

ལོ་བསྐྱར་སྟན་འཛིན་ ༢༠༡༢།

ལོ་ལྔ་འཆར་གཞི་བརྒྱ་པའི་གནས་སྟངས་སྟན་འཛིན་

ANNUAL REPORT 2012

Featuring 10th Five Year Plan status



གསོ་བ་ལྷན་ཁག།

དཔལ་ལྷན་འབྲུག་གཞུང་།

༢༠༡༢ ཟླ་༥པ།

Ministry of Health

Royal Government of Bhutan

May 2012

འཛིན་སྐྱོང་གི་གནས་སྐབས་བཅུད་བསྟུན།

རྒྱལ་ཡོངས་དཀའ་སྤྱོད་དཔལ་འཛོམས་ཀྱི་ རྒྱལ་ཡོངས་གོང་འཕེལ་གྱི་ལྷ་བའི་ལམ་སྟོན་ཐོག་ གསོ་བའི་
ལས་ཚན་གྱིས་ འབྲུག་གི་མི་སེར་ཚུ་གི་དོན་ལས་ མི་སྤྱིའི་དྲང་བདེན་དང་འདྲ་མཉམ་གྱི་དོན་ལུ་ སྤྱིར་
བཏང་རྒྱལ་ཡོངས་གོང་འཕེལ་གྱི་ རྒྱ་བྱལ་གཞི་བཞུགས་དང་འབྲེལ་ གནས་ཚད་མཐོ་བའི་གསོ་བའི་འཕྲོད་
བསྟེན་གྱི་གནས་ཚད་ མཐར་འཁྱུལ་ཚུགས་པ་ འབད་ནི་དང་གཅིག་ཁར་ རུས་ཤུགས་ལྡན་པའི་བྱེད་
རིག་གི་འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ཀྱི་སྟོན་སྟེན་ འཕྲོད་བསྟེན་ཅན་དང་ དཀའ་སྤྱོད་དང་ལྡན་པའི་རྒྱལ་ཁབ་
ཅིག་ལུ་ ཡར་རྒྱས་བཏང་ནི་གི་མཉམ་བསམ་ཡོད།

དམངས་གཙོའི་རིང་ལུགས་ཐོག་ བཅགས་འབྲུ་གྲུབ་པའི་གཞུང་སྐྱོང་དང་པམ་གིས་ གནས་ལུན་ལོ་ངོ་
བཞི་ཚངམ་དང་གཅིག་ཁར་ གསོ་བའི་འཆར་སྐབས་འདི་ མཐར་འཁྱུལ་བྱུང་ནི་ལུ་ དམིགས་བསམ་རྒྱུ་
སྐྱོར་གྱི་ཕན་འདབས་ སྟོན་སྟེན་མཛེད་གནང་ཡི། གསོ་བའི་རིམ་ལུགས་ གཞུང་སྐྱོང་དང་འཛིན་སྐྱོང་
འཐབ་ཐངས་ཚུ་ནང་ ལེགས་བསྟུར་སྟོན་སྟེན་མཛེད་ཡོད་པ་མ་ཚད་ ནད་རིགས་སྟོན་འགོག་དང་ ཚད་འཛིན་
གྱི་བཙོན་ཤུགས་ཚུ་ཡང་ ཡར་རྒྱས་སོང་སྟེ་ཡོད་པའི་ཁར་ ཞབས་རྟོག་མཐོ་སྤྱོད་གྱི་གནས་ཚད་ཡང་
གྲངས་ཁ་དང་སྤྱུས་ཚད་གཉིས་ཆ་རའི་ཐད་ལས་ ཡར་དཀྱིལ་སྟོན་སྟེན་མཛེད་ཡོད། མགྱོགས་ཚད་ལྡན་པའི་
གསོ་བའི་གོང་འཕེལ་གྱི་ཐབས་ལམ་ཚུ་ཡང་ མགྱོགས་འགྲོས་ཅན་གྱི་ འབྲུག་མི་སྤྱིའི་དཔལ་འབྱོར་གོང་
འཕེལ་ལས་རིམ་གྱི་ཐོག་ལས་ འགོ་བཙུགས་ཅི།

འབྲུག་ལུ་ འདས་པའི་ལོ་ངོ་ཚུ་ནང་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་གོང་འཕེལ་གྱི་སྐྱབས་ གསོ་བའི་ལས་རིམ་
གྱི་འབྲེལ་སྟོན་ མང་ཤོས་ར་ ནད་རིགས་སྟོན་འགོག་དང་ འཕྲོད་བསྟེན་གྱི་རྒྱ་རྒྱུ་རོམ་ཚུ་ཡར་རྒྱས་
བཏང་ནི་ དེ་ལས་ འབྲུ་ཉེན་ཡོད་པའི་ནད་རིགས་ཚུ་ བཀག་ཐབས་འབད་ནི་ལུ་ གཙོ་བོར་བཏོན་ཅུག།
ནད་རིགས་སྟོན་འགོག་དང་ ཡར་རྒྱས་ དེ་ལས་ བཀག་ཐབས་ཀྱི་བྱེད་ཆོས་གསུམ་པོ་ཡང་ རང་མགོ་
རང་འདྲོངས་དང་ ཡུན་བརྟན་གྱི་རྒྱལ་སྐྱོར་ལུ་དམིགས་ཏེ་ འགོ་བཙུགས་ཅུག། གསོ་བའི་ཞབས་རྟོག་གི་
བྱལ་ཚད་དང་ ཐོབ་སྟོན་འདྲ་མཉམ་གྱི་དམིགས་ལུ་ ཡར་སེང་གིས་མ་ཚད་པར་ དབང་ཚད་ཕྱིར་སྟེལ་
དང་མི་སྤྱིའི་གྲུ་གཏོགས་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡང་ ཡར་དཀྱིལ་སོང་ཡོད་མི་ཚུ་ མིའི་སྤྱོད་བཅོས་ཞབས་རྟོག་གི་
འབྱུང་རབས་ནང་ལས་ ཏ་གོ་ཚུགས།

གསོ་བའི་ལས་ཚན་གྱི་ལོ་ལྷའི་འཆར་གཞི་བཅུ་པའི་ ལག་ལེན་གྱི་ཐབས་ལམ་ཚུ་ གྲུབ་འབྲས་ཅན་སྟེ་
མཐར་འཁྱུལ་འབྱུང་ཚུགས་པའི་རེ་འདོད་ཅན་སྟེ་སྟོན་ཅི། གཤམ་གསལ་གྲུབ་འབྲས་གཙོ་ཅན་ཚུ་ལུ་
གཙོ་བོར་བཏོན་པའི་ དམིགས་གཏང་ཚུ་ཡང་།

- ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ལུ་དང་ སྤྱུག་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ལུ་ཚུ་ དམིགས་

EXECUTIVE SUMMARY

Guided by the national development philosophy of Gross National Happiness, the health sector envisions building “a healthy and happy nation through a dynamic professional health system with attainment of highest standard of health for the people within the broader framework of overall national development, in the spirit of social justice and equity.”

The first democratically elected government, as it completes four years in term, has contributed significantly to the realization of this vision. Reforms were undertaken in governance and management of the health system, disease prevention and control efforts were stepped up, and services delivery was enhanced both in terms of volume and quality. Fast track health development initiatives were launched through the Accelerated Bhutan Socio-Economic Development programme.

Since the early years of health development in Bhutan, programmes and interventions have focused on the prevention of morbidity, the promotion of positive determinants of health, and the control of infectious diseases. These three aspects of prevention, promotion and control measures were established against the backdrop of the principles of self-reliance and sustainability. The patterns of decentralization and community participation are strongly evident throughout the history of allopathic services, in addition to the goal of maximizing the coverage and equity of services.

The Tenth Five Year Plan of the health sector has been ambitious in its approach. Clear targets were outlined with emphasis on the following key outcomes:

- Achieve the Millennium Development Goals and SAARC

གཏང་ལས་ལྷག་སྟེ་ གྲུབ་ཚུགས་པ་འབད་ནི།

- གསེ་བའི་ཞབས་ཏྲིག་གི་ སྤྱི་ཚད་དང་ ཐོབ་སྤྱོད་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡར་ཤུག་བཟོ་ནི།
- རྒྱ་བསྐྱེད་དང་ སྤྱོད་འགོག་ དེ་ལས་ ཤུག་ཐབས་དང་ བསྐྱར་གསེའི་ཕྱོགས་གྲུབ་ཚུ་ ཡར་ཤུག་བཏང་ནི།
- གནས་རིམ་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ རང་པའི་སྤྱོད་ཀྱི་ཞབས་ཏྲིག་ཚུ་ རྒྱ་བསྐྱེད་བཏང་ནི་དང་ རང་པའི་སྤྱོད་ཀྱི་ཞབས་ཏྲིག་ཚུ་ ལུང་ཕྱོགས་ནང་ ཁུད་འཕགས་ཀྱི་ལྟེ་བ་ཅིག་སྟེ་ རྒྱ་བསྐྱེད་བཏང་ནི་དང་ ཕྱི་མི་ལུ་གསེ་བའི་ཞབས་ཏྲིག་གི་ ལྷན་ཐབས་བྱིན་ཚུགས་པའི་གནས་ཚད་ལུ་ ཡར་ཤུག་བཏང་ནི།
- གསེ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོང་མཁོ་སྤྱོད་རིམ་ལུགས་ནང་ ལུན་བརྟན་དང་གནས་ཚད་འཛུ་མཉམ་བཟོ་ནི།

གསེ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ཀྱི་ཕྱོགས་གྲུབ་གོང་འཕེལ་ནང་ ཡར་རྒྱས་ཀྱི་ལེགས་བསྐྱར་སྒོམ་སོང་ཡོད་མི་ལས་བརྟེན་ མི་འབོར་འཕྲོད་བསྟེན་ནང་ དམིགས་བསལ་གྱི་ལེགས་བསྐྱར་གྱི་གྲུབ་འབྲས་སྒོམ་ཐོན་ཏེ་ཡོད་མི་ཚུ་ གསེ་བའི་བརྟེན་གྱི་གནས་རིམ་ཆ་མཉམ་ནང་ ལེགས་བསྐྱར་གྱི་བརྟེན་གསེ་ཐོག་ གསལ་སྟོན་འབད་ཡོད་མི་ལས་ཏེ་གོ་ཚུགས། ཨིན་རུང་ ད་རུང་ཡང་ རོ་འགྲན་ལེ་ཤ་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། གསེ་བའི་ལས་ཚན་གྱིས་ སྤྱི་ཐོབ་གོམས་གཤེས་ལས་བརྟེན་ཐོབ་སྒོམ་ཡོད་མི་ནད་གཞི་ཚུ་ལུ་ འཕྲོ་མཐུད་གཏོང་ལེན་ འབད་བཞིན་དུ་ཡོད་རུང་ འཛུ་བའི་གནས་སྤངས་དང་འབྲེལ་བའི་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་གཞི་ཚུ་ ཚད་འཛིན་འབད་མ་ཚུགས་པར་ཡོད། གཞུང་སྐྱོང་གི་གཞི་བཞོན་དང་ འཛིན་སྐྱོང་སྒྲིག་བཞོན་ཚུའི་ འཕེལ་འགྱུར་གྱི་གནས་སྤངས་དང་ རྟེན་ཡམས་བརྟེན་དཔྱད་རིག་པའི་སོར་བསྐྱར་ གསལ་ཐོན་ཅན་གྱི་འབྲུ་ཉེན་ཅན་གྱི་ནད་གཞི་ ཁྲོམ་ཁ་ལུ་སྒོ་བཤུད་འབད་འོང་མིའི་གནས་ཚད་ དེ་ལས་ གནས་གཤེས་འགྱུར་བཞོན་ཚུ་གིས་ འཕྲོད་བསྟེན་ལུ་ཐོ་ཕོག་པ་ལས་བརྟེན་ ཐོན་ཁུངས་ཚད་ཅིག་ལས་མེད་པའི་ གསེ་བའི་ལས་ཚན་འདི་ གནད་དོན་རྒྱ་ཆེ་བཤུགས་སྤྱོད་ཚོགས་ལུ་ གཏོང་ལེན་འབད་དགོཔ་ཐོན་ཏེ་ཡོད།

ལོ་ལྔའི་འཆར་གཞི་བཅུ་པ་མཇུག་བསྐྱུལ་དང་གཅིག་ཁར་ མཐར་འཁྱུལ་བྱུང་མི་ཚུ་ལུ་ དགའ་ཚོར་དང་ གྲུབ་འབྲས་འབྱུང་མ་ཚུགས་མི་དང་ རོ་འགྲན་ཚུ་ལུ་ གཏོང་ལེན་གསྒྲིག་གི་དོན་ལུ་ ངབ་ཅས་ར་གིས་ བཞོན་མི་དམིགས་གཏང་དང་ དམིགས་དོན་ཚུ་ལུ་ དབྱེ་དཔྱད་འབད་དགོཔ་འདི་ གཞི་བགའ་ཆེ་བའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། སྤྱོད་ལཱ་འདི་གིས་ ལས་དོན་དེ་འགོ་འབྲེན་འཐབ་ནི་ལུ་ དམིགས་གཏང་བསྐྱེད་པ་མ་ཚད་ སྤྱོད་ལཱ་འདི་གིས་ གོས་ཚད་བཟོ་མི་ཚུའི་ནང་འཁོད་ལུ་ གོ་བརྟེན་ལེ་ནི་དང་ ལོ་ལྔའི་འཆར་གཞི་བཅུ་པ་མཇུག་པའི་དོན་ལུ་ ལས་བྱེད་ཚུ་བསྐྱོད་འབད་ནིའི་ དམིགས་གཏང་བསྐྱེད་པ་ཨིན།

Development Goals beyond the set targets;

- Improve quality and accessibility of health services;
- Improve promotive, preventive, curative and rehabilitative capacity;
- Enhance traditional medicine services at all levels, promote traditional medicine services as a centre of excellence in the region and facilitate health tourism; and
- Promote sustainability and equity in health care delivery system.

Considerable improvements have been made in developing the health system capacity that has resulted in significant improvements in population health outcomes as reflected by marked improvements in health indicators across the board. However, challenges abound. While the sector continues its battle against the traditional diseases profile, lifestyle related non-communicable diseases have already made in-roads. The evolving governance framework and management formats, epidemiological transition, emerging infectious diseases, urbanization and adverse health impacts of climate change have left the health sector already battling a complex and wider array of issues with substantially limited resource base.

As we near the completion of the 10th Five Year Plan, it is crucial that we assess each of the objectives and targets we had set, celebrate the success and dwell closer on the unmet targets and challenges. This report intends to do that. It is also intended to raise awareness among the decision makers and garner commitments towards 11th FYP.

གསོ་བའི་ལས་ཚན་གྱི་ ལོ་ལྔའི་འཆར་གཞི་བཙུ་པའི་ རྒྱ་བྱ་ལས་རིམ་དང་འབྲེལ་ ལྷན་ཁྱེད་འདི་ བརྗོད་
 རྟོག་ལས་རིམ་གཙོ་ཅན་བཞི་ནང་ དབྱེ་བ་ཕྱེས་ཏེ་ཡོད་མི་འདི་ཡང་ ༡༽ གསོ་བའི་འཛིན་སྐྱོང་དང་གོང་
 འཕེལ། ༢༽ བདེ་གཞི་ངོས་འཛིན་དང་དྲག་གསོས་ཞབས་ཏོག། ༣༽ འཕྲོད་བསྟེན་ཡར་
 དྲག་དང་ བདེ་རིགས་སྒྲིབ་འགོག་ དེ་ལས་ ཚད་འཛིན། ༤༽ ཡུན་བརྟན་ཅན་དང་ རྒྱུན་བརྟན་ དེ་
 ལས་ ལྷ་ཏོག་ལས་རིམ།

As per the broad programming of the health sector 10th Five Year Plan, the report is categorized under four major themes/programmes: (1) Health management and development; (2) Diagnostic and curative services; (3) Health promotion, disease prevention and control; and (4) Sustainability, regulatory and monitoring programs.

ལོ་ལྔའི་འཆར་གཞི་བཟུང་པའི་དམིགས་གཏང་དང་གྲུབ་འབྲས་བཟུང་བལྟམས།

	ལོ་ལྔའི་འཆར་གཞི་བཟུང་པའི་དམིགས་གཏང།	གནས་ཚད།
༡	ཨ་ལོ་མེ་སྐྱེས་ཀྱི་ ཤི་ཚད་ གསར་སྐྱེས་སྟོང་ཕྱག་ རེ་ལས་༡༠ལུ་ མར་ཕབ་རྒྱབ་ནི།	༤༠.༡(༡༠༠ལ)
༢	སྐྱེས་ལོ་༤༠འོག་རྒྱ་གི་ ཨ་ལོ་ཤི་ཤི་ཚད་ གསར་སྐྱེས་ སྟོང་ཕྱག་ལས་༡༠འོག་རྒྱ་ལུ་མར་ཕབ་རྒྱབ་ནི།	༤༡.༥(༡༠༠ལ)
༣	སྐྱེ་མའི་ཤི་ཚད་ གསར་སྐྱེས་འབྲས་གཅིག་ ལས་༡༠༠འོག་རྒྱ་ལུ་ མར་ཕབ་རྒྱབ་ནི།	༡༥༥(༡༠༠༠) འབྲལ་གྱི་ཚད་ཅིས་༡༤༤
༤	ཆེ་ཚད་ སྐྱེས་ལོ་༡༠ལྷག་པ་ཅིག་ལུ་ཡར་མེད་རྒྱབ་ནི།	ད་ལྟོ་ལོ་ཚད་༤༥.༩
༥	མི་འབོར་བརྒྱ་ཆ་༡༠༠འོག་རྒྱ་ལུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་ འཐུང་རྒྱུ་འོ་ཐོབ་སྟོང་སྟོང་ནི།	བརྒྱ་ཆ་༩༤.༡(བརྒྱ་ཆ་ལེན་ཆད་ ལཱ་མེད་པ)
༦	མི་འབོར་བརྒྱ་ཆ་༡༠༠འོག་རྒྱ་ལུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་ གཙང་སྤྲེལ་ཕོ་བ་སྟོང་ཡར་དག།	༩༤.༥(ཉེན་ཁ་མེད་པའི་ གསར་སྟོང་)
༧	འབྲུག་གསོ་བའི་སློ་གཏང་མ་དངུལ་ ཡུ་ཨེ་མི་ཁྱི་ས་ཡ་ ༡༤ ལང་རྒྱ་གསལ་བ་ཐོན་ནི།	ཡུ་ཨེ་མི་ཁྱི་ས་ཡ་༡༤
༨	གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྐྱེད་ཡོད་ས་ལས་ རྩ་ས་ཡུན་རྒྱ་ཚོད་ ༡ཀླུང་ཐང་སྤེལ་འཁྱོད་གོ་པའི་ས་ཁོངས་ནང་འཁོད་ལུ་ རྒྱ་སྟོང་འབད་དེ་ཡོད།མི་འབོར་གྱི་དབྱ་ཚད་བརྒྱ་ཆ་ ༩༠ལྷག་མི་ལུ་རྒྱ་བསྐྱེད་འབད་ནི།	བརྒྱ་ཆ་༩༠ཐོག་
༩	གཞི་རྟེན་སྤྲོད་ཁང་གནས་ཤིང་གཞི་བཟུགས་འབད་ནི། ནང་པའི་སྤྲོད་ཁང་སྤེལ་ན་༡༥ལུ་ ཡར་མེད་རྒྱབ་ནི།	ནང་པའི་སྤྲོད་ཁང་སྤེལ་ན་༡༥ལུ་ཡོད་ས་ལས་༡༩ གཞི་རྟེན་སྤྲོད་ཁང་ གནས་ཤིང་༡པའི་གྲངས་སྤྲོད་པ་དང་༡གཞི་རྟེན་སྤྲོད་ཁང་གནས་ ཤིང་༡པའི་གྲངས་སྤྲོད་པ།
༡༠	འབྲུག་ལུ་གསོ་བའི་མཐོ་རིམ་སློབ་ཁང་	འབྲུག་གི་གསོ་བའི་ཚན་རིག་གཞུག་ལག་སློབ་སྤེལ་འདི་ ༡༠༡༡ལྷུ་ཡཔའི་ ནང་ འགོ་བཟུགས་རྒྱ་གསལ་པའི་རེ་བ་ཡོད།
༡༡	ཨྲིང་ལག་སྤྲོད་ཁང་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ ཉུང་ཤོས་རྟེན་ཁང་༡ལུ་ཡོད་པ་བཟོ་ནི།	ཨྲིང་ལག་༡༡ནང་ རྟེན་ཁང་༡ལུ་ཡོད་པ་དང་ ཨྲིང་ལག་༤ནང་ རྟེན་ཁང་ ༡ལུ་ རེ་ལས་ ཨྲིང་ལག་ལྷག་ལུ་ལན་༤ནང་ རྟེན་ཁང་༡ལུ་ཡོད།
༡༢	ཨྲིང་ལག་སྤྲོད་ཁང་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ ལཱ་ བ་ ཀོ ལ་ བརྟུབ་པའི་ནང་འབྲུལ་༡ལུ་ཡོད་པ་བཟོ་ནི།	ད་རིས་ནངས་པར་ ཨྲིང་ལག་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ ལཱ་ བ་ ཀོ ལ་བརྟུབ་པའི་ནང་འབྲུལ་༡ལུ་ཡོད།
༡༣	ཕྱི་མི་མ་ཅུ་འཇུགས་སྟོང་ཐོག་ རྒྱ་དམག་གས་ཀྱི་ རྒྱ་དེག་ལུ་པའི་གནས་ཤིང་༡པའི་སྤྲོད་ཁང་ ཉུང་ཤོས་གཅིག་ གཞི་བཟུགས་འབད་ནི།	བརྒྱ་ཁྱིམ་གྱི་ཕྱོག་འཆར་དང་འཇུགས་དང་ ལས་འགྲུལ་འདི་ འོས་ འབབ་མེད་པའི་ གསལ་ སྟོན་བྱུང་ལུགས་ ལེགས་ལུ་ལྟོ་ལྟོ་ ཏོག་རྒྱ་ རྒྱ་བསྐྱེད་བཏང་བཞུགས་ལུ་ཡོད།

Snapshot of 10th Five Year Plan Targets and Achievements

	10 FYP Targets	Status
1	Reduce IMR to 20 per thousand live births	40.1 (2005)
2	Reduce U-5 MR to less than 30 per thousand live births	61.5 (2005)
3	Reduce MMR to less than 100 per hundred thousand live births	255 (2000). Current estimate is 146
4	Enhance Life Expectancy to more than 70 years	68.9 years
5	Sustain access to Safe Drinking Water to near 100%	96.1% (about 6% non-functionality)
6	Improve access to Safe Sanitation to near 100%	94.5% (Safe excreta disposal)
7	BHTF funds to reach 24 Million US\$	24 Million USD
8	Improve proportion of population within 3 hrs walking distance of a health facility to more than 90%	Maintained at over 90%
9	Increase numbers of traditional medicine units at BHU level to 25	A total of 47 indigenous health units exists of which 19 are at BHU II and 6 at BHU I levels
10	Establishment of a medical college in Bhutan	University of Medical Sciences of Bhutan is expected to be launched in July 2012
11	Every Dzongkhag Hospitals to have a minimum of 3 doctors	11 Dzongkhags have at least 3 doctors each, 5 Dzongkhags have 2 doctors each and the remaining 4 have a single doctor each
12	Every Dzongkhag Hospitals to have a minimum of 2 functioning ambulances	All Dzongkhag hospitals today have at least two functional ambulances
13	Establish at least one super-specialised tertiary level hospital through FDI	Study suggested that the project was economically unfeasible. Wellness services being promoted.

གསེ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་འཛིན་སྐྱོང་དང་གོང་འཕེལ།

གསེའི་འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ འཛིན་སྐྱོང་འཐབ་ཐངས་འདི་ མི་མང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་དང་ ཡན་བདེ་དོན་ལུ་ ཆ་རྒྱུ་གཤམ་ཅན་ཅིག་ཨིན། འདས་པའི་ཡོ་རོབ་ཞི་གི་རིང་ འཛིན་སྐྱོང་ཡར་འགྲུག་གི་དོན་ལུ་ ཐབས་ལམ་དང་བསྐྱར་བ་མང་རབས་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཡོད་པ་མ་ཆད་ ཐབས་རིག་ཡར་འགྲུག་དང་ ཡན་རུས་ཀྱི་ཁོ་ཕོན་ཚུ་སྤེལ་ཐབས་ལུ་ འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ཀྱི་ལམ་སྟོན་ཐབས་ཤེས་མང་རབས་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཡོད་མི་དང་འབྲེལ་ འབྲེལ་མཉམ་དང་བྱེད་བདེན་ དེ་ལས་ སྐྱོན་མེད་འཛིན་སྐྱོང་གི་ རྩ་བའི་ཡན་ལུངས་ཚུ་དང་འབྲེལ་བཞིན་བྱ་ཡོད། གནད་དོན་གཤམ་ཅན་དག་པ་ཅིག་ འོག་ལས་ཁ་གསལ་སྟེ་བཀོད་དེ་ཡོད།

རྒྱལ་ཡོངས་གསེབ་མེད་སྤྱི་ལོ་༢༠༢༠

༡༩ རྒྱལ་ཡོངས་གསོ་བའི་སྤྱི་དབུས་འདི་ ཁེ་ཕན་སྤྱོད་མི་ མང་རབས་ཅིག་དང་གཅིག་ཁར་ གྲོས་
བསྟུན་རྒྱལ་ཤིང་རྒྱས་པ་སྟེ་ གནང་བའི་བྱལ་ལུ་ མཐའ་བཅད་མཛད་དེ་ གསར་བཏོན་འབད་
ཡི། འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ནང་ ཞབས་ཏོག་བྱིན་མི་དང་ ལག་ལེན་འཐབ་མི་ དེ་ལས་ མ་
དཔུལ་བཏང་མི་དང་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་མི་ཆ་མཉམ་ལུ་ རྩབ་ཆད་ལྷན་པའི་སྤྱི་དབུས་འདི་གིས་
ལམ་སྟོན་དང་ བཏོད་རྒྱ་ དེ་ལས་ སྤྱི་དབུས་ཀྱི་ཁྲམས་གཏུགས་གནད་དོན་ཚུ་ རྒྱ་ཆེས་སྟེ་
བྱིན་རྒྱུགས་པའི་རེ་བ་ཡོད། འདི་གིས་ འཕྲོད་བསྟེན་ཀྱི་འཆར་གཞི་བཟོ་ནི་དང་ འཛིན་སྐྱོང་གི་
དོན་ལས་ ཕན་ཐོགས་སྟོན་འབྱུང་རྒྱུ་གས།

གསོ་བའི་མི་སྟོབས་ཐོན་ལཱ་

༡༧ འབྲུག་གི་གསེབ་པའི་འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ནང་གསེབ་པའི་མི་སྒྲིབ་པ་གྱི་གནས་སྐབས་འདི་
 ཞན་ཁོག་སྟེ་གནས་ཏེ་ཡོད་པ་ཡིན། རྟོག་ཤིང་དང་སྟེན་གཤམ་གསེབ་པ་ལངས་སྟེ་མེད་མི་འདི་
 ལྟན་ཁག་དང་མི་མང་ག་རེ་ལུ་ཆ་གུང་གི་གཞི་གནད་སྟོན་ཅིག་སྟེ་གནས་ཏེ་ཡོད། གཞུང་སྐྱོང་
 གི་གནས་ལུན་ལོ་ངོ་བཞི་པ་མཚུགས་བསྟུ་རུང་ཆོང་ཁག་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ཉུང་ཤོས་རྟོག་
 ཤིང་རེ་ཡོད་པ་བཟོ་ནི་གི་ཁས་བྲལ་དེ་ཆ་ཤས་ཅིག་ལས་བརྒལ་འབྲུག་མ་ཚུགས་པར་
 ལུས་ཏེ་ཡོད། ད་རིམ་ནངས་པར་ཆོང་ཁག་༡༡ནང་ཉུང་ཤོས་རྟོག་ཤིང་རེ་ཡོད་པ་ད་ཆོང་
 ཁག་༤ནང་རྟོག་ཤིང་རེ་དང་ཆོང་ཁག་ལྷག་ལུས་༤ནང་རྟོག་ཤིང་༡ རེ་ལས་བརྒལ་མེད།
 གནད་དོན་འདི་གི་ཐད་རིམ་འབྲས་ཚུ་ལུན་འགྲུངས་ཐོག་ལུས་མི་འདི་ཡང་གསར་བཙུགས་
 འབད་ནི་འདི་བྱ་སྟེ་ཐབས་མ་བདེ་མ་ཡོད་མི་གྱ་ཏེ་མ་ལས་ཡོད་མི་རྟོག་ཤིང་མང་ཤོས་ཅིག་
 རྩིང་རྒྱལ་ཁབ་ནང་བྱུང་ཅིག་གི་སྟོབ་སྟོང་འབད་བའི་བསྐྱར་ཡོད་མི་ལས་བརྒེན་ཡིན། ཡིན་
 རུང་དེ་བཟུམ་མའི་དོ་འགན་སྟོན་གདོང་ལེན་འབད་དགོཔ་བྱུང་མི་ཚུ་སེམས་ཁར་བཀལ་
 ཏེ་འདས་པའི་ལོ་ངོ་བཞི་གི་རིང་འབད་བཅོམ་གྱི་ཐབས་ཤེས་ཚུ་བཏོན་ཏེ་ཡོད་མི་ལུ་བརྟེན་
 ༢༠༡༣ལས་ཁས་བྲལ་ཚུ་རེས་པར་དུ་འབྲུག་མ་ཚུགས་པའི་ཡིད་ཆེས་ཡོད།

Health Management and Development

The way a health system is managed is a crucial determinant of population health and wellbeing. The past four years saw numerous initiatives and reforms undertaken to improve governance and stewardship of the health system to promote prudence, generate efficiency gains while at the same time conform to the core values of equity, justice and immaculate governance. Some of the major ones are discussed below:

National Health Policy

1. After a series of intensive consultations amongst a broad array of stakeholders, the National Health Policy has been finalized and launched. The Policy, which covers comprehensive strategies surrounding providers, users, financing and delivery in the health system, is expected to provide comprehensive guidance, direction and a policy reference point. It would also provide crucial inputs towards health planning and management.

Health Human Resources

2. Human resources have always been the weakest link in the Bhutanese health system framework. Shortage of doctors and nurses has been a cause for serious concern in the Ministry as well as amongst the general populace. Even as the Government completes its fourth year in term, the commitment to provide at least three doctors in all Dzongkhag hospitals has been only partially achieved. At present, 11 Dzongkhags have at least 3 doctors each, 5 Dzongkhags have 2 doctors each and the remaining 4 have a single doctor each. The progress on this front has been slow because, besides the difficulty in new recruitment, a number of existing doctors are undergoing specialization abroad. However, while mindful of the huge challenge, with the initiatives made in the last four years, we are positive about meeting the commitments by 2013.

༣༽ འབྲུག་གསེང་གི་གཙུག་ལག་སློབ་སྡེ་ ཉེ་མར་ འབྲུག་གསེང་གི་ཚན་རིག་སློབ་ཁང་ཟེར་སྟབས་
 སློབ་ཡོད་མི་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ བྱད་རིག་ཅན་གྱི་གསེང་གི་ཤེས་ཡོན་སྤྱོད་ཐབས་ལུ་ གསེང་གི་
 བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ལས་ཚན་གྱི་ཐབས་ཤེས་གཤམ་ཅན་ཅིག་ གསལ་སྟོན་འབདཝ་མ་ཚད་ འདི་
 གིས་ གསེང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་དང་ དེ་དང་བསྟེན་པའི་བྱད་རིག་ཅན་ ལངས་སྡེ་མེད་པའི་
 དཀའ་ངལ་ཚུ་ སེལ་ཐབས་འབད་ཚུགས། སྤྱི་ཚེགས་ཀྱིས་ ༢༠༡༡ ལོའི་ གནས་དགུན་གྱི་
 ཚེགས་རེམ་སྟབས་ འབྲེལ་ཡོད་གནད་དོན་ཚམ་ཉམ་གྱི་དོན་ལུ་ བཅའ་ཁྲིམས་དང་ ག་སྤྱི་ག་
 གི་ལཱ་ཚུ་ ཚ་འཛིག་གྲུབ་ཡོད་མི་ཚུ་ཡང་ གཞི་རྒྱུ་མཁོ་ཆས་ རིམ་ལུགས་དང་མི་སྟོབས་ཐོན་
 སྤྱོད་ཚུ་ཡང་ ༢༠༡༢ ཟླ་༤པའི་ནང་ གཙུག་ལག་སློབ་སྡེ་ འགོ་བཙུག་ནིའི་དོན་ལུ་ ག་སྤྱི་ག་
 ཐོག་ཡོད། ལས་འགུལ་འདི་གིས་ གསེང་གི་ལས་ཚན་ནང་ རྟེན་འཇུག་དང་སྟོན་གཞི་གཤམ་
 འགོ་བཙུག་ བྱད་རིག་དང་སྟོན་པའི་གསེང་གི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ཚོ་ད་ ཡུན་རིང་མོ་སྡེ་ གནོད་
 ལེན་འབད་དགོ་པ་ཐོན་ཏེ་ཡོད་མི་ མི་སྟོབས་མ་ལང་པའི་དཀའ་ངལ་དེ་ རྒྱུ་ཚུམ་སྡེ་ར་སེལ་
 ཚུགས་པའི་རེ་བ་ཡོད།

༤༽ ཨིན་རུང་ གནས་སྟབས་ཅིག་གི་དོན་ལས་ མི་སྟོབས་མ་ལང་པའི་དཀའ་ངལ་སེལ་ཐབས་གྱི་
 ཐབས་ཤེས་ཚུ་བཏོན་ཏེ་ར་ཡོད། འདས་པའི་ལོ་རེ་བཞི་ནང་ མེ་ཡུན་མར་ རྒྱལ་ཁབ་ལས་
 རྟེན་འཇུག་མཁོ་ཆས་ ༣༠ བཙུགས་ཡོད་པ་མ་ཚད་ རྒྱལ་ཁབ་ཁག་སོ་སོ་ལས་ གསེང་གི་
 ལས་བྱེད་པ་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ཡང་ ལེན་ཏེ་ཡོད་པའི་ཁར་ སྤྱི་ག་གཞི་གི་ལོ་གྲངས་ཚང་སྟེ་
 དགོངས་ཁུ་འབད་མི་ རྟེན་འཇུག་ཚུ་ཡང་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ རྟེན་འཇུག་མ་ལང་པའི་དཀའ་ངལ་
 སེལ་ཐབས་ལུ་ ཁག་འབག་ཐོག་ ལོག་སྟེ་ར་བཞག་སྟེ་ཡོད།

༥༽ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ རྟེན་འཇུག་མ་ལང་པའི་དཀའ་ངལ་སེལ་ཐབས་ལུ་ ལྷན་ཐབས་གྱི་དོན་ལུ་ ལོ་
 རེའི་ནང་ སྤྱི་ག་གི་ཟད་འགོ་བཙུག་སྟེ་ ཨིམ་བི་བི་ཨེསི་ སློབ་སྦྱོང་འབད་མི་ཚུའི་གྲལ་ལས་
 སློབ་ཕྲུག་གྲངས་ཁ' ༡,༢ཚུ་ནང་ བི་རི་ཨེསི་ སློབ་སྦྱོང་འབད་མི་ཚུའི་གྲལ་ལས་ སློབ་ཕྲུག་
 གྲངས་ཁ' ༣ ཚུ་ཚོ་དེ་ལུ་ གཞུང་ལས་མ་དངུལ་རྒྱབ་སྐྱོར་སྟེ་ དངུལ་ཀྲམ་ ༣༠༠,༠༠༠/- རེ་
 གནང་སྟེ་ཡོད།

༦༽ གསེང་གི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ རང་འཇགས་བཞག་ནི་དང་ ལཱ་ལུ་ངོས་འཛིན་ དེ་ལས་ བསྐྱལ་
 རྟེན་གྱི་དོན་ལུ་ རྒྱུ་འཚོ་ཚུ་བཅིས་ཏེ་ སྟོན་བཅོས་ཁང་གི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་མཉམ་ལུ་ བྱད་
 རིག་གི་འཕུལ་ཚུ་ སྤྱོད་དེ་ཡོད།

༧༽ ལྷན་ཁག་གིས་ མོ་ནད་དང་འབྲེལ་བའི་ཞབས་ཏྲུག་ཚུ་ རྒྱུ་ཚུམ་སྡེ་བྱུང་ཚུགས་པ་འབད་ནི་གི་
 ལྷན་ཐབས་ལུ་དམིགས་ཏེ་ མོ་ནད་མཁོ་ཆས་མཚོག་མེད་པའི་སྟོན་ཁང་ཚུ་ནང་ ཟླ་རེའི་ནང་ཚར་
 རེ་ མོ་ནད་མཁོ་ཆས་ཚུ་ བཏང་ནི་གི་ཐབས་ཤེས་འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།

3. The University of Medical Sciences of Bhutan (UMSB), erstwhile referred to as Bhutan Institute of Medical Sciences, represents a major initiative of the Health Sector towards providing professional medical education inside the country and, thereby, addresses the critical shortage of health and allied professionals. The Parliament in its winter session of 2011 has endorsed the Act and preparation works on all fronts -- infrastructure, systems and human resources – are in full swing for the launch of the University in July 2012. The Ministry expects this project to address, in a substantial way, the longstanding issue of human resource shortage in the health sector extending to, besides doctors and nurses, the entire gamut of professional health workers.
4. In the meantime, a number of initiatives were taken to mend the gap as a temporary measure. Over 30 Specialists from Myanmar were recruited within the past four years, health volunteers were sourced from different countries and resigned national doctors were reinstated on contract to supplement the existing weak pool of doctors in the country.
5. To supplement the pool of doctors in the country, the Government provides financial support of Nu.300,000 to privately enrolled student undergoing MBBS courses limiting to 12 students for MBBS and 3 students for BDS per year.
6. In order to retain, recognize and motivate health workers, Professional allowances are now provided to all clinical staff including Drungtshos.
7. The Ministry instituted a mechanism to send Gynecologists once a month to those hospitals with no Gynecologists in order to facilitate wider coverage of these services.

༩༽ སྤྲུལ་གཤམ་གོ་བྱ་བ་ལ་དང་ སྤྲུལ་ཚད་ཞུ་པའི་དཀའ་ངལ་སེལ་ཐབས་ལུ་ དམིགས་གཏད་ཅན་གྱི་ཐབས་ཤེས་ཚུ་ཡང་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། རྒྱལ་གཞུང་གསོ་བའི་ཚན་རིག་སྤེལ་ཁང་ལས་ ལོ་བསྟར་བཞིན་དུ་ མཐར་འཁྱོལ་མི་ སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་ཤེས་མ་དོ་བར་ མཐུགས་འཇོགས་ལྷན་པའི་སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་ལས་རིམ་གྱི་ཡན་ལག་བརྩམ་ཅིག་སྤྱི་ སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་༡༠༠དེ་ཅིག་ལུ་ རྒྱ་གར་རྒྱལ་ཁབ་ནང་འབད་ སྤྲོར་བཅར་བྱིན་བཞིན་དུ་ཡོད།

༡༠༽ སྤྲུལ་གཤམ་གོ་ཚུ་ལུ་ སྤྲུལ་བཅོས་མིན་པའི་གསོ་བའི་ཐབས་ཏོག་སྤྱབ་ནི་ལུ་ ལས་རིགས་འབད་ནི་དང་ སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་ཤེས་ ཁོང་རའི་ལཱ་འགན་ངོ་མ་ལུ་ དུགས་བཏོན་ཚུགས་ནིའི་དོན་ལུ་ དམིགས་བསལ་སྤྱི་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་མི་མཐུགས་ཐོན་སྤྱོད་སྤྱོད་གི་ཐོག་ལས་ སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་ལས་རིགས་ལ་ཚུ་ བསྐྱོར་བཞག་འབད་དེ་ཡོད།

༡༡༽ སྤྲུལ་གཤམ་གོ་༡༠༠ལྷག་ཅིག་ལུ་ སིང་ཕོར་སྤྱོད་བཅར་སྤྱོད་ཁང་དང་མཉམ་འབྲེལ་ཐོག་ ཨ་ལོའི་སྤྲུལ་བཅོས་དང་ ཚབས་ཆེན་ དེ་ལས་ གྲོ་བུར་ཚབས་ཆེན་སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་མཐའ་སྤྱོད་གི་སྐོར་ ཟུང་རིག་སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་མཐའ་སྤྱོད་གི་སྤྱོད་བཅར་ཚུ་བྱིན་ཡི།

༡༢༽ ལྷན་ཁག་དང་ རྒྱལ་གཞུང་གསོ་བའི་ཚན་རིག་སྤེལ་ཁང་གཉིས་ཀྱིས་ སྤྲུལ་གཤམ་གོ་༡༣ལུ་ སྤྲུལ་གཤམ་གྱི་སྤྱོད་ལས་རིམ་ནང་ གཙུག་ལག་གཞི་རིམ་སྤྱོད་སྤྱོད་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། དེ་བརྩམ་མའི་ཐབས་ཤེས་ཀྱིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྲུལ་གཤམ་གོ་གི་སྤྱོད་ཚན་ ཡར་རྒྱས་བཏང་བ་གིས་མ་ཚད་ ང་བཅས་རའི་སྤྲུལ་གཤམ་གོ་ཚུའི་ རིག་ཅུལ་གྱི་གནས་ཚད་དང་ ལཱ་གཤམ་གྱི་ཡར་རྒྱས་ཀྱི་གོ་སྐབས་ཚུ་ ཡར་སེང་གི་ཕན་ཐོགས་བྱུང་སྤྱོད་ཡོད།

༡༣༽ ལྷན་ཁག་གིས་ ལཱ་གཤམ་གྱི་ལྷན་ཁག་དང་མཉམ་འབྲེལ་ཐོག་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྲོར་བྱི་སྤྲུལ་གཤམ་གོ་སྤྱོད་ཁང་ གཞི་བཙུགས་ཀྱི་སྐོར་ ལཱ་ཚུ་འབད་བའི་བསྐྱང་ར་ཡོད།

༡༤༽ ལྷན་ཁག་གིས་ དབང་ཚད་བྱེར་སྤེལ་གྱི་ལས་དོན་ནང་ གཞི་རིམ་གསོ་བའི་མཐའ་སྤྱོད་གི་འཛིན་སྤྱོད་ རྒྱ་བསྐྱེད་ཀྱི་དོན་ལུ་ མི་མང་གསོ་བའི་ལས་རིམ་ནང་ གཙུག་ལག་གཞི་རིམ་གྱི་ཤེས་ཡོན་སྤྱོད་སྤྱོད་ འགོ་བཙུགས་ཅི།

༡༥༽ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ མི་སྤྱོད་ཀྱི་གནས་སྤངས་ཡོངས་རྫོགས་ གསལ་སྤྲོན་འབད་ནི་དང་ མ་འོངས་པ་ལུ་ ཐབས་བྱས་ཅན་གྱི་འབྲེལ་སྤྱོད་འཐབ་ཚུགས་ནིའི་དོན་ལུ་ གསོ་བའི་མི་སྤྱོད་སྤྱོད་སྤྱོད་གྲུབ་ཀྱི་འཆར་གཞི་ཨམ་ཡང་ བཟོ་སྤྱོད་ཡོད།

༡༦༽ འཕུལ་རིག་མཉམ་འབྲེལ་གཞན་གྱིས་མ་དོ་བར་ གསོ་བའི་སྤྱོད་སྤྱོད་གི་དོན་ལུ་ རྒྱ་གར་དང་ འི་ལྷོ་ ཐའི་ལེན་ཏི་དང་ བང་ལ་དེའི་ དེ་ལས་ སིང་ཕོར་རྒྱལ་ཁབ་ནང་གི་ གསོ་བའི་སྤྱོད་

8. Targeted measures were also taken to address the pool and quality of nurses. Besides the regular output of nurses from the Royal Institute of Health Sciences, around 200 nurses were trained in India as part of Accelerated Nursing Program.
9. Nurse Assistants were recruited through tailor-made crash course to assist nurses in dispensing non-clinical services and enable nurses to focus on their primary purpose.
10. Over 100 nurses are trained in specialized nursing care services like pediatric, critical and emergency nursing through a partnership with Singaporean training institutions.
11. The Ministry and the Royal Institute of Health Sciences has also launched the Bachelor of Nursing conversion program with 23 nurses. Such initiatives, besides having built the pool of nurses in the country, has also up-scaled the skills levels and career progression opportunities of our nurses.
12. The Ministry, jointly with the Ministry of Labour And Human Resources, is working on establishing private nursing institutions in the country.
13. The Ministry launched the Bachelors of Public Health (BPH) program to strengthen management of primary health care in the decentralized setting.
14. The Health Human Resource Master Plan was developed to provide a comprehensive picture of the human resources in the country and

སྤྱང་སྤྱེལ་ཁང་ཚུ་དང་གཅིག་ཁར་ འབྲུག་མི་སློབ་ཕྲུག་ཚུ་ འཇམ་རྟེན་རྟེ་སྤེ་ འཇུལ་ཞུགས་
འབད་ཚུགས་པའི་ལྷན་ཐབས་ལུ་ གཙུག་སྤེའི་འབྲེལ་བ་ཚུ་ གཞི་བཙུགས་འབད་དེ་ཡོད།

མཁོ་སྦྱབ་ལས་དོན་ནང་གཞི་བསྐྱར།

༡༤༽ འདས་པའི་ལོ་ངོ་གཉིས་ཀྱི་རིང་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྲོན་རིགས་མ་ལང་པའི་དཀའ་ངལ་ལས་
བརྟེན་ ལྷན་ཁག་ལུ་ གནད་དོན་ཚབས་ཅན་གྱི་གཞི་གནད་ལུ་གྱུར་ཏེ་ཡོད་པ་ད་ འདི་གི་དོན་
ལུ་ རྒྱ་རྒྱུན་ཚུ་ཚུགས་ཡོད་པའི་ མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། མ་དངུལ་འབོར་ཆེན་གྲོ་ལག་ལེན་
འཐབ་དགོཔ་དང་ འབྲུག་མི་ཡོངས་ཀྱི་ཆོ་སློག་གི་དོན་ལུ་ འགན་ཁུར་ཅུ་ཅན་འབག་དགོ་པའི་
གནད་དོན་ཚུ་ལུ་ བསམ་དབྱེད་འབད་བལྟམ་ད་ གསོ་བའི་མཁོ་སྦྱབ་རིམ་ལུགས་འདི་ ག་ནི་
བ་ གལ་གནད་ཅན་ཅིག་ཡིན་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། གསོ་བའི་ལས་ཚན་ནང་ ལེགས་
ལྷན་གཞུང་སྤྱི་བཟུམ་ཤེས་གཤམ་ཆེ་ཤོས་ཅིག་ མཁོ་སྦྱབ་རིམ་ལུགས་ནང་ གཞི་བསྐྱར་
ཐོག་ལེགས་བཅོས་འབད་མི་འདི་ཡིན། ངན་ལྷན་གྱི་སྤྱི་ཚད་དང་ཉེན་ཁའི་རང་བཞིན་ མཉམ་
ཆས་སུ་ཡོད་པའི་ལས་དོན་ཅིག་འབད་མ་ལས་ ལེགས་བཅོས་དང་འབད་ཚུལ་གྱི་ཐབས་ཤེས་
མངར་བས་ཅིག་བརྟེན་བཞིན་ཏུ་ཡོད་མི་ཚུ་ཡང་།

- གསོ་བའི་མཁོ་ཆས་ཀྱི་སྟོར་ རྒྱལ་ཡོངས་ཀྱི་ཐོ་གཞུང་ཅིག་བཟོ་ཡི།
- ཉེར་མཁོའི་སྤྲོན་རིགས་དང་འཕྲུལ་རིག་སྤེ་ཚན་གཞི་བཙུགས་འབད་ཡི།
- འགན་འཛིན་གཙོ་ཅན་འབག་མི་དང་ ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ འགན་དབང་མོར་བསྐྱར་
འབད་ཡི།
- མཁོ་སྦྱབ་དང་ སྤྲོན་རིགས་བགོ་བཟུམ་གྱི་འཁོར་རིམ་བསྐྱར་བཅོས་འབད་ཡི།
- ཁག་འབག་དང་ བཀའ་སྤྱེལ་ མཁོ་མངགས་ཡི་གུ་ དེ་ལས་ མཁོ་སྦྱབ་གྱི་བྱ་སྟོའི་
རིམ་པ་ཚུ་ གནས་ཚད་ལྷན་རྟེན་གྲོ་བཟོ་ཡི།
- ལམ་སྟོན་དང་ལྷན་རྟེན་གྱི་ཐབས་ལམ་བཟོ་ཡི།
- རྒྱལ་གཞུང་ཅིས་ཞིབ་དབང་འཛིན་དང་ ངན་ལྷན་བཀག་སྟོམ་ལྷན་ཚུ་ཚུགས་ཀྱི་གྲོས་
འདེབས་ཚུ་འདི་ རྒྱལ་འཇུག་ཡོད་པའི་བསྐྱར་ཡོད།

༡༥༽ ཐབས་མཁས་ཀྱི་འབད་ཚུལ་ཆ་མཉམ་གྱི་མཐའ་མཇུག་བཟུམ་ཅིག་སྤེ་ ༢༠༡༥ལྷོ་༤པའི་ལྷོ་
མཇུག་ལས་ ལྷན་ཁག་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་མཐའ་དབུས་མེད་པའི་ གསོ་བའི་མཐུན་

enable strategic intervention in the future.

15. Institutional linkages for medical courses were established with institutions in India, Sri-Lanka, Thailand, Bangladesh and Singapore to facilitate ease of entrance of Bhutanese students besides other technical collaborations.

Reforms in Procurement

16. The Ministry has been plagued by the issues of drug shortage for over two years now, the causes for which have been multi-factoral. The health procurement system is immensely significant in view of the huge resources involved as well as its critical role in the lives of all Bhutanese. A major initiative towards good governance in health sector has been the reform in this procurement system. Given the inherent corruption susceptibility and risks, a number of corrective as well as proactive initiatives have been made:
 - Development of national inventory on medical equipments
 - Establishment of Essential Medicines and Technology Division
 - Reshuffling of key positions and staff
 - Revision of cycle of procurement and distribution of drugs
 - Standardization of contracts, supplies, indents and procurement procedures
 - Guidelines and Monitoring Tools
 - Follow up on the recommendations of RAA and ACC
17. As a culmination of all these efforts, by the end of April 2012, the Ministry has ensured regular stock of at least 98% of all essential

ཀྱིན་ཡོད་ས་ཆ་མཉམ་གྱིན་ ཉེ་བར་མཁོ་བའི་སྤྲོན་རིགས་ཆ་མཉམ་ ཉུང་ཤོས་བརྒྱ་ཆ་^{༧༥} གྱི་
རྩིས་ མ་ཆད་པར་གསོག་འཛིག་ཐོག་བཞག་ཚུགས་པ་ངེས་བརྟན་བཟོ་སྟེ་ཡོད།

ནད་པ་ཚུ་སྤྲོན་བཅོས་ཕྱི་ཁར་བཏང་ནིའི་གནས་སྤངས་གཞི་བསྟར།

༡༥༽ ནད་པ་ཚུ་ སྤྲོན་བཅོས་གྱི་དོན་ལུ་ ཕྱི་ཁར་གཏོང་བའི་གྲངས་ཁ་དང་ ཟད་འགོ་གཉིས་ཆ་རའི་
གནས་ཚད་ ཡར་འཕར་སོང་བཞིན་དུ་ཡོད། རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྲོན་བཅོས་འབད་མ་ཚུགས་
པའི་ནད་པ་ཚུ་ལུ་ ཕྱིའི་རྒྱལ་ཁབ་གྱི་ བྱད་རིག་གི་ཞབས་རྟེན་ འཕྲོ་མཐུད་བྱིན་དགོཔ་ ངེས་
བདེན་དང་འབྲེལ་ ཟད་འགོ་ཡང་དམ་འཛིན་འབད་དགོཔ་འི་ གནད་དོན་ལས་བརྟེན་ གཞི་
བསྟར་གྱི་རིམ་པ་མང་རབས་ཅིག་ འགོ་འབྲེན་འཐབ་ཅི། སྤྲོན་བཅོས་འབད་ས་དང་ ཟད་
སོང་དམ་འཛིན་གྱི་ཐབས་ཤེས་ དེ་ལས་ བདག་སྟོང་གི་གནད་དོན་ཚུ་ལུ་ བསྟར་ཞིབ་དང་
ནད་པའི་སྤྲོན་ཉམས་སྤོང་ཡར་སེང་དང་ ཟད་སོང་གི་ཕན་ལུས་ཡར་དྲག་གིས་མ་དོ་བར་ སྤྲོན་
བཅོས་གྱི་སྤྲོས་ཚད་ཡར་དྲག་གི་དོན་ལུ་ ཐབས་རིག་གསར་པ་ཚུ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།

གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྟོང་གི་སྤྲོས་ཚད་ངེས་བྱེད།

༡༦༽ སྤྲོན་བཅོས་གྱི་སྤྲོས་ཚད་འདི་ འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྟོང་ནང་ གལ་གནད་ཆེ་བའི་
གཞི་རྩ་ངོ་མ་ཅིག་ཨིན། གློ་གཏང་དང་ཕན་ལུས་ ཟད་འགོའི་ཕན་བྱད་དང་འབྲེལ་བའི་འཕྲོད་
བསྟེན་ཞབས་རྟེན་ ཡར་དྲག་གི་དོན་ལུ་དང་ ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྟོང་འབད་མི་ཚུའི་ རེ་འདོད་
བསྐྱར་ཚུགས་པ་འབད་ནིའི་དོན་ལུ་ གཤམ་གསལ་གནས་ཚད་དང་ལཱ་པའི་ བྱ་སྟོའི་རིམ་པ་
ཚུ་ ལག་ལེན་འཐབ་བཞིན་དུ་ཡོད།

- གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐུན་ཀྱིན་ཆ་མཉམ་གྱིན་ སྤྲོས་ཚད་ངེས་བྱེད་གྱི་རིམ་
ལུགས་ལག་ལེན་གྱི་ལམ་སྟོན།
- རྒྱལ་ཡོངས་སྤྲོན་གཡོག་བྱད་རིག་ཞབས་རྟེན་གི་གནས་ཚད།
- སོ་བཅོས་བྱད་རིག་ཞབས་རྟེན་གི་གནས་ཚད།
- རྒྱུ་ལྷན་སྤྲོན་བཅོས་བཟོ་རིག་གི་བྱད་རིག་ཞབས་རྟེན་གི་གནས་ཚད།
- འོད་འཁྱགས་རིག་པའི་ཞབས་རྟེན་གི་གནས་ཚད།

medical supplies in all health facilities across the country.

Reforms in Patient Referral Abroad

18. There is an increasing trend in both the volume and cost of patient referred abroad. Recognizing the need to continue providing specialist services abroad which are not treatable in the country while at the same time control costs, a series of reforms were undertaken. Review of treatment centers, cost control measures and administrative issues were undertaken and new mechanisms established to improve patient experience as well as enhance quality treatment outcomes, beside generating cost efficiency

Healthcare Quality Assurance

19. Quality is a fundamental value in health services delivery. In order to enhance services in terms of reliability, efficiency and cost-effective results and thereby achieving consumer satisfaction, the following procedural standards were implemented:
 - Guideline on Implementation of Quality Assurance System in all Health Facilities
 - National Professional Nursing Service Standard
 - Professional Dental Health Service Standard
 - Biomedical Engineering Professional Services Standard
 - Radiology Service Standard

- གཞི་རྟེན་སྒྲིག་ཁང་གི་དོན་ལུ་(གཞི་རྟེན་སྒྲིག་ཁང་སྡེ་རིམ་༡༥་དང་༢༥) བྱང་རིག་ཞབས་ཏྲིག་གི་གནས་ཚད།
- བྱང་སྒྲིག་བྱང་རིག་ཞབས་ཏྲིག་གི་གནས་ཚད།
- འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ཕྱི་ཁ་ལུ་ སྒྲིག་བཅོས་ཀྱི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བོ་སྟོན་ལམ་སྟོན་ བསྐྱར་བཅོས་ཅན་མ།

འཛིན་སྟོན་དང་འབྲེལ་མཐུན་གྱི་ཐབས་ལམ།

- ༡༠༽ ལས་ཁུངས་དང་ལས་སྡེ་ཚུ་འི་བར་ན་ མཉམ་འབྲེལ་ཡར་བྱུག་དང་ རྒྱལ་གཅིག་ནང་འགོ་འདྲེན་འཐབ་མི་ལས་སྡེ་དང་ གདོང་ལེན་འབད་དགོཔ་ཐོན་མི་དོ་འབྲན་ དེ་ལས་ རྒྱལ་ཁུངས་མཉམ་ནང་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་དགོཔ་མི་ ལས་སྡེ་ཚུ་ལུ་ བསྐྱར་ཞིབ་ཀྱི་དོན་ལུ་ རྒྱ་རིམ་བཞིན་ དུ་འི་རིམ་འབྲས་བསྐྱར་ཞིབ་དང་ འབྲེལ་མཐུན་ཞལ་འཛེམས་ འཛོགས་ནི་འི་སྟེལ་ཚུ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།
- ༡༡༽ ལས་ཁུངས་ཀྱི་ལས་སྡེ་དང་ དམིགས་གཏད་ཚུ་ ལེགས་བཅོས་ཀྱི་དོན་ལུ་ བདུན་རིམ་བཞིན་ དུ་ འབྲེལ་མཐུན་ཞལ་འཛེམས་འཛོགས་ནི་འི་སྟེལ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།
- ༡༢༽ སྒྲིག་བཅོས་ཀྱི་ལས་དོན་ནང་ལུ་འབད་མི་ གསོ་བའི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ལུ་ བསམ་འཆར་བཞེས་མོང་གི་ གོ་སྐབས་བྱིན་ནི་འི་དོན་ལུ་ འཛིགས་མེད་དོ་ཞེ་དབང་ཕུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བོ་སྟོན་སྒྲིག་ཁང་ནང་འབད་ ཀུན་མཐོང་གོས་འཛེམས་འཛོགས་སྟེལ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།
- ༡༣༽ གསོ་བའི་མི་སྟོབས་ཚོགས་ཚུང་ ལོག་སྟེ་གཞི་བསྐྱར་འབད་ཡོད་པ་མ་ཆད་ འདི་གི་གོས་ཚོད་ཚུ་ཡང་ དུངས་གསལ་བཟེས་ཏེ་ཡོད།
- ༡༤༽ ལོ་བསྐྱར་ལོ་བྱང་ནང་ཐངས་གཅིག་འཛོགས་མི་ གསོ་བའི་ཞལ་འཛེམས་ཀྱི་བྱང་རྒྱུ་ཐོག་སྟོན་བྱུས་ཀྱི་གནས་རིམ་ཐོག་གི་རྒྱལ་ཡོངས་ཞལ་འཛེམས་ཚུ་ འཛོགས་བཞིན་དུ་ཡོད། སྒྲིག་བཅོས་མཁན་དང་ སྒྲིག་ཁང་ནང་གི་ལས་གཤེགས་ཚུ་འི་ནང་འཁོད་ འབྲུལ་རིག་གི་གནད་དོན་དང་ ས་གནས་ཀྱི་ཞིབ་འཛོལ་ཚུ་འི་སྟོན་ གོས་བསྐྱར་འབད་ནི་འི་དོན་ལུ་ སྒྲིག་བཅོས་ཀྱི་ཞལ་འཛེམས་ཚུ་ཡང་ འཛོགས་ནི་ཡོད།

- Service Standard for Basic Health Unit (BHU I & BHU II)
- Traditional Medicine Professional Service Standard
- Revised National Referral Guideline for treatment outside Bhutan.

Management and coordination initiatives

20. Monthly Progress Review and Coordination Meeting (PRCM) was instituted to strengthen coordination amongst departments and agencies and also to review activities carried out in a month, challenges faced and activities to be carried out in the forthcoming month.
21. Weekly coordination meetings within Departments were instituted to streamline departmental activities and focus.
22. Open forums were instituted in JDWNRH to lend voices to health workers in the clinical field.
23. The Human Resource Committee was restructured and its decisions made transparent.
24. Policy level national meetings in the form of Annual/Biennial Health Conferences were organized. Clinical Conferences were organized amongst clinicians and hospital based staff to deliberate on technical issues and local researches.

༡༥༽ འཇིགས་མེད་དོ་རྗེ་དབང་ཕུག་ཀྱི་ཡོངས་གཙུག་བསྟན་སྐྱོན་ཁང་ནང་འབད་ སྐྱོན་ལུ་དུས་ཚོད་
 གྱི་བར་མཚམས་བསྐྱབ་ནི་དང་ གནས་སྤྱད་ཚུ་ འཇམ་ཏྲོང་ཏྲོ་སྤེ་ བསྐྱར་ཆེད་འབད་ཚུགས་
 ཐབས་གྱི་ མོ་བཏབ་བབུམ་ཅིག་སྤེ་ ཡོངས་འབྲེལ་ལུ་བཏེན་པའི་ སྐྱོན་ཁང་གི་བད་དོན་རིམ་
 ལུགས་ཅིག་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད། ཐབས་ཤེས་འདི་ འགོ་ཐོག་གི་གནས་སྐབས་ནང་ ལུང་
 རྩུགས་གཙུག་བསྟན་སྐྱོན་ཁང་ཆ་མཉམ་དང་ རྗེ་ཁག་སྐྱོན་ཁང་ཆ་མཉམ་ལུ་ རྒྱ་བསྐྱེད་འབད་ནི་
 ཨིན།

༡༦༽ ལྷན་བཞི་ལཱ་ཁང་གི་ ཤི་རྒྱུན་དང་འཕྲོད་བསྟེན་ལས་སྤེའི་གནས་ཚད་སྐྱོན་ལུ་ གོ་སྤྱོད་
 བཟོ་ནི་དོན་ལུ་ གསོ་བའི་བད་དོན་ཚུ་ དུས་ཚོད་ཁར་ལག་ལེན་འཐབ་ཚུགས་ནི་ལྟན་
 ཐབས་ལུ་ བར་བསྐྱོན་འབད་ནི་འོས་ལ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།

༡༧༽ གསོ་བའི་ལས་ཚན་གྱི་ རིམ་འབྲས་ཚུ་ལུ་བསྐྱར་ཞིབ་དང་ ཡོངས་འབྲེལ་གྱི་ཁྱད་རྣམ་ཚུ་ལུ་
 དཔྱད་བརྗོད་བཀོད་ནི་དོན་ལུ་ ལོ་བསྟར་མཉམ་འབྲེལ་གསོ་བའི་ལས་ཚན་བསྐྱར་ཞིབ་གྱི་
 རྣམ་པའི་ཐོག་ རིམ་ལུགས་བསྐྱར་ཞིབ་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་སྟེ་ཡོད།

25. The Ministry has initiated web based Hospital Information system (HIS) in the JDWNR hospital on pilot basis in order to bridge the time gap in reporting and easy retrieval of data. This initial step would be expanded to include all regional referral and district hospitals.
26. Publication of quarterly morbidity and health activity status in the form of QMAR reports was initiated to facilitate timely use of health information for decision making.
27. System reviews in the form of Annual Joint Health Sector Reviews were carried out to review progress and provide critique to systemic aspects of health sector.

ནད་རིགས་རིས་འཛིན་དང་ དྲག་གསོ་ཞབས་ཏྲིག།

གསོ་བའི་གཞི་རྟེན་མཁོ་ཆས།

- ༡༥༽ སྤྱི་ལོ་༢༠༡༡ལོ་ལོ་མཇུག་ཚུན་ཚད་ལུ་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་མཐའ་དབུས་མེད་པར་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་གྱི་མཐའ་རྒྱུང་ཞབས་ཏྲིག་བྱིན་མི་ ཁྱིམ་དང་སྤྲུགས་མི་གོང་གསེབ་སྤྲོད་ཁང་ ༤༣༤དང་ ཁྱིམ་མེད་མི་གོང་གསེབ་སྤྲོད་ཁང་༢༤ དེ་ལས་ གཞི་རྟེན་སྤྲོད་ཁང་སྡེ་རིམ་༣པ་ ༡༤༤དང་ སྡེ་རིམ་༡པ་ ༡༥ སྤྲོད་ཁང་༣༡ཡོད།
- ༡༦༽ དགེ་ལེགས་ཕྱག་ལུ་ ནད་པའི་ཉལ་ཁྱི་༡༥༠ཤོང་བའི་ ལུང་ཕྱོགས་གཙོ་བསྟེན་སྤྲོད་ཁང་རྒྱབ་ནི་དང་ བསམ་ཅེ་ལུ་ ནད་པའི་ཉལ་ཁྱི་༤༠ཤོང་བའི་སྤྲོད་ཁང་རྒྱབ་ནི་ དེ་ལས་ སྤྲོད་ཁང་ཉེན་སྲུང་གནས་རིམ་༣པའི་ མི་མང་འཕྲོད་བསྟེན་བརྟག་དབྱད་ཁང་རྒྱབ་ནི་གི་ལུ་ཚུ་ འགོ་བརྩམས་ཏེ་ཡོད།
- ༣༠༽ ཏེ་མའི་འཆར་གཞིའི་གནས་སྐབས་ནང་ འགོ་བརྩམས་མི་ ཁག་ཆེ་བའི་གསོ་བའི་གཞི་རྟེན་མཁོ་ཆས་ཚུ་ཡང་ འཆར་གཞི་བརྩམས་པའི་ནང་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནི་འགོ་བརྩམས་ཏེ་ཡོད།
- ཉལ་ཁྱི་༢༠ཤོང་བའི་ དར་དཀར་ནང་ཚོང་ཁག་སྤྲོད་ཁང།
 - ཉལ་ཁྱི་༣༥༠ཤོང་བའི་ འཛིགས་མེད་རྩི་དབང་ཕྱག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བསྟེན་སྤྲོད་ཁང།
 - ཉལ་ཁྱི་༡༥༠ཤོང་བའི་ མོང་སྐར་ལུང་ཕྱོགས་གཙོ་བསྟེན་སྤྲོད་ཁང།
- ༣༡༽ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྱང་སྤྱོད་ཀྱི་སྤྲོད་ཁང་དང་འབྲེལ་བའི་གནད་དོན་ཐོག་ སྤྱོད་ཁང་མས་བཞག་དགོཔ་ཐོན་མི་ འབྲུག་གློ་མཆོམས་ཁ་ཐུག་གི་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ཁྱེ་བ་ཚུ་ཡང་ ལ་ལོ་ཅིག་ལོག་རྒྱབ་ཐོག་ལས་དང་ ལ་ལོ་ཅིག་ རྒྱ་བསྐྱེད་འབད་ཐོག་ལས་ ལོག་སྤྱོད་ཁང་ཏེ་ཡོད།
- ༣༢༽ གསོ་བ་ལྟན་ཁག་གིས་ སྤྲོད་ཁང་ལྟན་པའི་གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་ཏྲིག་ལུ་ ཐོབ་སྤྱོད་ཡར་དྲག་གི་དོན་ལུ་ མི་རྒྱུ་བས་༢༠༠-༣༠༠གི་བར་ན་ཡོད་པའི་ གོང་གཞུང་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ ཡན་ལག་སྤྲོད་ཁང་རྒྱུང་བ་སའ་སྤྲོད་ཁྱེ་ཚུ་ གཞི་བརྩམས་འབད་དེ་ཡོད། ཡན་ལག་སྤྲོད་ཁང་རྒྱུང་བ་དེ་ཚུ་ནང་ གསོ་བའི་ལས་རིགས་པ་གཅིག་དང་ འོས་འབབས་དང་ལྷང་ཚད་ལྟན་པའི་གསོ་བའི་མཁོ་ཆས་ཚུ་ མ་བརྟུབ་བརྟུབ་སྤྱོད་ བརྩམས་ཏེ་ཡོད།

Diagnostic and Curative Services

Health Infrastructure

28. As of end 2011, there are 428 ORCs with sheds, 89 ORCs without sheds, 169 BHU II, 15 BHU I and 31 Hospitals providing health care services across the country.
29. Constructions of 150 bedded regional referral hospital in Gelephu, 40 bedded hospital in Samtse and bio-safety level 3 Public Health Laboratory have been initiated.
30. Some of the most critical health infrastructures were launched during the 10th Plan, the initiation of which were made during the previous plan periods:
 - 20 Bedded Dagana district Hospital
 - 350 bedded JDWNRH
 - 150 Bedded Mongar Regional Referral Hospital
31. All Health Centers in Southern Bhutan which were closed due to security concerns have been reopened, with some reconstructed/ upgraded.
32. In order to improve access to quality health services, the Ministry has initiated establishing sub-posts for every villages having population of 200-300 inaccessible till date. A sub-post is manned by a health assistant and is equipped with adequate and appropriate medical supplies.

༣༣ ་ གསེལ་པའི་འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་ཏྲུག་ལུ་ ཐོབ་སྤྱོད་འདྲ་མཉམ་གྱི་གོ་སྐབས་ རྒྱུན་སྦྲོར་ཐོག་
 བཞག་ཚུགས་ཐབས་ལུ་ འཆར་གཞིའི་བྱ་རིམ་ཚུ་ ཡར་དག་གི་དོན་ལས་ གསེལ་པའི་འཕྲོད་
 བསྟེན་མཐུན་རྒྱུན་ཚུའི་ གནས་སྤངས་བདེ་སྟོན་རིམ་ལུགས་ (ཇི་ཨའི་ཨེསི་) ས་ཁའི་ལས་
 དོན་ཚུ་ འགོ་འདྲན་འཐབ་ཅི། ཐབས་ལས་འདི་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ གསེལ་པའི་གཞི་རྒྱུ་
 མཁོ་ཆས་དང་ གསེལ་པའི་བདེ་སྟོན་ དེ་ལས་ གསེལ་པའི་ཞབས་ཏྲུག་ཐོབ་སྤྱོད་ཀྱི་ སྤྱིར་བཏང་
 མཐོང་སྣང་ཚུ་ གསལ་སྟོན་འབད་ཚུགས།

ནད་པ་སྦྱེལ་འགྲུལ་འཁོར་ཞབས་ཏྲུག།

༣༤ ་ གཞུང་གིས་ རྫོང་ཁག་སྤྲོད་ཁང་ལའི་ནང་ རྩེ་ཤོས་ ལཱ་བཀོལ་བརྟུབ་པའི་ནད་པ་སྦྱེལ་
 འགྲུལ་འཁོར་གཉིས་ བཞག་ཚུགས་པ་འབད་ནིའི་ ཁས་སྤྲངས་གསལ་བསྐྱགས་འབད་མི་དང་
 འཁྲུལ་ ད་རིམ་ནངས་པར་ རྫོང་ཁག་སྤྲོད་ཁང་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ རྩེ་ཤོས་ནད་པ་སྦྱེལ་འགྲུལ་
 འཁོར་ལའི་བཞག་སྟེ་ཡོད།

༣༥ ་ ད་རིམ་ནངས་པར་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ རྒྱལ་སྤྱིའི་གནས་སྤངས་བདེ་སྟོན་རིམ་ལུགས་དང་ གནས་
 སྤངས་བདེ་སྟོན་རིམ་ལུགས་ཀྱི་ (ཇི་པི་ཨེསི་དང་ཇི་ཨའི་ཨེསི་)མཐུན་རྒྱུ་ཚུ་ མཉམ་སྤྲུགས་
 ཡོད་པའི་ ལཱ་བཀོལ་བརྟུབ་པའི་ནད་པ་སྦྱེལ་འགྲུལ་འཁོར་༡༠༥ གྲ་སྤྱིག་ཐོག་ཡོད།

༣༦ ་ གཞུང་གི་ཁས་སྤྲངས་ཀྱི་ཁ་སྐོང་ལུ་ གཤམ་གསལ་དམིགས་དོན་ཚུ་ཡང་ ལེགས་ཤོམ་སྤེ་
 གྲུབ་ཚུགས་ཏེ་ཡོད།

- ལུང་ཕྱོགས་སྤྲོད་ཁང་ཚུ་ལུ་ ནད་པ་སྦྱེལ་འགྲུལ་འཁོར་ལའི་དང་ རྫོང་ཁག་སྤྲོད་ཁང་
 ཚུ་ལུ་ ༣༥ དེ་ལས་ གཞི་རྒྱུ་སྤྲོད་ཁང་སྤེ་རིམ་དང་པ་ཚུ་ལུ་ ༡༥ མཁོ་སྤྱོད་འབད་
 དེ་ཡོད།



33. The GIS mapping of health facilities was carried out to enhance planning processes that will foster equity of access to health care. This exercise also provides an overview of health infrastructures, health indicators and accessibility of health services in the country.

Ambulance Services

34. In line with the Government commitment of providing two functional ambulances in each of the Dzongkhag hospitals, all Dzongkhag hospitals today have at least two functional ambulances.
35. A fleet of 107 functional ambulances equipped with GPS and GIS exists in the country today.
36. In addition to the Government commitment, the following policy objectives were achieved:
 - Provide 5 ambulances for regional hospitals, 2 for district hospitals and 1 for BHU-I.

- གློ་བྱར་ཚབས་ཆེན་ཚུའི་སྐབས་ སྐྱེལ་འདྲེན་ཐོབ་སྟོན་ལུ་ ལྷན་ཐབས་གི་དོན་ལུ་
མི་སྡེའི་ཐབས་བྱས་གི་ལས་དོན་ལུ་ བློན་སྐྱེལ་འགྲུལ་འཁོར་༡༥ ག་སྐྱིག་ཐོག་
བཞག་སྟེ་ཡོད།

༣༧ ་ ལྷན་ཁག་གིས་ བློན་སྐྱེལ་འགྲུལ་འཁོར་ཚུ་ མཐུན་ལམ་ཐོག་དང་བདག་སྐྱོང་དང་འབྲེལ་
བའི་སྐྱིག་གཡོག་ནང་བཏང་ནི་ལས་ འཛེམ་ཐབས་ལུ་ ལྷན་ཁང་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ མཁོ་སྟོན་
གི་འགྲུལ་འཁོར་༡ རེ་སྟོན་ཡོད་པ་མ་ཆད་ དམིགས་བསལ་ཁྲག་མཛོད་གི་འགྲུལ་འཁོར་སྟེ་
ལག་ལེན་འཐབ་ནིའི་དོན་ལུ་ འགྲུལ་འཁོར་༣ ལོགས་སུ་སྟེ་བཞག་སྟེ་ཡོད།

གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ།

༣༨ ་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་འཕེལ་དང་
དམིགས་བསལ་དུ་ ཐོབ་སྟོན་དང་ ཞབས་རྟེན་འདྲ་མཉམ་ ཞབས་རྟེན་མ་སྟོང་ས་ལུ་
ཞབས་རྟེན་གི་ཁྱབ་ཚད་ཡར་དག་དང་ ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གི་དམིགས་ཡུལ་ཚུ་འགྲུབ་ནི་ལུ་
མཁྱོགས་འགྲོས་ཡར་དག་གི་ལས་དོན་ཚུ་ནང་ དམིགས་བསལ་འཕེལ་འགྱུར་གི་བད་རྟེན་གས་
གསལ་སྟོན་འབད་དེ་ཡོད། གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་འདི་གིས་ བརྒྱད་འཕྲིམ་གཏོང་འཐུས་
སྟོན་མ་དགོ་པའི་མཐུན་ཁྱེན་ཚུ་ལུ་བརྟེན་ཏེ་ ཅུས་ཡུན་ཚུ་ཆོད་གཅིག་གི་ནང་འཁོད་ བརྒྱད་
འཕྲིམ་/འགྲུལ་འཕྲིམ་ཡོངས་འབྲེལ་གི་ཁྱབ་ཡོད་པའི་ ས་གནས་ག་ཏེ་ལས་ཞིན་རུང་ ཅུས་
ཆོད་ནམ་འབད་རུང་ མི་སེར་ཚུ་ལུ་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་འཕེལ་གི་ཐོབ་སྟོན་ སྟོན་
ཚུགས་པའི་ཕན་འབྲས་བྱུང་སྟེ་ཡོད།

༣༩ ་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་གིས་ གློ་བྱར་སྐྱེལ་བཅོས་ཞབས་རྟེན་དང་ ལྷན་བཅོས་གི་གཙོ་
རིམ་ དེ་ལས་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་སྟོན་དང་ གསེབ་འཕྲིམ་པ་རམ་ལྗེ་བ་མཐུན་ཁྱེན་ཚུ་ཐད་ཀར་
དུ་ ཞེས་ཞེམ་ཞེས་ཐོག་ ལྷན་བཅོས་གི་ལས་རོགས་ཞབས་རྟེན་ རྒྱ་ཆེད་གས་སྟེ་བྱིན་བཞིན་
དུ་ཡོད། ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྟོན་འབད་ནིའི་ནང་ འཐུས་ཤོར་དང་འཛེལ་སྟོན་བྱུང་མི་ཚུ་ བཅོམ་
རྒྱབ་ཚུགས་པའི་ཕན་ཐབས་ལུ་ ཉེགས་བཤད་ཐོ་བཀོད་རིམ་ལུགས་ཡང་ བཅུགས་ཏེ་ཡོད།

རྒྱུ་རྒྱུ་རྒྱུ་བཅོས་

༤༠ ་ རྒྱུ་རྒྱུ་ཐོག་ནད་གཞི་རྩུ་འཛེན་དང་བསྐྱབ་བྱ་ཚུ་ ཐོབ་ལེན་གི་བྱ་སྐྱབས་བདེ་ཐབས་ལུ་
༢༠༠༧ལོ་ནང་ གློག་རིག་གི་མཐུན་ཁྱེན་ཡོད་པའི་ འཕྲོད་བསྟེན་ལྗེ་བ་ཚུ་ནང་ གཞི་རིམ་
འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོང་གི་དོན་ལུ་ ཁོང་གསེབ་རྒྱུ་རྒྱུ་བཅོས་ལས་འགྲུལ་ གཞི་
བཅུགས་འབད་ཡི།

- Station 15 ambulances to community strategic areas to facilitate transportation access during emergencies.
37. In order to free the ambulances from allied and administrative duties, the Ministry has provided one utility vehicle each to all hospitals and sourced three vehicles to be used as specialized Blood Bank Vans.

Health Help Center

38. The Health Help Center (HHC) represents a significant milestone in the development of health services in the country particularly in areas of improving access, services equality, reaching the unreached and acceleration of the MDG achievements. It has enabled people to access the services of health professionals, through a toll free number, within one hour, at anytime from anywhere so long as there is telephone/mobile network.
39. The HHC covers a broad array of medical assistive services ranging from medical emergency services, medical triage, health counseling, provision of information on health services and facilities as well as SMS prescription for over-the-counter drugs. There is complaint logger system as well to enable corrective actions in services delivery.

Telemedicine

40. The Rural Telemedicine Project for Primary Healthcare launched in 2009 has aided the peripheral health centers to avail specialist diagnostic services and advice.

༤༡ ་ སྐྱུ་ལུང་ཕྱོགས་རྒྱུ་རིང་སྐྱུ་བཅོས་ཡོངས་འབྲེལ་བརྒྱུད་དེ་ སྐྱུ་རྒྱལ་ཁབ་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་
འབྲེལ་མཐུད་འབད་ཡོད་པའི་ སྐྱུ་རྒྱུ་རིང་སྐྱུ་བཅོས་ལས་འགྲལ་ཐོག་ལས་ ལུང་ཕྱོགས་
ནང་གི་ བྱ་དུ་འཕགས་པའི་བྱ་རིག་ཅན་གྱི་སྐྱུ་ཁང་ཚུ་ལས་ གསོ་བའི་བྱ་རིག་གི་གྲོས་
སྐྱུ་བསྐབ་བྱ་ཚུ་ ཐོབ་སྤྱོད་གྱི་གོ་སྐབས་ བྱིན་བཞིན་དུ་ཡོད།

༤༢ ་ རྒྱུ་རིང་སྐྱུ་བཅོས་ལས་འགྲལ་ལས་བརྟེན་ སྐྱུ་བཅོས་མཁན་དང་ བྱ་རིག་ཅན་ དེ་ལས་
གསོ་བའི་ལས་བྱེད་པ་སྡེ་ཆ་ན་གཞན་ཚུ་ལུ་ གསོ་བའི་འཕྲོ་མཐུད་ཤེས་ཡོན་སྐྱུ་ཞིན་ནང་ གོ་
སྐབས་གྱི་སྐྱུ་ཐབས་ཚུ་ཐོབ་བཞིན་དུ་ཡོད།

སྐྱུ་ཁང་ནང་ འཛིན་སྐྱོང་སོར་བསྐྱར།

༤༣ ་ རྒྱལ་ཁབ་མཐའ་དབུས་མེད་པའི་མི་སེར་ཚུ་གིས་ སྐྱུ་ཁང་གི་ཞབས་ཏྲུག་ཚུ་ ག་དེ་དག་
དག་ཐོབ་སྤྱོད་འབད་ཚུགས་པ་ དེས་བརྟེན་བཟོ་ཞིན་དོན་ལུ་ སྐྱུ་ཁང་བདག་སྐྱོང་དང་འཛིན་
སྐྱོང་ཟེར་བའི་མིང་གནས་ཐོག་ སྐྱུ་ཁང་གི་འཛིན་སྐྱོང་སོར་བསྐྱར་འབད་ཡི། འཛིན་སྐྱོང་འདི་
ཞབས་ཏྲུག་ཡར་དག་དང་ཕན་ལུ་ དེ་ལས་ ནད་པའི་རེ་འདོད་སྐྱོང་ཚུགས་པ་འབད་ནི་དང་
གཅིག་ཁར་ དུས་ཐོག་ལྷ་རྟོག་གི་ལམ་ལུགས་དམ་དམ་ལུ་ དམིགས་གཏད་ལྷན་པའི་ ཀྲན་
ཚང་ཞབས་ཏྲུག་ཅིག་ཡིན། འདི་གི་ནང་ལུ་

- ཉིན་མའི་ནད་པུ་ ནད་པ་ཚུ་འི་དོན་ལས་ སྐྱུ་སྤྱོད་དགོ་པའི་དུས་ཚོད་ ཐུང་ཀྱ་བཟོ་ནི།
ཞབས་ཏྲུག་མཁོ་སྤྱོད་དང་འབྲེལ་བའི་གནད་དོན་ནང་ ནད་པ་ཚུ་འི་རེ་འདོད་བསྐྱང་ཐབས་
ཡར་དག་བཟོ་ནི།



41. Through the SAARC Telemedicine Project, which links all the SAARC countries through a regional telemedicine network, access is provided for specialist consultation with super specialty hospitals in the region.
42. Telemedicine has facilitated Continuing Medical Education (CME) to clinicians, specialists and other categories of health workers.

Management transformations in hospitals

43. In order to ensure that people across the country have access to best possible hospital services, an initiative by the name of Hospital Administration and Management Transformation (HAMT) was initiated. This is a package of services aimed at services improvement, efficiency and patient satisfaction with rigorous monitoring system in place. Initiatives include:
 - *Day Patients:* Reduce waiting time for patients; Improve patient satisfaction related to service delivery

- བྱང་པ་ཞལ་ནད་པ་ནད་ཤལ་། ཉལ་ཁྲིའི་ཤོང་ཚད་ཀྱི་ཕན་ལུས་ ཡར་སངས་རྒྱལ་ནི་དང་
། སྤྱལ་སྤྱོད་དགོ་པའི་དུས་ཚོད་ མར་ཕབ་རྒྱལ་ནི།
- གཤམ་བཅོས་གཤམ་བཅོས་ཁང་། དུས་སྤྱལ་སྤྱུག་ཐབས་ཀྱི་རིམ་ལུགས་དྲག་ཤོས་ཀྱི་
སྒོ་ནས་ གཤམ་བཅོས་ཁང་གི་མཐུན་ཀྱིན་ཚུ་ཡར་དྲག་བཏང་ནི་དང་ བྱ་སྒོའི་རིམ་པ་མང་
བའི་དུས་ཚོད་ མར་ཕབ་རྒྱལ་ནི། གཤམ་བཅོས་ཁང་ནང་ དགོས་མེད་ལུན་འགྲངས་ཀྱི་
དུས་ཚོད་ མར་ཕབ་རྒྱལ་ནི།
- སྒོ་བྱར་ཚབས་ཆེན་སྡེ་ཆུང་། རྒྱལ་ཁྲུང་དང་གསེབ་པའི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ བྱང་པ་བཟུ་
ནིའི་དོན་ལུ་ དུས་ལུན་རིང་མོ་འགོར་སྒོལ་ཡོད་མི་དེ་ མར་ཕབ་རྒྱལ་ནི། སྒོ་བྱར་ཚབས་
ཆེན་ཁང་ནང་ ག་དེ་དྲག་དྲག་དུས་ཚོད་ ཉལ་ཁྲུང་ལེན་ཐབས་འབད་ནི། སྒོ་བྱར་ཚབས་ཆེན་
བྱང་པ་ཚུའི་དོན་ལུ་ བྱང་པ་ཞལ་སྤོབ་སྤོབ་འབད་ནིའི་ནང་ དུས་ཚོད་མངས་འགོར་སྒོལ་ཡོད་
མི་འདི་ མར་ཕབ་རྒྱལ་ནི།

༡༤༽ འཛིགས་མེད་རྩོམ་ཅིང་ཕུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བསྟེན་སྤྱན་ཁང་འདི་ ད་རིས་ནངས་པ་ རང་
དབང་ལུན་པའི་བཀོད་ཆོགས་ཀྱི་འཛིན་སྐྱོང་ཐོག་ བདག་སྐྱོང་གི་རང་སྐྱོང་ལས་ཆོགས་ཅིག་སྡེ་
བྱ་སྒོ་ཚུ་འཐབ་བཞིན་དུ་ཡོད། ཐབས་ལམ་འདི་གིས་ སྤྱན་ཁང་གི་ལས་སྡེ་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་
འཐབ་ནི་དང་ ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་ཀྱི་གནས་ཚད་ཚུ་ ཡར་དྲག་བཏང་ནིའི་ནང་ ལག་ལེན་
ཀྱི་ཕན་ལུས་ཚུ་ ལྷག་པར་དུ་ ཡར་རྒྱས་བཏང་ཚུགས་པའི་རེ་བ་ཡོད།

༡༥༽ ཞབས་རྟེན་བདེ་སྤོབ་ཀྱི་རིས་འཛིན་ཁ་གསལ་ལུན་པའི་ རང་སྐྱོང་གི་དབང་ཚད་ཕྱིར་ཀ་ལུན་
པའི་འཛིན་སྐྱོང་གཞི་བཀོད་ཅིག་ གདམ་ཁའི་ཐབས་ལམ་ཅིག་སྡེ་ བུམ་ཐང་སྤྱན་ཁང་ནང་
མོ་བཏབ་ཀྱི་དོན་ལུ་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད། མོ་བཏབ་ལས་འགལ་འདི་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་
སྤྱན་ཁང་འཛིན་སྐྱོང་རིམ་ལུགས་གི་གནས་ཚད་ཡར་དྲག་གི་དོན་ལུ་ ཕན་ཁུངས་ཆེ་བའི་མངོན་
གསལ་ཀྱི་གནད་དོན་ཚུ་ གསལ་སྤོབ་འབད་ཚུགས།

དམིགས་བསལ་ གྲོས་བསྟུན་ཞབས་རྟེན།

༡༦༽ སྤྱན་ཁང་གི་དུས་རྒྱུན་འབྲེལ་སྤྱོད་ཀྱི་དུས་ཚོད་ཁར་ མི་མང་སྤྱངས་འཛོམས་ཀྱི་དཀའ་ངལ་
སེལ་ཐབས་དང་ སྤྱན་ཁང་གི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ལུ་ རྒྱུད་བསྐྱེལ་གྱིས་མ་དོ་བར་ མི་མང་ལུ་
གསེབ་པའི་ཞབས་རྟེན་གི་ གདམ་ཁ་བྱིན་ཐབས་ལུ་ འཛིགས་མེད་རྩོམ་ཅིང་ཕུག་རྒྱལ་ཡོངས་
གཙོ་བསྟེན་སྤྱན་ཁང་ནང་འབད་ དམིགས་བསལ་གྲོས་བསྟུན་ཞབས་རྟེན་ བཙུགས་ཏེ་ཡོད།
དམིགས་བསལ་གྲོས་བསྟུན་ཞབས་རྟེན་གིས་ འཐུས་ཚད་རན་ཏྲིག་ཏྲི་གི་ཐོག་ བྱང་པའི་ཅན་
དང་ གསེབ་པའི་འགོ་དཔོན་ཚུ་དང་གཅིག་ཁར་ གྲོས་བསྟུན་ཀྱི་གོ་སྐབས་དང་ སྤྱིར་བཏང་གི་

- *Inpatient /Ward:* Increase efficiency of bed occupancy; Minimize waiting time
 - *Surgery/OT:* Improve OT utilization through better appointment system and reducing turnaround time; Minimize delays at OT
 - *Emergency Department:* Minimize time taken for Doctor/Health Worker to attend to patients; Limited time spent at emergency room; Reduce time taken for ward availability for emergency patients.
44. The JDWNRH now functions as an administratively autonomous organization managed by an independent Board. This initiative is expected to generate further operational efficiency in the conduct of hospital activities and improve services delivery.
45. An alternative semi-autonomous management framework with clearly identified services indicators have been piloted in Bumthang hospital. This pilot project would provide valuable insights into the improvement of hospital management system in the country.

Special Consultation Services

46. Special Consultation Services (SCS) was initiated at the JDWNRH with the goal of providing choice of services to the people besides decongesting crowds during regular hospital hours and motivating hospital staff. Services provided, on certain structured fees, include consultation with specialists and medical officers, general health

འཕྲོད་བསྟེན་བརྟག་དཔྱད་ དེལས་ སྤྱིར་བཏང་བརྟག་དཔྱད་ཀྱི་སྒྲིན་ནས་ནད་གཞི་ངོས་འཛིན་
 ཞབས་ཏྲུག་ སྒྲིག་པར་ སྒྲ་བརྟེན་ནད་བརྟག་ སི་ཏི་ ཨམ་ཨར་ཨའི་ ཨི་སི་ཇི་དང་ ལས་
 གཤེགས་དང་ སྤྱིར་བཏང་པ་ དེལས་ སྒྲིན་ཐམ་དང་ དེད་གཤེགས་ཚུགས་བཅོ་མི་ཚུའི་དོན་
 ལས་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ལག་ཁྱེར་ ཕྱིར་སྤྱོད་ཀྱི་ཞབས་ཏྲུག་ཚུ་བྱིན་མ་ཨིན།

༧༽ དམིགས་བསལ་གྲོས་བསྐྱེད་ཞབས་ཏྲུག་འདི་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ལོ་ངོ་ཕྱེད་དང་གཉིས་ནད་
 འཛིགས་མེད་དོ་རྗེ་དབང་ཕུག་ཀྱི་ཡོངས་གཙོ་བསྟེན་སྒྲིན་ཁང་ནད་གི་ ཕྱི་ཁའི་ནད་པ་གི་
 བྱངས་ཁ་ཡོངས་བསྟོམས་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༣-༣༥ དེ་ཅིག་ལུ་ ཞབས་ཏྲུག་མཁོ་སྤྱོད་འབད་ཅུག།
 འདི་གི་ནད་ལུ་ གསོ་བའི་ཞབས་ཏྲུག་ཚུ་ཅན་གསུམ་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་སྟོལ་ཡོད་མི་འདི་ཡང་
 གསོ་བའི་སྒྲིན་བཅོས་ཞབས་ཏྲུག་(བརྒྱ་ཆ་༥.༣)དང་ གཤེགས་བཅོས་ཀྱི་ཞབས་ཏྲུག་(བརྒྱ་
 ཆ་༤.༩)དེལས་ མོ་ནད་ཀྱི་ཞབས་ཏྲུག་(བརྒྱ་ཆ་༤.༦)། གསོ་བའི་དམིགས་བསལ་གྲོས་སྟེན་
 ཞབས་ཏྲུག་གིས་ ད་ལྟོ་ཚུན་ཚོད་ འོང་འབབ་ཡོངས་བསྟོམས་ དངུལ་ཀྲམ་ས་ཡ་༤.༣ བཅོ་
 མི་ལས་ ས་ཡ་༣.༡ ཀྱི་ལ་གཞུང་གི་འོང་འབབ་ནད་བཙུགས་ཡོད་པ་ད་ དངུལ་ཀྲམ་ས་ཡ་༣.༡
 གསོ་བའི་ལས་གཤེགས་ཚུ་གི་ ཞབས་ཏྲུག་འབྲུས་སྟེ་སྤྱོད་ཅུག།

༨༽ ལྷན་ལག་གིས་ གསོ་བའི་དམིགས་བསལ་གྲོས་བསྐྱེད་ཞབས་ཏྲུག་གི་ དམིགས་གཏང་འབད་
 མི་ཚུ་ གྲུབ་མ་གྲུབ་ཀྱི་སྟོར་ བདེན་དཔྱད་འབད་ནི་དང་ ཞབས་ཏྲུག་དེ་ འཕྲོ་མཐུད་ལག་
 ལེན་དང་ འགོ་སྤྱོད་ཀྱིས་འབད་ ཀྱི་ལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་གཞན་ཚུ་ནད་ འགོ་བཙུགས་ནིའི་འོས་
 འབབ་ཚུ་ ཐག་བཅད་ནིའི་དོན་ལུ་ བསྐྱར་ཞིབ་ཚུ་འབད་བའི་བསྐྱར་ར་ཡོད།

སྒྲིན་རིགས་དང་འཕྲུལ་རིགས།

༩༽ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ནད་ འཕྲུལ་རིགས་གསར་པ་(མཁོ་སྒྲུབ་དང་བྱ་རིམ་ སྤྱིད་བྱུས་)འགོ་
 བཙུག་ནིའི་དོན་ལུ་ ཟད་འགྲོའི་ཕན་ཁུང་དང་ ཀྱི་ལ་ཁབ་ཀྱི་ཕན་ཁུངས་ དེལས་ གཞི་ཚུ་
 ཚུ་དང་འབྲེལ་བསྟེན་འབད་ཚུགས་མི་ཚུགས་ཀྱི་སྟོར་ བསྐྱར་ཞིབ་དང་དབྱེ་དཔྱད་ཀྱི་དོན་ལུ་
 འོས་ལྷན་གྱི་ཁྱད་ཚད་ལྷན་པའི་ལས་གཤེགས་བཅས་ཉེར་མཁོའི་སྒྲིན་རིགས་དང་འཕྲུལ་རིགས་
 སྟེ་ཚན་ཅིག་གཞི་བཙུགས་འབད་དི་ཡོད།

༡༠༽ སྒྲིན་རིགས་དང་སྒྲིན་རིགས་ མཁོ་སྒྲུབ་དང་བཀོ་བཀྲམ་གྱི་རིམ་ལུགས་ ལེགས་བཅོས་ཀྱི་དོན་
 ལུ་ དམིགས་བསལ་གྱི་ཐབས་ཤེས་མང་རབས་ཅིག་ འགོ་འདྲན་འཐབ་ཅི།

༡༡༽ མེད་ཐབས་མེད་པའི་ ཉེར་མཁོའི་སྒྲིན་རིགས་ཀྱི་ཐོ་ཅིག་ཡང་བཅོ་སྟེ་ཡོད། ཀྱི་ལ་ཡོངས་ཉེར་
 མཁོའི་སྒྲིན་རིགས་ཀྱི་ཐོ་བཀོད་མ་ཡིག་དང་ ཀྱི་ལ་ཡོངས་སྒྲིན་སྒྲིན་གྱི་ལམ་སྟེན་དང་གནས་
 ཚད་རྒྱུན་སྦྱོང་ལམ་སྟེན་ཚུ་ཡང་ བསྐྱར་བཅོས་འབད་ཡི། ཀྱི་ལ་ཁབ་ནད་ ནད་པའི་སྒྲིན་རིགས་
 བཅོས་ཏེ་ སྒྲིན་རིགས་དང་བརྟག་དཔྱད་ཁང་གི་ སྟོན་ལན་སྒྲིན་རིགས་(རི་ཨེ་ཇེན་)ཚུ་ དབྱེ་
 དཔྱད་འབད་ཡི།

check up, general laboratory diagnostic services, X-ray, ultrasound, CT, MRI, ECG and medical fitness certificates for employment, training, visas and driving licenses.

47. Since its inception one and a half years ago, the SCS has catered to about 2-3% of total out-patient load in JDWNRH. The top three services availed were medical (5.3%), surgical (8.9%) and gynecological (4.6%). The SCS generated total revenue of Nu. 6.2 million out of which Nu.3.1 million was deposited as government revenue and Nu.3.1 million distributed as payments to the health personnel.
48. The Ministry is currently reviewing the SCS to examine whether the stated objectives are being met and decide on its continuity and gradual rollout around the country.

Medicines and Technologies

49. In order to review and assess introduction of new technology in health care (supplies, processes, policy) in light of cost-effectiveness and conformance to the national values and principles, the Essential Medicine and Technology Division has been established staffed with appropriately qualified personnel.
50. Significant measures were taken to streamline the procurement and distribution systems for drugs and medical supplies.
51. The Essential Drugs List has been developed. The National Essential Medicines Formulary, National Antibiotic Guideline & Standard Treatment Guideline have been revised. Assessments were conducted for drug & laboratory re-agent supplies in the country including those of traditional medicines.

༥༢ ་ སྤྲོན་རྒྱུ་དང་ དམིགས་བསལ་དུ་ སྤྲོན་སྤྲོན་ཚུ་ ལུངས་ལུན་ཐོག་ལག་ལེན་གྱི་དོན་ལུ་ གསོ་བའི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ལུ་ སྦྱོང་བཟུང་བྱིན་ཡོད་པ་མ་ཆད་ བསྐྱེད་བྱེད་ཐུག་པ་ལྟར་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།

༥༣ ་ སྤྲོན་སྤྲོན་ལས་འཐོན་པའི་གདོང་ལེན་ (ཨེན་གྱི་མའི་ཀོར་བུ་ལེལ་རེ་སིས་ཀྱི་འདི་གི་ འཛུམ་གྱིང་སྤྱི་ཚོགས་ཀྱི་ལོ་སྦྱོང་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ཡུལ་ཚུ་འགྲུབ་ནི་དང་ དམིགས་བསལ་དུ་ ཨེ་ཆི་ཨའི་ཕུ་/ཨེ་ཤེ་སི་དང་ བད་ཀན་གྲོ་གཙོང་ ཚད་པའི་ནད་ དེ་ལས་ བད་རིགས་གཞན་ཚུ་ བཀག་ཐབས་ཀྱི་དོན་ལུ་ ལོ་སྦྱོང་གོང་འཕེལ་དམིགས་ཡུལ་ལྟར་འགྲུབ་ནི་དེ་ནང་ རྒྱལ་སྤྱིའི་བཙོན་ཁྲུགས་ལུ་ བགོགས་ཆེན་དུ་འགྱུར་སྤོང་པའི་གནད་དོན་ཚུ་ རོས་འཛིན་གྱི་སྒོ་ལས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ བསྐྱེད་བྱེད་ཐུག་དང་ སྦྱོང་བཟུང་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་མཆོམས་བརྒྱུད་དེ་ སྤྲོན་སྤྲོན་དང་ཕྱ་འབུལ་ཚུ་ འབོར་ཆེད་གཏོ་སྤྱོད་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་འོང་ནི་ལས་བཀག་ཐབས་ལུ་ ལུང་ཕྱོགས་ཀྱི་མཉམ་འབྲེལ་འདི་ གཤམ་ཆེད་གཏོ་སྤྱོད་ཀྱི་ཨེན་པའི་ མཛོན་གསལ་བྱུང་མ་བཞིན་དུ་ ར་ཡེ་ཤུར་ ཁས་བླངས་གསལ་བསྒྲགས་ཀྱི་སྒོ་ནས་ རྒྱ་ཨེ་ཤེ་ཡའི་ རྒྱལ་ཁབ་) གི་དོན་ལུ་ ལུང་ཕྱོགས་མཉམ་འབྲེལ་ གཞི་བཙུགས་འབད་དེ་ཡོད།

52. Health workers were trained and advocacies conducted for rational use of drugs, especially the use of antibiotics.
53. Recognizing that antimicrobial resistance can be a critical impediment in global efforts towards achieving UN Millennium Development Goals, especially MDG 6 that addresses containment of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other diseases, advocacies and trainings were carried out in the country. Since a regional collaboration is essential to prevent cross-border influx of resistant drugs and microbes, a regional collaboration was established for the 11 countries in South East Asia through the Jaipur Declaration.

འཕྲོད་བསྟེན་ཡར་ཤལ་དང་ རན་རིགས་སྟོན་འགོག་དང་ཚད་འཛིན།

སྐྱེ་མ་དང་ཨ་ལོའི་འཕྲོད་བསྟེན།

༥༤ ་) སྐྱེ་མའི་ཤི་རྒྱུ་གི་གནས་ཚད་དེ་ སྤྱི་ལོ་༡༩༩༠ལོ་ནས་ ཨ་ལོ་གསར་སྐྱེས་༡༠༠,༠༠༠རེ་ལས་
སྐྱེ་མ་༥༤༠རེ་ལུ་ ཤི་རྒྱུ་བྱུང་སྟེ་ཡོད་མི་ལས་ ༡༠༠༠གི་ལོ་ན་ནས་༡༥༥ལུ་ མར་ཕབས་སོང་
ཅུག། འཕྲལ་གྱི་ཚད་ཅིས་དང་འབྲེལ་ཕུང་ སྐྱེ་མའི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་༡༤༤(གཞི་རྟེན་གནས་
རིམ་༡༠༠༠ལས་ བརྒྱ་ཆ་༤༠གིས་ མར་ཕབས་)ལུ་སྟོན་མི་གིས་ སྤྱི་ལོ་༢༠༡༥ལས་ ཨ་ལོ་
གསར་སྐྱེས་༡༠༠,༠༠༠རེ་ལས་ སྐྱེ་མའི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་ ༡༤༠ལུ་ མར་ཕབ་རྒྱབ་ནིའི་དམིགས་
གཏང་ འབྲུབ་ཚུགས་པའི་ལམ་ཕྱོགས་ལུ་ཡོད་པའི་ བརྟེན་གསལ་སྟོན་བྱུང་ཡི།

༥༥ ་) སྐྱེས་ལོ་༥འོག་རྒྱ་གི་ཨ་ལོའི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་དེ་ ༡༠༠༠གི་ལོ་ན་ནས་ ཨ་ལོ་གསར་སྐྱེས་༡༠༠༠རེ་
ལས་ ཤི་རྒྱུ་གི་གྲངས་ཁ་༥༤ཡོད་ས་ཡོད་ལས་ ད་རིས་ནངས་པར་ ༤༡.༥ལུ་ བབས་
དེ་ཡོད། དེ་འབད་ཕུང་ལས་ ང་བཅས་རའི་རྒྱལ་ཁབ་ཀྱིས་ སྐྱེས་ལོ་༥འོག་རྒྱ་འབད་མི་ ཨ་
ལོའི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་ གསུམ་དཔྱ་གཉིས་ལུ་ མར་ཕབ་རྒྱབ་དགོ་པའི་ ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གྱི་
དམིགས་ལུ་ འབྲུབ་ཚུགས་པའི་ལམ་ཕྱོགས་ལུ་ཞུགས་ཡོད་པའི་ བརྟེན་གསལ་སྟོན་
བྱུང་ཡི།

༥༦ ་) ཨ་ལོ་མེ་སྐྱེས་ཀྱི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་དེ་ ༡༠༠༠གི་ལོ་ན་ནས་ ཨ་ལོ་གསར་སྐྱེས་༡༠༠༠རེ་ལས་ ཤི་
རྒྱུ་གི་གྲངས་ཁ་༤༠.༥ཡོད་ས་ལས་ ད་རིས་ནངས་པར་ ༤༠.༡ལུ་ སྟོན་དེ་ཡོད། དེ་འབད་ཕུང་
ལས་ ང་བཅས་རའི་རྒྱལ་ཁབ་ཀྱིས་ ཨ་ལོ་མེ་སྐྱེས་ཀྱི་ཤི་རྒྱུ་གི་ཚད་ གསུམ་དཔྱ་གཉིས་ལུ་
མར་ཕབ་རྒྱབ་ནིའི་ ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ལུ་དེ་ དམིགས་གཏང་འབད་བའི་དུས་
ཚད་ཀྱི་རྟེ་མར་ འབྲུབ་ཚུགས་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི།

ཨེ་ཨའི་མི་ཨེ་ཤེས་དང་ བན་ཀལ་སྟོ་གཙོང་ དེ་ལས་ ཚད་པའི་ནད་གཞི།

༥༧ ་) གསོ་བ་ལྟན་ཁག་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ ཨེ་ཨའི་མི་ནད་འབྱུང་བྱེད་སྟེ་ལས་བཀག་ཐབས་
དང་ ཨེ་ཤེས་གི་རིམས་ནད་ལཱ་ལས་ ཚད་འཛིན་གྱི་དོན་ལུ་ ༢༠༡༢-༢༠༡༤ཚུན་ ལུས་
འབྲེལ་ལས་འབྲེལ་མི་ནད་གཞི་དང་ ཨེ་ཨའི་མི་ དེ་ལས་ ཨེ་ཤེས་གི་ནད་འབྱུང་ སྟོན་འགོག་
དང་དམ་འཛིན་གྱི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཡོངས་ཐབས་བྱས་ཅན་གྱི་འཆར་གཞི་བཟོ་སྟེ་ཡོད།

Health Promotion, Disease Prevention and Control

Maternal and Child Health

54. The Maternal Mortality Rate has gone down from 560 in 1990 to 255 per 100,000 live births in 2000. The current estimate is 146 (about more than 40% decrease from 2000 baseline) indicating that we are on the track to achieve the target of 140 per 100,000 live births by 2015.
55. Under-five mortality rates have been brought down from 84 in 2000 to 61.5 per 1000 live births. As such the country remains comfortably on track to achieve the MDG target of reducing U5MR by two-thirds.
56. Infant Mortality Rate has been reduced from 60.5 in 2000 to 40.1 per 1000 live births. It is highly probable that the country will achieve the MDG target of reducing IMR by two thirds well ahead of time.

HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria

57. The Ministry has developed the 'National Strategic Plan for Prevention and Control of STIs, HIV and AIDS, 2012-2016' to tackle the spread of HIV virus and contain the spread of AIDS epidemic in the country.



ཐབས་བྱས་ལྟར་པའི་འཆར་གཞི་ནང་ ཡའི་ལས་ཨ་ལོ་ལུ་འབྲུ་ནི་ལས་ སྤྱོད་འགོག་གི་ཐབས་
ལམ་ཚུ་དང་ ཡེ་ཆེ་ཡའི་ཕྱི་ནང་འབྲུབ་ དབང་གཞི་ནི་སྤྱོད་བཅས་(ཨོན་ཏི་རི་ཏོ་བའི་རལ་
གྲི་སྤྱོད་ཕྱི་ནི་ དེ་ལས་ རྒྱུ་སྦྱར་གྱི་འཕེལ་སྤྱོད་གཙོ་བོ་ཅིག་ཨོན་མི་ སྤྱིར་བཏང་ནད་གཞི་
སྤྱོད་འགོག་ལུ་ འབད་ཚུན་བསྐྱེད་བཞིན་ཏུ་ཡོད་མི་གིས་མ་དོ་བར་ ཡེ་ཆེ་ཡའི་ཕྱི་ཨོ་ཁྲ་སྤོབ་
སྤྱོད་མི་ཚུ་འོ་ན་ལུ་ མཐའ་སྦྱང་དང་རྒྱུ་སྦྱར་གྱི་གནས་ཚད་ ཡར་འཕེལ་བཟོ་ནི་ཐབས་
ལམ་ཁ་སྐོང་ཚུ་ལུ་ རྒྱགས་བཏོན་པའི་བསྐྱང་ཡོད།

ང་བཅས་ཀྱིས་ མཐོ་བསམ་བཏང་དོ་བཟུམ་ཅིག་དང་ རྒྱལ་སྤྱིའི་ནང་ ནད་ཡམས་དར་བྱབ་
གྱི་གནས་ཚད་ཡར་སེང་འགྱོ་དོ་བཟུམ་སྤྱོད་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ ༡༩༩༣ཀྱི་ལོ་ནང་ ཡེ་ཆེ་ཡའི་ཕྱི་
ནད་འབྲུབ་ཐོབ་མའི་གྲངས་ཁ་ ༩ ཡོད་ས་ལས་ ༥འི་ས་ནངས་པ་ ༩༧༠ལུ་ རྫོང་དེ་ཡོད།

༥༥ གྱི་ བད་ཀའ་སྤྱོད་གཙོ་བོ་དང་ ཚད་ནད་གྱི་གྲངས་ཁའི་ཐད་ ༡༩༩༠ཀྱི་ལོ་ནང་ གོ་རིམ་བཞིན་ཏུ་
༤༩༩༩དང་ ༩༩༩༩ལོ་ནང་ ༩༠༡༡ཀྱི་ལོ་ནང་ ༡༩༩༩དང་༡༩༩༩ལུ་ མར་བབས་སོང་སྤྱོད་
ཡོད། ལྷན་ཁག་ལུ་ གནད་དོན་འདི་གི་ཐད་ ལོ་སྤྱོད་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ཡུལ་ འགྲུབ་
ཚུགས་པའི་ཡིད་ཆེས་ཡོད་པ་མ་ཆད་ ད་སྤྱོད་བཅོམ་ལུགས་དང་ལས་རིམ་ཚུ་ རྒྱུ་བརྟན་ཐོག་
ལག་ལེན་འཐབ་ཚུགས་པ་ཅིན་ མ་འོངས་ལོ་ངོ་དག་པ་ཅིག་གི་རྒྱུ་ལས་ འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་
འདི་ ཚད་ནད་མེད་པའི་རྒྱལ་ཁབ་ཅིག་ལུ་ འགྲུར་ཚུགས་པའི་རེ་བ་ཡོད།

ཟས་བཟུང།

༥༦ གྱི་ མི་སེར་ཡོངས་ཀྱི་ སྤྱིར་བཏང་ཟས་བཟུང་གྱི་(ཕྱ་རབ་ཟས་བཟུང་བཅས་ཏེ་)གནས་ཚད་ཡང་
འདས་པའི་དུས་རབས་ལས་ཚུར་ ཡར་འཕེལ་སོང་བཞིན་ཏུ་ཡོད། སྤྱི་ལོ་༥༥ཀྱི་འགྱུ་རྒྱུ་འབད་
མི་ གཞུགས་གྱི་སྤྱོད་ཚད་མ་ལང་མི་ཨ་ལོ་འི་གྲངས་ཁ་ རྒྱུ་ལུ་གིས་མར་ཐབ་རྒྱུ་དགོ་པའི་
ལོ་སྤྱོད་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ཡུལ་ རྒྱུ་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་མི་འདི་ཡང་ ༡༩༩༩ཀྱི་
ལོ་ནང་ དམིགས་གཏང་བརྟན་སྤྱོད་གྱི་ཚད་གཞི་ བརྒྱ་ཆ་༩༩ཡོད་མི་ལས་ ༩༠༠༠ཀྱི་ལོ་ནང་
བརྒྱ་ཆ་༡༩.༧ དེ་ལས་ ༩༠༡༠ཀྱི་ལོ་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༡༩.༧ལུ་ མར་བབས་སོང་མི་གིས་ ༩ཕྱོ་
ཚུགས།

༥༧ གྱི་ ཟས་བཟུང་མ་ཐོབ་པའི་བརྟན་སྤྱོད་ དཔེར་ན་ སྤྱོད་ཚད་མ་ལང་བའི་གནས་ཚད་ཡར་སེང་དང་
སྤྱོད་རིམ་གྱི་གནས་ཚད་ ལེགས་འགྲུར་སོང་ཡོད་པ་ད་ གཞུགས་སྤྱོད་མ་ཚུགས་པའི་གནས་
ཚད་ བརྒྱ་ཆ་༩༩.༥ཐོག་ འཕེལ་འགྲུར་མེད་པ་སྤྱོད་གནས་ཡོད་མི་འདི་ མི་མང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་
གྱི་ ཆ་གྲངས་ལུ་སྤྱོད་ཡོད། སྤྱོད་རིམ་གྱི་གནས་ཚད་ཀྱིས་ གཞུགས་སྤྱོད་མ་ཐོབ་མི་འོ་ན་ལུ་
རིམ་བསགས་གྱི་ཟས་བཟུང་ལང་མ་སྤྱོད་མེད་པའི་ཁར་ དུས་ཡུན་རིང་མོ་སྤྱོད་ བཞེས་སྤྱོད་ལང་མ་

The Strategic Plan focuses on additional measures to prevent mother to child transmission, provide anti-retroviral treatment and standardized care and support for people living with HIV/AIDS, besides the general efforts at prevention which remains the core intervention. As is the expected trend and an epidemiological profile globally, the number of HIV cases has increased from 2 in 1993 to 270 today.

58. The number of Tuberculosis and Malaria cases has dropped from 4232 and 22126 cases in 1990 to 1250 and 194 cases in 2011 respectively. The Ministry is confident on meeting the MDG targets on these fronts. Bhutan may become malaria free country in next few years if the current efforts and programs are sustained.

Nutrition

59. The general nutritional (including micronutrients situation) status of the people has been improving over the decade. An MDG target indicator of halving the rate of under-five children who are underweight has been achieved as this indicator has been brought down from 38% in 1989 to 18.7% in 2000 to 12.7% in 2010.
60. While malnutrition indicators like underweight prevalence and wasting have improved, stunting prevalence of 33.5% still remains as a major public health issue. Stunting indicates the cumulative deficient growth associated with chronic insufficient dietary intake,

སྤྱི་བཟའ་ནི་མ་ཐོབ་པ་དང་ བཞེས་སྒྲི་ལེགས་ཤོམ་བྱིན་མ་ཚུགས་པའི་ སྦྱོན་ཆ་ཚུ་བད་སྦྱོན་
འབད་མ་ཨིན་མས། དཀའ་ངལ་འདི་སེལ་ཐབས་ལུ་ བསྐྱལ་བྱལ་བད་སྦྱོད་དང་ ལས་ཚན་
མ་འདྲམ་ཚུ་དང་གཅིག་ཁར་གྲལ་གཏོགས་ཀྱི་ཚུལ་སྦྱབ་ དེ་ལས་ གོ་བ་བད་སྦྱོད་དང་ ཟས་
བཅུད་ལྟན་ཐབས་ཀྱི་ཐབས་ཤེས་མང་རབས་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།

༤༡ ་ ཟས་བཅུད་(བི་ཀྲ་མིན་ཨེ)གི་ སྤ་རབ་ཟས་བཅུད་ལངས་སྤེ་མེད་མི་འདི་ ད་རིས་ནངས་པར་
མི་མང་འཕྲོད་བསྟེན་གྱི་དཀའ་ངལ་གྱི་གངས་སུ་མེན་རུང་ ཨམ་སུ་བྱུ་མཆེད་མ་ཚུ་ལུ་ ལྷགས་
རྩིས་ལངས་སྤེ་མེད་པའི་ཁྲག་ཉུང་གི་དཀའ་ངལ་འདི་ ཚ་བྱང་སྒྲོམ་ཅིག་སྤེ་གནས་ཏེ་ཡོད།

༤༢ ་ འབྲུག་ལུ་ འཕྲལ་འཕྲལ་ར་ ཟས་བཅུད་ལངས་སྤེ་ མ་ཐོབ་པའི་དཀའ་ངལ་དང་ དམིགས་
བསལ་དུ་ ༡༩༩༥ ལས་ཚུར་ ཟས་བཅུད་ཀྱི་དབྱེ་བ་ (བི་ཀྲ་མིན་བི་ ༡༩༩༥ ལངས་སྤེ་
མ་ཐོབ་པའི་དཀའ་ངལ་ཚུ་བྱུང་དོ་ཡོད་པ་ད་ ལོ་བསྟར་བཞིན་གྱི་བྱུང་སྐྱེ་ཚུ་ཡང་ གནས་ཐོ་
བཞག་སྤྱོ་ཡོད། འཕྲལ་ཁམས་ཅིག་ཁར་ བསམ་གྲུབ་སྤྱི་ལངས་མཁར་ ཨོ་རེང་ལུ་ ཟས་བཅུད་
ལངས་སྤེ་མ་ཐོབ་པའི་ རྒྱུ་རྐྱེད་མི་དེ་ དབྱེ་དབྱེ་ཐོག་ བཀག་ཐབས་འབད་ཡི། མ་
འོངས་པ་ལུ་ དེ་བཟུམ་གྱི་རྒྱུ་རྐྱེད་འབྱུང་ནི་ལས་ སྦྱོན་འགོག་གི་དོན་ལུ་ ཟས་ཐོའི་གོས་
བསྟན་དང་ དྲག་པོའི་དམག་སྤེ་དང་ སྒོ་བ་ཟླ་ དེ་ལས་ སྒོ་བ་སྤྱི་ལངས་ཁང་ཚུ་ནང་ ཟས་
བཅུད་ཀྱི་དབྱེ་བ་དང་བི་ཀྲ་མིན་བི་ གི་ལྟན་ཐབས་བྱིན་ནིའི་ཐབས་ཤེས་ཚུ་ཡང་ འགོ་བཙུགས་
ཅི།

ནད་ཐུབ་སྦྱོན་བཅོས།

༤༣ ་ ནད་ཐུབ་སྦྱོན་བཅོས་ཀྱི་བྱལ་ཚད་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ ལྷག་པ་ཅིག་གི་ཐོག་ རྒྱུ་བརྟན་འབད་དེ་ཡོད།
འདི་གིས་མ་ཚད་པར་ རྩིང་ཁག་ཆམ་ཉམ་གྱི་ནང་ ནད་ཐུབ་སྦྱོན་བཅོས་ཀྱི་བྱལ་ཚད་ བརྒྱ་ཆ་
༥༥ ལྷག་སྤེ་ རྒྱུ་སྦྱོང་འབད་དེ་ཡོད།

༤༤ ་ སྤྱི་ལོ་༢༠༠༩ གི་ལོ་ནང་ སྦྱོན་རིགས་དང་ ནད་ཐུབ་སྦྱོན་བཅོས་ཀྱི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་སྤྱིའི་མཐུན་
ཕྱོགས་ལས་ འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་འདི་ ནད་ཐུབ་སྦྱོན་བཅོས་ཀྱི་ལམ་ལེན་དྲག་ཤོས་ཀྱི་རྟགས་མ་
ཡང་ཐོབ་ཅི།

༤༥ ་ ལྷན་ཁག་གིས་ འབྲུག་མི་ཨམ་སུ་ཚུའི་དོན་ལུ་ མངལ་སྒྲིའི་ཀེ་སར་འདི་ སྐད་ནད་ཉེན་ཅན་
སྤེ་ རོས་འཛིན་བྱུང་མི་ལུ་གཞི་བཞག་སྤེ་ སྤྱི་ལོ་༢༠༡༠ གི་ལོ་ནང་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་
མཐའ་དབུས་མེད་པའི་ སྤྱི་ལོ་༡༩-༡༥ ཀྱི་བར་ན་འབད་མི་ བུ་མོ་ཆམ་ཉམ་གྱི་དོན་ལུ་ མངལ་
སྒྲིའི་ཀེ་སར་སྦྱོན་འགོག་གི་ཐབས་ཤེས་ཅིག་སྤེ་ མངལ་སྒྲིའི་ཀེ་སར་བཀག་ཐབས་ཀྱི་ སྦྱོན་
ཁབ་བཙུགས་ནིའི་ལས་རིམ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། འདི་གི་དོན་ལུ་ ཟད་འགྲོ་འཁོར་ཆོ་

frequent infections and poor feeding practices over a long period of time. Initiatives through advocacy, mobilization of cross-sectoral participation, awareness and nutritional supplementation have been rolled out to address this issue.

61. Micronutrient deficiency of Vitamin A is also no longer a public health problem though iron deficiency anemia among pregnant women still remains a critical concern.
62. Bhutan has been experiencing sporadic outbreaks of Vitamin deficiencies, particularly Vitamin B1 and B12, since 1998 and occurrences have been recorded almost every year. The recent outbreak reported at Orong, Samdrup Jongkhar was assessed and contained. To prevent such outbreaks in the future, menu consultation and vitamin B supplementation have been initiated in armed force, schools and institutions.

Immunization

63. Immunization coverage has been sustained at above 90%. Additionally, immunization coverage levels were also maintained at over 85% for all Dzongkhags.
64. In 2009, Bhutan received the Best Immunization Performance Award from the Global Alliance for Vaccine and Immunization
65. Given the fact that cervical cancer is the number one malignancy diagnosed in Bhutanese women, the Ministry launched the

དགས་སྟེ་གནས་ཏེ་འབད་རུང་ ནད་ཐུབ་སྟེ་ཁབ་ལས་རིམ་འདི་ རྒྱུ་ཕྱི་ལྟེ་ནད་ཐུབ་སྟེ་ ཁབ་ལས་རིམ་གྱི་གངས་སུ་བཅུགས་མི་ རྒྱལ་ཁབ་དག་པ་ཅིག་ཡོད་མེད་གངས་སུ་ གཅིག་ འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་ཡང་ཚུད་དེ་ཡོད།

༤༤༽ རྒྱ་ཁག་གིས་ རྟོད་མའི་ནད་(གི་བ་ཐེ་རི་ཡ)དང་ རྟོ་བརྒྱལ་ནད་ (པར་ཀྱ་སིས)དེ་ལས་ ཅ་ སྐུམ་གྱི་ནད་དང་(གི་གེ་རྒྱས)མཆིན་པའི་ཚད་ནད་བི་(ཏེ་པ་གི་གིས་བི)ཁྲག་ཤོར་ཆ་རིམས་(ཏེ་ མོ་ཕེ་ལུས་ཨིན་ཐུལ་ན་བི)ཚུའི་ སྟེན་རྒྱུ་ལྟེ་ལྟེ་ སྟེན་སྟེ་ལྟེ་ལྟེ་དང་ སྟེན་སྟེ་གཅིག་ ལྟེ་གྱི་ སྟེན་ཁབ་ལས་རིམ་ཚུ་ འགོ་བཅུགས་ཅི། ཐབས་ལམ་འདི་གིས་ སྟེན་སྟེ་གྱི་ སྟེན་ཁབ་ལས་འཆར་ནད་ སྟེན་ཁབ་གསར་པ་ མཉམ་བསྐྱེད་གྱི་ཕན་ལུ་བྱུང་ཡང་པ་མ་ ཚད་ ཟད་སོང་མར་ཐབ་དང་ ལག་ལེན་གྱི་བྱ་སྐབས་བདེ་ཉིང་ཚུ་ལུ་ ཕན་ལུ་སྟེན་སྟེ་ལུ་ རྟེན་སྟེ་ལུ་ཡོད་ནད་ འགལ་ལྷེ་ལུ་བྱུང་རིམ་ཚུའི་ ལུ་མའི་སྟེན་ལུ་དང་ དེ་གི་རྒྱུ་སུ་ ཞིབ་ དཔུང་འབད་མི་གྲུབ་འབྲས་ལུ་གཞིར་བཞག་སྟེ་ སྟེན་སྟེ་ལུ་ལྟེ་གྱི་སྟེན་ཁབ་འདི་ རྟེན་ ལས་ ལོག་སྟེ་འགོ་བཅུགས་ཅི།

འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་

༤༥༽ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ དམ་འཛིན་དང་སྟེན་འགོག་གི་སྟེན་ རྒྱལ་ཡོངས་སྟེན་བྱས་དང་ ཐབས་བྱས་གྱི་གཞི་བཀོད་ཚུ་ གསར་བཏོན་འབད་དེ་ ལག་ལེན་འཐབ་བཞིན་དུ་ཡོད།

༤༦༽ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་གྱི་དོན་ལུ་ མོ་བཏབ་གྱི་ལས་འགལ་ཅིག་ ཐུམ་ཐང་དང་སྟེན་ རྟོང་ཁག་ནད་ འགོ་བཅུགས་ཅི། ལས་འགལ་འདི་གི་ཐོག་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ ཞབས་ཏོག་ཚུ་ གཞི་རིམ་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྟོང་རིམ་ལུ་གསར་ནད་ གཅིག་སྟེ་ལུ་འབད་ནི་ གི་ འོས་འབབ་ཚུ་འཆོལ་སྟེ་ལུ་འབད་བཞིན་དུ་ཡོད། སྟེན་དང་ཐུམ་ཐང་གཉིས་ཆ་རའི་དོན་ ལུ་ དཔེ་ཞིབ་མཐུག་བསྟེ་ རྒྱལ་ཁབ་གྱི་ས་གནས་གཞན་ཚུ་ནད་ འགོ་བཅུགས་ནི་དོན་ ལུ་ འོས་འབབ་དང་ལྟེ་ལུ་ སྟེན་བྱས་དང་ཐབས་བྱས་ཚུ་ཡང་ སྟེན་བཀོད་འབད་ཡི།

nationwide HPV vaccination in 2010 for girls ranging from age group of 12-18 years as a preventive measure against cervical cancer. Despite the substantial cost involved, Bhutan is one of the few countries to include this vaccine as part of routine immunization programme.

66. The Ministry introduced Pentavalent vaccine; a single dose vaccine containing antigens of Diphtheria, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B and Haemophilus Influenza B. This move incorporates new vaccines in the traditional immunization schedule as well as generate cost saving and accrue logistic convenience. Post reports of adverse events in 2010 and subsequent investigation, Pentavalent vaccine was re-



Non-Communicable Diseases

67. The National Policy and Strategic Framework on Control and Prevention of NCDs has been launched and being implemented.
68. The Package for Essential Non-Communicable diseases (PEN) project was launched as a pilot in Bumthang and Paro Dzongkhags. This project explores the feasibility of integrating NCD services into the mainstream Primary Health Care system. Evaluations in both Paro and Bumthang have been completed and appropriate policies and strategies are being designed for the national rollout.

༤༩ ་ ལྷན་ཀྲུས་གཞུང་ཚོགས་ཀྱི་སློན་པོའི་ལྷན་ཀྲུས་ཚུ་དང་ སྤྱི་ཚོགས་ཀྱི་འཕུས་མི་ དེ་ལས་ ལྷན་ཁག་དང་ལས་སྡེ་ཚུ་ལས་ ཆེ་མཐོའི་འགོ་དཔོན་ཚུ་དང་ རྫོང་ཁག་གི་འགོ་དཔོན་ གོང་འཕེལ་ལས་སྡེ་དང་ གཞུང་མིན་ལས་ཚོགས་ལས་རིཨ་བ་ཚུ་ དེ་ལས་ བན་བརྒྱུད་པ་ཚུ་ གྲལ་གཏོགས་ཐོག་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཀྱི་སྐོར་ རྒྱལ་ཡོངས་ལས་ཚན་སྤྱི་ཚོགས་ཀྱི་ ཆེ་མཐོའི་གནས་རིཨ་ཀྱི་བསྐྱལ་བྱུང་བན་སྤྱོད་ལས་རིཨ་ཅིག་ འགོ་འདྲན་འཐབ་ཅི། འདི་བཟུམ་མའི་ བསྐྱལ་བྱུང་བན་སྤྱོད་ལས་རིཨ་ འགོ་འདྲན་འཐབ་དགོ་པའི་དམིགས་ཡུལ་གཙོ་བོར་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཀྱི་སྐོར་ ཆ་གྲང་ཚུ་གསལ་སྟོན་འབད་ནི་དང་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཀྱི་ལས་སྡེ་ཚུ་ འབྲེལ་ཡོད་ལས་ཚོགས་སོ་སོའི་ ལས་སྡེའི་གྲངས་སྤྱི་ཚུ་ད་ཐབས་ལུ་ཨིན།

༥༠ ་ འབྲུག་གིས་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཚུ་ སྟོན་འགོག་དང་དམ་འཛིན་གྱི་སྐོར་ འཛམ་གླིང་སྤྱི་ཚོགས་ཀྱི་ཡོངས་བྱུང་ཚོགས་འདུའི་ ཆེ་མཐོའི་གནས་རིཨ་ཀྱི་ཞལ་འཛོམས་ནང་ཡང་ བཅའ་མར་གཏོགས་ཅི། ཞལ་འཛོམས་ཀྱི་སྐབས་ རྒྱལ་སྤྱིའི་སྤྱི་དབུལ་ཁས་སྤངས་ཚུ་འབད་ཡོད་པ་མ་ཆད་ གཞུང་དང་ གོང་འཕེལ་མཉམ་རིགས་ དེ་ལས་ གཞུང་མིན་ལས་ཚོགས་ གཞན་ཚུ་གིས་ འབྲུ་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཀྱི་གདོང་ལེན་ལུ་ མཉམ་རུབ་བརྩོན་ཤུགས་ བསྐྱེད་ནི་ལུ་ གཙོ་བོར་བཏོན་དགོ་པའི་སྐོར་ གོས་བསྐྱར་ཚུ་གནང་ཡི།

ཉམ་ཁུ་དང་སྤྱི་ཆད།

༥༡ ་ འབྲུག་ལུ་ ཉམ་ཁུ་བཀག་འཛིན་གྱི་བྱུང་རབས་ནང་ འཕེལ་འགྱུར་གྱི་བན་རྟགས་གལ་ཅན་ཅིག་ སྤྱི་ཚོགས་ཀྱིས་ འབྲུག་གི་ཉམ་ཁུ་བཀག་འཛིན་བཅའ་ཁྲིམས་༢༠༡༠ཅན་མ་ ཆ་འཛོག་གྲུབ་གནང་མི་འདི་ཨིན། སྤྱི་ལོ་༢༠༡༡ཟླ་དང་པ་ལས་ བཅའ་ཁྲིམས་འདི་ཡོངས་རྫོགས་ བསྐྱར་སྤྱོད་འབད་ནི་འགོ་བརྩུགས་ཞིན་མ་ལས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ ཉམ་ཁུ་ལག་ལེན་གྱི་གནས་ཆད་ ལེ་ག་གིས་མར་བབས་སོང་ཡི། ཨིན་རུང་ བཅའ་ཁྲིམས་ཀྱི་དགོངས་དོན་ལ་ལོ་ཅིག་ལུ་ འཁོན་འཆམ་མ་ཚུགས་པའི་གནད་དོན་ཐོན་མི་ཚུ་ཡང་ སྤྱི་ཚོགས་ཀྱིས་བསྐྱར་ཞིབ་མཛད་ཐོག་ལས་ སྤྱི་ལོ་༢༠༡༡གི་ གནམ་དགུན་གྱི་ཚོགས་རིཨ་སྐབས་ ཆ་འཛོག་མཛད་གནང་ཡི།

༥༢ ་ མི་རྩེ་ གསེ་བ་སློན་པོ་ བཟང་ལེགས་འབྲུག་པ་མཆོག་གིས་ ཉམ་ཁུ་བཀག་འཛིན་གྱི་ལས་དོན་ནང་ བྱད་དུ་འཕགས་པའི་ཕན་འདེབས་འབད་བའི་རིཨ་འཛིན་ལུ་ འཛམ་གླིང་གསོ་བའི་ལས་ཚོགས་ཀྱིས་ ༢༠༡༡གི་ལོའི་ འཛམ་གླིང་ཉམ་ཁུ་མེད་པའི་ཉེན་མེད་རྟགས་མ་གནང་ཡི།

༥༣ ་ གཞོད་ཉེན་ཅན་གྱི་ སྤྱི་ཆད་གི་སྤྱོད་ཆད་མར་ཡབ་ཀྱི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཡོངས་ཐབས་བྱས་ཀྱི་གཞི་བཀོད་ཚུ་ཡང་བཟོ་ཡི།

69. A National High-Level Multi-sectoral Advocacy on Non-Communicable Diseases (NCD) was organized with participation of Cabinet ministers, Parliamentarians, senior officials from ministries and agencies, Dzongkhag officials, and representatives from development agencies, non-governmental organizations and media. Such advocacies are expected to highlight concerns on NCDs and mainstream NCD activities into the respective organizations' activities.
70. Bhutan participated in the High Level Meeting of the *United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*. The meeting generated global political commitment and emphasized concerted efforts by governments, development partners and other non-governmental actors to fight NCDs.

Tobacco and alcohol

71. A significant milestone in the history of tobacco control in Bhutan was the enactment of the Tobacco Control Act of Bhutan, 2010 by the Parliament. With the Act fully enforced beginning January 2011, significant reduction on the use of tobacco in the country has been achieved. However, there were issues on some of the provisions of the Act and a Parliamentary review of the Act was initiated. The revised Act was endorsed by the winter session of the Parliament in 2011.
72. World No Tobacco Day Award for 2011 was presented to His Excellency Lyonpo Zangley Dukpa for his outstanding contributions in the area of tobacco control by the World Health Organization.
73. The National Strategic Framework for Reducing Harmful Use of Alcohol has been developed.

༡༤༽ གཞོན་ཉེན་ཅན་གྱི་ སློ་ཆང་གི་སློད་ཆད་མར་ཕབ་གྱི་དོན་ལུ་ མོང་སྐར་དང་ལྷན་ཅེ་ལུ་འབད་
 མི་སྡེ་ལུ་བརྟེན་པའི་མོ་བཏབ་གྱི་བཀག་ག་ཐབས་ལས་རིམ་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། རྫོང་ཁག་
 འདི་གཉིས་གྱི་ བསྐྱར་ཞིབ་གྲུབ་འབྲས་དང་འཁྲིལ་ཕྱ་དང་ ལས་རིམ་དེ་གིས་ ཕན་ཐོགས་
 སློམ་བྱུང་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་མ་ལས་ ལྷན་ཁག་གིས་ ལས་རིམ་འདི་ རྒྱལ་ཁབ་གྱི་
 ས་གནས་མཐའ་དབུས་མེད་པར་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ནིའི་དོན་ལུ་ བྱ་རིམ་ཚུ་འཐབ་པའི་བསྐྱར་
 ཡོད།

འཕྲོད་བསྟེན་ཅན་གྱི་ཆན་རབས་ཆན་ཆས་གྱི་སྤྲན་བཅོས།

༡༥༽ སྤྱི་ལོ་༢༠༢༠ལས་ སྤྱི་ལོ་༢༠༢༡ལོ་ཆད་འབད་མི་ མི་སྤྱོད་ཆུང་ཁ་ལ་ ༢༠༠,༠༠༠ལུ་
 ཡར་མེད་འབད་ནིའི་ དམིགས་གཏད་ཡོད། ལྷན་ཁག་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ ཆན་ཆས་ཚུ་འི་
 དགོས་མཁོ་ཚུ་འགྲུབ་ནི་དང་ ཐབས་ཤེས་ཅན་དང་ ཐོན་ཁུངས་ཅན་ དེ་ལས་ སྤྱོད་ཆུང་གསལ་
 ཅན་དང་ དགའ་སྤྱོད་ཚུ་ ཡར་འཕེལ་གྱི་དོན་ལུ་ ཆན་ཆས་གྱི་སྤྲན་བཅོས་ལས་རིམ་ གཞི་
 བཙུགས་འབད་ཡི།

༡༦༽ ཆན་ཆས་ཚུ་ལུ་ མི་སྡེ་ལུ་བརྟེན་པའི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྤྱོད་ཕྱིན་ནིའི་ནང་ འོས་འབབ་བརྟག་
 དཔྱད་གྱི་དོན་ལུ་ མཁའ་གླིང་མི་སྡེའི་ནང་འབད་ ལོ་ངོ་གཉིས་གྱི་དོན་ལས་ མོ་བཏབ་གྱི་ལས་
 འགུལ་ཅིག་ འགོ་བཙུགས་ཅི། མོ་བཏབ་ལས་འགུལ་གྱི་ དུས་ཡུན་ལོ་ངོ་གཉིས་ཆང་ཞིན་མ་
 ལས་ ལས་འགུལ་འདི་བཟུམ་ ས་ཁོངས་གཞན་ཚུ་འི་ནང་ རིམ་པ་བཞིན་དུ་ འགོ་བཙུག་
 བྱེད་འཆར་གཞི་ཡོད།



74. To reduce harmful use of alcohol, community based pilot interventions were carried out in Mongar and Lhuentse. The reviews of these two Dzongkhags were largely encouraging and the Ministry is in the process of national rollout of these interventions.

Healthy Ageing - Geriatric Care

75. Population above the age of 65 years is projected at 200,000 by 2020. The Ministry established Geriatric Care Program to address the need of the elderly population in the country to promote resourcefulness, productivity, vitality and happiness.
76. A pilot project was launched in Khaling community to determine the feasibility of providing community based health care for the elderly for two years. Upon completion of the pilot, the project would be rolled out to other areas in phased manner.

ཡེ ། གསེ་བའི་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ལུ་ གན་ཆས་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་བརྟག་དཔྱད་དང་ སྤྲོད་བཅོས་ཀྱི་
ཞབས་ཏྲིག་ཕྱིན་ཐངས་ དེ་ལས་ རྩིས་དཔྱད་འབད་ཐངས་ཀྱི་སྐོར་ སྤྱོད་བཅོས་ཚུ་ཕྱིན་ཏེ་ཡོད།

ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཚུ་དང་ གཙང་སྤྱོད་འཕྲོད་བསྟེན།

ཡེ ། རྒྱལ་གཞུང་གི་ གཙོ་རིམ་གལ་ཅན་ཅིག་ འབྲུག་མི་ཆ་མཉམ་ལུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པ་དང་ ཐུག་ཏེ་
བའི་འཐུང་ཚུ་ ཐོབ་སྤྱོད་ཡོད་པ་བཟོ་ནི་འདི་ཨིན།

ཡེ ། ༢༠༠༥གི་ལོ་ནང་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཚུ་ཐོབ་སྤྱོད་ཡོད་མི་ མི་འབོར་གྱི་ཆ་ཚད་ བརྒྱ་
ཆ་༤.༢དང་ཕྱད་པ་ད་ ༢༠༡༠གི་ལོ་ནང་ ཁྱོད་གསེབ་ཀྱི་ས་ཁོངས་ཚུ་ནང་ དམིགས་བསལ་གྱི་
མངོན་གསལ་ཆེ་བའི་ ལེགས་བསྐྱར་གྱི་སྐོར་ནས་ བརྒྱ་ཆ་༩༤.༡ལུ་ལྷོད་དེ་ཡོད།

༢༠ ། སྤྱི་ལོ་༢༠༠༢ཀྱི་ལོ་ནང་(༢༠༠༩ལུ་སྤྲོད་ཐོག་དཔྱད་པ་) ཁྱོད་གསེབ་འཐུང་ཚུ་བཟུམ་ལས་
འཆར་ལུ་ བསྐྱར་ཞིབ་འགོ་འདྲེན་འཐབ་མི་གིས་ ལས་འཆར་བརྒྱ་ཆ་༡༩ ལཱ་བཀོལ་མ་
བརྟུབ་སྤྱོད་པའི་ གསལ་སྟོན་འབད་ནུག། ལས་འཆར་ལུ་ བཟུ་སྦྱོང་ཡར་ཅན་དང་(ནང་
སྤྱོད་ལྷན་ཁག་གི་འགོ་དཔོན་ཚུ་ འཐུང་ཚུ་འཆར་ལེགས་ཤོམ་སྤྱོད་ལཱ་བཀོལ་མ་བརྟུབ་སྤྱོད་
ཡོད་སའི་རྫོང་ཁག་ཚུ་ནང་བཟུ་སྦྱོར་འབད་ནུག།) མི་སྡེ་གིས་ རང་སའི་ལས་འཆར་འཛིན་སྦྱོང་
དང་ རྒྱུ་རྐྱེན་འགོ་དང་ཐབས་ལམ་གཞན་ཚུ་ འཛུལ་སྤྱོད་འབད་དགོཔ་ཚུ་བཟིས་ཏེ་ ལེགས་
བཅོས་ཀྱི་ཐབས་ཤེས་ མང་རབས་ཅིག་འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། རྒྱུ་རྐྱེན་ལུ་བརྟེན་པའི་ བརྒྱ་
དོན་རིམ་ལུགས་གསར་པ་གི་ཐོག་ལས་ ལཱ་བཀོལ་མ་བརྟུབ་མི་འཐུང་ཚུ་འཆར་ཚུ་ལུ་
དབྱེ་དཔྱད་འབད་བའི་བསྐྱར་ཡོད་མི་གིས་ ཏེ་མའི་ལས་འཆར་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༥.༢ ལཱ་བཀོལ་
མ་བརྟུབ་སྤྱོད་པའི་གསལ་སྟོན་འབད་ནུག།(རྫོང་ཁག་༡༩ལས་སྤྱོད་མི་གནས་སྤྱད་ལུ་གཞིར་
བཞག་སྟེ་ཨིན། སྤྱི་ལོ་༢༠༡༢ལོ་ལྷོ་མཇུག་ལས་ གནས་སྤྱད་ཆ་མཉམ་ཐོབ་ཚུ་གསལ་བའི་
རེ་བ་ཡོད།)།



77. Health workers have been trained on elderly medical check-ups, treatment interventions and follow-ups.

Safe Drinking Water and Sanitation

78. A prominent priority of the Government is to ensure that everyone has access to safe and convenient drinking water.
79. The proportion of population with access to safe drinking water increased from 84.2% in 2005 to 96.1% in 2010 with improvements particularly noticeable in rural areas.
80. A review carried out on the rural water supply schemes in 2008 (reported in 2009) highlighted that 12% of the schemes were non-functional. A host of corrective measures were taken including enhanced supervision (visit by MOH officials to Dzongkhag with low functionality), capacity building of communities to manage their schemes and exploring alternative sources and measures. An ongoing assessment of functionality through the new Geog-Based Information System reflects that 5.8% of the existing schemes are non-functional (Based on data received from 13 Dzongkhags. Complete data is expected by end june 2012)

༡༡༽ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཕུང་ཚུའི་ཐོབ་སྤྱོད་མེད་མི་གི་གནས་ཚད་ བྱེད་ཀ་གིས་མར་ཕབ་རྒྱབ་དགོ་
 པའི་ ལོ་སྤྱོད་གོང་འཕེལ་དམིགས་ལྟལ་གྱི་དམིགས་གཏད་དེ་ ཉེ་མ་ལས་ར་ སྤྱོད་སྤྱོད་ཐོག་
 ལེགས་ཤོམ་སྤྱེ་གྲུབ་ཚར་ཡི། མ་འོངས་པའི་དོ་འགྲན་གཙོ་བོ་ཅིག་ དམིགས་བསལ་དུ་ རྒྱལ་
 ཁབ་གྱི་གོང་གསལ་ས་ཁོངས་ཚུ་ནང་ འབྲུག་མི་ག་ར་ལུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཕུང་ཚུའི་ཐོབ་སྤྱོད་
 ཡོད་པ་བཟོ་ནི་དང་ རྒྱུན་སྤྱོད་ཐོག་བཞག་ནི་འདི་ཡིན།

༡༢༽ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཕུང་ཚུ་བཟམ་སྤེལ་འབད་ནི་ལུ་ གོ་སྐབས་གྱི་འོས་འབབ་ཅུ་
 ལས་མེད་པའི་ ས་ཁོངས་དག་པ་ཅིག་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། ཆར་པ་གསོག་འཛོག་
 འབད་བཞག་ནི་གི་ལུགས་སྤེལ་དང་(མོང་སྐར་ པདྨ་དགའ་ཚལ་ སྤར་ ཀྲོང་གསར་ ལྷན་
 ཅེ)ཚུ་དྲུགས་ལུ་བརྟེན་ ཚུ་འཐེན་ནི་འཐབས་ལམ་ཚུ་(པདྨ་དགའ་ཚལ་ བསམ་ཅེ་ རྒྱལ་
)ལག་ལེན་འཐབ་སྤྱོད། བཟམ་སྤེལ་འབད་མི་འཕུང་ཚུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པ་ངེས་བརྟན་བཟོ་
 བྱེད་དོན་ལུ་ སྤྱི་ལཱ་-བྱེད་ལུ་བརྟེན་ ཚུ་བཙགས་ནི་གི་ཐབས་ལམ་ཚུ་ཡང་ ལག་ལེན་འཐབ་
 སྤྱོད།

81. The MDG target of reducing by half those without access to safe drinking water has already been achieved well in advance. The future challenge is to achieve and maintain universal access to safe drinking water, particularly in rural areas of the country.
82. There are still pockets in the country where traditional approaches in supplying safe water are not feasible. Alternative technologies in the form of rainwater harvesting system (Mongar, Pema Gatshel, Paro, Trongsa, Lhuntse), pumping water supply (Pema Gatshel, Samtse, Chukha) were implemented. Technologies such as bio-sand filtration were also implemented to ensure safety of supplied water.

༡༩ ་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་མཐའ་དབུས་མེད་པར་ རྒྱལ་ས་བརྟེན་པའི་ནད་རིགས་བཀག་ཐབས་
དང་ གཙང་ཏོག་ཏེ་དང་ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཕྱང་རྒྱུ་ཐོབ་སྟོང་ སྟོང་རྒྱགས་ནིའི་དོན་ལུ་ ལྷན་
ཁག་གིས་ ཁྲིམ་སྡེ་དང་གོང་གསེབ་ཀྱི་ས་ཁོངས་གཉིས་ཆ་རའི་ནང་ རྒྱུ་སྤྲུམ་ཚད་བརྟག་
དཔྱད་ཀྱི་དོན་ལུ་ ཐབས་ཤེས་དང་ དཔྱད་གཞིའི་འགན་འཛིན་རྒྱ་བཟོ་སྟེ་ཡོད། རྒྱུ་ས་མཚམས་
ཐོག་དང་ རྒྱུ་རྒྱུ་གི་ རྒྱུ་སྤྲུམ་ཚད་བརྟག་དཔྱད་ཀྱི་དོན་ལུ་ རིམ་ལུགས་འདི་གི་ལམ་སྟོན་
འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད།



83. To avert water borne diseases and enable access to clean and safe drinking water throughout the country, the Ministry developed tools and protocols for water quality testing in both in urban and rural areas. Institutionalization of this system for periodic and regular water quality monitoring is being done.



༡༥༽ ཉན་ཁ་མེད་པའི་འཕྲང་ཚུ་ཐོབ་སྟོད་ལུ་ དཀའ་ངལ་ཡོད་མི་ ཁོང་གཡུས་/གཙུག་སྡེ་ཆ་མཉམ་
ངོས་འཛིན་གྱི་དོན་ལུ་ དབྱེ་དཔྱད་གྱི་ལས་རིམ་ཚུ་ འགོ་འདྲན་འཐབ་ཅི། དབྱེ་དཔྱད་ཐོག་
མཛོན་གསལ་བྱུང་མི་ཚུ་ གནས་སྐབས་ཅིག་ ཞབས་རྟག་མཁོ་སྟོད་ལུ་ རིག་གསར་གྱི་
ཐབས་བྱས་སྟེ་གཏོད་གྱི་དོན་ལུ་ ལག་ལེན་འཐབ་སྟེ་ཡོད།

༡༦༽ སྤྱི་ལོ་༢༠༠༠གི་ལོ་ནང་ ཉན་སྲུང་ལྷན་པའི་གསང་སྟོད་གྱི་ཐོབ་སྟོད་ཡོད་མི་ འབྲུག་མིའི་ཆ་
ཚད་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ཡོད་སའ་ལས་ ད་རིས་ནངས་པར་ བརྒྱ་ཆ་༩༤.༥ལུ་ ཡར་མེད་མོང་སྟེ་ཡོད།
གོང་གསལ་ས་ཁོངས་ཚུ་ནང་ ཁྱིམ་གྲུང་བརྒྱ་ཆ་༡༤.༢ལུ་ ཕུགས་སྡིགས་བྲུགས་ས་ཚུ་ཡོད་པ་
ད་ བརྒྱ་ཆ་༥༥.༤ལུ་ ཚུལ་མཐུན་གྱི་གཡུར་བ་དང་ ཀྱང་ལམ་ཞབས་རྟག་ཚུ་ ཐོབ་སྟེ་ཡོད།
གནད་དོན་འདི་གི་ཐད་ ཉན་ཁ་མེད་པའི་གཙང་སྟེ་ལུ་ ཐོབ་སྟོད་མེད་པའི་མི་འབོར་གྱི་གྲངས་
ཁ་ བྱེད་ཀ་གིས་མར་ཕབ་རྒྱབ་དགོ་པའི་ ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་དམིགས་ཡུལ་གྱི་དམིགས་གཏང་
དེ་ ཉེ་མ་ལས་ར་ གྲུབ་ཡོད་པའི་གསལ་སྟོན་བྱུང་ཡི། གཙང་སྟེའི་བྱུང་ཚད་གྱི་སྟོར་ སྟོན་སྟོད་
ལྷན་པའི་བརྟེན་དོན་གསལ་སྟོན་ལག་ལེན་འཐབ་མི་ སྤྱི་ལོ་༢༠༡༠གི་ འབྲུག་གི་སྣ་ཚོགས་བརྟེན་
སྟོན་ཞིབ་དཔྱད་(གཙང་སྟེའི་གནས་ཚད་ཡར་བྱས་)དང་འཁྲིལ་ཕྱ་ད་ ལེགས་བསྐྱར་འབད་མི་
གཙང་སྟེའི་མཐུན་རྐྱེན་བརྒྱ་ཆ་༥༥.༤ ལག་ལེན་འཐབ་ཡོད་པའི་ གསལ་སྟོན་འབད་ཅུག།

84. An assessment was conducted to identify all village/institutes which still have difficulties in accessing safe drinking water source. The findings are being used currently to strategize innovative provision of the services.
85. The proportion of the Bhutanese population with access to safe excreta disposal is 94.5% now as compared to 90% in 2000. In rural areas, 74.2% of the households had garbage pits and 58.6% of them availed proper drainage and footpath services. The MDG target in this context of halving the proportion of people without access to safe sanitation was achieved some time ago. (The Bhutan Multiple Indicator Survey, 2010 which used more advanced definition on sanitation coverage (improved sanitation) reported use of improved sanitation facilities at 58.4%.



ལོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གྱི་དམིགས་ཡུལ་(གསེབ་)

དམིགས་ཡུལ་	བདེ་སྟོན་	༡༠༠༠	༡༠༠༧	༡༠༡༠	༡༠༡༡
དམིགས་ཡུལ་༡པུལ་ བཀྲེས་སྟོན་ དང་དབུལ་ཕོངས་ཚབས་ཆེན་ ཅུ་མེད་བཟོ་ནི།	༡. སྐྱེས་ལོ་ལྔ་ལོག་རྒྱ་གི་ སྤྱིད་ ཚད་མ་ལང་བའི་ཨ་ལོའི་ གནས་ཚད་	བརྒྱ་ཆ་༡༧	-	བརྒྱ་ཆ་༡༩.༧	བརྒྱ་ཆ་༢
དམིགས་ཡུལ་༤པུལ་ ཨ་ལོའི་གི་ ཚད་མར་ཕབ།	༡. སྐྱེས་ལོ་ལྔ་ལོག་རྒྱ་གི་གི་རྒྱུན་ གྱི་ཚད་(གསར་སྐྱེས་ ༡༠༠༠རེ་ལས)	༤༤	༤༠.༡	༤༢	-
	༢. མེ་སྐྱེས་ཀྱི་གི་རྒྱུན་གྱི་ཚད་ (གསར་སྐྱེས་༡༠༠༠རེ་ ལས)	༤༠.༥	༤༠	༤༧	-
	༣. དམར་ཅན་མ་གྱི་ནད་ཐུབ་ སྐྱེས་ཁབ་བཅུ་གས་མི་ སྐྱེས་ལོ་༡ལང་མི་ཨ་ལོའི་ ཆ་ཚད།	བརྒྱ་ཆ་༤༥	བརྒྱ་ཆ་༢༠	བརྒྱ་ཆ་༢༤.༥	-
དམིགས་ཡུལ་༥པུལ་ སྐྱེ་མའི་ འཕྲོད་བསྟེན་ཡར་དག།	༡. གི་རྒྱུན་གྱི་ཆ་ཚད་(གསར་ སྐྱེས་༡༠༠.༠༠༠རེ་ལས)	༡༥༥	-	-	༡༤༤
	༢. དུག་རྩལ་ཐུན་པའི་སྐྱེ་གཡོག་ ལས་བརྟེན་གསར་སྐྱེས་ཀྱི་ བརྒྱ་ཆ།	༡༤	༥༩.༤	༤༢.༥	༤༢
དམིགས་ཡུལ་༦པུལ་ ཨེ་ཆི་ཨའི་ མི་ཨེ་ཁེ་དང་ ཚད་ནད་ ནད་ རིགས་གཞན་ཚུ་ བཀག་ཐབས།	༡. ཨེ་ཆི་ཨའི་མི་ ཐོབ་ཡོད་པའི་ རོས་འཛོམ།	༣༤	༡༤༤	༡༤༤	༡༧༠
	༢. ༡༠༠.༠༠༠ཐོག་ལས་ བད་ ཀུན་སྟོ་གཙོ་ཐོབ་མི།	༡༤༤	༡༥༠	༡༢༡	༡༧༤
	༣. ༡༠.༠༠༠རེའི་ཐོག་ལས་ ཚད་ནད་ཐོབ་མི།	༤༧	༡༤	༧	༥
དམིགས་ཡུལ་༧པུལ་ མཐའ་ འཁོར་ཡུན་བརྟན་རེས་བརྟན་བཟོ་ ནི།	༡. ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་རྒྱུ་ ཐོབ་སྟོད་ཡོད་ མི་ མི་ འཁོར་གྱི་བརྒྱ་ཆ།	༧༤	༤༩	༤༤	༢༤.༡
	༢. གཙང་སྐྱེ་ལུ་ (གསར་སྟོད་) ཐོབ་སྟོད་ཡོད་མི་ མི་འཁོར་ གྱི་བརྒྱ་ཆ།	༢༠	༢༡	༢༩	༢༤.༥

Millennium Development Goals (Health)

Goals	Indicators	2000	2007	2010	2011
Goal 1: Eradicate Extreme Hunger and Poverty	1.Prevalence of underweight children under five years of age	17%	-	12.7%	9%
Goal 4: Reduce Child Mortality	1.Under-5 Mortality (per 1,000 live births)	84	60.1	69	-
	2.Infant Mortality Rate (per 1,000 live births)	60.5	40	47	-
	3.Proportion of 1 year-old children immunized against measles	85%	90%	94.5%	-
Goal 5: Improve Maternal Health	1.Mortality Ratio (per 100,000 live births)	255	-	-	146
	2.Percentage of births by the skilled attendants	24	53.6	69.5	69
Goal 6: Combat HIV/ AIDS, Malaria and other diseases	1.HIV case detected	38	144	246	270
	2.TB cases per 100,000	168	150	191	176
	3.Malaria incidence per 10,000	87	16	7	5
Goal 7: Ensure Environmental Sustainability	1.Percentage of population with access to safe drinking water	78	82	88	96.1
	2.Percentage of population having access to sanitation (excreta disposal)	90	91	93	94.5

ཟས་བཟུང།

སྐྱེས་ལོ་༥༥འོག་རྒྱ་གི་ཨ་ལོ་རྩ་ལུ་ ཟས་བཅུད་ལངས་སྤེམ་ཐོབ་པའི་གནས་ཚད་དེ་ སྤྱི་ལོ་༡༩༩༩གི་ལོ་
ནང་ བརྒྱ་ཆ་༡༧ལས་ ༢༠༡༠ཀྱི་ལོ་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༡༩.༧ལུ་བབས་ཅུག། གཟུགས་སྟོབས་སྤོམ་མ་ཚུགས་
པའི་ཐད་ ༡༩༩༩ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༤༠ཕྱིན་མི་ལས་ ༢༠༡༠ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༣༩.༥ལུ་ མར་བབས་སོང་ཅུག། སྐྱམ་
རིད་སྤེལ་སྤོང་མི་ནད་ཀྱི་གནས་ཚད་དེ་ཡང་ ༡༩༩༩ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༣.༤ལས་ ༢༠༡༠ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༥.༩ལུ་ ཡར་
སོང་སོང་ཅུག།

སྒྲུ་མའི་ཤི་ཚད།

རིག་ཅུལ་ལྷན་པའི་སྐྱེ་གཡེག་གི་གྲངས་ཁ་ཡར་སེང་དང་། སྤུན་ཁང་ནང་འབད་སྐྱེས་མི་ ཉེ་ལས་ ལུ་
མཆེད་མ་གི་སྐྱབས་ བདག་འཛིན་འཐབ་ཐངས་ཀྱི་གནས་ཆ་དང་། ལེགས་བསྐྱར་ལུ་བརྟེན་ ༣༠༠༠གི་ལོ་
ནང་ སྐྱེས་མའི་ཤི་ཆད་ཀྱི་གྲངས་ཁ་ ༣༥༥སྟོད་མི་ལས་ ༣༠༡༡གི་ལོ་ནང་ ༡༧༠ ལུ་ མར་བབས་སེང་
ཅུག། སྤྱི་ལོ་ ༢༠༠༠ལས་ཚུར་ སྐྱེས་མའི་ཤི་རྒྱུན་གྱི་ཆ་ཆད་ ཕྱིས་རྒྱབ་སྟེ་མེད་རུང་ ལྷན་ཁག་གིས་སྐྱེས་
མའི་འཕྲོད་བསྟེན་ལས་རིམ་ལྷ་རྟེན་ལུ་ སྐྱེས་མའི་ཤི་ཆད་ཀྱི་གྲངས་ཁ་རིམ་ རྩེས་དཔྱད་འབད་བཞིན་ཏུ་
ཡོད།

འིག་ཅུལ་ཅན་གྱི་སྐྱེ་གཞི་ག།

སའི་ཆགས་ཚུལ་ གྲུན་གཟར་དགས་དང་ གཞིས་ཆགས་ཁ་འཐོར་སྤེལ་དཔལ་ས་ དཀའ་ངལ་སྟོམ་
ཡོད་དེ་འབད་རུང་ ༢༠༠༠གི་ལོ་ནང་ རིག་ཚུལ་ལྷན་པའི་སྤྱི་གཡོག་བརྒྱ་ཆ་༩༤ལས་ ༢༠༡༡ལུ་ བརྒྱ་ཆ་
༤༨ལུ་ ཡར་སངས་མོང་མི་གིས་ ལྷན་ཁག་གི་དམིགས་གཏད་ཅན་གྱི་ཐབས་ལམ་ཚུ་ མཐར་འཁྱུལ་བུང་
ཡོད་པའི་ གསལ་སྟོན་འབད་ཡི།

སྒྲེང་རྒྱུ་།

༡༠༠༠གི་ལོ་ནང་ རྒྱལ་རྒྱུས་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡོངས་བསྟོམས་ ༤.༡ཕྱིད་མི་ལས་ ༡༠༡༠ཀྱི་ལོ་ནང་ ༡.༥ལུ་
མར་བབས་སོང་ཅུག། འདི་ཡང་ འཛོལ་འཁྱེད་གནས་སྤངས་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡར་བྱག་དང་ འཕྲོད་བསྟེན་
མཐའ་སྤྱོད་རིམ་ལུགས་ཡར་སེང་ དེ་ལས་ ཤེས་ཡོན་དང་འབྲི་ལྷག་གི་གནས་རིམ་ཡར་སེང་དང་ བཀག་
ཐབས་ཀྱི་བྱུང་ཚད་ཚུ་ ཡར་སེང་སོང་མི་ལུ་བརྟེན་ཨིན་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི།

ནད་ཐུབ་སྒྲོན་ལེན།

སྤྱི་ལོ་ ༡༩༧༩ ལོ་ལོ་ནང་ ཉན་ཐུབ་སྤྲོན་ཁབ་གྱི་དོན་ལུ་ ལས་རིམ་རྒྱ་བསྐྱེད་འབད་ནི་ འགོ་བཙུགས་
 ཞེན་ལས་རྒྱུར་ ཨ་ལོ་ལི་ཤི་རྒྱུན་གྱི་གནས་ཚད་ ལེ་ག་གིས་མར་བབས་སོང་ཡོད་པའི་ མངོན་གསལ་

Nutrition

Malnutrition in children under five years of age was reduced from 17 % in 1999 to 12.7 % in 2010. In case of stunting, it was reduced from 40 % in 1999 to 33.5 % in 2010. With regard to wasting, it increased from 2.6 % in 1999 to 5.9 % in 2010.

Maternal Mortality

With increased births attended by skilled personnel, institutional delivery and other ante natal care services, there was significant achievement in reducing maternal mortality ratio from 255 in 2000 to 146 in 2011. Since 2000, while maternal mortality ratio has not been calculated, the Ministry has been keeping track of actual number of maternal deaths to monitor maternal health programmes. The absolute numbers indicate significant decline.

Skilled Birth Attendants

Despite the difficult geographic terrain and scattered nature of settlements, targeted approach by the Ministry has resulted in increased percentage of births attended by skilled personnel from 24 % in 2000 to 69 % in 2011.

Fertility

Total fertility rate has reduced remarkably from 4.7 in 2000 to 2.8 in 2010. In addition, this can also be attributed to rise in living standards, improved health care system, increased level of education and literacy rate, and increased prevalence of contraception.

Immunization

Since the introduction of expanded programme for immunization in 1979, Bhutan witnessed significant decline in child mortality rate. The country's

བྱུང་ཡི། སྤྱི་ལོ་༡༩༩༡ལོའི་ནང་ ཨ་ལོའི་ཡོངས་ཁྱབ་ནད་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ མཐར་འཁྱོལ་གྲུབ་འབྲས་
 འདི་ཡང་ རྒྱ་རིགས་གཙོ་ཅན་ དཔེར་ན་ བི་སི་ཇི་དང་སྒྲིབ་མའི་ནད་ ཅུ་སྐྱུམ་གྱི་ནད་ དེ་ལས་ སྒོ་
 བརྒྱལ་གྱི་ནད་དང་ ཅུ་སྐྱུམ་གྱི་ནད་ དམར་ཅུམ་དང་ མཆིན་ཆད་གྱི་ནད་བི་ཚུ་ལུ་ གཙོ་བོར་བརྟོན་པའི་
 རྒྱལ་ཡོངས་ནད་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ལས་རིམ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཐོག་ གསལ་སྟོན་འབད་ཡི། ཨ་ལོའི་
 ཚུ་འི་དོན་ལུ་ རྒྱ་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ཚུལ་མཐུན་ཤོག་བྱང་དང་སྤྱུགས་ སྤྱི་ལོ་འདི་གི་ཁྱབ་ཆད་དང་
 འཁྱོལ་མ་ད་ ཨ་ལོ་བརྒྱ་ཆ་༩༠ཆ་མཉམ་ལུ་ རྒྱ་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ཚུལ་མཐུན་ཐོབ་ཡོད་པ་དང་ བརྒྱ་ཆ་༡༠ལུ་
 རྒྱ་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ཆ་ཤས་ཐོབ་ཡོད་པའི་ གསལ་སྟོན་འབད་ཡི། སྤྱི་ལོ་༢༠༠༥ལོའི་ནང་ རྒྱལ་ཡོངས་
 དམར་ཅུམ་རུ་བི་ལའི་སྤྱི་ལོ་ལས་རིམ་ རྒྱ་ཆེན་སྤྱི་ལོ་འདྲེན་འཐབ་ཐོག་ལས་ རུ་བི་ལ་ནད་སྐབས་
 སྤྱི་ལོ་ལས་རིམ་འདི་ཡང་ མཐར་འཁྱོལ་ཅན་སྤྱི་ འགོ་བཙུགས་ཅི། སྤྱིར་བཏང་ཁྱབ་ཆད་གྱི་གནས་
 ཆད་ལུ་བལྟ་མ་ད་ རྒྱ་སྐབས་སྤྱི་ལོ་ཁྱབ་ཆད་འདི་ ༢༠༠༠ལོའི་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༤༥ལས་ ༢༠༡༠ལུ་
 བརྒྱ་ཆ་༩༤.༥ལུ་ཡར་སངས་མང་ལུག།

ཨ་ལོའི་ཤི་ཆད།

སྤྱི་ལོ་འོ་ལོ་ལྷོ་ལྷོ་གྱི་ཨ་ལོའི་ཤི་ཆད་དེ་ ༢༠༠༠ལོའི་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༤༤ཡོད་ས་ལས་ ༢༠༡༠ལོའི་ནང་
 བརྒྱ་ཆ་༤༩ལུ་ མར་བབས་སོང་ལུག། དེ་བཟུམ་སྤྱི་ ཨ་ལོ་མེ་སྤྱི་ཤི་ཆད་ཡང་ ༢༠༠༠ལོའི་ནང་
 བརྒྱ་ཆ་༤༠.༥ ཡོད་ས་ལས་ ༢༠༡༠ལོའི་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༤༧ལུ་ མར་བབས་སོང་ལུག། འབྲུག་གི་༢༠༡༠ལོ་
 སྤྱི་ལོ་ཆེན་མོ་ཞིབ་དཔྱད་གྱི་ བན་སྟོན་གྲུབ་འབྲས་དང་འཁྱོལ་མ་ད་ མེ་སྤྱི་དང་སྤྱི་ལོ་འོ་ལོ་ལྷོ་ལྷོ་གྱི་ ཨ་
 ལོའི་ཤི་ཆད་གྱི་ཆད་དེ་ འབྲུག་གི་མཆིན་ཆད་ཅུང་པ་ད་ ཤར་ཕྱོགས་ཁ་ཐུག་ལུ་ མཐོང་གསལ་སྤྱི་ལོ་
 པའི་ གསལ་སྟོན་བྱུང་ཡི། དེ་གིས་མ་ཆད་ ཨ་ལོའི་ཤི་ཆད་གྱི་ཆད་དེ་ཡང་ ཤེས་ཡོན་གྱི་གནས་རིམ་
 དང་ རྒྱ་འབྱོར་པ་ཡོད་མེད་དང་འཁྱོལ་ ཁྱད་པར་ལུགས་ཡོད་པའི་ གསལ་སྟོན་བྱུང་མི་འདི་ཡང་ ཁྲོམ་
 ཁའི་ས་གནས་ཚུ་ནང་ ཤེས་ཡོན་ཡོད་མི་དང་ རྒྱ་འབྱོར་པ་ཡོད་མི་ བཟའ་ཆང་ལས་སྤྱི་ལོ་མི་ ཨ་ལོ་ཚུ་
 དང་ཅུང་པ་ད་ སུམ་ཤེས་ཡོན་མེད་མི་དང་ རྒྱ་འབྱོར་པ་ཡོད་མི་ ཁྲོང་གསེབ་གྱི་གཡུ་ས་ཆུ་ནང་གི་ སུམ་
 ཉམ་ཆུང་ལས་སྤྱི་ལོ་མི་ སྤྱི་ལོ་འོ་ལོ་ལྷོ་ལྷོ་གྱི་ཨ་ལོ་ཚུ་ལུ་ ཤི་ཆད་གྱི་ཉེན་ཁ་མཐོ་ཤོས་ཡོད་མི་ལས་བརྟེན་
 ཞིན།

ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཆུ།

འབྲུག་རྒྱལ་གཞུང་གིས་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཆུ་ལུ་ ཐོབ་སྤྱོད་ཡོད་པ་དེས་བརྟེན་བཟོ་ནི་ལུ་ བརྩི་
 མཐོང་སྤྱོད་གནད་སྤྱོད་ད། དེ་འབད་མ་ལས་ འབྲུག་གིས་ དམིགས་བསལ་དུ་ ཁྲོང་གསེབ་གྱི་ས་
 ཁོངས་ཚུ་ནང་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཆུ་འཐོབ་སྤྱོད་སྤྱོད་ནི་ནང་ མཛོན་གསལ་ཆེ་བའི་མཐར་འཁྱོལ་
 གྱི་གྲུབ་འབྲས་བྱུང་སྤྱོད་ད། ༢༠༠༠ལོའི་ནང་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཐུང་ཆུ་འཐོབ་སྤྱོད་ཡོད་མི་ མི་འབོར་
 གྱི་ཆ་ཆད་ བརྒྱ་ཆ་༡༥ ཡོད་ས་ལས་ ༢༠༡༠ལོའི་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ ལུ་ ཡར་སངས་སོང་ལུག། ༢༠༡༠ལོ་

achievement of Universal Child Immunization (UCI) in 1991 was marked by national immunization levels focused on wide vaccination coverage for major diseases like BCG, diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, measles and hepatitis B. The coverage for these antigens for children with proper immunization cards showed that 90% of all children were fully vaccinated while 10% remained partially vaccinated. Rubella vaccine was successfully introduced in the year 2006 with mass national rubella vaccination campaign. Looking at the overall coverage trend, immunization coverage increased from 85 % in 2000 to 94.5 % in 2010.

Child Mortality

Under-5 mortality rate significantly declined from 84 % in 2000 to 69 % in 2010. Similarly, infant mortality rate reduced from 60.5 % in 2000 to 47 % in 2010. According to Bhutan Multiple Indicator Survey 2010, infant and under-5 mortality rates were higher in eastern Bhutan than in Central Bhutan. The study also showed that child mortality was significantly different in terms of educational levels and wealth, wherein a child born to the poorest family in rural areas and with uneducated mother was more likely to die by the age of five as compared to a child born to a rich and educated family in an urban area.

Safe Drinking Water

Royal Government places highest importance in ensuring access to safe drinking water. As a result, Bhutan has seen remarkable achievement in providing safe drinking water especially to the people in rural areas. The proportion of population with access to safe drinking water increased from

གཟུགས་ཚད་བདེ་སྟོན་ཅིས་གཞི་དང་འཁྲིལ་ཕྱ་དྲ་ ཁྱོད་གསེབ་ཀྱི་ས་ཁོངས་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༩༥དང་ ཁྲོམ་
སྡེའི་ས་ཁོངས་ནང་བརྒྱ་ཆ་༡༠༠གི་ཅིས་འབད་ཕྱ་དྲ་ ཁྲོམ་སྡེ་དང་ཁྱོད་གསེབ་ཀྱི་ས་ཁོངས་གཉིས་ལུ་ ཉེན་
ཁ་མེད་པའི་འཕུང་ཆུ་ཐོབ་སྟོད་ལུ་ བྱུང་པར་དུམ་གྲ་ཅིག་ཡོད་པའི་ མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། སའི་ཆགས་
ཚུལ་གྱི་དབྱེ་བྱུང་དང་འཁྲིལ་ཕྱ་དྲ་ རུབ་ཕྱོགས་ལུང་ཕྱོགས་ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༩༩དང་ ཤར་ཕྱོགས་ལུང་ཕྱོགས་
ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ དེ་ལས་ དབྱུས་ཕྱོགས་ལུང་ཕྱོགས་ལུ་ བརྒྱ་ཆ་༩༩ གྱི་ཅིས་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འཕུང་
ཆུའི་བྱུང་ཆད་ལྡན་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི།

གཙང་སྤྱ།

ཉེན་ཁ་མེད་པའི་གཙང་སྤྱའི་ཐོབ་སྟོད་ཀྱི་གནས་ཚད་དེ་ཡང་ ༣༠༠༠གི་ལོ་ནང་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ ལས་
༣༠༡༡གི་ལོ་ནང་བརྒྱ་ཆ་༩༥ལུ་ ཡར་སེང་སོང་རུག། ༣༠༡༠གྱི་ གཟུགས་ཚད་བདེ་སྟོན་ཅིས་གཞི་དང་
འཁྲིལ་ཕྱ་དྲ་ ལེགས་བཅས་ཐོག་གི་ གཙང་སྤྱའི་མཐུན་རྒྱུ་ཚུ་ཡང་ བཟའ་ཚང་གཙོ་འཛིན་གྱི་ ཤེས་
ཡོན་གྱི་གནས་ཅིམ་དང་ བཟའ་ཚང་གི་ རྒྱ་འབྱོར་པའི་གནས་ཚད་དང་བསྟུན་ཏེ་ ཐོབ་སྟོད་ཡོད་པའི་
མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི།

ཨཱི་ཨའི་མི་/ཨེ་ཤེ་མི།

༣༠༠༠གི་ལོ་ནང་ ཨཱི་ཨའི་མི་ནང་འབྲུག་ཐོབ་ཡོད་པའི་ རོས་འཛིན་གྱི་གྲངས་ཁ་ ༣༩ ལས་ ༣༠༡༡གི་
ལོ་ནང་ ༣༧༠ལུ་ ཡར་སེང་སོང་རུག། མང་ཤོས་ར་ སྤྱི་ལོ་༢༥ལས་༣༩གི་བར་ན་འབད་མི་ སྤྱོགས་
གྲུབ་དང་འཛོག་སྤྱབས་ཡོད་མི་ཙང་ཙེ་ཡོད་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་རུག། བརྟག་དཔྱད་ཀྱི་གྲུབ་འབྲས་དང་
འཁྲིལ་ཕྱ་དྲ་ ནད་འབྲུག་གི་གཞོན་སྟོན་རྒྱབ་མི་ བརྒྱ་ཆ་༩༠ དེ་ཅིག་ ཆ་རོགས་གཞོབ་དང་གཅིག་ཁར་
ཉེན་སྲུང་མེད་པར་ ལུས་འབྲེལ་འབད་མི་དང་ སྤྱིར་བཏང་ཚད་ལས་བརྒྱལ་བའི་ལུས་འབྲེལ་ལས་བརྟེན་
ཐོབ་ཡོད་པའི་རོས་འཛིན་བྱུང་རུག། སྤྱོན་འགོག་གི་ཐབས་ལམ་འདི་ ཨཱི་ཨའི་མི་/ཨེ་ཤེ་མི་ བཀག་
ཐབས་འབད་ནིའི་ནང་ ཐབས་ཤེས་གལ་ཅན་ཅིག་ཨིན་པའི་ རོས་འཛིན་བྱུང་ཐོག་ལས་ འབྲུག་རྒྱལ་
གཞུང་གིས་ འབྲུག་མི་སྡེ་ཚན་གྱི་གནས་ཅིམ་ཆ་མཉམ་ལུ་ ཨཱི་ཨའི་མི་/ཨེ་ཤེ་མི་སྤྱོན་འགོག་ཐབས་
ཤེས་ཀྱིས་ བྱུང་ཆུགས་པ་འབད་ནི་དང་ གོ་བདེ་སྟོད་ནིའི་དོན་ལུ་ འབད་ཚུལ་སྤྲོ་ཚོགས་བསྐྱེད་གནང་
རུག། མི་སྡེའི་གནས་ཅིམ་ནང་ ཨཱི་ཨའི་མི་/ཨེ་ཤེ་མི་ སྤྱོན་འགོག་དང་བཀག་ཐབས་ཀྱི་ལས་སྤྲོ་ཚུ་
འགོ་འདྲན་འཐབ་ནི་དང་ལག་ལེན་འཐབ་ནིའི་དོན་ལུ་ རྫོང་ཁག་༣༠འི་ནང་ ཁེ་ཕན་ཐོབ་མི་ཆ་མཉམ་
ལས་འདུས་གྲུབ་ཐོག་ ལས་ཚན་སྤྲོ་ཚོགས་ཀྱི་ལས་བྱེད་ཚོགས་རྒྱུང་ཅིག་ཡང་ གཞི་བརྟུགས་འབད་ཡི།
ད་རིས་ནངས་པར་ ཨཱི་ཨའི་མི་/ཨེ་ཤེ་མི་ནད་པ་རྩ་གི་དོན་ལུ་ ནད་གཞི་ཚབས་ཆེན་ལུ་འགྱུར་ནི་ལས་
ཚད་འཛིན་གྱི་སྤྲན་བཅས་རྩ་(ནད་གཞི་དབང་གཞོན) རིན་མེད་སྤྱོད་པར་བྱིན་བཞིན་དུ་ཡོད།

78 % in 2000 to 96.1 % in 2010. According to BMIS 2010, there was slight variation in access to safe drinking water by rural and urban with 95 % in rural areas and almost 100 % in urban areas. In terms of geographic disparity, western region had 92 %, eastern region had 90 % and central region had 82 % of coverage.

Sanitation

Access to safe sanitation increased from 90 % in 2000 to 94.5% in 2011. According to BMIS 2010, use of improved sanitation facilities related positively with education level of the household head and wealth index of the household.

HIV/AIDS

The number of HIV cases detected gradually increased from only 38 in 2000 to alarming figure of 270 in 2011. Most infected are between 25 to 39 years of age, who are the most economically productive age groups. According to a study, almost 90 % of infections were through unsafe sex with multiple partner and increased casual sex. Recognizing the importance of preventive measures in combating HIV/AIDS, Royal Government took various initiatives to reach out and communicate to all sections of Bhutanese society. A multi-sectoral task forces comprising of all stakeholders were created in all 20 districts to coordinate and implement HIV/AIDS prevention and control activities at the community level. As for treatment, free anti retro viral (ARV) treatment is provided to HIV/AIDS patients.

ཡིན་ཅུང་ ༢༠༡༠ཀྱི་ གཞུགས་ཚད་བདེ་སྟོན་ཅིས་གཞི་དང་འབྲེལ་ཕྱིན་ སྐྱེས་ལོ་ ༡༥-༤༧གི་བར་ན་
འབད་མི་ ཡམས་སྤྱོད་བརྒྱ་ཆ་ ༡༤.༣གིས་ ཡེ་ཨིལ་ཡི་ཕྱི་ཨེ་ཤེས་ཀྱི་སྐྱོར་ལས་ ལོ་རྒྱུས་ཅམ་ཡང་མ་གོ་བས།
དེ་གིས་མ་ཚད་ སྐྱེས་ལོ་ ༡༥-༤༧གི་བར་ན་འབད་མི་ ཡམས་སྤྱོད་བརྒྱ་ཆ་ ༣༤གིས་ ཡེ་ཨིལ་ཡི་ཕྱི་གཅིག་
ལས་གཅིག་ལུ་འབྲུ་ཉེན་ཡོད་མི་འདི་ མཚན་ལུ་བས་ལག་ལེན་འཐབ་ཐོག་ སྟོན་འགོག་འབད་ཚུགས་
པའི་སྐྱོར་ལས་ཡང་ ༩མ་གོ་བས། ༢༠༡༠ཀྱི་ གཞུགས་ཚད་བདེ་སྟོན་ཅིས་གཞི་གིས་ ཁོ་མ་སྤེལ་ནང་གི་
ཡམས་སྤྱོད་ གསུམ་དཔྱ་གཉིས་དང་ཕྱད་པ་ད་ ཁྱོང་གསེབ་ཀྱི་ཡམས་སྤྱོད་ ཕྱིན་ཀ་མ་ལང་མ་ཅམ་གྱིས་རྒྱུང་མ་
གཅིག་ ཡེ་ཨིལ་ཡི་ཕྱི་ཨེ་ཤེས་ཀྱི་སྐྱོར་ བསྐྱབ་བྱ་ཚུ་ཐོབ་ཅུག། དེ་འབད་ཕྱི་ལས་ ཁྱོང་གསེབ་ནང་གི་
ཡམས་སྤྱོད་ཚུ་ལུ་ ཡེ་ཨིལ་ཡི་ཕྱི་ཨེ་ཤེས་ གཞི་སྐྱོན་རྒྱུ་ལོ་ཉེན་ལ་ལུགས་ཡོད་པའི་ མངོན་གསལ་
བྱུང་ཅུག།

བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་

བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་གཙོ་གི་ལས་རིམ་ཚུ་ སྤྱིར་བཏང་འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་ཏྲིག་ནང་ མཐར་འཁྱོལ་ཅན་སྤེ་
གཅིག་སྤྱིལ་འབད་ཚུགས་མི་དང་ གོ་བདེ་ལས་རིམ་དང་ བསྐྱུལ་བྱ་བདེ་སྟོན་ལས་རིམ་ཚུ་ ག་དེ་
དག་དག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་མི་ལུ་བརྟེན་ འབྲུག་རྒྱལ་ཁབ་ནང་ བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་གི་ནད་གཞི་ ཚད་
འཛིན་འབད་ཚུགས་ཏེ་ཡོད། ༢༠༠༠གི་ལོ་ནང་ བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་གི་ནད་གཞི་ཐོབ་མི་འབྲུག་མི་ མི་
གྲངས་ ༡༠༠,༠༠༠ལས་ ༡༤,༥༥༥ ༢༠༡༡གི་ལོ་ནང་ མི་འབྲོར་ ༡༠༠,༠༠༠ལས་ ༡༧,༥༥༥ ཡོད་པའི་ མངོན་
གསལ་བྱུང་ཅུག། བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་གི་ནད་གཞི་ཐོབ་མི་འབྲུག་མི་ ཉུང་ཚད་ཅིག་ལས་མེད་ཅུང་ རྒྱ་
གཞི་འདི་གི་ གཞི་འཕྲོད་འཐབ་ཆེ་ཉིད་དང་ ཡེ་ཨིལ་ཡི་ཕྱི་ཨེ་ཤེས་དང་འབྲེལ་བའི་གཞི་སྐྱོན་ལུ་འབྲུ་ཉེན་
ཡོད་མི་ལུ་བརྟེན་ད་ མི་མང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་ལུ་ ཚ་གྲང་ཆེ་བའི་ནད་གཞི་ཅིག་ཡིན། བད་ཀན་སྒོ་གཙོ་
ལུ་བརྟེན་པའི་ ཤི་རྒྱུ་གི་གྲངས་ཁ་ཡང་ རྒྱ་གཞི་དོས་འཛིན་ཐབས་ལམ་དང་ ཐད་ཀར་ལྟ་རྟོག་སྒྲུབ་
བཅོས་(གྲོ་ཁྲིལ་)ཀྱི་ཐབས་ལམ་ འགོ་བཙུགས་ཐོག་ལས་ མར་ཕབ་རྒྱུ་ཡོད།

ཚད་པའི་ནད་གཞི་

ཚད་ནད་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡང་ ༢༠༠༠གི་ལོ་ནང་ མི་འབྲོར་ ༡༠,༠༠༠ལས་ ཚད་ནད་ཟུན་མི་ ༥ ཡོད་ས་
ལས་ ༢༠༡༡གི་ལོ་ནང་ མི་འབྲོར་ ༡༠,༠༠༠ལས་ ཚད་ནད་ཟུན་མི་ ༥ ལུ་མར་བབས་སོང་ཅུག། དེ་བཟུམ་
སྤེ་ ཚད་ནད་ལས་ས་བརྟེན་པའི་ཤི་རྒྱུ་གི་གྲངས་ཁ་ཡང་ ༢༠༠༠གི་ལོ་ནང་ ༡༥ ལུ་ཤི་རྒྱུ་བྱུང་མི་དང་
ཕྱད་པ་ད་ ༢༠༡༠ཀྱི་ལོ་ནང་ ༡༥ ལུ་ བབས་སོང་ཅུག། དེ་སྤེ་ དམིགས་བསལ་གི་རྒྱུ་འབྲས་ལེགས་ཐོན་
བྱུང་མི་འདི་ཡང་ སྟོན་འགོག་གི་ཐབས་ཤེས་སྤྱོད་ཚུགས་ དཔེར་ན་ བད་དོན་ཁབ་སྤེལ་དང་ གཟན་དོམ་
གི་སེང་རས་ལག་ལེན་འཐབ་སྤེལ་ཡར་སེང་ དེ་ལས་ སྤྱོད་གོ་ནད་གཞི་དོས་འཛིན་དང་ དོན་སྤྲོད་
ཅན་གི་སྤྲོད་བཅོས་ཀྱི་ཐབས་ལམ་ཚུ་ལུ་བརྟེན་ཡིན་པའི་ གསལ་སྟོན་བྱུང་ཅུག།

Nevertheless, according to BMIS 2010, 16.3 % of women aged 15-49 years did not hear about HIV/AIDS. It was also reported that 34 % of women aged 15-49 did not know that HIV/Transmission could be prevented by using condom. BMIS 2010 also reported that less than half of rural women received counseling on HIV/AIDS compared to two third of women in urban areas. Therefore, women in rural areas are more vulnerable to HIV infections.

Tuberculosis

With successful integration of tuberculosis (TB) programme with the general health services and intensive implementation of advocacy and campaigning programmes, Bhutan had been able to keep incidence of TB under control. The incidence of TB was only 168 per 100,000 in 2000 and 176 per 100,000 in 2011. Although the incidence of TB appears to be low, it is a serious public health concern given its infectious nature and vulnerability to HIV/AIDS co-infection. The incidence of deaths caused by TB was also reduced with introduction of early diagnosis system and Directly Observed Treatment Short course (DOTS).

Malaria

Malaria cases significantly declined from about 87 cases per 10,000 in the year 2000 to only 5 cases per 10,000 in the year 2011. Similarly, the number of deaths caused by malaria had also been remarkably contained with only 1 death in the year 2010 as compared to 15 deaths in the year 2000. These significant results could be attributed to various preventive measures such as information dissemination, increasing use of insecticide treated bed nets, early diagnosis system and effective treatment.

ཡིན་ཅུང་ སྤྱི་ལོ་༡༠༠༧ལོ་ལོན་ འབྲུག་ལུ་ ཨ་ཏྲག་དང་མ་འང་བའི་ ཚད་ནད་ཕྱགས་ཅན་ཅིག་ཐོན་
པའི་སྐབས་ མི་གངས་༧༧༡ལུ་ གནོད་སྦྱོན་རྒྱབ་ཅུག། འདི་ཡང་ རྒྱ་གར་གྱི་ས་མཚམས་བདའ་སྟེ་
ཚད་ནད་ཀྱི་གནོད་པ་ཚབས་ཆེན་བྱུང་མི་དང་འབྲེལ་ ཨ་ཏྲག་དང་མ་འང་བའི་ ཆར་པ་རྒྱབ་མི་ལུ་བརྟེན་
ཡིན་པའི་ རོས་འཛིན་བྱུང་ཅུག།

However, Bhutan experienced abnormal outbreak of malaria in the year 2009 with 972 positive cases. This was mainly attributed to abnormal rainfall patterns coupled with high infection rates across the border in India.

ཡུན་བརྟན་དང་ རྒྱུན་སྦྱོར་ ལྷ་རྟོག་གི་ལས་རིམ།

གསོ་བའི་མ་དངུལ་གྱི་ཡུན་བརྟན་གནས་ཚད།

༡༤༽ ཉེ་མར་ཡོད་མི་ གཞི་བཀོད་ཚུ་ ལེགས་ཤོམ་སྟེ་ ཉ་གོ་ཐབས་དང་ རྒྱལ་སྤྱིའི་གནས་རིམ་
ནང་ འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྦྱོར་མ་དངུལ་གྱི་སྒོར་ རྒྱབ་བྱེད་གསལ་སྟོན་གྱི་དོན་ལུ་ མ་དངུལ་
འཚོལ་སྒྲུབ་དང་འབྲེལ་བའི་ བརྟག་ཞིབ་ལས་རིམ་ མངར་བས་ཅིག་འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། ང་
བཅས་རྩ་གིས་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་མི་ཐབས་ཤེས་ཚུ་ གསོ་བའི་ལས་ཚན་ནང་ འབྲུས་སྟོན་མ་
དགོ་པའི་ ཕྱི་དང་ནང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྦྱོར་གཉིས་ཆ་རའི་དོན་ལུ་ མ་དངུལ་ཡུན་བརྟན་
གྱི་སྒོར་ཆ་ཁྱད་སྟོང་ཡོད་མིའི་ ཆུམས་ཅམ་ཅིག་ཡིན།

༡༥༽ གསོ་བའི་ལས་ཚན་ནང་ རྒྱལ་ཡོངས་ཀྱི་ཟད་སོང་དང་ འབྲུང་ཁུངས་ཚུ་ ཅུས་དང་ཅུས་སུ་
ཆེས་དབྱེད་འབད་ནིའི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཡོངས་གསོ་བའི་རྩིས་ལས་སྟེ་ཚན་ཅིག་ བཙུགས་ཏེ་ཡོད་
མི་འདི་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་འགོ་དང་པ་ཅིག་ཡིན། འདི་གིས་ གསོ་བའི་མ་དངུལ་གྱི་ལས་འབྲེལ་
ནང་ སྤྱིད་བྱུས་བསྐྱར་ཞིབ་ཀྱི་བརྟག་ཞིབ་ལུ་ གལ་གནད་དང་ལྡན་པའི་ བརྟག་སྟོན་ཚུ་ མཁོ་
སྟོན་འབད་ཚུགས་ནི་ཡིན་མ་མཚན་ མ་དངུལ་གྱི་འབྲུང་ཁུངས་དང་ རྒྱབ་འབྲས་ཚུ་ལུ་ གཞི་
བབྱུང་ཐོག་ འཁྲི་འགན་ཚུ་ཡར་དྲག་བཟོ་ཚུགས།

Sustainability, Regulatory and Monitoring Programs

Sustainability in Health Financing

86. A series of exploratory studies on health financing was undertaken to better understand the existing framework as well as to tap into the international evidences on financing healthcare. The initiatives were an offshoot of the overwhelming concern on the sustainability of free health care both from within and outside the health sector.



87. The National Health Accounts, the first of its kind in the country, have been initiated in order to periodically track the national spending and resources flow in health. It would provide crucial indicators to signal policy review in health financing and also increase accountability based on resources and results.

རྒྱལ་ཡོངས་གསེབ་པའི་ཕྱི་ལས་ཀྱི་ རྒྱལ་ཡོངས་དང་འབྲེལ་ཕྱི་ མི་མང་གསེབ་པའི་ཟད་འགོ་རྒྱུ་
 གཞུང་གི་ཟད་འགོ་ཡོངས་བསྐྱོར་ཐོག་ཕབ་པ་ཅིན་ བརྒྱ་ཆ་༤.༢༥དང་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ནང་འཁོད་
 ཐོན་སྐྱེད་ཡོངས་འབྲེལ་གྱི་བརྒྱ་ཆ་འཕྲོ་ཐོག་ཕབ་པ་ཅིན་ བརྒྱ་ཆ་༣.༢༣ གནས་ཡོད་པའི་ གསལ་ལྟོན་
 འབད་ཅུག། རྒྱལ་ཡོངས་ཀྱི་ཨང་རྒྱ་གིས་ འཕྲོད་བསྐྱེད་མཐའ་སྐྱོང་གི་དོན་ལུ་ མ་དངུལ་གྱི་འབྲུང་
 ཁུངས་བརྒྱ་ཆ་༥༥ ཀྱི་རྒྱ་ཡོངས་ རྒྱལ་གཞུང་ཁ་ཐུག་ལས་དང་ བརྒྱ་ཆ་༡༡ འབྲུག་མི་རྒྱུ་གི་ཁ་ཐུག་ལས་
 ཡིན་པའི་ གསལ་ལྟོན་འབད་ཅུག། རྒྱལ་གཞུང་ལས་གནང་བའི་མ་དངུལ་གྱི་འབྲུང་ཁུངས་ཡོངས་
 བསྐྱོར་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༣༠དབང་ཚད་ཕྱིར་སྤེལ་གྱི་ལམ་ལུགས་ཐོག་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་རྒྱུ་ལྟོན་
 འབད་ཅུག། གསེབ་པའི་འཕྲོད་བསྐྱེད་ནང་ རྒྱལ་གཞུང་གི་ཟད་འགོ་ཡོངས་བསྐྱོར་ལས་ བརྒྱ་ཆ་
 ༡༥ ཕྱི་མ་དངུལ་གྲོགས་རམ་ཡིན་ལས་ ཕྱི་མ་དངུལ་གྲོགས་རམ་གྱིས་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་གསེབ་
 པའི་ལས་ཚན་ལུ་ ཕན་ཐོགས་སྤྱོད་བྱེད་ཡོད། རྒྱལ་ཁབ་ནང་ གསེབ་པའི་འཕྲོད་བསྐྱེད་གྱི་དོན་
 ལུ་ ཟད་སྤོང་ཡོངས་བསྐྱོར་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༥༢ མི་མང་ལུ་གསེབ་པའི་ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་གྱི་དོན་
 ལུ་བཏང་ཡོད་པ་ད་ བརྒྱ་ཆ་༣༤ སྤྱིར་བཏང་གསེབ་པའི་བདག་སྐྱོང་གི་དོན་ལུ་ཟད་སྤོང་བཏང་ཅུག། མ་
 དངུལ་ཡོངས་བསྐྱོར་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༩ སྤྱིར་སྤེལ་ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་འབད་མི་རྒྱུ་ལུ་བཏང་ཡོད་
 མི་ཅིན་ ཕྱི་རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྤྱོད་བཅོས་དང་ རང་ལུགས་སྤྱོད་སྤེལ་གྱི་ཐབས་ལམ་ཐོག་ འཕྲོད་
 བསྐྱེད་མཐའ་སྐྱོང་བྱིན་སྤེལ་ཡོད་མི་རྒྱུ་ ཚུད་པ་ཡིན།

༥༡ གསེབ་པའི་མཐའ་སྐྱོང་མ་དངུལ་གྱི་དགོས་མཁོ་འདི་ རྒྱལ་ཡོངས་བཏོན་ནི་དང་ ཐོན་བཞུག་འབད་
 བེ་ དེ་ལས་ འཕྲོད་བསྐྱེད་མཐའ་སྐྱོང་བྱིན་མི་དང་ ལས་མགྲོན་པ་རྒྱུ་གིས་ ཟད་སྤོང་གི་སྐྱོར་
 ཅུ་གོ་རྒྱུགས་ནི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཡོངས་འཕྲོད་བསྐྱེད་མཐའ་སྐྱོང་གི་ ཟད་སྤོང་བཏང་ཞིབ་ལས་
 རིམ་ཅིག་ཡང་ འགོ་འབྲེན་འཐབ་ཅི།

ཕྱི་ཁའི་ནད་པ་སྤྱོད་བཅོས་ཀྱི་ཐད་ གཞི་རྒྱུ་སྤྱོད་ལང་རྒྱུ་དང་ཕྱད་པ་ད་ གཙོ་བསྐྱེད་སྤྱོད་ལང་ནང་ བཞི་ལྷ་བ་
 ཀྱིས་ ཟད་སྤོང་མཐོ་དོ་ཡོད་པ་ད་ རྒྱལ་ཁབ་སྤྱོད་ལང་དང་ཕྱད་པ་ད་ གཞི་ལྷ་བ་ཀྱིས་མཐོ་ལོ་ཡིན་མས། དེ་
 བཟུམ་སྤྱོད་ ནང་བཞག་ནད་ཀྱི་ཟད་སྤོང་གི་གནས་ཚད་ཡང་ དེ་དང་གཅིག་མཚུངས་ཐོག་གནས་པ་ཡིན་
 མས། གཙོ་བསྐྱེད་སྤྱོད་ལང་ནང་ ནང་བཞག་ནད་པའི་སྤྱོད་བཅོས་ཀྱི་ཟད་སྤོང་རྒྱུ་ གཞི་རྒྱུ་སྤྱོད་ལང་རྒྱུ་དང་
 ཕྱད་པ་ད་ གསུམ་ལྷ་བ་དེ་ཅིག་གིས་མཐོ་དོ་ཡོད་པ་ད་ རྒྱལ་ཁབ་སྤྱོད་ལང་རྒྱུ་དང་ཕྱད་པ་ད་ ལྷ་བ་གཅིག་དང་
 ཕྱད་ ལྷ་ག་ཙམ་གྱིས་མཐོ་ལོ་སྤྱོད་གནས་པ་ཡིན་མས། ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་གྱི་གནས་རིམ་ དམའ་ཤོས་ཐོག་
 (མཐུན་སྤྱོད་ལྷ་བ་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནི་འདི་ མ་འོངས་ཡུན་རིང་གི་དོན་ལུ་ ཟད་སྤོང་འཇམ་པའི་ཐོག་
 ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནི་ཐབས་ཤེས་དྲག་ཤོས་ཅིག་ཡིན་མས། ཞབས་རྟེན་གི་མཁོ་འདོད་རྒྱུ་ ཚད་
 འཛིན་འབད་ནི་དང་ ནད་པ་རྒྱུ་ལུ་ དགོས་ཤེས་ལྷན་པའི་ཞབས་རྟེན་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནི་འདི་ དོ་འགྲམ་
 ཅན་ཅིག་ཡིན་མས། ཐབས་ལམ་འདི་གི་ཐོག་ལུ་ འཛིན་སྐྱོང་འཐབ་པ་ཅིན་ མ་འོངས་ཡུན་རིང་ལུ་ ཟད་
 སྤོང་ མང་ཕབ་རྒྱུ་ལུགས་པའི་ ཏུ་ཚོད་མི་ཐོན་ནི་ཡིན་པས།

NHA estimates revealed that the public health expenditures as a percentage of total government expenditures is 6.27 percent and as a percentage of country's GDP is 3.23 percent. The estimated numbers reveal that about 88 percent of the resources for health care are from the government and about 11 percent from households. Of the total government resources, nearly 30 percent is allocated to districts under the decentralized system. External assistance plays a considerable role in the health sector of the country accounting for about 18 percent of the total government spending on health. Of the total resources spent on health in the country, 52 percent is spent on public providers, while about 24 percent is spent on general health administration. 9 percent of the total resources are spent on private providers which include treatments outside country and care from traditional practitioners.

88. A national healthcare costing study was conducted to provide necessary tools and benchmarks for estimation of resource needs, forecasting as well as building cost consciousness among both healthcare providers and the clients.

An OPD visit is generally four times as costly at referral hospital compared to a BHU and twice as costly compared to a district hospital. Inpatients unit costs show the same pattern. The average inpatient cost of a referral hospital is about three times that of a BHU and more than one-half time that of a district hospital. Providing services at the lowest level of service delivery (facilities) is the most cost-effective way of providing services in the long run. It is a challenge to control demand for services and channel the patients to the right facilities. If this is managed, it will in the longer run result in cost savings.

༡༩ ་ ལྷན་ཁག་གིས་ རྒྱལ་ཡོངས་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྦྱོང་གི་ མ་དངུལ་གྱི་འབྱུང་ཁུངས་ ཡུན་
བརྟན་བཟོ་ནིའི་དོན་ལུ་ གྲོས་བསྡུན་གྱི་བྱ་རིམ་ཚུའི་སློན་ལྟར་ ལྷ་བཤལ་པ་ཚུ་བཅིས་ཏེ་ འབྲུག་
ལུ་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྦྱོང་གི་ཞབས་རྟེན་སྦྱོང་མི་ ཕྱི་མི་ཚུ་ལས་ འབྲུག་ལེན་ཐབས་གྱི་ འོས་
འབབ་དང་ཐབས་ཤེས་ཚུ་ བལྟ་བའི་བསྐྱང་ཡོད།

སྐར་སྤེའི་ལས་གཏོགས།

༢༠ ་ རྒྱལ་གཞུང་གིས་ འབྲེལ་ཡོད་ཁྱད་རིག་ཅན་གྱི་ལས་ཁུངས་ཚུ་དང་ གྲོས་བསྡུན་ནད་གཟབ་
ཐོག་དང་ ད་ལྟོ་ཡོད་མི་ འབྲུག་གསོ་བ་དང་འཕྲོད་བསྟེན་ཚོགས་སྤེའི་དང་ སྐར་རིགས་རྒྱུན་
བཀོད་དབང་འཛིན་ དེ་ལས་ རྒྱལ་ཡོངས་གསོ་བའི་སྤྱི་བྱས་གྱི་རིམ་པ་ཚུ་དང་འབྲེལ་ སྐར་
གྱི་ནད་གཞི་དོས་འཛིན་ཞབས་རྟེན་ གཞི་བཙུགས་གྱི་དོན་ལུ་ གྲོས་འཆར་བཙུགས་མི་ཚུ་
ཞིབ་སེལ་གྱི་དོན་ལུ་ གཞི་རྟེན་བཟུངས་འི་ གཞི་བཀོད་ལམ་སྟོན་ཅིག་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་
ཡོད།

༢༡ ་ སྐར་ཁང་ནང་ ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་གྱི་གནས་ཚད་ཡར་འཕུལ་དང་ ཟད་སོང་འཇམ་ཐབས་ དེ་
ལས་ ཉེན་སྲུང་ལཱ་པའི་ཞབས་རྟེན་དང་ བགོ་ལ་འབྲུ་ནི་ དེ་ལས་ སྐུ་མ་འཁོར་བཞག་
སའི་ཞབས་རྟེན་ཚུ་ ཡར་འཕུལ་གྱི་དོན་ལུ་ སྐར་སྤེའི་ལས་ཚན་ལུ་ ཕྱིར་སྤྱོད་འབད་ཡོད་པ་ད་
ནད་པ་གྱི་བཞེས་སློང་དང་ ལུ་མ་རྒྱུན་སྦྱོང་ དེ་ལས་ ཕྱགས་བརྗེ་གྱི་ཞབས་རྟེན་ལུ་གཡོག་
ཚུ་ སྐར་སྤེའི་ལས་ཚན་ཚུ་ལུ་ ཕྱིར་སྤྱོད་གྱི་དོན་ལུ་ གོ་རིམ་བཞིན་གྱི་སྤྱི་གཞི་བཟོ་སྤྱོད་ཡོད།

༢༢ ་ འབྲུག་ལུ་ ཐང་ཀར་ཐོག་ཕྱིའི་མ་ཚུ་འཛུགས་སྦྱོང་ཐོག་ གོང་རིམ་གསུམ་པའི་ ཁྱད་འཕགས་
གྱི་ཁྱད་རིག་སྐར་ཁང་ གཞི་བཙུགས་འབད་ནི་ལུ་ རྒྱལ་གཞུང་གི་ཁས་སྒྲུངས་དང་འབྲེལ་
ལྷན་ཁག་གིས་ འབྲུག་གི་རྒྱ་ཁོར་གཞི་བཟུང་དང་ མཉམ་འབྲེལ་ཐོག་ འོས་འབབ་བརྟག་
དཔྱད་འགོ་འཛེན་འཐབ་ཅི། བརྟག་དཔྱད་དང་འབྲེལ་མ་ད་ ཕྱི་མི་ལུ་སྐར་བཅོས་གྱི་ཞབས་
རྟེན་ཕྱིན་ནི་འདི་ འོས་འབབ་མེད་པའི་ གསལ་སྟོན་བྱུང་ཡི། དེ་འབད་མ་ལས་ ལྷན་ཁག་
གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་འཁོད་ལུ་ ཉེ་མ་ལས་ཡོད་མི་མཐུན་ཆུན་ཚུ་ ཡར་རྒྱས་བརྟན་ནི་དང་
ཕྱིའི་ཚོང་ལམ་གྱི་དོན་ལུ་ ཞབས་རྟེན་ལེགས་ལཱ་གྱི་གོ་སྐབས་འཛོལ་སྦྱུབ་འབད་ནི་ལུ་ གཙོ་
བོར་བརྟན་པའི་བསྐྱང་ཡོད།

༢༣ ་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ སྐར་སྤེའི་ལས་ཚན་ཚུ་ འབྲེལ་གཏོགས་གྱི་སློན་ལྟར་ རིན་ཐང་ཆེ་བའི་གསོ་བའི་
ནད་རིགས་དོས་འཛིན་ཞབས་རྟེན་དང་ སྐར་བཅོས་གྱི་མཐུན་ཆུན་ དེ་ལས་ སྦྱོང་བརྗེ་བ་
ཚུ་ གཞི་བཙུགས་འབད་ནིའི་དོན་ལས་ དཔེ་ཚད་དང་གཞི་བཀོད་ཚུ་བཟོ་སྤྱོད་ཡོད།

89. In order to build upon the sustainability of national healthcare resources, the Ministry is also exploring, through a consultative process, the feasibility and modalities for charging non-Bhutanese, including tourists, seeking healthcare in Bhutan.

Private Sector Participation

90. A framework guideline, which would serve as the basis for screening proposals, to establish private selective diagnostic services has been launched by the Government in close consultation with the respective specialist departments and in tandem with the existing regulations of the BMHC, DRA and the National Health Policy.
91. In order to improve service delivery in the hospitals as well as to improve cost effectiveness, security services, laundry and parking in JDWNRH were outsourced to the private sector, while services like patient diet, gardening and cleaning services are at various phases of being outsourced for private sector engagement.
92. In line with the Government commitment of establishing a tertiary level super-specialised hospital in Bhutan through Foreign Direct Investments, the Ministry in collaboration with the Druk Holding and Investments (DHI) carried out a feasibility study. The findings indicate that the medical tourism could be economically unfeasible. The Ministry is, therefore, focusing on developing the existing facilities within the country as well as exploring prospects in wellness services for foreign markets.
93. Modalities and frameworks are being developed for establishment of high-end medical diagnostic services, treatment facilities and training centers through private sector engagement in the country.

༧༥༽ བྱང་པའི་སྐྱེ་བ་དང་ རང་ལུགས་ཀྱི་སྐྱེ་བ་ཙམ་ཐབས་ལམ་ དེ་ལས་ རྩོམ་ཅོད་དང་ཚ་ཆུ་སྤང་ནི་
སྤང་དུག་གི་བཅོམ་བས་ཚུ་ཡང་ ཚོང་འབྲེལ་གྱི་དོན་ལུ་ གོ་སྐབས་ཅན་སྤེ་ ཡར་འགྲུབ་བཏང་སྤེ་
ཡོད།

འབྲུག་གསོ་བའི་སློ་གཏང་མ་དངུལ།

༧༦༽ འགོ་ཐོག་ལུ་ འབྲུག་གསོ་བའི་སློ་གཏང་མ་དངུལ་ ཡོངས་བསྡུམས་ ཡུ་ཨེསི་ཾོ་ལར་ ས་ཡ་
༡༤༥་ཅིག་བཅོམ་ནི་དེ་ དམིགས་གཏང་བསྐྱེད་མི་དེ་ མཐར་འཁྱོལ་བྱུང་སྤེ་ཡོད། སྤྱི་ལོ་༢༠༡༡
ཟླ་༡༢་པའི་ནང་ སློ་གཏང་མ་དངུལ་ཡོངས་བསྡུམས་དངུལ་ཀྲམ་ཐེར་འབུམ་ ༡.༡༢༢་ལང་ཅུག།

༧༧༽ སློ་གཏང་མ་དངུལ་གྱི་ཐོག་ལས་ རྒྱུ་མའི་ནང་དང་ ཅ་སྐྱམ་གྱི་ནང་ དེ་ལས་ ཅ་སྐྱམ་དང་
མཆིན་པའི་ཆད་ནང་ རྒྱག་ཤོར་ཆ་རིམས་ཀྱི་ནང་གཞི་དབྱེ་ནམ་ཏེ་པ་གི་གིས་བི་ འཆོལ་ནང་
བཀག་དམ་གྱི་སྐྱེ་བ་རིགས་ཚུ་ མཁོ་སྐྱབ་འབད་ཡོད་པ་མ་ཆད་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་མཐའ་
དབུས་མེད་པར་ དམར་ཅུམ་གྱི་ནང་གཞི་རུ་བི་ལའི་ བད་ཐུབ་ཀྱི་སྐྱེ་བ་ཁབ་རྒྱབ་ནིའི་ལས་རིམ་
ལུ་ རྒྱབ་སྐྱོར་ཚུ་འབད་ཡི།

འབྲུག་གསོ་བ་དང་འཕྲོད་བསྐྱེན་ཆོགས་སྤེ།

༧༨༽ འབྲུག་ལུ་གསོ་བའི་མཁའ་རིག་ཅན་ཆམ་ཉམ་ བདག་འཛིན་འཐབ་མི་ རྒྱུན་འཛིན་ལས་སྤེ་
ཅིག་ཨིན་མི་ འབྲུག་གསོ་བ་དང་འཕྲོད་བསྐྱེན་ཆོགས་སྤེ་ནང་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་གི་གསོ་བའི་
ལས་བྱེད་པ་བརྒྱ་ཆ་༧༠་དེ་ཅིག་ ཐོ་བཀོད་འབད་ཅུག། མང་ཤོས་ཅིག་ཕྱི་ཁའི་གསོ་བའི་ལས་
བྱེད་པ་ཚུ་ཨིན་མི་ རྒྱག་ལུས་བརྒྱ་༡༠་པོ་ཡང་ ཆོགས་སྤེའི་ནང་ ཐོ་བཀོད་འབད་དེ་ཡོད།

༧༩༽ མཁའ་རིག་གི་ཐབས་ཤེས་ཚུ་ རྒྱུན་འཛིན་རྒྱུ་མ་གཅིག་གིས་མ་དོ་བར་ མཁའ་རིག་ཐབས་
ཤེས་ཚུ་ ཡར་འགྲུབ་གི་དོན་ལུ་ སྤྱི་གཞི་དང་ལམ་སྟོན་ཚུ་ཡང་ ག་སྤྱིག་བཅོམ་སྤེ་ཡོད།

༨༠༽ སྤྱིར་བཏང་མི་མང་ལུ་ ཉེན་སྲུང་དང་ སྲུང་སྐྱོབ་ཚུ་བྱིན་ཐབས་ལུ་ གསོ་བའི་ཚུལ་མིན་དང་
སྤང་མེད་ཀྱི་བྱ་སྤྱོད་ཚུའི་དོན་ལུ་ སྤྱི་གཞི་ཁྲིམས་དང་འབྲེལ་བའི་བྱ་སྤྱོད་གཞི་བཀོད་ཚུ་ཡང་ འགོ་
བཙུགས་ཏེ་ཡོད།

སྐྱེ་བ་རིགས་རྒྱུན་བཀོད་དབང་འཛིན།

༡༠༠༽ ༢༠༠༥་ཀྱི་ཕྱི་ཆ་ལས་ གསོ་བ་རྒྱུན་ཁག་ལས་ འོགས་སུ་བཏོན་པའི་ཤུལ་ལུ་ མི་དང་སེམས་
ཅན་གཉིས་ཆར་ལུ་ ཉེན་སྲུང་དང་ སུམ་ཚད་ཀྱི་ཐང་ སྐྱེ་བ་རིགས་ཀྱི་ཐོན་
སྤྱོད་ལུ་ དོན་སྤྱིན་ཅན་གྱི་ལྷ་རྟོག་འབད་ཚུགས་པ་ དེས་བརྟན་བཅོམ་ནིའི་དོན་ལུ་ སྐྱེ་བ་རིགས་

94. Traditional medicine, spiritual healing, hot stone/spring bath and spas have also been identified and promoted as avenues for commercialization.

Bhutan Health Trust Fund

95. The initial target of USD 24 Million (approx Nu. 1 billion) for the Bhutan Health Trust Fund has been achieved. As of December 2011, the total fund stands at Nu.1.122 billion.
96. The Trust Fund procured Diptheria Tetanus and Pertusis (DTP), Hepatitis B, Haemophilus influenzae type B and Anti-Rabies vaccines, and provided support to the nationwide Measles Rubella vaccination campaign.

Bhutan Medical and Health Council

97. The Bhutan Medical and Health Council, as a regulatory agency governing all health professionals in Bhutan, have registered about 90% of health workers in the country. The remaining 10%, mostly foreign health workers, are also being registered with the Council.
98. Besides the registration and regulation of professional practice, regulations and guidelines were prepared to improve professional practice.
99. Disciplinary proceedings framework for medical malpractice and negligence has been instituted to provide safety and protection to the general public.

Drug Regulatory Authority

100. With delinking from the Ministry of Health in late 2008, the role of Drug Regulatory Authority was enhanced in order to ensure effective monitoring of the medicinal products in the country in terms of safety, efficacy and quality to both human as well as

སྐྱོན་བཀོད་དབང་འཛིན་གྱི་འགན་ཁུར་ཚུ་ ལེ་ཤ་གིས་ཡར་སངས་རྒྱལ་ཅི།

༡༠༡ ་ སྐྱན་རིགས་སྐྱོན་བཀོད་དབང་འཛིན་གྱིས་ རྒྱས་ཡོལ་གྱི་ཐོ་ གསོ་བ་རིག་པའི་སྐྱན་རིགས་
པ་དང་ སྐྱེ་ནིར་གྱི་སྐྱན་རིགས་ལུ་ མ་བརྩེ་བར་ འགྲོ་བ་མིའི་སྐྱན་བཅོས་གྱི་སྐྱན་རིགས་
༡༠༠༥ དེ་ཅིག་ ཐོ་བཀོད་འབད་ཅུག།

༡༠༢ ་ སྐྱན་རིགས་ཚུ་ ཚུལ་དང་མཐུན་ཏྲུག་ཏྲུ་སྤེ་ གསོག་འཛིག་དང་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་ཡོད་པ་ དེས་
བརྟན་བཟོ་ནིའི་དོན་ལུ་ སྐྱན་རིགས་ཚོང་ཁང་དང་ སྐྱན་ཁང་ དེ་ལས་ འཕྲོད་བསྐྱེན་ལྟེ་བ་ཚུ་
ནང་ ཞིབ་དཔྱད་གྱི་ལས་རིམ་ གྲངས་ཁ་མེད་པ་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།

༡༠༣ ་ སྐྱེར་སྤེའི་ལས་ཚན་ཚུ་ སྐྱན་རིགས་མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནིའི་ནང་ ལྷོགས་གྲུབ་ཅན་བཟོ་ནིའི་དོན་
ལུ་ ལྷོགས་གྲུབ་ཅན་གྱི་མི་རིམ་ཚུ་ལུ་ རོ་སྤྱོད་ལག་ཁྱེར་དང་སྤྲུགས་ སྐྱེར་གྱི་སྐྱན་རིགས་ཚོང་
པ་ཚུའི་དོན་ལུ་ སྤྱོད་བཅར་གྱི་ལས་རིམ་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།

འབྲུག་སྤྱོ་རྒྱུ་རྒྱུ་དམ་འཛིན་ལས་སྤེ་ རང་སྤྱོད་ལས་སྤེ།

༡༠༤ ་ སྤྱོ་རྒྱུ་དང་སྤྱོ་ཆང་ལུ་བརྟེན་མི་ཚུའི་དོན་ལུ་ ཅན་གཞོན་ལས་བཟང་ལྟེ་བ་ཅིག་ གསར་སྤྱོ་
ཐང་ལུ་འབད་ གཞི་བཅུགས་འབད་ཡི།

༡༠༥ ་ སྐྱན་རིགས་མཁོ་འདོད་མར་ཐབ་དང་ སྤྱོ་རྒྱུ་གི་སྤྱོ་རྒྱུ་དམ་འཛིན་ལས་ལུ་གཞོད་པའི་
སྐྱན་རིགས་ དེ་ལས་ སྤྱོ་རྒྱུ་གི་རྒྱ་རྒྱུ་དང་ དེ་དང་འབྲེལ་བའི་གནད་དོན་གྱི་ རྒྱ་རྒྱུ་ལུ་
གྲུར་པའི་སྤྱོ་རྒྱུ་ཚུ་ ཚུལ་མེན་ནག་ཚོང་འཐབ་ནི་ལས་ སྤྱོ་རྒྱུ་འགོག་གི་སྤྱོ་རྒྱུ་ འབྲུག་དང་
རྒྱ་གར་རྒྱལ་ཁབ་གྱི་བར་ན་ གོ་བཟུའི་ཆིངས་ཡིག་གུ་ མཚན་རྟགས་བཀོད་དེ་ཡོད།

༡༠༦ ་ དམ་འཛིན་འབད་མི་སྤྱོ་རིགས་དང་ སྤྱོ་རྒྱུ་གཞན་ དེ་ལས་ མེས་ལས་ལུ་གཞོད་པའི་
སྤྱོ་རྒྱུ་ཚུ་ ཚུལ་མེན་ནག་ཚོང་གི་གཞོད་དོན་ཚུ་ལུ་ གྲོས་བསྟར་དང་ མཉམ་ཐུབ་གྱི་འབྲེལ་
བ་ཡར་བྲག་གི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་འཁོད་གྱི་ཞལ་འཛིན་དང་ གྲོས་བསྟར་མང་རབས་
ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།

༡༠༧ ་ འབྲུག་གི་ཏམ་ཁུ་དམ་འཛིན་བཅའ་ཁྲིམས་འདི་ སྤྱི་ལོ་ ༢༠༡༡ ལྷོ་དང་པའི་ཆེས་ ༡ ལས་ ལག་
ལེན་འཐབ་ནི་འགོ་བཅུགས་ཅི། ཏམ་ཁུ་ལག་ལེན་དམ་འཛིན་གྱི་དོན་ལུ་ ཏམ་ཁུ་དམ་འཛིན་
བཀོད་ཚུགས་དང་ མཁོ་འདོད་དང་ བཀའ་སྤྱོད་ལས་མར་ཐབ་ཚུགས་རྒྱུ་ཡང་ བཟོ་སྤྱོ་ཡོད།

༡༠༨ ་ ཏམ་ཁུ་ལག་ལེན་ལུ་བརྟེན་པའི་ གཞོད་སྤྱོ་རྒྱུ་ཚུའི་སྤྱོ་རྒྱུ་ ཤེས་ཡོན་གྱི་བན་དོན་དང་ བརྒྱུད་
འབྲེལ་གྱི་མཁོ་ཆས་ཚུ་ཡང་ ག་སྤྱོ་བཟོ་སྤྱོ་ཡོད།

animal.

101. The Authority registered about 1004 human allopathic medicines excluding the expired list, 88 *So-ba-rigpa* medicines and 65 veterinary medicines.
102. Numerous inspections of pharmacy shops, hospitals and health centers were carried out to ensure proper storage and dispensing of medicines.
103. In order to ensure competency in dispensing medicines by the private sector, training programmes were conducted for private Pharmacists along with certifications of competent persons.

Bhutan Narcotic Control Agency: an autonomous agency

104. A rehabilitation centre for drugs and alcohol dependence has been established at Serbithang.
105. A Memorandum of Understanding has been signed between Bhutan and India on “Drug Demand Reduction and Prevention of Illicit Trafficking in Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and precursor of Chemicals and related matters.”
106. Inter-country meetings and consultations were held to discuss issues and develop joint interventions on illicit trafficking of controlled drugs and other narcotics and psychotropic substances.
107. The Tobacco Control Act 2010 was implemented with effect from 1st January 2011. In order to control tobacco use, a Tobacco Control Board (TCB) and Demand and Supply Reduction Committee were established.
108. Information Education and Communication (IEC) materials on ill effects of tobacco use have been developed.

- ༡༠༩ ་ རྒྱལ་ཡོངས་སྤྱི་ཚུལ་དམ་འཛིན་ཐབས་བྱས་ སྤྱི་གཤེད་ཀྱི་ལུ་ཚུ་ཡང་ མཚུག་བསྐྱེད།
- ༡༡༠ ་ ཐིམ་ཕུ་དང་ ཕུན་ཚོགས་གླིང་ བུམ་ཐང་ མོང་སྐར་ བསམ་གྲུབ་ལྗོངས་མཁར་དང་ དགེ་
ལེགས་ཕུག་ཚུ་ནང་ཡོད་པའི་ གསོ་བའི་འདྲི་བསྐྱེད་ལྟེ་བ་བདུན་ནང་ སྤྱི་ཚུལ་དང་ སེམས་
ཁམས་ལུ་གཞི་དཔའི་སྤྱན་རླུང་ དེ་ལས་ ཏམ་ཁུའི་གཞི་དཔའི་སྤྱན་རླུང་སྐར་ གོ་བ་བདེ་སྤྱོད་
དང་ བསྐྱལ་བྱུང་བདེ་སྤྱོད་ དེ་ལས་ ཤེས་ཡོན་ཡར་རྒྱ་གི་ཐབས་ཤེས་དང་ བསྐྱལ་སྤྱོད་ཀྱི་
ལས་རིམ་ཚུ་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། སློབ་གྲུའི་སློབ་དཔོན་ ༡༧༥དང་ སློབ་ཕྲུག་ ༡༠༠གིས་
བསྐྱལ་བྱུང་བདེ་སྤྱོད་ལས་རིམ་ནང་ བཅའ་མར་གཏོགས་ཅི།
- ༡༡༡ ་ རྫོང་ཁག་སོ་སོ་ལས་ ས་གནས་ཀྱི་འགོ་དཔོན་ ༡༣༧གི་དོན་ལུ་ སྤྱི་ཚུལ་དང་ སེམས་ཁམས་
ལུ་གཞི་དཔའི་སྤྱན་རླུང་ དེ་ལས་ སྤྱི་ཚུལ་ལོག་སྤྱོད་ཀྱི་བཅའ་ཁྲིམས་ ༣༠༠ལ་ཅན་མ་དང་ སྤྱི་
ཚུལ་ཀྱི་གཞི་དཔའི་སྤྱོད་ཀྱི་སྐར་ རྩ་ཚོར་ལས་རིམ་ཅིག་ཡང་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།
- ༡༡༢ ་ སྤྱི་ཚུལ་སྤྱོད་མི་ཚུ་ལུ་ བསྐྱལ་སྤྱོད་ཀྱི་གནས་ཚད་ཡར་རྒྱ་ག་བཏང་དགོ་པ་འདྲི་ ཁག་ཆེ་ཤོས་
ཅིག་ཨིན་པའི་ རོས་འཛིན་བྱུང་མི་ལུ་བརྟེན་ བསྐྱལ་སྤྱོད་པ་ ༡༠ལས་ ༡༥ ལུ་ ཡར་སེང་
འབད་ཡི། ཐག་རིང་ཞབས་ཏོག་དང་ བསྐྱལ་སྤྱོད་པ་འདྲེན་མཉམ་འབད་མི་ནང་འཁོད་ལུ་
བསྐྱལ་སྤྱོད་ཕྱིན་ཐངས་ཀྱི་སྐར་ སྤྱོད་བདེ་ཚུ་འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།
- ༡༡༣ ་ འཛིགས་མེད་དོ་རྩེ་དབང་ཕུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བསྐྱེད་སྤྱན་རླུང་ཁང་གི་ སྤྱི་ཚུལ་སྤྱོད་ནི་ལས་
བཀག་ཐབས་ཀྱི་སྤྱན་བཅོས་སྤེལ་དང་ སྤྱི་ཚུལ་ཁྲིམས་ལུགས་བསྐྱར་སྤྱོད་སྤེལ་ དེ་ལས་
ཁྲིམས་སྤྱང་འགག་སྤེལ་ཚུ་གིས་ སྤྱི་ཚུལ་དང་སྤྱི་ཚང་ལུ་བརྟེན་མི་ ཕོ་སྤྱོད་ ༣༥༠དང་ ཨམ་སྤྱོད་
༧༩ལུ་ སྤྱན་བཅོས་འབད་ཡོད་པ་མ་ཚད་ གསར་སྤྱོད་ཐང་ ག་གཞེན་ལས་བཟང་ལྟེ་བ་ལུ་ ཕོ་
སྤྱོད་ ༥༤ དང་ ཨམ་སྤྱོད་ ༣༥གི་ མི་ཚའི་གནས་སྤངས་ བསྐྱར་གསོ་འབད་ཅུག།
- ༡༡༤ ་ ཁྲིམས་སྤྱང་འགག་སྤེལ་དང་ ཅད་མ་ དེ་ལས་ མི་མང་གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྐྱེད་བརྟེན་དབྱེད་ཁང་
ཚུ་བཅིས་ཏེ་ ཁྲིམས་ལུགས་བསྐྱར་སྤྱོད་ལས་སྤེལ་ཚུའི་ ལྷགས་གྲུབ་ཡར་རྒྱས་བཏང་ཡོད་པ་མ་
ཚད་ སྤྱི་ཚུལ་ཤེས་ཏོགས་ཀྱི་མཁོ་ཆས་ཚུ་ཡང་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་དེ་ཡོད།
- ༡༡༥ ་ ཅད་མ་ལས་བྱེད་པ་ཚུ་ལུ་ སྤྱ་རྩེན་ཀྱི་སྤྱན་རླུང་ཚུ་(ཕི་ཀར་སོར་ཀེ་མི་ཀལ) ཚུལ་མཐུན་ལག་
ལེན་ལས་ ཚུལ་མིན་ལག་ལེན་ཀྱི་དགོས་དོན་ལུ་ ཁ་བསྐྱར་འབད་ནི་ལས་ སྤྱན་འགོག་གི་
སྐར་ གོ་བདེའི་ལས་རིམ་ཅིག་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་པའི་ཤུལ་ལུ་ བསམ་ཅེ་དང་ སྤྱོད་ཀྱི་
ཕུན་ཚོགས་གླིང་དང་ དཔག་བསམ་ཁ་ དགེ་ལེགས་ཕུག་དང་ བསམ་གྲུབ་ལྗོངས་མཁར་ནང་
བཟོ་གྲུ་ཁང་ཚུ་གིས་ ལག་ལེན་འཐབ་མི་ སྤྱན་རླུང་ཀྱི་རིགས་ཚུ་ལུ་ ཞིབ་དབྱེད་འགོ་འདྲེན་
འཐབ་ཅི།

109. The formulation of National Drug Control Strategy has been completed.
110. The initiatives to strengthen awareness, advocacy, education and counseling programmes on harmful effects of narcotic drugs, psychotropic substances and tobacco were conducted in the seven existing Drop-in Centers at Thimphu, Phuntsholing, Bumthang, Mongar, Samdrup Jongkhar and Gelephu. 245 teacher counselors and 700 students also participated for the advocacy programs.
111. Sensitization on Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Substances abuse (NDPSSA) Act 2005 and harmful effects of drug use were conducted for 139 local government officials in different Dzongkhags.
112. Recognizing the importance of strengthening counseling services to the drug dependents, recruitment of counselors has been increased from 10 to 15. The training on outreach and counseling to the Peer Counselors was conducted.
113. Detoxification unit of JDWNRH and Narcotic Drugs Law Enforcement unit, RBP has detoxified 250 male and 42 female drug and alcohol dependents, and rehabilitated 56 male and 25 female at Serbithang.
114. The capacity of law enforcement agencies including Royal Bhutan Police, Department of Revenue and Customs and Public Health Laboratory was built up and provided with drug detection test kits.
115. On prevention of diversion of precursor chemicals from illicit purpose, awareness programme was carried out to the Department of Revenue and Customs followed by the inspection of chemicals used by the industries in Samtse, Gomtu, Phuntsholing, Pasakha, Gelephu and Samdrup Jongkhar.

མགྲོགས་འགྲོས་ཅན་གྱི་འབྲུག་མི་སྡེའི་དཔལ་འབྱོར་གོང་འཕེལ་(གསེབ་འཕེལ་ལས་ཆན)།

ལེའུ་༡པེ། སྤྱི་ཁྲིམས་ལྟར་ན་ ཟད་འགྲོའི་ཕན་ལུས།

- ✓ སྤྱི་ཁྲིམས་ལྟར་ན་འཛིན་སྐྱོང་བསྐྱར་བཅོས་ཐབས་ལས་འདི་ རྒྱལ་ཁབ་ཀྱི་ས་གནས་ ཁག་སོ་སོའི་ལུ་ཡོད་པའི་ སྤྱི་ཁྲིམས་ཆ་མཉམ་གྱི་ནང་ ཞབས་རྟེན་དང་ཕན་ལུས་ཡར་བྱས་ དེ་ ལས་ ནད་པའི་རེ་འདོད་སྐོང་ཚུགས་པ་འབད་ནི་དང་གཅིག་ཁར་ དུས་ཐོག་ལྷན་གྱི་ལས་ ལུགས་དམ་དམ་གྱི་དོན་ལུ་ དམིགས་གཏད་ཐོག་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོད། འཛིགས་མེད་རྗེ་ དབང་ཕྱུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བོ་བསྟེན་སྤྱི་ཁྲིམས་ནང་ ནད་པ་ཚུ་ཞབས་རྟེན་ལུ་སྤྱུག་དགོ་པའི་དུས་ ཚེད་ཡང་ བརྒྱ་ཆ་༣༠ལུ་མར་བབས་སོང་མི་འདི་ ལག་ལེན་བསྐྱར་བཅོས་གྱི་ གྲུབ་འབྲས་ཁྱད་ འཕགས་ཅིག་ཨིན།
- ✓ གསེབ་འཕེལ་དམིགས་བསལ་གྲོས་སྟོན་ཞབས་རྟེན་འདི་ འགོ་བཙུགས་ཏེ་ཡོང་ཕྱིད་དང་གཉིས་ ནང་ འཛིགས་མེད་རྗེ་དབང་ཕྱུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བོ་བསྟེན་སྤྱི་ཁྲིམས་ནང་གི་ ཕྱི་ཁྲིམས་ནད་པ་ ཀྱི་གྲངས་ཁ་ཡོངས་བསྟོམས་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༢-༣དེ་ཅིག་ལུ་ ཞབས་རྟེན་མཁོ་སྤྱོད་འབད་ལུགས། གསེབ་འཕེལ་དམིགས་བསལ་གྲོས་སྟོན་ཞབས་རྟེན་འདི་ སྤྱི་ཁྲིམས་ཀྱི་དུས་རྒྱུན་འབྲེལ་སྤྱོད་ ཀྱི་དུས་ཚེད་ཁར་ མི་མང་སྤྱོད་འཛུམས་ཀྱི་དཀའ་ངལ་སེལ་ཐབས་དང་ སྤྱི་ཁྲིམས་ཀྱི་ལས་ ཕྱིད་པ་ཚུ་ལུ་ རྒྱུད་བསྐྱུལ་གྱིས་མ་དོ་བར་ མི་མང་ལུ་ གསེབ་འཕེལ་ཞབས་རྟེན་གྱི་ གདམ་ ཁ་བྱིན་ཐབས་ལུ་དམིགས་ཏེ་ འཛིགས་མེད་རྗེ་དབང་ཕྱུག་རྒྱལ་ཡོངས་གཙོ་བོ་བསྟེན་སྤྱི་ཁྲིམས་ ནང་འབད་ གཞི་བཙུགས་འབད་ཡི།
- ✓ གསེབ་འཕེལ་མཁོ་སྤྱོད་མི་ལུགས་ནང་ བསྐྱར་བཅོས་འབད་མི་གིས་ ཕན་ལུས་དང་ དུངས་ གསལ་ དེ་ལས་ འབྲི་འགན་ཚུ་ ཡར་བྱས་བཏང་མི་གིས་མ་ཆད་པར་ སྤྱི་ཁྲིམས་མཁོ་སྤྱོད་ ལས་དོན་ནང་ ཟད་སོང་ལེ་ཤ་གིས་ མར་ཕབ་རྒྱབ་ཚུགས་པའི་ཕན་ཁྱད་ཚུ་བྱུང་ཡི།

ལེའུ་༢པེ། མི་སྟོབས་སྤྱོད་གསུམ་གྱི་འཆར་གཞི་ཨུམ།

- ✓ ལས་གཞི་གསུམ་གྱི་བཟུམ་དང་ གསར་བཙུག་ དེ་ལས་ རིག་རྩལ་གོང་འཕེལ་ལུ་ གཙོ་བོར་ བརྟན་པའི་ མི་སྟོབས་སྤྱོད་གསུམ་གྱི་གོང་འཕེལ་གྱི་ འཆར་གཞི་ཨུམ་ཅིག་སྤྲིན་བཀོད་འབད་དེ་ ལག་ལེན་འཐབ་བཞིན་བྱ་ཡོད།

Accelerated Bhutan Socio Economic Development (Health Sector)

Charter 1: Hospital Operations and Cost-efficiency

- ✓ The Hospital Administration and Management Transformation (HAMT) initiative has been rolled out across the country aimed at services improvement, efficiency and patient satisfaction with rigorous monitoring system in place. Patient waiting time in JDWNRH has been reduced by 30% as an outcome of the operational reforms.
- ✓ Since its inception one and a half years ago, the Special Consultation Services (SCS) has catered to about 2-3% of total out-patient load in JDWNRH. The SCS was initiated with the goal of providing choice of services to the people besides decongesting crowds during regular hospital hours and motivating hospital staff.
- ✓ Reforms in the health procurement system have, besides improving efficiency, transparency and accountability, generated savings in medical supplies expenses.

Charter 2: HR Masterplan

- ✓ The HR master plan has been launched and implemented to improve deployment, recruitment and focused skill development.

ལེའུ་༣པེ། བརྟེན་དོན་འཕྲུལ་རིག་གིས་ འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོད་ཞབས་རྟོག་ལུ་ ཕན་ཐོགས་བྱུང་ཡོད་པ་
(གསེབ་འདི་ཞབས་རྟོག་ལྟེ་བ)།

- ✓ གསེབ་འདི་གོགས་རམ་ལྟེ་བ་གིས་ རྒྱལ་ཁབ་ནང་ གསེབ་འདི་ཞབས་རྟོག་གོང་འཕེལ་དང་
དམིགས་བསལ་དུ་ ཐོབ་སྤྱོད་དང་ ཞབས་རྟོག་འདྲ་མཉམ་ ཞབས་རྟོག་མ་སྟོང་ས་ལུ་
ཞབས་རྟོག་གི་བྱུང་ཚད་ཡར་དྲག་དང་ འོ་སྟོང་གོང་འཕེལ་གི་དམིགས་ལུལ་ཚུ་འགྲུབ་ནི་ལུ་
མགོག་གསེབ་འཕྲོས་ཡར་དྲག་གི་ལས་དོན་ཚུ་ནང་ དམིགས་བསལ་གི་འཕེལ་འགྱུར་ཚུ་ གསལ་
སྟོན་འབད་དེ་ཡོད། གསེབ་འདི་གོགས་རམ་ལྟེ་བ་འདི་གིས་ བརྟེན་འཕྲིན་གཏོང་འཐུས་སྤྱོད་མ་
དགོ་པའི་མཐུན་ཁྱེན་ཚུ་ལུ་བརྟེན་ཏེ་ ཏུས་ལུན་ཚུ་ཚོད་གཅིག་གི་ནང་འཁོད་ བརྟེན་འཕྲིན་/
འགྲུལ་འཕྲིན་ཡོངས་འབྲེལ་གི་བྱུང་ཡོད་པའི་ ས་གནས་གཏེ་ལས་ཡིན་རུང་ ཏུས་ཚོད་ནམ་
འབད་རུང་ མི་སེར་ཚུ་ལུ་ གསེབ་འདི་བྱུང་རིག་ ཞབས་རྟོག་གི་ཐོབ་སྤྱོད་ སྤྱོད་ཚུགས་ཏེ་ཡོད།

ལེའུ་༤པེ། འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོད་གི་མ་དདུལ།

- ✓ གསེབ་འདི་ཞབས་རྟོག་ཚུ་ མཁོ་སྤྱོད་དང་ཐོབ་སྤྱོད་གི་གནས་སྤངས་འདྲ་མཉམ་ཐོག་ རྒྱན་སྐྱོང་
འབད་ནི་དང་གཅིག་ཁར་ གསེབ་འདི་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོད་གི་དོན་ལུ་ མ་དདུལ་ལུན་བརྟན་
གཞི་བཀོད་ཅིག་བཟོ་ཐབས་ལུ་ བརྟག་དཔྱད་དང་ ཁྲོམ་སྟོན་ལས་རིམ་ མངར་བས་ཅིག་
འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི། རྒྱལ་ཡོངས་གསེབ་འདི་རྩིས་ལས་སྡེ་ཚན་ཅིག་ གཞི་བཙུགས་འབད་
དེ་ འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོད་གི་ཟད་སོང་གི་སྐྱོར་ བརྟག་དཔྱད་ཚུ་ཡང་ འགོ་འདྲེན་འཐབ་ཅི།
ལྷན་ཁག་གིས་ ཁྲོམ་སྟོན་གི་བྱ་རིམ་ཐོག་ འབྲུག་ལུ་གསེབ་འདི་ཞབས་རྟོག་སྤྱོད་མི་ ཕྱི་མི་ཚུ་
ལས་ འཐུས་ལེན་ནིའི་ལམ་ལུགས་ཅིག་བཟོ་ནིའི་དོན་ལུ་ འོས་འབབ་དང་གོ་སྐབས་ཚུ་ བཟོ་
བའི་བསྐྱར་ཡོད།

ལེའུ་༥པེ། སྐར་སྤེའི་གཤམ་གཏོགས།

- ✓ སྐར་ཁབ་ནང་ ཞབས་རྟོག་མཁོ་སྤྱོད་གི་གནས་ཚད་ཡར་དྲག་དང་ ཟད་སོང་འཇམ་ཐབས་ དེ་
ལས་ ཉེན་སྲུང་ལུན་པའི་ཞབས་རྟོག་དང་ བགོ་ལ་འབྲུ་ནི་ དེ་ལས་ སྐར་ཁབ་འཁོར་བཞག་
སའི་ཞབས་རྟོག་ཚུ་ ཡར་དྲག་གི་དོན་ལུ་ སྐར་སྤེའི་ལས་ཚན་ལུ་ ཕྱིར་སྤྱོད་འབད་ཡོད་པ་ད་
ནད་པ་གི་བཞེས་སྒོ་དང་ ལུམ་ར་རྒྱན་སྐྱོང་ དེ་ལས་ ཕྱགས་བརྟན་གི་ཞབས་རྟོག་ལུ་གཡོག་
ཚུ་ སྐར་སྤེའི་ལས་ཚན་ཚུ་ལུ་ ཕྱིར་སྤྱོད་གི་དོན་ལུ་ གོ་རིམ་བཞེས་ག་སྐྱིག་བཟོ་སྟེ་ཡོད།
- ✓ རྒྱལ་གཞུང་གིས་ གདམ་ཁ་ཅན་གི་ སྐར་གི་ནད་གཞི་དོས་འཛིན་ཞབས་རྟོག་ གཞི་བཙུགས་
གི་དོན་ལུ་ ཁྲོམ་འཆར་བཙུགས་མི་ཚུ་ ཞིབ་སེལ་གི་དོན་ལུ་ གཞི་རྟེན་བཟུངས་འདི་ གཞི་
བཀོད་ལམ་སྟོན་ཅིག་ཡང་ བཟོ་སྟེ་ཡོད།

Charter 3: IT-Enabled Healthcare Services (Health Help Center)

- ✓ The Health Help Center (HHC) represents a significant milestone in the development of health services in the country particularly in areas of improving access, services equality, reaching the unreached and acceleration of the MDG achievements. It has enabled people to access the services of health professionals, through a toll free number, within one hour at anytime from anywhere so long as there is telephone/mobile network.

Charter 4: Healthcare Financing

- ✓ With the view to create a structure that will allow financial sustainability in healthcare while maintaining equity of provision and access, a series of studies and consultative processes were carried out. The National Health Accounts has been instituted and a healthcare costing study was conducted. The Ministry is also exploring, through a consultative process, the feasibility and modalities for charging non-Bhutanese seeking healthcare in Bhutan.

Charter 5: Private Sector Participation

- ✓ In order to improve service delivery in the hospitals as well as to improve cost effectiveness, security services, laundry and parking in JDWNRH were outsourced to the private sector, while services like patient diet, gardening and cleaning services are at various phases of being outsourced for private sector engagement.
- ✓ The framework guideline, which would serve as the basis for screening proposals, to establish private selective diagnostic services, has been launched by the Government

གསོ་བའི་ལས་ཆན་གྱི་དོ་འགན།

༡༡༤ ་། འབྲུག་མི་ཚུ་ གཞི་རིམ་འཕྲོད་བསྟེན་མཐའ་སྐྱོང་ལས་འགོ་བཟུང་ གནས་རིམ་གསུམ་པའི་
མཐའ་སྐྱོང་ཚུན་ རིན་མེད་སྟོང་པའི་ཞབས་རྟེན་ལུ་ ལོངས་སྤྱོད་བཞིན་དུ་ཡོད། འབྲུག་གི་
ཙུ་ཁྲིམས་ཆེན་མོའི་ཙུ་ཆན་ལ་ རྒྱལ་གཞུང་གི་སྤྱི་དབུས་གཞི་ཙའི་དོན་ཆན་༡༡པའི་ནང་
བཀོད་མིའི་ནང་ རྒྱལ་གཞུང་གིས་ དེང་རབས་དང་ སྤར་སྟོལ་གསོ་དཔྱད་ཀྱི་ཐོག་ལས་ མི་
དམངས་གསོ་བའི་གཞི་གནས་ཞབས་རྟེན་ཚུ་ སྟོང་པར་ཐོབ་ཚུགས་པ་བཟོ་དགོ། ཟད་འགོ་
ཡར་སེང་དང་ སྤུས་ཚད་ལྡན་པའི་འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་རྟེན་གྱི་དོན་ལུ་ མཁོ་འདོད་ཡར་སེང་
དེ་ལས་ འཕྲོད་བསྟེན་གྱི་དོན་ལུ་ རྒྱལ་སྤྱི་རིམ་དངུལ་གྱི་འབྲུང་ཁུངས་ མར་བབས་སོང་མི་ལུ་
བརྟེན་ འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་རྟེན་ རིན་མེད་སྟོང་པར་སྤྱོད་ནི་འདི་ དོ་འགན་སྒྲོམ་ཅིག་ལུ་གྱུར་
ཏེ་ཡོད།

༡༡༥ ་། འབྲུག་གི་སའི་ཆགས་ཚུལ་ གུན་གཟར་དགས་སྟེ་ཡོད་མི་དང་ གཞིས་ཆགས་ཁ་འཐོར་སྟེ་
ཡོད་མི་གིས་ འབྲུག་མི་ག་ར་ལུ་ སྤུས་ཚད་ལྡན་པའི་ཞབས་རྟེན་ མཁོ་སྤྱོད་འབད་ནི་ལུ་ ཉེང་
བཀལ་ར་དོ་འགན་གྱི་རྒྱ་རྒྱུན་སྒྲོམ་ཅིག་ལུ་གྱུར་ཏེ་ཡོད།

༡༡༦ ་། སྤུས་ཚད་ལྡན་པའི་ འཕྲོད་བསྟེན་ཞབས་རྟེན་ལུ་ རོས་ལེན་དང་ཐོབ་སྤྱོད་འབྲེལ་མཉམ་ སྤྱོད་
ཚུགས་པ་བཟོ་ནི་ལུ་ བྱུགས་བརྟན་པའི་ནམ་དུས་ལུ་ མི་སྟོབས་ལངས་སྟེ་མེད་པའི་དཀའ་ངལ་
གྱིས་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་རིམ་ལུགས་ནང་ ཆ་གུང་ཆབས་ཆེན་གྱི་གཞི་གནད་ཅིག་ལུ་གྱུར་
ཏེ་ཡོད།

༡༡༧ ་། རང་བཞིན་གྱིས་ར་ མགུ་རྟོགས་ཆེ་བའི་ལས་དོན་ཅིག་ཡིན་མི་ གསོ་བའི་མཁོ་སྤྱོད་ལས་
དོན་འདི་ གནས་ཚད་མཐོ་བའི་ཁྱད་རིག་དང་ འབྲུལ་རིག་གི་ཞབས་རྟེན་དང་ལྡན་དགོ་པའི་
ལས་དོན་ཅིག་ཡིན་མས། དངུལ་འབོར་རྒྱ་ཆེས་སྟེ་ ལག་ལེན་འཐབ་དགོ་པའི་གནས་ཚད་
ལས་བཟང་རུང་ ངན་ལྷན་ཤོར་ནིའི་ཉེན་ཁ་སྒྲོམ་ཡོད་མི་ཅིག་ཡིན། གནད་དོན་འདི་ལས་བརྟེན་
ལས་དོན་འདི་གི་དོན་ལས་ རྣམ་དག་དང་དངས་གསལ་རིམ་ལུགས་ཀྱི་རྒྱབ་སྐྱོར་དང་བཅས་
འོས་འཚམས་ཀྱི་ལས་དོན་ནང་ རིག་ཙུལ་དང་ལྡན་པའི་མི་སྟོབས་དང་སྤྲུགས་ མཁས་མཆོག་
གི་འདུས་ཚོགས་ཅིག་ ཡོད་དགོ་པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། ལྷན་ཁག་གི་ཁ་ཐུག་ལས་ ལས་
དོན་འདི་གི་དོན་ལས་ ཐབས་ཤེས་/བསྐྱར་བཅོས་ཚུ་ལུ་ ག་དེ་དག་དག་ འབད་བཅོལ་བསྐྱེད་
རུང་ གསོ་བའི་མཁོ་སྤྱོད་ཀྱི་ཁྱད་རིག་ཅན་ཅིག་མ་ཐོབ་ལས་བརྟེན་ ལུན་འབྲངས་ཐོན་ལུས་ཏེ་
ཡོད།

Health Sector Challenges

116. Bhutanese avail free health services from primary to tertiary level health care. The Constitution of Bhutan states under Article 9 under the Principle of State Policy, Section 21: “the State shall provide free access to basic public health services in both modern and traditional medicines.” In the face of rising costs, increased demand for quality health services and dwindling global resources for health, provision of free health services represents a major challenge.
117. Bhutan’s difficult geographical terrain and scattered population continue to pose challenge in the move towards providing universal quality services.
118. Shortage of human resources continues to plague the health system while the system gears towards providing a responsive and equitable access to quality health care. Even the world as a whole is facing shortage of four million doctors, nurses and other health personnel. While numerous initiatives have been made with visible achievements in this front, we are yet to attain the international standards with respect to health HR indicators to ensure top notch quality of care.
119. Given its inherent complexities, health procurement is a highly specialized and technical service. The volume of resources involved also makes it susceptible to corrupt practices. In view of this, there is a need to have a highly professional body with skilled manpower in appropriate disciplines supported by sound and transparent systems. While the Ministry has made tremendous initiatives/reforms toward this end, it is still constrained by the absence of health procurement specialists.

༡༢༠ ། འབྲུག་ཉེན་མེད་པའི་ནད་རིགས་ཚུ་ ཉེ་མ་ལས་ར་ འབྲུག་མི་ཚུའི་ཡུན་རིང་དུ་གོམས་འདྲིས་
 ཆེ་བའི་ འཆོ་བའི་གནས་སྤངས་དང་ རང་ལུགས་རྒྱུ་རིགས་མང་བའི་བཞེས་སྒོ་ དེ་ལས་
 ཆང་དང་ཏམ་ཁུ་ ཆད་ལས་བཞུལ་ཏེ་ སྤྱད་སྤེལ་ཡོད་པའི་གོམས་གཤེས་ལུ་ རྒྱབ་བརྟེན་སྟེ་
 ར་ཡོད་པ་ལས་ གྲུ་རམ་གྱི་ནད་དང་ ལྷག་ཤུགས་ཆེ་བའི་ནད་གཞི་ དེ་ལས་ ཀུན་སར་དང་
 སྤྱུམ་འཁོར་ཐུག་ཀྱིན་ལས་བརྟེན་པའི་ མ་སྦྱོན་བྱུང་མའི་གྲངས་ཁ་ཚུ་ ཡར་འཕར་སོང་བཞིན་
 དུ་ཡོད།

༡༢༡ ། གནས་གཤེས་འགྲུར་བཤོད་ཀྱིས་ སྟོན་བཤད་འབད་མ་ཚུགས་པའི་ རོ་འགྲན་སྟོམ་བཟོ་དོ་
 ཡོད་པའི་ མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། འཕམ་འཕམ་ར་ ཚུ་རུད་དང་ གངས་མཚོ་བོད་འོང་མི་ དེ་
 ལས་ ས་རུད་ཀྱི་ཁྱེད་རན་ཚུ་གིས་ འགོ་བ་མའི་རྒྱ་དངོས་དང་ཆེ་སྟོག་ལུ་ ཉེན་ཁ་དང་ལུན་
 པའི་གཞོན་སྦྱོན་སྟོམ་ རྒྱབ་མི་གིས་མ་ཆད་པར་ ནད་འབྱུབ་ཀྱིས་ མཐོགས་ཐུགས་སྟེ་སྟེལ་
 མི་ ཆ་བྱོད་ཀྱི་ནད་རིགས་དང་ ཚུ་ལས་བརྟེན་པའི་ནད་གཞི་ དེ་ལས་ ཟས་བཅུད་ཐོབ་མ་
 ཚུགས་པའི་ གནས་སྤངས་ཀྱི་རྣམ་པའི་ཐོག་ མི་མང་གི་འཕྲོད་བསྟེན་ལུ་ དམིགས་བསལ་
 གྱི་ཉེན་ཁ་སྟོམ་བཟོམ་ཨིན། དེ་གིས་མ་ཆད་ རྒྱ་ཀོན་ཐུགས་དང་ རྒྱ་རྒྱ་སྟེལ་འགྲོ་མི་ལུ་
 བརྟེན་ འབྲུག་མི་ཡོངས་ལུ་ ཉེན་ཁ་མེད་པའི་འབྲུང་ཚུའི་ཐོབ་སྤྱོད་ སྤྱོད་ཚུགས་པ་འབད་ནིའི་
 འབད་ཚུལ་ལུ་ རོ་འགྲན་སྟོམ་བཟོམ་ཨིན་མས།

༡༢༢ ། སྤྱི་ལོ་༢༠༢༠ལས་ འབྲུག་གི་མི་འབོར་ཡོངས་བསྟོམས་ལས་ བརྒྱ་ཆ་༥༠གི་ཕྱིས་ ཁྲོམ་སྤེའི་
 ནད་སྟོབ་བཤད་འབད་སྟོན་ནི་ཨིན་པའི་སྟོན་རྟོགས་བྱུང་ཡི། ཁྲོང་གསེབ་ལས་ ཁྲོམ་ཁ་ལུ་ སྟོ་
 བཤད་འབད་འོང་མི་གིས་ ཁྲོམ་སྤེའི་ས་ཁོངས་ནང་ མི་མ་ཤོང་བའི་དཀའ་ངལ་དང་ གཙང་
 སྤྱི་འཕྲོད་བསྟེན་མེད་པའི་དཀའ་ངལ་ དེ་ལས་ ལྷང་མ་དང་ཚུ་ཚུ་ བཅོག་པ་དང་ཁམ་ལོག་སི་
 སི་བཟོ་ཐོག་ལས་ གཟུགས་ཁམས་འཕྲོད་བསྟེན་ལུ་ འགལ་ལྗོངས་གཞོན་སྦྱོན་སྟོམ་རྒྱབ་ཡོད་
 པའི་མངོན་གསལ་བྱུང་ཡི། བྱང་གཏོང་ལེན་གྱི་རྩ་ལམ་དང་ ནད་འབྱུབ་ཁབ་སྟེལ་སྟེ་འགྲོ་སའི་
 རྒྱུ་ལམ་ དཔེར་ན་ བད་ཀན་སྟོ་གཙང་དང་ རོན་ཉིང་གི་ནད་གཞི་ དེ་ལས་ ནད་འབྱུབ་
 གཞན་ལུ་བརྟེན་སྟོན་མི་ནད་འབྱུབ་(ཉེལ་མིན་ཐིག་ཨིན་ཐིག་ཤུན་)ཚུ་བརྒྱུད་དེ་ ནད་རིགས་ཚུ་
 མཐོགས་ཐུགས་སྟེ་ ཁབ་སྟེལ་འགྲོམ་ཨིན། ལྷག་པར་དུ་ སྟེར་དབང་མེད་པར་ སེམས་ཀྱི་
 སྤྱུག་བསལ་དང་ ཆ་གྲང་ཐོག་སྟོན་དགོཔ་བྱུང་མི་གིས་ཡང་ ཆེད་དུ་དམིགས་ཏེ་ རང་གིས་
 རང་ལུ་གཞོན་སྦྱོན་རྒྱབ་ནི་དང་ རང་གིས་རང་སྟོག་གཙང་ནི་དང་ གཞན་དམར་བསད་ཀྱི་ཁྱེན་
 གཉིས་ཆར་དང་ སྤྱིར་བཏང་ལུ་ སེམས་ཁམས་ཀྱི་ནད་གཞི་ལུ་ སན་གོགས་སྟོམ་འབདམ་
 ཨིན། བཅོག་རྒྱང་གིས་ཡང་ ནད་རིགས་སྟེལ་ནི་དང་ ཤི་ཁྱེན་གྱི་རྒྱ་ཁྱེན་སྟོམ་འབདམ་ཨིན།

120. Non-Communicable Diseases (NCD) is already establishing its stronghold with sedentary lifestyle, traditionally high-fat based dietary habit and consumption of alcohol and tobacco. Consequently, diabetes, hypertension, cancers and traffic injuries are increasingly on the rise.
121. Climate change poses a major, and largely unpredictable, challenge. Besides the risk to properties and human lives from frequent flashfloods, Glacial Lake Outburst Flood and landslides, significant public health vulnerabilities exist in the form of wider spread of vector borne tropical diseases, waterborne illnesses and malnutrition. Besides, the scarcity and drying up of water sources present significant challenges in our move towards universal coverage of safe drinking water.
122. By 2020, it is projected that more than 50 percent of the population in Bhutan will be living in urban areas. Urbanisation leads to overcrowding, sanitation issues and deterioration of air and water quality thereby adversely impacting health. Diseases transmitted through respiratory and fecal-oral routes such as tuberculosis, rheumatic heart diseases and helminthic infections will be more frequent. Further, the stress of living with limited privacy contributes to the rates of intentional injuries, both suicide and homicide, and to mental illness in general. Air pollution would assume major role in morbidity and mortality.

༡༣༩ ་ གཞོན་ཉེན་ཅན་གྱི་ནད་རིགས་ དཔེར་ན་ ཡེ་ཆེ་ཉེན་ཉ་དང་ ཡེ་ཆེ་ལྡེན་ཉ་ སྤེལ་འོང་མི་དང་
ལོག་ཅི་རང་སྤེལ་འོང་མི་གིས་ གསོ་བའི་འཕྲོད་བསྟེན་ལས་ཚན་ལུ་ གདོང་ལེན་གྱི་ཚུགས་
གྲུབ་དང་ མ་དདུལ་གྱི་འབྱུང་ཁུངས་གཉིས་ཆ་རའི་ཁ་ཐུག་ལས་ རོ་འགུན་ཅན་ཅིག་ལུ་གྱུར་
ཏེ་ཡོད།

༡༤༠ ་ དབང་ཚད་མིར་སྤེལ་ཐོག་གི་གསོ་བའི་ཞབས་ཏོག་འཛིན་སྐྱོང་ལུ་ འཛིན་སྐྱོང་གི་ལས་དོན་ནང་
ཕན་ཐུས་ཚུང་བ་དང་ འབྲེལ་མཐུན་གྱི་གནས་སྤངས་ཞན་པ་ལས་ དེ་ལས་ གཞི་རྟེན་མཁོ་
ཆས་ཀྱི་ བཟོ་རིག་དང་ ལག་ལེན་དང་རྒྱན་སྐྱོང་ནང་ ཚུགས་གྲུབ་ཞན་པ་དང་ གནས་གོང་
མཐོ་བའི་ གསོ་བའི་མཁོ་ཆས་ཚུ་དང་འབྲེལ་བའི་ གནད་དོན་མང་རབས་ཅིག་གི་དཀའ་ངལ་
ཚུ་ གདོང་ལེན་འབད་དགོཔ་བྱུང་སྟེ་ཡོད་ཟེར་བྱ་ནི་ཡིན།

123. Emerging and re-emerging infectious diseases like H1N1, H5N1 pose severe challenges to the health sector both in terms of response capacity and financial resource.
124. Decentralization health services management is plagued with a host of issues related to inefficiencies in management, weak coordination and meagre capacity in engineering, operations and maintenance of infrastructure and high-end/sophisticated medical equipments.

