरु संचालनमा जोड दिनु पर्दछ ।

१५. राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रबाट प्राप्त तथ्यांक अनुसार दर्ताका आधारमा क्षयरोगीको बर्गिकृत तथ्यांक यस प्रकार रहेको छ,

आर्थिक वर्ष	नयाँ रोगी	बिगतमा उपचार प्राप्त गरेको				बिगतको इतिहास थाहा नभएका
		रोग बल्झिएका	उपचार असफल भएका	नियमित उपचार छुटेका	बिगतमा उपचार पुरा गरी फलोअपमा नआएका वा फेला नपरेका	
२०७१/७२	३०४७८	२४९८	२४२	२०१	४८०	२१३
२०७२/७३	२८७८१	२४४३	१९५	१५४	३३६	१४७

उल्लेखित तथ्यांक अनुसार दर्ताका आधारमा सबैभन्दा बढी क्षयरोगी नयाँ रोगीका रहेको छन भने आर्थिक वर्ष २०७२/७३ दर्ता भएका ३२०५६ मध्ये २८७८१ जना नयाँ रोगी तथा ३४२१ जना क्षयरोगी बिगतमा उपचार प्राप्त गरेका क्षयरोगी रहेको छन । कुल क्षयरोगी मध्ये रोग बल्झिएका क्षयरोगी करिव ८ प्रतिशत अर्थात करिव २४४३ रहेका छन भने बिगतमा उपचार पुरा गरेका तर नतिजा नआएका वा फेला नपरेका संख्या ३३६ रहेको छ । यसरी रोग बल्झिएका तथा बिगतमा उपचार पुरा गरेका तर नतिजा नआएका वा फेला नपरेका क्षयरोगीको संख्या करिव ९ प्रतिशत रहेकाले उपचार सेवामा अझ प्रभावकारीता ल्याउनु पर्दछ ।

१५.१ दर्ताको आधारमा क्षयरोगीको वर्गिकरणले क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सहयोग पुग्ने र तथ्यांक व्यवस्थित गर्न राष्ट्रिय संचालमा आधारित क्षयरोग सूचना प्रणालीको विकास गरिएको भएपनि तथ्यांक समयमा अध्यावधिक हुन नसकेको, केन्द्रले उपलब्ध गराएको तथ्यांक तथा जिल्लाबाट उपलब्ध गराईएको क्षयरोगीको संख्या सम्बन्धी तथ्यांक फरक फरक हुने गरेको (उदाहारणका लागि राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको वार्षिक प्रतिवेदनमा आर्थिक वर्ष २०७१/७२ मा कैलाली जिल्लाको केश पहिचान संख्या ८६४ उल्लेख गरेकोमा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, कैलालीले उपलब्ध गराएको विवरणमा सोही वर्षको क्षयरोगीको संख्या १३०६, रहेको, वार्षिक प्रतिवेदनमा देलखाका संख्या १०७ भएकोमा जिल्लागत विवरणमा १२५, प्रतिवेदनमा बाके जिल्लाको ८८९ रहेकोमा जिल्लागत विवरणमा ९०७ उल्लेख) छ । केन्द्रले उपलब्ध गराएको तथ्यांक र जिल्लाबाट प्राप्त तथ्यांक फरक फरक रहेको देखिएकोले क्षयरोगीको वर्गिकरण तथा तथ्यांक तथा सुचना व्यवस्थित नहुदा क्षयरोग नियन्त्रण सम्बन्धी नीति तथा कार्यक्रम तर्जुमा गर्नमा असर पर्न सक्ने तर्फ ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ ।

क्षयरोगीको बर्गीकरण तथा तथ्यांकलाई व्यवस्थित गर्न राष्ट्रिय संचालनमा आधारित क्षयरोग सूचना प्रणाली (E-TB) प्रभावकारी बनाउनुपर्ने, समयमा तथ्यांक अध्यावधिक गर्न सम्बन्धीत कर्मचारीहरूलाई तालिम प्रदान गर्नु पर्ने, निजी तथा सामुदायिक संस्थाहरूले पहिचान तथा उपचार गरेको क्षयरोगीको तथ्यांक एकिकृत तथा अध्यावधिक निश्चित समयमा हुने पद्धति कायम गर्ने, जाँच तथा तथ्यांक पुनरावलोकन गरी क्षयरोगीको बर्गीकरण तथा तथ्यांकलाई यथार्थ तथा अध्यावधिक गरिनु पर्दछ ।

क्षयरोग उपचारमा सफलता – राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रम, अनुसार उपचारका लागि दर्ता भएका क्षयरोगको जिवाणु रहेको प्रमाणीत विरामीहरू मध्ये निको भएको तथा उपचार पुरा गरेको अवस्थालाई उपचारमा सफलताको रूपमा बर्गीकरण गरिएको छ । नयाँ तथा पुन व्युतिएको केसमा उपचार सफलताको दर

आ. व. २०७०/७१ देखि २०७२/७३ सम्ममा ९१ देखि ९२ प्रतिशत सम्म रहेको छ भने पुन उपचारको केसमा सोही अवधिमा उपचारमा ७२ देखि ८६ प्रतिशत सम्म रहेको देखिन्छ । आ.व.२०७१/७२ मा पुनः उपचारमा सफलता ७२ प्रतिशत मात्र रहेको देखिन्छ ।

१६.१ क्षयरोगबाट मृत्युहुने दर- विश्व स्वास्थ्य संगठन प्रतिवेदन अनुसार नेपालमा बार्षिक ५ हजार देखि ६ हजार सम्म व्यक्तिको मृत्यु हुने उल्लेख गरेतापनि राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको तथ्यांक अनुसार बार्षिक करिब एक हजारको हाराहारीमा मात्र क्षयरोग मृत्यु हुने गरेको तथ्यांक रहेको छ । राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको तथ्यांक अनुसार नेपालमा क्षयरोगबाट मृत्यु हुनेको संख्या २०७०/७१ मा १०४९, २०७१/७२ मा ९८२ भएकोमा २०७२/७३ मा ९११ जना रहेको छ । क्षयरोगको दर्ताको तुलनामा मृत्युदर उल्लेखित आर्थिक वर्षमा २.६७ प्रतिशत देखि २.८८ प्रतिशत रहेको देखिन्छ ।

लेखापरिक्षणबाट संकलित प्रश्नावली, तथ्यांक फारम, कागजात तथा प्रतिवेदन अध्ययन आदीका आधारमा क्षयरोगबाट हुने मृत्यु सम्बन्धमा रहेका समस्याहरुमा सबै क्षयरोगी पहिचान हुन नसकेको, मृत्युको तथ्याङ्क अध्यावधिक हुन नसकेको, मुलुकको सबै क्षेत्रमा उपचारको पहुँच नहुनु, निजी क्षेत्रबाट भएको उपचारको सबै तथ्यांक अभिलेखीकरण हुन नसकेको, क्षयरोगको उपचार सेवामा सबै क्षयरोगीको पहुँच कायम हुन नसकेको जस्ता कारणहरुले क्षयरोगबाट हुने मृत्यु दरमा न्युनिकरण तथा सो सम्बन्धी अभिलेख व्यवस्थापनमा कठिनाई देखिन्छ । तसर्थ क्षयरोगीको पहिचानमा जोड दिनु पर्ने, सबै क्षयरोगीलाई कार्यक्रमको दायरामा समेटनुपर्ने, निजी क्षेत्रबाट भएको उपचारको तथ्यांक अभिलेखीकरण गर्नुपर्ने, उपचार सेवाको गुणस्तर बृद्धि गर्दै लैजानुपर्ने, क्षयरोगको उपचार सेवामा सबै क्षयरोगीको पहुँच कायम गर्नुपर्ने, आर्थिक विपन्नता भएका क्षयरोगी पहिचान गरि निर्वाह भत्ता उपलब्ध गराउनुपर्ने जस्ता उपायहरुको अवलम्बन गरि मृत्यु दरलाई न्युन गर्दै यस सम्बन्धी अभिलेखलाई व्यवस्थि गर्न जोड दिनु पर्दछ ।

१६.२ दर्ता भएका क्षयरोगका विरामीहरुमध्ये उपचार अवधि पूरा गरेपछिको निस्कने परिणामको आधारमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा दर्ता भएका विरामीहरुको उपचारको परिणामको अवस्था देहायबमोजिम रहेको छ

क्षयरोगीको क्याटोगोरी	दर्ता भएका रोगी संख्या	उपचार सफलता संख्या	उपचार असफलता संख्या	मृत्यु भएका संख्या	नियमित उपचार छुटेका संख्या	मूल्यांकन नगरिएका संख्या
फोक्सोका क्षयरोगी(खकार परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	१८१५५	१६४२२	२२६	६०८	५०६	३७७
फोक्सोका क्षयरोगी(क्लिनिकल परिक्षणबाट पत्ता लागेका)	६७३४	६२४१	३१	१३४	१२५	९५

अन्य अंगमा हुने	८९७५	८२७६	३७	१५५	१२६	२६८
विगतमा उपचार पुरा	५९३	५११	१७	२४	३४	१६
जम्मा	३४४५७	३१४५०	३११	९२१	७९१	७५६
प्रतिशत	१००	९१	०.९	२.६७	२.२९	२.१९

१६.३ राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको तथ्याङ्क अनुसार नेपालमा दर्ता भएका क्षयरोगीका विरामीहरु मध्ये उपचारमा सफलता, उपचार असफल भएका, मृत्यू भएका, लगायतका विरामीहरुको अनुपात वर्षहरुमा देहाय बमोजिम रहेको छ ।

आर्थिक वर्ष	गत वर्षको दर्ता संख्या	सफलताको दर (%)	उपचार असफलता (%)	मृत्यू भएका (%)	नियमित उपचार छुटेका (%)	मूल्यांकन नगरीएका (%)
२०७०/७१	३६४४९	९१	१	४	३	०.५
२०७१/७२	३५३५२	९१.५६	०.९२	२.७	२.१७	२.५७
२०७२/७३	३४४५४	९१	०.९	२.६७	२.२९	२.१९

उपरोक्तानुसार विगत ३ आर्थिक वर्षमा दर्ता भएका कुल क्षयरोगी मध्ये ९० देखि ९२ प्रतिशतसम्म उपचारमा सफल भएको तथ्यांक रहेको छ भने उपचारमा असफलता १ प्रतिशतको हाराहारीमा रहेको पाइएको छ । यस्तै क्षयरोगीको मृत्यू २.६७ देखि ४ प्रतिशतसम्म रहेको छ । नियमित उपचार छुटेका र मूल्यांकन नगरीएका केश ३.५ देखि ४.७४ प्रतिशतसम्म रहेको छ । क्षयरोगको उपचारमा सफलताको दर संतोषजनक नै देखिए पनि नियमित उपचार छुटेका र मूल्यांकन नगरीएकाको अनुपात कुल क्षयरोगीमा ४.७४ प्रतिशतसम्म रहेकाले यसबाट क्षयरोग पुनरावृत्ति हुने र विस्तारको जोखिम उच्च नै हुने भएकाले रोगीको नियन्त्रण गर्ने कार्य चुनौतिपूर्ण हुने देखिन्छ ।

उपचार सफलताको दर उच्च रहेको देखिएपनि उपचार असफल भएका, मृत्यू भएका, नियमित उपचार छुटेका तथा मूल्यांकन गर्न नसकिएका विरामीहरुको अनुपात करिब ९ प्रतिशत हाराहारीमा रहेकाले क्षयरोगको रोकथाम र पुनरावृत्तिको जोखिम उच्च रहेको हुदा उक्त सफलताको दरलाई कायमै राखी राष्ट्रिय रणनीतिक लक्ष्य हासिल गर्न थप प्रयास गर्नु पर्ने देखिन्छ । रोगको संक्रमणको जोखिम रहनु, दक्ष चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीको अभाव रहनु, उपचारमा संलग्न निजि तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थसँग सहकार्यको प्रभावकारीता न्यून हुनु, रोग उपचार सम्बन्धमा जनतामा सचेतना न्यून हुनु, मुलुकको सबै क्षेत्रमा उपचारको पहुँच नहुनु, अधिका, गरिबी र प्रयोगशाला लगायतका स्वास्थ्य संस्थाको अभाव आदि कारणले क्षयरोगको उपचार सेवा प्रभावकारी बन्न सकेको देखिदैन ।

क्षयरोग उपचार सफलताको दर बृद्धि गर्न तथा कायम राख्न साथै गुणस्तरीय उपचार सेवा उपलब्ध गराउनु पर्ने, दक्ष चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीको विकासका लागि तालिम प्रदान गर्नुपर्ने, उपचारमा निजी तथा सामुदायिक संस्थाहरूसँग सहकार्यमा जोड दिनुपर्ने, उपचार विचैमा छोडेमा हुने जोखिमबारे जनतालाई जानकारी गराउने, अनुगमन प्रणालीलाई प्रभावकारी बनाउने, अभिलेख व्यवस्थालाई व्यवस्थित बनाउने, उपचारका लागि आवश्यक पर्ने गुणस्तरीय औषधी तथा उपकरणको आपूर्तिको

व्यवस्था मिलाउने, अस्पताल लगायत क्षयरोगको बढी जोखिम हुने क्षेत्रमा इन्फेक्सन कन्ट्रोलका व्यवस्था गर्ने, औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगीको उपचारका लागि आवास सुविधा सहितको विशेष उपचार पद्धतिको क्षमता विस्तार गर्ने, औषधीको गुणस्तरको सुनिश्चितता गर्ने लगायतका सुधारहरु गरिनु पर्दछ।

१६. **शहस्राब्दी विकास लक्ष्य** - शहस्राब्दी विकास लक्ष्य बमोजिम सन् २०१५ सम्ममा हासिल गर्नुपर्ने गरी सन् १९९० मा क्षयरोग नियन्त्रण सम्बन्धी विभिन्न लक्ष्य निर्धारण गरिएका देखिन्छ। हालसम्मको लक्ष्य प्रगतीको अवस्था देहायबमोजिम रहेको छ।

सूचांक (१०००००)	आधार वर्ष १९९०	प्रगति २०००	प्रगति २००५	प्रगति २०१०	प्रगति २०१५	लक्ष्य
क्षयरोगको प्रकोप दर	४६०	३१०	२८०	२४४	२११	प्राप्त भएको।
क्षयरोगबाट मृत्यु हुने दर	४३	२३	२२	२२	१९	प्राप्त भएको।
केश पत्ता लगाउने दर	३२	७०	७०	७६	८५	प्राप्त भएको।
केश निको पारेको दर	४०	८९	८९	९०	९१	प्राप्त भएको।

उल्लेखित शहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरु हासिल भएको उल्लेख भएपनि राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको रोग पहिचान तथा उपचार सम्बन्धमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ को वार्षिक लक्ष्य प्रगतिको विवरण अनुसार सबै प्रकारका क्षयरोगीको पहिचान (नया तथा पुन बल्किएका) को संख्या ४०१०५ पुर्याउने लक्ष्य निर्धारण भएपनि त्यसको ८० प्रतिशत अर्थात ३२०५६ जना क्षयरोगी मात्र पहिचान भएका छन्। यसैगरी खकार परिक्षणबाट पहिचान भएका फोक्सोका क्षयरोगीको संख्या १९०४८ पुर्याउने लक्ष्य भएपनि त्यसको ८९ प्रतिशत अर्थात १७०२३ जना क्षयरोगी मात्र पहिचान भएका छन्। एच. आइ. भी समेत भएका क्षयरोगीको अभिलेखीकरण ९५ प्रतिशत पुर्याउने लक्ष्य भएपनि १७.८१ प्रतिशत मात्र प्रगति हासिल भएको देखिन्छ। यस्तै खकार परीक्षणबाट पत्ता लागेका औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको केश को संख्या ५६० पुर्याउने लक्ष्य भएपनि त्यसको ६३ प्रतिशत अर्थात ३५२ जना क्षयरोगीको केश मात्र पहिचान भएको छ।

अतः राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको रोग पहिचान तथा उपचार सम्बन्धमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ को लागि निर्धारण गरिएको लक्ष्यको तुलनामा केहि लक्ष्यहरुको अवस्था संतोषजनक नै भएपनि रोग पहिचान सँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण लक्ष्यहरु हासिल हुन नसकेकाले रणनीति लक्ष्य तथा दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्ने कार्य चुनौति पुर्ण नै देखिन्छ। लक्ष्य हासिल गर्न कार्यक्रम संचालनमा प्रभावकारीता बढाउदै थप प्रयास गर्नु पर्ने देखिन्छ।

१७. **औषधीको मौज्जात तथा उपयोगको अवस्था** - स्वास्थ्य संस्थामा रोगको प्रकृति अनुसार अत्यावश्यक औषधीको पर्याप्त मौज्जात रहनुपर्दछ। आवश्यकता भन्दा बढी मौज्जात भएमा समयमा प्रयोग हुन नसक्दा म्याद समाप्त भई औषधि खरिदमा भएको खर्च उपलब्धि विहिन हुन जाने जोखिम हुन्छ। साथै न्यून मौज्जात हुदा सेवा प्रवाहमा समस्या पर्न जान्छ।

१८.१ जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय बाँकेमा ३ किसिमका औषधिहरु वार्षिक खपतको तुलनामा १ महिना भन्दा कम अवधिलाई पुग्ने मात्र मौज्जात रहेको विवरण पेश भएको छ। यस्तै जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय कैलालीमा ६ किसिमका औषधिहरु वार्षिक खपतको तुलनामा १ महिना भन्दा कम अवधिलाई पुग्ने मात्र मौज्जात रहेको देखिन्छ। बाल क्षयरोगी सँग सम्बन्धीत ७३७४५ वटा ट्याबलेट म्याद नाघेको विवरण पेश भएको छ।

१८.२ जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय चितवनमा २ किसिमका औषधिहरु वार्षिक खपत भएको परिमाणकै हाराहारीमा मौज्जात र एक औषधी वार्षिक खपत भएको परिमाण भन्दा ४ दिनलाई मात्र मौज्जात रहेको विवरण पेश भएको छ । यस्तै जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय नवलपरासी तथा सुर्खेतमा खपतको तुलनामा १ महिना भन्दा कम अवधिलाई पुग्ने मात्र मौज्जात रहेको विवरण पेश भएको छ ।

१८.३ राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा औषधीको मौज्जातको अवस्था देहायबमोजिम देखिन्छ ।

(रु.हजारमा)

औषधीका किसिमहरु	शुरु मौज्जात	प्राप्ती सहितको कुल परिमाण	जिल्लाको माग अनुसार भण्डारवाट खर्च	बाकी मौज्जात	बाकी मौज्जात /भण्डारवाट खर्च
HRZE (75/150/400/275)Tab	७९३०	१५७४७	८२८२	७,४६४	०.९०
HRE (75/150/275)Tab	१८०७	३,७८६	२,२५६	१,५३०	०.६८
HR (75/150) Tab	१४८६९	२९,९०३	१२,०६२	१७,८४१	१.४८
HRZ-child(30/60/150) mg Tab	६६५	१,६२७	७९९	९०७	१.२६
HR- child (60/60) mg Tab	१६४५	२,८६३	१,२२०	१,३५४	१.११
Streptomycin inj. 1 g	१८७	४११	२७१	१३९	०.५२
Isoniazid 100 mg Tab	१३७	१६५	६२	१०२	१.६४
Isoniazid 300 mg Tab	१५	९०	२०	७०	३.५२
Ethambutol 100 mg Tab	१०७	१३७	९९	३७	०.३८
Ethambutol 400 mg Tab	२९५	४३०	२२	४०८	१७.९१
Kanamycin 1 gm Inj Vial	३२	५८	५७	१	०.०२
Cycloserine 250 mg Cap	४५६	९१६	४९६	२७०	०.५४
Ethionamide 250 mg Tab	३८२	९४१	४२३	४९०	१.१६
Levofloxacin 250 mg Tab	४०२	५५४	५३६	१८	०.०३
Choropheniramin 4mh	०	२८	०	२८	∞
Metocloramide 10mg	०	१८०	०	१८०	∞
Prochlorperazin 5mg	०	१३५	०	१३५	∞
Omerprazole 20mg	०	५३	०	५३	∞

राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको केन्द्रीय भण्डारमा मुलुकभरलाई आवश्यक पर्ने औषधीहरुको भण्डार गरी जिल्लाको माग बमोजिम औषधी वितरण गर्ने गरिन्छ । उक्त केन्द्रले कार्यक्रमका लागि न्यूनतम मौज्जात सम्बन्धमा स्पष्ट नीति अपनाएको देखिदैन भने कतिपय औषधिहरु अधिक मौज्जात समेत रहेको देखिन्छ । दुई किसिमका औषधिहरु वार्षिक खर्च भएको परिमाण भन्दा कमस करिव १८ तथा ३.५ गुणा भन्दा बढी अथवा १८ वर्ष तथा साँढे तीन वर्षलाई पुग्ने मौज्जात रहेको पाईयो । ४ किसिमका औषधिहरु आर्थिक वर्षमा कुनै खर्च नभए पनि ठुलो परिमाणमा खरिद गरी मौज्जात राखेको पाईयो अन्य दुई किसिमका औषधिहरुको मौज्जात करिव डेढ वर्षलाई पुग्ने मात्र रहेको पाईयो । यस्तै अन्य तीन किसिमका औषधिहरुको मौज्जात भने करिव एक वर्षलाई पुग्ने तथा अन्य दुई किसिमका औषधिहरुको मौज्जात करिव ६ महिनालाई पुग्ने रहेको पाइयो । यसवाट कतिपय औषधिहरु अधिक मौज्जात तथा कतिपय औषधि न्यून मौज्जात रहेको पाईयो । यसवाट औषधीहरुको आपूर्ति व्यवस्थापनमा कमजोरी रहेको देखिन्छ । केन्द्रले उपलब्ध गराएको विवरण अनुसार गत आर्थिक वर्ष सम्म रु.३३ लाख र यस आर्थिक वर्षमा रु.४० लाख भन्दा बढी मूल्य बराबरका औषधिहरुको म्याद

समाप्त भएको विवरण पेश भएको छ । थप परिमाणमा औषधीहरू म्याद समाप्त हुने अवस्थामा पुगेको देखिन्छ । यस प्रकारको अवस्था हुनुमा औषधि खरिद एवं वितरण आवश्यकता र मागमा आधारित हुन नसकेको देखिन्छ । औषधिको उचित व्यवस्थापन नहुदा सरकारी स्रोत साधनको हानी नोक्सानी भईरहेको अवस्था विद्यमान रहेको छ । क्षयरोगीको प्रकार तथा संख्याका आधारमा क्षेत्रगत औषधिको माग तथा परिमाणको प्रक्षेपण गरि सोही आधारमा औषधीको माग तथा न्यूनतम मौज्जात परिमाणलाई ध्यान दिई यथार्थपरक रूपमा औषधीको मौज्जात व्यवस्थापन गर्नु पर्ने देखिन्छ ।

१८.४ **औषधि भण्डारको अवस्था** – औषधिको भण्डारण गर्दा भण्डारको व्यवस्थापन पक्षमा उचीत ध्यान दिइनु पर्दछ । राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको औषधी भण्डारमा एउटा कार्टुन माथि अर्को गरी स्टेन वेगर १२ वटा सम्म कार्टुनको खात लगाएर राखेको पाईयो । यसबाट औषधिको गुणस्तर कायम रहने गरि भण्डारण तर्फ ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ । यसैगरि दातृनिकायबाट बस्तुगत अनुदानको रूपमा प्राप्त २०६९ फाल्गुण सम्म म्याद भएका २ लाख २८ हजार ट्याब्लेट तथा २०७० पौषमा उत्पादन भई २०७५ पौष सम्म म्याद भएका १५६४५० थान सिरिन्ज केन्द्रले गराएको गुणस्तर परिक्षणमा गुणस्तरको मापदण्ड पुरा नगरेकोले हालसम्म भण्डारण गरी राखिएको पाईयो । भण्डार व्यवस्थालाई प्रभावकारी बनाउन त्यस्ता औषधि तथा सिरिन्ज सम्बन्धमा आवश्यक कारवाही गरि टुगो लगाउनु पर्ने देखियो तथा भण्डारमा औषधिको भण्डारण गर्दा गुणस्तरमा ह्रास नआउने तर्फ ध्यान दिनु पर्ने देखियो ।

१८. **प्रयोगशाला सेवा** – क्षयरोग कार्यक्रमको प्रभाकारीताका लागी आवश्यक परीक्षण सुविधा सहितको प्रयोगशालाको सर्वसुलभ रूपमा उपलब्ध हुनु आवश्यक हुन्छ । क्षयरोग निदानका लागि प्रयोगशालामा गरिने खकारको तथा अन्य परिक्षण समेत गर्ने गरिएको छ । यसका लागि क्षयरोग परिक्षणको सेवामा सुक्ष्मदर्शकिय, जिन एक्सपर्ट प्रविधि, कल्चरल ल्याव, डि. एस. टि. (DST), लाइन प्रोव एसे (LPA), मन्टुटेष्ट, व्यास्पी, एक्सरे, ड्रग सेन्सीटिभिटी परिक्षण जस्ता पद्धतिबाट प्रयोगशाला परीक्षण गरिन्छ । प्रयोगशाला सेवाको उपलब्धताको स्थिति देहाय बमोजिम रहेको छ

विकास क्षेत्र	माइक्रोस्कोपिक सेन्टर	जिन एक्सपर्ट प्रविधि सेन्टर	कल्चरल ल्याव
पूर्वाञ्चल	१२९	९	
मध्यमाञ्चल	१९४	१२	१
पश्चिमाञ्चल	१०१	४	१
मध्य पश्चिमाञ्चल	८२	३	
शुदुरपश्चिमाञ्चल	८३	३	
जम्मा	५८९	३१	

नेपालमा ५८९ वटा माइक्रोस्कोपि सेन्टर रहेपनि ५४४ वटा मात्र संचालित रहेका छन् । संचालित रहेको मध्ये पनि ३९० वटा सेन्टरले मात्र राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको गुणस्तर नियन्त्रण प्रणालीमा आवद्ध रहेको पाइएको छ । यस्तो माइक्रोस्कोपि सेन्टरहरूमा क्षयरोग निदान गर्न कम्तिमा दुई दिन सम्म लाग्ने गरेको छ । यसै गरी खकार परीक्षणको तुरुन्त नतिजा दिन सक्ने जिन एक्सपर्टको संख्या ३१ वटा मात्र रहेको छ भने कल्चरल ल्याव काठमाण्डौ र पोखरामा मात्र उपलब्ध रहेको देखिन्छ ।

सवै डट्स सेन्टरमा प्रयोगशाला सेवा उपलब्ध नहुनु, उत्पादक तथा यसको एजेन्टबाट मात्र मर्मत हुने किसिमका प्रयोगशाला उपकरणहरूको खरिद सम्भौता गर्दा नै मर्मतको सर्त नराख्दा नियमित सेवा प्रवाहमा असर पर्नुका

साथै तिनको मर्मतमा कठिनाई देखिएको, जिन एक्सपर्ट प्रविधि सिमित ठाँउमा मात्र उपलब्ध हुनु, प्रयोगशालामा नियमित विद्युत आपूर्तिको समस्या, जिल्लाका प्रयोगशालाहरूमा पर्याप्त स्थानको कमी हुनु, इन्फेक्सन नियन्त्रणको पूर्वाधार तथा सामाग्रीहरूको अभाव हुनु, प्रयोगशालाहरूमा कर्मचारीको स्थायित्व नहुनु, तथा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयहरूको सबै स्थानमा ल्याव संचालनमा नआउनु, प्रयोगशाला पूर्वाधार विकासमा ध्यान दिन नसकिएको, जिल्ला तथा क्षेत्रमा क्षयरोग निदानका लागि कल्चरल ल्याव सेवा उपलब्ध नहुनु, प्रयोगशालाका उपकरणहरू नियमित मर्मत सम्भार नहुनु जस्ता समस्याले प्रयोगशाला संचालनमा कठिनाई देखिएको छ ।

सवै डट्स सेन्टरहरूमा माइक्रोस्कोपि सेवा विस्तार तथा थप प्रयोगशालाहरूमा जिन एक्सपर्ट प्रविधि विस्तार गर्नु पर्ने, प्रयोगशालाहरूमा कर्मचारीको दरवन्दीको व्यवस्था, प्रयोगशाला पूर्वाधार विकास गर्नु पर्ने, जिल्ला तथा क्षेत्रमा कल्चरल ल्याव सेवा विस्तार गर्नु पर्ने, प्रयोगशालाका उपकरणहरू नियमित मर्मतको व्यवस्था मिलाउने, ल्यावमा काम गर्ने कर्मचारीलाई नियमित तालिमको व्यवस्था गर्नु पर्ने, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा कर्मचारी व्यवस्था गरी प्रयोगशाला सेवालार्इ प्रभावकारी बनाउन ध्यान दिनु पर्ने देखिन्छ ।

१९. रोग निदान तथा उपचार सेवा दिने संयन्त्रहरू – निदान तथा उपचारका लागि सेवा प्रदान गर्ने कार्यविधि निर्धारण गरिएको छ । यसका लागि नागरिकको सहज पहुच हुने स्थानमा उपचार केन्द्र स्तरका सेवा दिने संयन्त्रहरूको स्थापना गरिनुका साथै सेवा प्रवाह गर्ने आवश्यक स्रोत साधन तथा उपकरणहरूको उपलब्धतामा जोड दिईएको छ । आ.व. २०७२।७३ सम्ममा उपचार केन्द्र स्तरका सेवा दिने संयन्त्रहरू देहायबमोजिम रहेका छन

संयन्त्रका प्रकारहरू	संख्या	संयन्त्रका प्रकारहरू	संख्या
डट सेन्टर	४२२१	एम. डि.आर उपचार उप केन्द्र	८१
शहरी डट	९६	डि. होस्टल	७
एम. डि.आर उपचार केन्द्र	१४	डि. आर. होम	१

उल्लेखित संख्यामा संयन्त्रहरू भएपनि डट्स सेन्टरहरूमा आवश्यकता अनुसार जनशक्तिको दरवन्दी नहुनु, क्षयरोग उपचारमा दक्षता प्राप्त स्वास्थ्य कर्मीको कमी हुनु, दरवन्दी बमोजिम पदपूर्ति नहुनु, पदपूर्ति भएपनि स्वस्थ्यकर्मी उपलब्ध नहुनु, उपचार केन्द्रमा आवश्यक स्रोत साधनको कमी हुनु, भौगोलिक कठिनाईले गर्दा क्षयरोगीलाई सेवा केन्द्र सम्म जान कठिनाई हुनु, अति विपन्न परिवारलाई सेवाकेन्द्र सम्म आउन खर्चको व्यवस्था गर्न कठिनाई हुनु जस्ता कारणले क्षयरोगको उपचार सेवा प्रभावकारी हुन सकिरहेको छैन ।

२०.१ उपचार सेवाको सम्वन्धमा क्षयरोगीहरूलाई प्रश्नावली मार्फत राय संकलन गरीएकोमा क्षयरोगीले उपचार सेवा सम्वन्धमा सकारात्मक प्रतिक्रिया दिएका छन सवै क्षयरोगीलाई औषधि निशुल्क प्राप्त गरेको, उपचार सेवा प्रति संतुष्टि रहेको जवाफ दिएका छन । तपाईंलाई स्वास्थ्य संस्थाको कार्यसम्पादन कस्तो लाग्छ भनि सोधिएको प्रश्नमा राम्रो, सन्तोषजनक, कमजोर र नराम्रो मध्ये ६० प्रतिसतले राम्रो रहेको जवाफ दिएका छन भने ४० प्रतिसतले सन्तोषजनक रहेको जवाफ दिएका छन तर ढिलो सेवा, डाक्टर नभेटेको, भिडभाड धेरै भएको, भुकींएर बोलेको जस्ता बस्तुगत उत्तरहरूमा उपचारमा धेरै भिडभाड हुने गरेकामा २० प्रतिसतले, भुकींएर बोलेकोमा १५ प्रतिसतले उत्तर दिएका छन । यस्तै क्षयरोगबाट बच्ने उपायका सम्वन्धमा रेडियो टेलिभिजनवाट सन्देश सुन्नुभएको छ भन्ने प्रश्नमा ६५ प्रतिसतले छ मा, ३० प्रतिसतले छैनमा र ५ प्रतिसतले खाली छाडेका छन ।

२०. **राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको संगठनात्मक स्वरूप** – राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको प्रभावकारीताका लागि उपयुक्त संगठनात्मक संरचना, उचित समन्वय, आदेशमा एकात्मकता, निर्देशनको श्रींखला, प्रभावकारी अनुगमन तथा प्रतिवेदन प्रणाली तथा सूचना प्रविधिमा आधारित अभिलेख तथा सञ्जाल प्रणाली जोड दिइएको पाईन्छ । राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको संगठनात्मक स्वरूपमा मन्त्रालय, विभाग, विषयगत महाशाखाहरु, केन्द्रीय स्तरका ५ वटा ईकाइ वा केन्द्रहरु, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्र, क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयहरु, जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालयहरु, केन्द्रीय स्तरका अस्पतालहरु, क्षेत्रीय । अञ्चल । जिल्ला अस्पतालहरु, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरु, स्वास्थ्य चौकीहरु रहेका छन ।

उल्लेखित बृहत संयन्त्र भएपनि क्षयरोगको निदान तथा उपचारमा विशिष्टकृत जनशक्ति (छाती रोग विशेषज्ञ) राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा दुई जनामात्र रहेको छ । राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको प्रमुख पदमा छाती रोग विशेषज्ञको रूपमा विशिष्टकृत नगरिएको, कार्यक्रमको मुख्य काम गर्नुपर्ने केन्द्रको योजना तथा अनुगमन शाखामा स्वास्थ्य सेवा तर्फको दरवन्दी नै नहुनु, क्षयरोग उपचारमा विशिष्टकृत जनशक्ति मुलुकमा के कति छन भन्ने व्यवस्थित अभिलेख नहुनु, प्रयोगशालामा काम गर्ने तथा अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरुमा समेत सरुवा प्रणालीले गर्दा विशेषज्ञ सेवामा स्थायित्व कायम नरहेको र दैनिक औषत ५० देखि ६० जना सम्म क्षयरोगीको उपचार हुने क्षयरोग केन्द्रमा रोगीको अनुपातमा दरवन्दी नरहेको, अन्य सरकारी अस्पताल तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरुमा आवश्यक विशिष्टकृत जनशक्ति नहुनु, जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालयहरुमा क्षयरोगीको घनत्व तथा सेवा प्रवाहको लागि संचालन गर्ने क्रियाकलावहरु ख्याल नगरी क्षयकुष्ठ (क्षयरोग र कुष्ठरोग सहित) अधिकृतको एक एक जनाको दरवन्दी मात्र राखिएको समस्याको रूपमा रहेको छ । साथै छुट्टै क्षयरोग अस्पताल नहुदा एच. आई. भी., क्यान्सर जस्ता रोगीमा क्षयरोगको संक्रमण हुने संभावना उच्च रहनु, जिल्लाका क्षयकुष्ठ सम्बन्धी दरवन्दीका कर्मचारीहरुको सेवा संचालन तथा सुपरिवेक्षण स्वास्थ्य सेवा विभाग मार्फत हुने तर प्रतिवेदन राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा गर्नुपर्ने दोहोरो उत्तरदायित्व तथा सुपरिवेक्षण कायम रहनु, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको भण्डार शाखामा फारमेशिष्टको दरवन्दी नहुदा भण्डार व्यवस्थित गर्न कठिनाई भएको अवस्था देखिन्छ ।

उल्लेखित समस्याको समाधान गर्न छुट्टै क्षयरोग अस्पतालको स्थापना गर्नुपर्ने, अस्पतालहरुमा क्षयरोग सम्बन्धी विशिष्टकृत दरवन्दी सिर्जना गरि सोही दरवन्दीमा मात्र सरुवा गर्ने व्यवस्था मिलाउनुपर्ने, राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको ओ. एण्ड. एम. सर्वे गरी आवश्यकता अनुसार दरवन्दी सिर्जना गर्नुपर्ने, कार्यबोझ विश्लेषणका आधारमा जिल्ला स्वास्थ्य तथा जनस्वास्थ्य कार्यालयहरुमा क्षयकुष्ठ अधिकृत तथा सहायको दरवन्दी सिर्जना गर्नुपर्ने, स्वास्थ्यकर्मीलाई आवश्यक तालिम प्रदान गर्ने कार्य गर्नु पर्दछ ।

२१. **सार्वजनिक निजी साभेदारी** – राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि सरकारी, सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रको साभेदारीमा जोड दिइएकोले सोको कार्यान्वयन आवश्यक हुन्छ । क्षयरोगीको निदान तथा उपचारमा निजी तथा गैरसरकारी क्षेत्रको योगदान रहेको छ । निजी क्षेत्र तर्फका अस्पतालहरु, मेडिकल कलेजहरु, प्रयोगशालाहरु, सामुदायिक अस्पतालहरु तथा गैरसरकारी क्षेत्रबाट संचालित स्वास्थ्य संस्थाहरुले रोग निदान, उपचार, औषधी बितरण, विरामी रिफर तथा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्ने कार्यमा गरि आएको छ । आर्थिक वर्ष २०७२/७३ सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रबाट पहिचान भएका क्षयरोगीको तथ्यांक देहाय बमोजिम रहेको छ

क्षेत्र	महिला क्षयरोगीको संख्या	पुरुष क्षयरोगीको संख्या	जम्मा क्षयरोगीको संख्या
सामुदायिक क्षेत्र	२३८२	४३६२	६७४४

निजी क्षेत्र	२१९६	३५३९	५७३५
कन्ट्याक्ट ट्रेसिङ	२३२	४६२	६९४
जम्मा	४८१०	८३६३	१३१७३

आर्थिक वर्ष २०७२/७३ सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रबाट पहिचान भएका क्षयरोगीको संख्या कुल क्षयरोगी संख्याको करिब ४१ प्रतिशत रहेको छ । निजी तथा सामुदायिक क्षेत्रको क्षयरोग पहिचानमा भएको योगदानको तथ्यांक राखेको भएपनि उपचार, औषधि बितरण, तथा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान उपचारमा उपलब्धी के कस्तो रहयो भन्ने सम्बन्धमा व्यवस्थित अभिलेख राखी छुट्टै मापन गरेको पाईएन । निजी क्षेत्रमा भएको उपचारको व्यवस्थित तथ्यांकको अभावमा योगदानको छुट्टै मापन गर्न सकिने अवस्था नहुनुका साथै अनुगमन नै हुने नगरेको तथा यस क्षेत्रमा रोगी होल्डिङ गरिराख्ने प्रवृत्ति रहको, छलफलको कममा निजी क्षेत्रबाट भएको क्षयरोग उपचार सेवाको अनुगमन हुन नसकेको जवाफ रहेको छ । अनुगमन नहुदा उपचार भएका, निको भएका, उपचार पुरा गरेका, उपचारमा सफलता तथा असफलको अवस्थाको लगायत राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको निर्देशिका बमोजिम सेवा प्रदान भए नभएको मुल्यांकन गर्ने सकिने अवस्था देखिएन । अभिलेख व्यवस्थित नहुदा कार्यक्रम कार्यन्वयनमा प्रभावकारीता नहुनुका साथै क्षयरोग सम्बन्धी दिर्घकालीन लक्ष्य हासिल गर्ने कार्य चुनौतिपूर्ण हुने देखिन्छ । यसैगरि क्षयरोग नियन्त्रणमा सरकारी, सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रको योगदान रहने गरेको भएपनि साभोदारी नेतृत्वको खाका तयार नहुनु, साभोदारीको स्पष्ट मोडल तथा मार्गनिर्देशिका तयार नहुनु, निजी क्षेत्रले पहिचान गरेका क्षयरोगीको तत्काल रिपोर्टिङ नहुदा कार्यक्रम तर्जुमा कठिनाई हुने गरेको, गरै सरकारी क्षेत्रको दातृ निकायसँग स्रोत साधन प्राप्त गर्न सरकारसँग प्रतिस्पर्धा हुनु जस्ता कारणहरूले प्रभावकारी साभोदारी व्यवस्था कायम हुन सकेको छैन । उल्लेखित समस्याहरूको समाधानका लागि क्षयरोग नियन्त्रणमा सार्वजनिक निजी साभोदारीलाई प्रभावकारी बनाउन साभोदारीको खाँका, संरचना तथा मागदर्शन तयार गरि लागु गरिनु पर्ने, नियमन तथा सुपरिवेक्षणलाई प्रभावकारी बनाउनु पर्ने, निजी तथा समुदायिक संस्थाहरूबाट क्षयरोग नियन्त्रणमा गर्न सकिने क्रियकलावहरू तथा आचारसंहिता निर्माण गरि लागु गरिनु पर्ने, क्षयरोग नियन्त्रणमा निजी क्षेत्र तथा समुदायीक्षेत्रबाट भएको योगदानको व्यवस्थित अभिलेख राखि नियमित तथा सुपरिक्षण कार्य प्रभावकारी बनाउनु पर्ने देखिन्छ ।

२२. **बजेट तथा स्रोत परिचालन** – आर्थिक कार्यविधि नियमावली, २०६४ अनुसार अधिकार प्राप्त अधिकारीले सरकारी रकम निकास दिदा तथा खर्च गर्दा नियमितता, मितव्ययीता, कार्यदक्षता, प्रभावकारीता तथा औचित्यताको दृष्टिकोणबाट उपलब्ध साधन स्रोतको समुचित उपयोग र कार्यक्रमअनुसार निर्धारित समयमा प्रगति भएको छ र कामको गुणस्तर सन्तोषजनक छ भन्ने पक्षमा ध्यान दिई रकम खर्च गर्नुपर्ने व्यवस्था छ । तर राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रको निर्धारित स्वीकृत कार्यक्रम तथा बजेट बमोजिम गरेको खर्चको स्थिति देहायबमोजिम रहेको छ ।

(रु. हजारमा)

आर्थिक वर्ष	स्रोत	बर्षिक बजेट	खर्च	खर्च प्रतिशत	बर्षिक बजेटमा स्रोतगत अंश	खर्चमा स्रोतगत अंश
२०७२/७३	नेपाल सरकार	६१४४१२	२२९७५९	३७.३९	५१.१	९३.६
	ग्लोबल फण्ड	५७६१८२	९३२०.४	१.६२	४७.९	३.८

	नर्वे	११०७६	६३६४.१	५७.४६	०.९	२.६
	जम्मा	१२०१६७०	२४५४४३	२०.४३	१००	१००
२०७१/७२	नेपाल सरकार	२६५७६४	१३२२३६	४९.७६	२१.४	२४.५
	ग्लोबल फण्ड	९६२८२९	४००६६०	४१.६१	७७.६	७४.२
	विश्व स्वास्थ्य संगठन	२२२०	०	०.००	०.२	०.०
	नर्वे	१०५३९	६९०१.७	६५.४९	०.८	१.३
	जम्मा	१२४१३५१.५	५३९७९६.९	४३.४८	१००	१००
२०७०/७१	नेपाल सरकार	१०३५०१	६६४७५.५	६४.२३	८.०	१३.९
	दाता संयुक्त कोष	१०७१०३	५८९८.२	५.५१	८.३	१.२
	ग्लोबल फण्ड	१०५९४५३	३८७५५३	३६.५८	८१.८	८०.९
	विश्व स्वास्थ्य संगठन	२१४३	०	०.००	०.२	०.०
	नर्वे	२२९३४	१९२०५.५	८३.७४	१.८	४.०
		१२९५१३४	४७९१३२	३६.९९	१००	१००

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमका लागि राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रलाई विनियोजित भएको आर्थिक वर्ष २०७२/७३ को बजेट १ अर्ब २० करोड मध्ये २०.४३ प्रतिशत, आर्थिक वर्ष २०७१/७२ मा १ अर्ब २४ करोड मध्ये ४३.४८ प्रतिशत र आर्थिक वर्ष २०७०/७१ को बजेट १ अर्ब २९ करोड मध्ये ३६.९९ प्रतिशत मात्र खर्च भएको देखिन्छ। कुल बजेटमा ग्लोबल फण्ड तर्फको अंश सवैभन्दा बढी रहेको छ, भने विश्व स्वास्थ्य संगठन तर्फको विनियोजित भएर पनि खर्च भएको छैन। विनियोजित बजेट खर्च गर्ने क्षमता कमजोर हुनुले निर्दिष्ट कार्यक्रमहरू कार्यान्वयनमा समेत असर परेको छ।

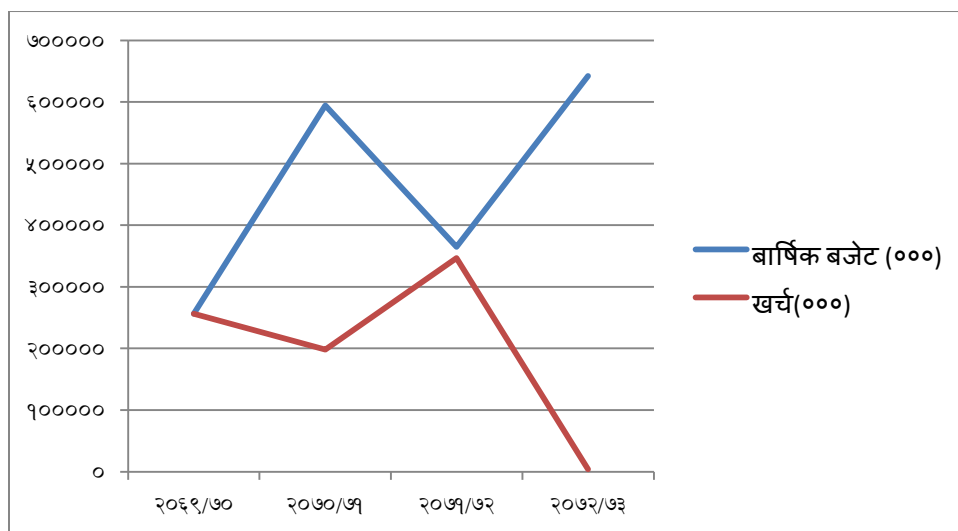
यसरी न्यून मात्र बजेट खर्च हुने प्रमुख कारणहरूमा समयमै बजेट तथा कार्यक्रम स्वीकृत नहुनु, चौमासिक बाडफाड अनुसार प्रथम चौमासिक भित्र बोलपत्र तथा खरिद सम्झौता सम्पन्न नहुनु, आर्थिक वर्षको अन्त्यतिर खरिद प्रक्रिया शुरु गर्नु, शुरु भएपनि प्रक्रिया विभिन्न कारणले अवरोध हुनु, वास्तविक आवश्यकता तथा खर्च गर्न सक्ने क्षमतालाई ख्याल नगरी अधिक बजेट अनुमान गर्नु, कार्यक्रम संचालन गर्ने जनशक्तिको कमि हुनु जस्ता कारणहरूले खर्च न्यून मात्र हुने गरेको छ।

विनियोजन बमोजिम खर्चको रकम वृद्धि गर्नका लागि समयमै बजेट तथा कार्यक्रम स्वीकृत गर्ने गराउनु पर्ने, खर्च गर्ने संस्थागत क्षमता विकासमा जोड दिनुपर्ने, चौमासिक बाणफाण तथा खरिद योजना अनुसार प्रथम चौमासिक भित्र बोलपत्र तथा खरिद सम्झौता जस्ता कार्यहरू सम्पन्न गर्नुपर्ने, वास्तविक आवश्यकता तथा खर्च गर्न सक्ने क्षमतालाई ख्याल गरी बजेट तर्जुमा गर्नुपर्ने, आवश्यक दरवन्दी सिर्जना गर्नु पर्ने, पालना गर्न सकिने सर्तहरू स्वीकार गरी बैदेशिक सहायता सम्झौता गरिनुपर्ने, प्रमुख कार्यहरूमा बैदेशिक सहायता माथिको निर्भरता कम गर्दै लैजानु पर्ने देखिन्छ।

२३. बजेट तर्जुमा दिग्दर्शन, २०७२ अनुसार औषधि खरिदका लागि बजेट प्रक्षेपण गर्दा जीवन सुरक्षाका लागि राख्नुपर्ने आवश्यक औषधिको प्रकार तथा संख्याका आधारमा गर्नुपर्ने उल्लेख छ। राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रले औषधि खरिदमा विनियोजन गरेको बजेट तथा खर्चको अवस्था अध्ययन गर्दा आर्थिक

वर्ष २०७०/७१ मा ५९ करोड ४६ लाख बजेट विनियोजित भएकोमा आर्थिक वर्ष २०७०/७१ मा ५९ करोड ४६ लाख अर्थात अधिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा २३२ प्रतिशत बजेट विनियोजन गरिएकोमा त्यसको ३३.३ प्रतिशत मात्र खर्च भएको छ। यसैगरी आर्थिक वर्ष २०७१/७२ मा ३३ करोड ६५ लाख बजेट विनियोजित भएकोमा आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा ६४ करोड २२ लाख अर्थात अधिल्लो आर्थिक वर्षको तुलनामा १७६ प्रतिशत बजेट विनियोजन गरिएकोमा त्यसको ५.७ प्रतिशत मात्र खर्च भएको छ। यसरी न्यून खर्च हुदा कतिपय औषधिहरुको न्यूनतम मौज्दात समेत कायम हुन नसकेको पाईयो। औषधिहरुको न्यूनतम मौज्दात कायम हुने गरि औषधि आपूर्तिको व्यवस्था गर्नु पर्ने देखिन्छ।

औषधि खरिदमा बजेट तजा खर्चको प्रवृत्ति



यसरी क्षयरोग कार्यक्रममा औषधी खरिदको बजेट प्रक्षेपण गर्दा क्षयरोगीको प्रकार तथा संख्याका आधारमा औषधिको प्रकार तथा परिमाणको प्रक्षेपण गरि न्यूनतम मौज्दात कायम हुने गरि बजेट प्रक्षेपण तथा विनियोजन गर्नु पर्नेमा क्षयरोगीको संख्यामा खासै उचारचढाव नआएको अवस्थामा औषधी खरिदका लागि विनियोजित बजेटमा उचारचढाव देखिएकोले औषधी खरिदको बजेट प्रक्षेपण तथा खर्च प्रकृत्यामा कार्यकुशलता तथा प्रभावकारीता कायम हुन नसकेको देखिन्छ। यथार्थपरक रुपमा बजेट प्रक्षेपण तथा आवश्यकताका आधारमा औषधि खरिद नहुदा अनावश्यक रुपमा मौज्दात रहन जाने तथा म्याद समाप्त भई केन्द्रको भण्डारवाटै औषधि नष्ट गर्नु पर्ने अवस्था आई साधन स्रोतको अपव्यय हुने तर्फ ध्यान पुर्याउनुपर्ने देखियो। केन्द्रले उपलब्ध गराएको विवरण अनुसार केन्द्रमा मात्रै राष्ट्रिय क्षयरोग रु ४० लाख बराबरको औषधि म्याद समाप्त भई नष्ट गर्नुपर्ने विवरण पेश भएको छ। अत क्षयरोगीको प्रकार तथा संख्याका आधारमा औषधिको प्रकार तथा परिमाणको प्रक्षेपण गरि सोही आधारमा बजेट औषधीको माग तथा राख्नुपर्ने न्यूनतम परिमाणलाई ध्यान दिई यथार्थपरक रुपम बजेट प्रक्षेपण गर्नु पर्ने देखिन्छ।

२४. बैदेशिक सहायतको परिचालन

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको कार्यन्वयनमा प्रभावकारीता ल्याउन वैदेशिक सहायताको समुचित हुनु आवश्यक हुन्छ। विभिन्न दातृ निकाय तथा साभेदारको भुमिकालाई स्वीकार गरी कार्यक्रम समेटिएको छ। विभिन्न

दातृनिकायहरुबाट विभिन्न किसिमका अनुदान तथा सहायता उपलब्ध गराउदै आएका पनि सहायताको उपयोगको अवस्था भने संतोषजनक देखिदैन । सहायताको उपयोगको अवस्था देहायबमोजिम रहेको छ ।

(०००)

आर्थिक वर्ष	स्रोत	सहायताको प्रकार	बर्षिक	खर्च	खर्च प्रतिशत
२०७२/७३	ग्लोबल फण्ड	नगद अनुदान	५६६०	९४३.४	१६.६७
		सोभै भुक्तानी	४८५९५१	६९९२.१	१.४४
		वस्तुगत अनुदान	१३८०५	०	०.००
		सोभै भुक्तानी(पूँजीगत)	७०७६६	१३८४.९	१.९६
	नर्वे	सोभै भुक्तानी	११०७६	६३६४.१	५७.४६
		जम्मा	५८७२५८	१५६८४.५	२.६७
२०७१/७२	ग्लोबल फण्ड	सोभै भुक्तानी	२७२०४५	६८१७९.४	२५.०६
		वस्तुगत अनुदान	५५६५३०	३२५००१.२	५८.४०
		नगद अनुदान (पूँजीगत)	१०००	७१.१	७१.४१
		सोभै भुक्तानी(पूँजीगत)	१३३२५४	६७६४.८	५.०८
	विश्व स्वास्थ्य संगठन	सोभै भुक्तानी	२२२०	०	०.००
	नर्वे	सोभै भुक्तानी	१०५३९	६९०१.७	६५.४९
	जम्मा	९७५५८८	४०७५६१.२	४१.७८	
२०७०/७१	दाता संयुक्त कोष	सोधभर्ना अनुदान	९३५०३	५५१०.१	५.८९
		सोधभर्ना अनुदान(पूँजीगत)	१३६००	३८८.१	२.८५
	ग्लोबल फण्ड	नगद अनुदान	१२७०	०	०.००
		सोभै भुक्तानी	३७४५११	१८६६२२.७	४९.८३
		वस्तुगत अनुदान	५५६७९०	१६२६५७.९	२९.२१
		सोभै भुक्तानी(पूँजीगत)	१२६८८२	३८२७२.२	३०.१६
	विश्व स्वास्थ्य संगठन	सोभै भुक्तानी	२१४३	०	०.००
	नर्वे	सोभै भुक्तानी	२२९३४	१९२०५.५	८३.७४
	जम्मा	११९१६३३	४१२६५६.५	३४.६३	

उल्लेखित तालिका बमोजिम वैदेशिक स्रोत तर्फको विनियोजित बजेटको तुलनामा खर्च अत्यन्त न्यून रहेको छ । कतिपय सहायता बजेटमा समावेश मात्र गरिएको खर्च हुन नसकेको पाईएको छ । आर्थिक वर्ष २०७२/७३ मा ५८ करोड ७२ लाख विनियोजित भएकोमा त्यसको २.६७ प्रतिशत मात्र खर्च भएको छ । यसैगरि आर्थिक वर्ष २०७१/७२ मा ९७ करोड ५५ लाख विनियोजित भएकोमध्ये त्यसको ४१.७८ प्रतिशत र आर्थिक वर्ष २०७०/७१ मा विनियोजित भएकोमा त्यसको ३४.६३ प्रतिशत अर्थात ४१ करोड

२५ कार्यमूलक लेखापरीक्षण प्रतिवेदन सँगालो, २०७३

२६ लाख मात्र खर्च भएको छ । सहायतामा सोभै भुक्तानी तथा बस्तुगत अनुदानको अंश बढी छ । वैदेशिक सहायत माथिको निर्भरता बढि भई सो अनुसार समयमा प्राप्ती तथा खर्च नहुदा आवश्यक औषधि उपकरणहरु समयमा आपूर्ति हुन नसकि क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम सञ्चालनमा असर पर्ने देखिएको छ । सहायता परिचालन सम्बन्धमा नीतिगत तथा व्यवस्थापकिय कमजोरीका उदाहरण देहाए बमोजिम रहेको छ ।

२५.१ ग्लोबल फण्डबाट आ.ब. २०७२।७३ मा क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रममा अमेरिकी डलर ८६ लाख १२ हजार खर्च गर्ने सम्झौता गरेकोमा अमेरिकी डलर २१ लाख ४४ हजार ८ सय ६२ अर्थात कुल सम्झौता रकमको २५ प्रतिशत अनुदान व्यवस्थापनमा खर्च भनि तोकेको छ । विगतमा राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रलाई नै प्रिन्सीपल रिसिपेन्टको रुपमा रहेता पनि यस वर्ष दात्री निकायबाट सौभौ नियुक्त सेभ द चिल्डेन इन्टरनेशनललाई प्रिन्सीपल रिसिपेन्टको रुपमा नियुक्त गर्दा यसरी अनुदान व्यवस्थापनमा नै यति ठुलो रकम खर्च हुने देखिएको छ ।

२५.२ क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको लागि ८६ लाख अमेरिकी डलर सो वर्ष खर्च गर्ने गरी सम्झौता गरेतापनि राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रले ग्लोबल फण्डसंग अमेरिकी डलर ६० लाख ६२ हजार बराबरको खर्च गर्ने कार्यक्रम पेश गरेको छ भने बजेट विनियोजन तथा स्वीकृत कार्यक्रम अनुसार अमेरिकी डलर ४३ लाख ६७ हजार मात्र कार्यक्रम रहेको छ । ग्लोबल फण्डमा पेश गरेको कार्यक्रम तथा स्वीकृत कार्यक्रम बीच पनि तादाम्यता नरहेको कारण ती दुई बीच जुन घटी हुन्छ तदनुसार मात्रै ग्लोबल फण्डबाट प्राप्त हुने व्यवस्थाले अमेरिकी डलर ५० लाख ८७ हजार बराबरको कार्यक्रम संचालन गर्न नसकेको देखियो ।

२५.३ सेभ द चिल्डेन इन्टरनेशनलको आर्थिक वर्ष २०१५।१६ को लेखापरीक्षण विवरण अनुसार राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा प्रिन्सिपल रिसिपिएन्टको र क्षयरोग केन्द्रले समेतले कुल अमेरिकी डलर ३१ लाख ७५ हजार २ सय ६१ खर्च गरेको देखाएको छ । जसमा हेल्थ प्रोडक्ट, फर्मासेटिकल्स, ननफर्मासेटिकल्स, इक्युपमेन्ट, नन हेल्थ इक्युपमेन्ट समेत अमेरिकी डलर १२ लाख ५६ हजार बराबरको सामान राष्ट्रिय क्षयरोग केन्द्रमा प्राप्त हुनुपर्नेमा २०१६ डिसेम्बर सम्म पनि कुनै सामान प्राप्त भएको अभिलेख देखिएन । सामान आपूर्ति गर्न खरिद व्यवस्थापन खर्च अमेरिकी डलर ३ लाख ९७ हजार अर्थात ३१.६० प्रतिशत खर्च गरेको देखाएको छ । यसै गरी भ्रमण खर्च अमेरिकी डलर ६ लाख १६ हजार २ सय ४२ देखाएको छ । यस प्रकारको खर्चबाट कार्यको लाभ लागत लाभ प्रतिफलमुखि हुन सकेको देखिदैन ।

निष्कर्ष

नेपालले विश्व स्वास्थ्य संगठनको मापदण्ड अनुसार सन १९९६ देखि डट्स विधिद्वारा क्षयरोगका विरामीलाई उपचार गर्ने नयाँ पद्धति शुरू गरी यस कार्यक्रमलाई विस्तार गर्दै सन् २००१ सम्म नेपालका सम्पूर्ण जिल्लाहरुमा यो कार्यक्रम लागू भइसकेको छ । एच.आइ.भि. एड्सको संक्रमण, बहू औषधि प्रतिरोध क्षयरोग कारणले क्षयरोग नियन्त्रण कार्य भन कठिन बन्दै गएको छ ।

कार्यमुलक लेखापरीक्षणमा राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको कार्यन्वयन सम्बन्धमा सबै क्षयरोगी पहिचान भई नसक्नु, बाल क्षयरोगीको पहिचान न्यून हुनु, औषधि प्रतिरोधि क्षयरोगीको पहिचान अनुमानित रोगीको तुलनामा अन्यन्त न्यून हुनु, जिल्लाको तथ्यांक तथा केन्द्रले उपलब्ध गराउने तथ्यांकमा एकरूपता नहुनु, आर्थिक रुपमा सकृय जनसंख्यामा क्षयरोगको घनत्व बढी रहनु, विगतमा उपचार प्राप्त गरेका क्षयरोगीको पुनउपचार गर्नुपर्ने चुनौति, मृत्यु दर घट्न नसकेको, वार्षिक लक्ष्य अनुरूप प्रगति हसिल हुन नसकेको,

औषधिको अधिक मौज्जात तथा न्यून मौज्जातको अवस्था रहनु, प्रयोगसाला सवै डट्स सेन्टरहरुमा नहुनु, कल्चरल ल्याव सेवा दुई ठाँउमा मात्र उपलब्ध हुनु विविध सांगठनिक समस्याहरु विघ्नमान रहनु, सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रबाट प्रवाह भईरहेको सेवाको अनुगमन नहुनु, विनियोजित बजेटको तथा वैदेशिक सहायताको न्यून परिचान हुनु जस्ता समस्याहरु रहेका छन् ।

राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रमको कार्यान्वयनलाई प्रभावकारी बनाउन सवै क्षेत्रका क्षयरोगी पहिचानको लागी कार्य विस्तार जोड दिईनु पर्दछ, बाल क्षयरोगी लक्षित कार्यक्रममा प्राथमिकता दिनुपर्ने, औषधि प्रतिरोधि क्षयरोगीको पहिचानमा जोड दिनु पर्ने, औषधि प्रतिरोधि क्षयरोगीको उपचारमा होष्टेलको क्षमता विस्तार गर्नु पर्ने, जिल्लामा उपलब्ध गराईएको तथ्यांक तथा केन्द्रले उपलब्ध गराउने तथ्यांकमा एकरूपता कायम गर्नुपर्ने, क्षयरोगबाट परिवारमा आर्थिक बिपन्नता आउन नदिने तर्फ उपयुक्त उपाय अवलम्बन गर्नुपर्ने, बार्षिक लक्ष्य अनुरूप प्रगति हासिल गर्न जोड दिनुपर्ने, औषधिको अधिक मौज्जात तथा न्यून मौज्जातको अवस्था आउन नदिने तर्फ ध्यान दिनुपर्ने, प्रयोगसाला सेवा तथा कल्चरल ल्याव सेवा विस्तार गर्दै लैजानुपर्ने, सांगठनिक तथा संस्थागत पक्षलाई चुस्त बनाउनु पर्ने, सामुदायिक तथा निजी क्षेत्रबाट प्रवाह भईरहेको सेवाको अनुगमन तथा साभेदारीलाई प्रभावकारी बनाउनुपर्ने, कार्यक्रमअनुसार विनियोजित बजेट खर्च गरी लक्ष्य हासिल गर्न जोड दिनुपर्ने, वैदेशिक सहायताको परिचालनलाई प्रभावकारी बनाउन सरकार तथा दातृ निकाय दुवैको सहजवाफदेहिताको प्रवर्द्धन गर्ने लगायतको सुधार गरिनु पर्दछ ।