

# स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति

सुधारको लागि कार्यदिशा



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय  
काठमाडौं, नेपाल

२०६१ (सन् २००४ अक्टुबर)



# स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति सुधारको लागि कार्यदिशा



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय  
काठमाडौं, नेपाल

२०६९ (सन् २००४ अक्टुबर)



# विषयसूची

प्राक्कथन	v
शब्द संक्षेप	vi
कार्यकारी सारांश	vii
विषय प्रवेश	१
स्थिति विश्लेषण	२
स्वास्थ्य क्षेत्र र सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू	५
स्वास्थ्य क्षेत्रका मुख्य मुद्दाहरू	७
रणनीतिका मुख्य तत्वहरू	१०
कार्यक्रम प्रतिफलहरू (Programme Outputs)	१०
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफलहरू (Sector Management Outputs)	१०
कार्यक्रम प्रतिफल १: अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरू	११
कार्यक्रम प्रतिफल २: विकेन्द्रित स्वास्थ्य व्यवस्थापन	१२
कार्यक्रम प्रतिफल ३: सार्वजनिक निजी साभेदारी	१२
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल १: समन्वित तथा सङ्गतियुक्त क्षेत्रगत व्यवस्थापन	१३
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल २: वित्तव्यवस्था तथा श्रोत विनियोजन	१४
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ३: भौतिक सम्पत्ति, औषधि तथा औजार उपकरणको व्यवस्थापन	१४
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ४: मानव संसाधन विकास	१५
क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ५: एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणाली र गुणस्तर सुनिश्चितता नीति	१५
अन्य क्रियाकलापहरू	१६
रणनीतिको कार्यान्वयन	१६
अनुसूची १: समयानुक्रमअनुसार प्रमुख सन्दर्भ सामग्रीहरू	१७
अनुसूची २: योगदानकर्ताहरूको नामावली	१८
अनुसूची ३: स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई कार्यान्वयनमा ल्याउने सम्बन्धमा नेपाल सरकार, मन्त्रिपरिषदको स्वीकृति	१९



## प्राक्कथन

श्रोत र साधनको थप समतामुखी वितरणद्वारा स्वास्थ्यलाई स्वीकार्यस्तरमा पुऱ्याउने तथा जनताको जीवनस्तरमा सुधार ल्याउने उद्देश्यले स्वास्थ्यमा समतामुखी पहुँचको व्यवस्था गर्नु आजको नेपालको निम्ति प्रमुख चासोको विषय हो। यसै बमोजिम राष्ट्रिय स्वास्थ्य पद्धतिलाई सुधार गर्नका लागि नीति निर्माणस्तरबाट प्रयासहरू भइरहेका छन्। वितेका पछिल्ला केही वर्षहरूमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा विभिन्न विश्लेषणात्मक कार्यहरू भएका छन्। उदाहरणको लागि, कार्य सञ्चालनस्तरका मुद्दाहरू तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा श्रोतको प्राथमिकीकरण, सार्वजनिक खर्च पुनरावलोकन, २० वर्षे दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनालाई कार्यान्वयन गर्ने रणनीतिक विश्लेषण, मध्यमकालीन रणनीतिक योजना, मध्यावधि खर्च संरचना तथा नेपालको पहिलो गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्रको रूपमा रहेको दशौं पञ्चवर्षीय योजनाभित्रको स्वास्थ्य खण्डका लागि गरिएका अभ्यासहरूलाई लिन सकिन्छ। माथिका मध्ये धेरैजसो तथा अन्य यस्तै प्रतिवेदनहरूले पनि एउटा निस्कर्ष निकालेका छन्। त्यो निस्कर्षमा के भनिएको छ भने स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले त्यस्ता समस्याहरूलाई बढी ध्यान दिनुपर्छ जसले अति उच्चदरको मृत्यु (Mortality) तथा रोग भार (Burden of Diseases) बढाउनका लागि असमानुपातिक र अधिकतम योगदान गरिरहेका छन्। ती सबै समीक्षा र अध्ययनले स्वास्थ्य क्षेत्रमा एउटा त्यस्तो सङ्गतियुक्त रणनीति (Coherent Strategy) को विकास गर्नुपर्ने कुरामा सङ्केत गरेका छन् जहाँ सम्पूर्ण इच्छुक पक्षहरूले स्वास्थ्यमा राम्रो असर (Better Health Outcomes) हासिल गर्ने कार्यमा सघाउ पुऱ्याउन सकून्।

उपर्युक्त पृष्ठभूमिको सन्दर्भमा प्रस्तुत “स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति: सुधारका लागि कार्यदिशा” तयार गरिएको हो। यो रणनीति तयार गर्दा नीति निर्माता, कानून निर्माता, विकासका बाह्य साभेदार, गैरसरकारी संस्था, प्राज्ञ, निजी क्षेत्रलगायत अन्य सम्बन्धित सरोकारवालाहरू गहनरूपमा संलग्न भई कार्यशाला, बैठक, सेमिनार, समूह कार्य गरिनुका साथै राष्ट्रिय एवम् अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाताहरूको समेत उपयोग गरिएको थियो।

अतः प्रस्तुत स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति तर्जुमाको प्रक्रियामा सरोकारवालाहरूको बृहत् संलग्नता हुन सकेकोमा मन्त्रालय सन्तुष्ट रहेको छ। साथै प्रस्तुत रणनीति तयार गर्ने सिलसिलामा योगदान दिनुहुने सबै महानुभावहरू तथा विशेषतः सांसदहरू, राष्ट्रिय योजना आयोगका सदस्य एवम् पदाधिकारीहरू, अर्थ मन्त्रालय, स्थानीय विकास मन्त्रालय, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र स्वास्थ्य सेवा विभागका पदाधिकारीहरू तथा यस कार्यमा संलग्न अन्तर्राष्ट्रिय, द्विपक्षीय, बहुपक्षीय एवम् दातृसंस्था एवम् तिनका प्रतिनिधिहरूलाई मन्त्रालयले धन्यवाद ज्ञापन गर्दछ। साथै मुख्य कार्यदल (Core Group) का सदस्यहरू तथा कार्य समूहहरू (Working Groups) का सम्पूर्ण सदस्यहरूको प्रयासप्रति मन्त्रालयले आभार प्रकट गर्न चाहन्छ। प्रस्तुत रणनीति मस्यौदा एवम् तयारीमा सघाउनुहुने अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाताहरू तथा यो प्रयासलाई सफल बनाउन निकै कडा मिहिनेत गर्ने स्थानीय परामर्शदाताहरू, परामर्शदातृ संस्थाहरू तथा समन्वयकर्तालाई हामी खुलेर प्रशंसा गर्न चाहन्छौं। प्रस्तुत रणनीतिको प्रकाशनमा सघाउनुहुने जिल्ला स्वास्थ्य सुदृढीकरण परियोजना (District Health Strengthening Project- DHSP) प्रति हामी निकै कृतज्ञ छौं।

प्रस्तुत रणनीतिलाई स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले सन् २००२ मा स्वीकृत गरेको र पछि नेपाल सरकार मन्त्रपरिषद्ले सन् २००३ को डिसेम्बरमा त्यसलाई अनुमोदन गरेको छ।

**डा. महावीरकृष्ण मल्ल**

प्रमुख विशेषज्ञ

नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखा  
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय

सन् २००४ जुन

## शब्द संक्षेप

स्वाजमं	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय
गैसस	गैरसरकारी संस्था
गाविस	गाउँ विकास समिति
DALYs	Disability Adjusted Life Years (दुर्बलता समायोजित जीवन वर्षहरू)
DHS	Demographic and Health Survey (जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण)
DHSP	District Health Strengthening Project (जिल्ला स्वास्थ्य सुदृढीकरण परियोजना)
EDP	External Development Partner (विकासका बाह्य साभेदार)
EHCS	Essential Health Care Services (अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा)
GoN	Government of Nepal (नेपाल सरकार)
HSRC	Health Sector Reform Committee (स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति)
HuRDIS	Human Resource Development Information System (मानवीय स्रोत विकास सूचना पद्धति)
LSM	Living Standard Measurement (जीवनस्तर मापन)
MDGs	Millenium Development Goals (सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू)
MTEF	Medium Term Expenditure Framework (मध्यावधि खर्च संरचना)
NHSP-IP	Nepal Health Sector Program- Implementation Plan (नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-कार्यान्वयन योजना)
PPNP	Public Private NGO Partnership (सार्वजनिक, निजी तथा गैरसरकारी संस्था साभेदारी)
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper (गरिबी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र)



## कार्यकारी सारांश

यो स्वास्थ्य क्षेत्र सम्बन्धी रणनीतिको निर्माण नेपाल सरकार, गैरसरकारी संघसंस्थाहरू, निजी क्षेत्र तथा विकासका बाह्य साझेदारहरू (External Development Partners) को गत तीन वर्षको महत्वपूर्ण प्रयासको परिणाम हो। यसको तर्जुमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति (सन् १९९९) र दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७) लगायतका सरकारका स्वास्थ्य क्षेत्र सम्बन्धी विभिन्न महत्वपूर्ण दस्तावेजहरूमा आधारित छ।

नेपाल सरकारको गरिबी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र (Poverty Reduction Strategy Paper) मा निर्धारित गरिएअनुसार सरकार र यसका विकासका बाह्य साझेदारहरूका तर्फबाट गरीबी न्यूनीकरण र सहस्राब्दी विकास लक्ष्य प्राप्तिका लागि गहकिलो प्रतिबद्धता जनाइएको छ। यो रणनीति समष्टिगत रूपमा स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि भए तापनि यो विशेषतः स्वास्थ्य क्षेत्रले गरीबी न्यूनीकरणका साथै गरीब एवम् दुर्गम क्षेत्रका बासिन्दाहरूको स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्नमा कसरी योगदान पुऱ्याउन सक्छ भन्नेमा केन्द्रित छ।

नेपाल संसारका गरिबतम देशहरूमध्येको एउटा देश हो जसको प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष आय करीव २३५ अमेरिकी डलर छ। यसको जनसङ्ख्या वृद्धिदर उच्च छ, जुन २.३ प्रतिशत प्रतिवर्ष छ। आगामी २० वर्षमा अहिले करीव २ करोड ३० लाखको हाराहारीमा रहेका जनसङ्ख्यामा लगभग ६० प्रतिशतले वृद्धि हुने अनुमान गरिएको छ। सन्तान जन्माउन सक्ने उमेरका महिलाहरूको सङ्ख्यामा ७१ प्रतिशतले वृद्धि हुने अनुमान गरिएको छ। औसत आयु ज्यादै न्यून अर्थात ५९ वर्ष रहेको छ। तर यसमा पनि उल्लेखनीय क्षेत्रीय असमानताहरू छन्। काठमाडौं उपत्यकामा औसत आयु ७४.४ वर्ष रहेको देखिएको छ र शहरी क्षेत्रको प्रौढ जनसङ्ख्यामा तीन गुणाभन्दा बढी वृद्धि हुन जाने अपेक्षा गरिएकोले नसर्ने खालका (Non-communicable) रोगहरूको उपचारको माग बढ्दै जाने देखिन्छ। अझ यसमा सुर्ती र मदिरा सेवनसँग सम्बन्धित रोगहरू ज्यादै ठूलो समस्याको रूपमा थपिँदै जाने स्थिति छ। १९ वर्षभन्दा माथि उमेरका ६० देखि ८५ प्रतिशत जनसङ्ख्याले धुम्रपान गर्ने गर्दछन् भन्ने अनुमान गरिएको छ र यसको सबैभन्दा बढी प्रभाव पर्वतीय क्षेत्रमा देखिन्छ। त्यस्तै जनसङ्ख्याको ५० प्रतिशतभन्दा बढीले मदिरा सेवन गर्ने गरेको पाइन्छ।

नेपालमा रोगको ढाँचा (Pattern of Morbidity) सङ्क्रामक रोगहरू, पोषणजन्य विकारहरू (Nutritional Disorders) तथा मातृ एवम् प्रसूतिजन्य रोगहरूबाट बढी प्रभावित भएको पाइएको छ (समूह १)। मृत्यु सङ्ख्याको आधा भाग र दुर्बलता समायोजित जीवन वर्ष (Disability Adjusted Live Years/DALYs) को दुई तिहाई भाग उपर्युक्त रोगकै कारणबाट भएको पाइएको छ। तथापि कतिपय न्यून आय भएका मुलुकहरूको स्तरमा नै नपुगिसकेको भए पनि नसर्ने खालका रोगहरू तुलनात्मक महत्वका साथ वृद्धि हुन शुरु भइसकेको छ।

सबैभन्दा बढी खतरायुक्त समूहहरूमा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरू, मुख्यतः बालिकाहरू, रहेका छन् जुन सबै महिला मृत्यु सङ्ख्याको ५२.५ प्रतिशत रहेको छ। त्यस्तै त्यसपछि यस्तो खतरायुक्त समूहमा सन्तान जन्माउन सक्ने उमेरका महिलाहरू पर्दछन्। पाँच वर्षमुनिको उमेरका बालबालिकाहरूको सङ्ख्या कुल जनसङ्ख्याको १६ प्रतिशत मात्र रहेको भए तापनि यसले गुमेको DALYs को कुल सङ्ख्यामध्ये ५० प्रतिशतभन्दा बढी हिस्सा ओगटेको छ। यसैगरी पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको मृत्यु सङ्ख्याको ८० प्रतिशत कारण समूह १ अन्तर्गतका रोगहरू हुन्। १५ देखि ४४ वर्ष उमेरका महिलाहरूले समान उमेरका पुरुषहरूको तुलनामा २६ प्रतिशत बढी DALYs गुमाएका हुन्छन्। यो थप क्षतिको बढी कारण गर्भधारण सम्बन्धी समस्याहरूसँग गासिएको छ।

स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको समता (Equity of Access) को मुद्दा (Issue) ले यी रोगहरूको प्रभावको सन्दर्भलाई जटिल तुल्याउछ। दुर्गम क्षेत्रमा आवतजावत गर्न लाग्ने खर्च गरिबहरूका लागि स्वास्थ्य सेवासम्म पहुँचका लागि उल्लेखनीय अवरोधक (Deterrent) हो। त्यसैले समतासम्बन्धी सबैभन्दा ठूलो विभेद सिर्जना गर्नुमा बसोबासको क्षेत्रले अहम् भूमिका खेल्ने गरेको पाइन्छ।

हालका वर्षहरूमा केही वास्तविक वृद्धिका बावजूद अबै पनि नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी (Health Expenditure) निकै कम छ। हाल प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष कूल लगानी करीब १०.५० अमेरिकी डलर रहेको छ, जसमध्ये ७.४० अमेरिकी डलर निजी क्षेत्रको लगानी रहेको छ। निजी क्षेत्रको लगानीको ठूलो भाग पनि व्यक्तिको आफ्नो खर्चबाट व्यहोरिने खर्च (Out of Pocket Expenditure) हो जसको करीब ७० प्रतिशत त औषधिमा खर्च गरिन्छ। यस्तो खर्च या त सरकारी संस्थाहरूको सुविधा प्रयोग या निजी क्षेत्रसँग लागत साभेदारीमा खर्च गर्ने गरिन्छ।

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रले सामना गर्नुपरेका चुनौतीहरू अन्य न्यून आय भएका मुलुकहरूका भैं छन् - जस्तो कि एउटा अपर्याप्त श्रोत भएको सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्र र एउटा तीव्र गतिले विस्तारित हुँदै गइराखेको तर नियमन नगरिएको (Unregulated) निजी क्षेत्र। एकातिर जहाँ सरकारले गरीब र जोखिममा रहेकाहरू (Vulnerable) ले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) पाउनु भनी सुनिश्चित गर्न ध्यान केन्द्रित गर्नु जरुरी छ भने अर्कातिर यो तब मात्र सफल हुन सक्छ जब सरकारले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) भन्दा बाहिरका स्वास्थ्य सेवा लिन चाहने जनताको अपेक्षासमेत धान्ने गरी वित्तीय र नियमनसम्बन्धी दुवै पद्धतिहरूलाई उपयुक्तरूपले सुनिश्चितता प्रदान गर्दछ। अतः रणनीतिमा सम्बोधन गरिनुपर्ने विषयहरू निम्नवमोजिम रहेका छन्:

- सरकार र साभेदारहरूले स्वास्थ्यका लागि व्यक्तिले आफ्नो खर्चबाट गर्ने खर्च (Out of Pocket Expenditure), जुन ७० देखि ७५ प्रतिशतसम्म पर्दछ, को उचित प्रतिफल कसरी उपलब्ध गराउने ?
- सरकार र साभेदारहरूले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) मा गरीब र जोखिममा रहेका वर्गहरूको पहुँचलाई कसरी सुनिश्चित गर्ने ?
- सरकारी स्वास्थ्य सेवाहरू अधिकतम किफायती ढङ्गले सञ्चालन गर्नुपर्ने कुरालाई सरकारले कसरी सुनिश्चित गर्ने ?
- अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) भन्दा बाहिरका सेवाहरूसम्मको पहुँचलाई सरकारले कसरी सुनिश्चित गर्ने ?
- क्षेत्रगत कार्य सम्पादन (Sector Performance) को अनुगमन कसरी गर्ने ?

रणनीतिको जोड प्रतिफल (Outputs) र स्वास्थ्य सम्बन्धी नतिजा (Health Outcomes) हासिल गर्नमा हुनेछ। यद्यपि रणनीतिले दोस्रो दीर्घकालीन योजनाको अन्तसम्मको अवधि अर्थात् आगामी १५ वर्षसम्मको समयावधिलाई समाहित गर्न सक्ने हुन्छ तापनि सरकारले पहिलो पाँच वर्षका लागि निर्दिष्ट गरिएका प्रतिफलहरू यथार्थपरक र हासिल गर्न गर्न सकिने किसिमका हुनुपर्दछ, भन्ने स्वीकारेको देखिन्छ। यसको अर्थ हुन्छ ठीकसँग चयन गर्नु र प्राथमिकता निर्धारण गर्नु। सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू (Millenium Development Goals/MDGs) हासिल गर्न सहयोग पुऱ्याउने कार्यक्रमहरू (Interventions) लाई प्राथमिकता दिनु आवश्यक छ। सरकारले तीनवटा कार्यक्रम प्रतिफलहरू र पाँचवटा क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफलहरू निर्धारित गरेको छ जुन आगामी पाँच वर्षका लागि सुधार कार्यक्रमको केन्द्रमा रहने छन्। ती हुन्:

### कार्यक्रम प्रतिफलहरू (Program Outputs)

१. अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाका प्राथमिकताप्राप्त तत्वहरू - सुरक्षित मातृत्व र परिवार नियोजन, बाल स्वास्थ्य, सरुवा रोग नियन्त्रण र सुदृढ बहिरङ्ग सेवा (Strengthened Out-patient Care) को लागि आवश्यक लागत निर्धारण गरिनेछ, त्यसको लागि आवश्यक श्रोतहरू विनियोजन गरिनेछ, र त्यसको कार्यान्वयन गरिनेछ। गरीब र जोखिममा रहेका वर्गहरूको सेवामाथिको पहुँचलाई प्राथमिकता दिने गरी स्पष्ट प्रणालीहरू कार्यान्वयनमा ल्याइनेछन्।
२. स्थानीय निकायहरू (Local Bodies) स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र यसका क्षेत्रगत साभेदारहरूको प्रभावकारी सहयोगबाट सहभागितामूलक, उत्तरदायी र पारदर्शी ढङ्गले स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन गर्न जिम्मेवार र सक्षम हुनेछन्।
३. स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा निजी क्षेत्र र गैरसरकारी संस्था (गैसस) हरूको भूमिकालाई सबै तहमा सहभागितापूर्ण प्रतिनिधित्वका साथ अङ्गीकार गर्दै त्यसको विकास गरिनेछ। उपभोक्ताहरूले पैसा तिरे बापत लागत प्रभावी र उच्च गुणस्तरयुक्त सेवा पाउने सुनिश्चितता सहितको स्पष्ट पद्धति बसालिनेछ।

**क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफलहरू** (Sector Management Outputs)

१. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयमा विकेन्द्रीकृत सेवा प्रवाहमा सघाउ पुऱ्याउनका लागि गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्रसमेतको संलग्नतामा समन्वित तथा सङ्गतियुक्त क्षेत्रगत व्यवस्थापन (योजना र कार्यक्रम तर्जुमा, बजेट, वित्तव्यवस्था एवम् कार्यसम्पादन व्यवस्थापन) स्थापित गरिनेछ ।
२. वैकल्पिक वित्तीय श्रोत व्यवस्थाको योजनासहित सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि वित्तीय श्रोतको व्यवस्था र श्रोतको विनियोजन गराउने व्यवस्था दिगोरूपमा विकसित गरिनेछ ।
३. स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयभित्र भौतिक सम्पत्तिको प्रभावकारी व्यवस्थापन तथा औषधि तथा औजार उपकरणको खरिद र वितरणका लागि संरचना र प्रणालीको स्थापना र श्रोतको विनियोजन गरिनेछ ।
४. मानव संसाधन विकासका लागि स्पष्ट तथा प्रभावकारी नीति, योजना प्रणाली र कार्यक्रमहरूको व्यवस्था गरिनेछ ।
५. सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि एउटा विस्तृत तथा एकीकृत व्यवस्थापन सूचना प्रणाली तयार पारी सबै तहमा लागू गरिनेछ ।

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनामा समाविष्ट अन्य क्रियाकलापहरूले पनि अवश्य नै निरन्तरता पाउनेछन् तर पहिलो पाँच वर्ष (सन् २००२/०३ देखि २००६/०७ सम्म) का लागि माथिका विषयहरू क्षेत्रगत सुधार कार्यक्रमको केन्द्रमा रहने छन् भने दशौं पञ्चवर्षीय योजनाको पहिलो वर्ष (सन् २००२/०३) लाई तयारी अवधि (Preparatory Period) को रूपमा लिइएको छ ।

यस रणनीतिको कार्यान्वयनका लागि लागत सहितको क्षेत्रगत योजना तर्जुमा गरिनेछ (सन् २००२ को डिसेम्बर सम्ममा) । यसले नेपाल सरकारको दशौं पञ्चवर्षीय योजना (सन् २००२-२००७) लाई समेट्नेछ र यसको मध्यावधि खर्च संरचना (MTEF) माथि ध्यान पुऱ्याउनेछ । उक्त लागत सहितको क्षेत्रगत योजनाले यस रणनीतिको कार्यान्वयनका लागि थप आर्थिक र प्राविधिक सहयोगको पहिचान गर्नेछ । विकासका बाह्य साभेदार (EDP) हरूसँग त्यस्तो सहयोग कसरी उपलब्ध गराउन सकिन्छ, भन्नेबारे सहमतिका लागि वार्ता गरिनेछ । रणनीति कार्यान्वयनको कामको अभिभारा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति (HSRC) र यसको प्रमुख कार्यदल (Core Group) ले लिनेछ । उनीहरूलाई स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखामा रहेको कार्यक्रम तयारी टोली (Program Preparation Team) ले सहयोग गर्नेछ ।

यद्यपि रणनीतिको कार्यान्वयनका लागि प्रमुख सरोकारवालाहरूको संलग्नतालाई सुनिश्चित गर्ने मुख्य मञ्च स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति र यसको प्रमुख कार्यदल हुनेछ, तापनि वार्षिक योजना र प्रगति एवम् स्वास्थ्य सम्बन्धी नतिजाहरू (Health Outcomes) को वार्षिक समीक्षालगायतका काम मिलेर सँगै गर्ने मार्ग प्रशस्त गर्न यस्तो सम्बन्धलाई एउटा समझदारी पत्र (Memorandum of Understanding) मार्फत् औपचारिकता प्रदान गर्न सिफारिस गरिएको छ ।

नेपाल, सन् २००२ अगष्ट



## विषय प्रवेश

यो स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको निर्माण नेपाल सरकार, गैरसरकारी संघ संस्था, निजी क्षेत्र तथा विकासका बाह्य साझेदारहरूको विगत तीन वर्षको महत्वपूर्ण प्रयासको परिणाम हो। यो कार्य सन् १९९९ को शरद ऋतुमा स्वास्थ्य क्षेत्रको संयुक्त समीक्षाबाट शुरु भयो र यसले स्वास्थ्य मन्त्रीको अध्यक्षतामा गठित स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति र सो समितिद्वारा गठन गरिएको एउटा प्रमुख कार्यदल (Core Group) को नेतृत्वमा विभिन्न कार्यशाला गोष्ठी र परामर्शसभाहरूको माध्यमबाट निरन्तरता पाइराखेको छ।

यस रणनीतिमा नेपाल सरकारका विभिन्न स्वास्थ्य क्षेत्र सम्बन्धी प्रमुख दस्तावेजहरू समाहित गरिएका छन्। जस्तै: सन् १९९९ को राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७), सो योजनालाई सहयोग पुऱ्याउन गरिएको रणनीतिक विश्लेषण (सन् २००० मई), सो योजनालाई कार्यान्वयन गर्न तयार गरिएको सन् २००१ मा स्वीकृत मध्यावधि रणनीतिक योजना, त्यो योजनाको प्रथम तीन वर्षका लागि तयार गरिएको मध्यावधि खर्च संरचनाको मस्यौदा र स्वास्थ्य सेवा विभागले कार्यक्रम विशेषको लागि तयार पारेका नीतिगत दस्तावेजहरू (दशौं पञ्चवर्षीय योजनाको लागि तयार पारिएको अवधारणापत्र अथवा स्वास्थ्य सम्बन्धी अवधारणापत्र (Health Approach Paper) - नेपाल सरकारको गरिवी निवारण रणनीति पत्र (PRSP) समेत)।

गरिवी निवारण र सहस्राब्दी विकास लक्ष्य प्राप्त गर्नका लागि नेपाल सरकार र यसका विकासका बाह्य साझेदारहरूको निकै ठूलो प्रतिबद्धता रहेको छ। नेपाल सरकारको गरिवी निवारण रणनीतिपत्र र यसको वित्तीय आधारपत्र (Fiscal Framework) अर्थात् मध्यावधि खर्च संरचना (MTEF) मा यस सम्बन्धी व्यवस्था गरिएको छ। यस दस्तावेजमा निर्धारित गरिएको स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिबाट, समस्त स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि रणनीति निर्धारण गरिनुका साथै स्वास्थ्य क्षेत्रले गरिवी निवारणमा र गरिब तथा दुर्गम क्षेत्रका बासिन्दाहरूको स्वास्थ्य सपार्न के कसरी योगदान पुऱ्याउन सक्दछ भनी विशेषरूपमा ध्यान केन्द्रित गरेको देखिन्छ। यसका प्रतिफलहरूले दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाका प्रथम पाँच वर्षहरूलाई ध्यान दिएको देखिन्छ तर यसका रणनीतिक उद्देश्यहरू योजनाका समष्टिगत उद्देश्यहरूअनुसार नै छन्।

# स्थिति विश्लेषण

नेपालमा हालै विस्तृतरूपमा दुईवटा स्थिति विश्लेषणहरू सम्पन्न भएका छन् जसको संक्षिप्त सार यहाँ दिइएको छ। ती हुन्: 'स्वास्थ्य क्षेत्रको संयुक्त समीक्षा' (सन् १९९९ को शरद ऋतुमा) र 'स्वास्थ्य क्षेत्रको कार्य सञ्चालन सम्बन्धी मुद्दाहरू र श्रोतहरूको प्राथमिकता निर्धारण' सम्बन्धी विश्व बैङ्कको प्रतिवेदन (सन् २००० जुन)। नेपाल संसारका सबभन्दा गरिब देशहरूमध्येको एउटा देश हो जसको प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष आय करीब २३५ अमेरिकी डलर छ। यसको जनसङ्ख्या वृद्धिदर उच्च छ, जुन २.३ प्रतिशत प्रतिवर्ष छ। आगामी २० वर्षमा अहिलेको करिब २ करोड ३० लाखको जनसङ्ख्यामा लगभग ६० प्रतिशतले वृद्धि हुने अनुमान गरिएको छ। सन्तान जन्माउन सक्ने उमेरका महिलाहरूको सङ्ख्यामा ७१ प्रतिशतले वृद्धि हुने अनुमान गरिएको छ, जसले गर्दा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाहरूको मागमा वृद्धि हुनेछ। नेपालको औसत आयु ५९ वर्ष मात्र रहेको छ तर यसमा पनि उल्लेखनीय क्षेत्रीय असमानताहरू छन्। काठमाडौं उपत्यकाको औसत आयु ७४.४ वर्ष भएको देखिएको छ र शहरी क्षेत्रको प्रौढ जनसङ्ख्या (Elderly Population) मा तीन गुणाभन्दा बढी वृद्धि हुने अपेक्षा गरिएकोले नसर्ने खालका रोगहरू (Non-communicable Diseases) को उपचारको माग बढ्न जानेछ। अझ यसमा सुर्ती र मदिरा सेवनसँग सम्बन्धित रोगहरू ज्यादै ठूलो समस्याको रूपमा थपिन जानेछन्। १९ वर्षभन्दा माथिका उमेरका ६० देखि ८५ प्रतिशत जनसङ्ख्याले धूम्रपान गर्ने अनुमान गरिएको र यसको सबैभन्दा बढी प्रभाव पर्वतीय क्षेत्रमा देखिएको छ। त्यस्तै जनसङ्ख्याको ५० प्रतिशतभन्दा बढीले मदिरा सेवन गर्ने गर्दछन्।

पचहत्तरभन्दा बढी जाति, जाति र भाषा भएको नेपालको जनसङ्ख्या विविधताले युक्त छ र यद्यपि बहुसङ्ख्यामा हिन्दूहरूको बसोबास (दृष्टव्य: सन् २००६ देखि धर्मनिरपेक्ष राज्य घोषित) भए तापनि, ठूलै सङ्ख्यामा बौद्ध धर्मावलम्बी र सानो सङ्ख्यामा मुस्लिम समुदायसमेत भएको नेपाल धार्मिक विविधताको दृष्टिले धनी देश हो। पर्वतीय विकटता र भौगोलिक अवस्थाले मुख्यतः धेरैजसो गरिवीको रेखामुनि रहेका ग्रामीण जनसङ्ख्यालाई धेरै कुराबाट अलग्याएको छ। यस्तो अवस्थितिले गर्दा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा विशेष चुनौतीहरू खडा भएका छन्। वर्तमान अवस्थामा यिनको निराकरण हुन सकेको छैन। अन्य धेरैजसो मुलकहरूमा जस्तै स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई ग्रामीण र दुर्गम क्षेत्रमा काम गर्न जान मनाउन गाह्रो छ र यो कुरा यहाँका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा देखिने गरेको कर्मचारीहरूको न्यून उपस्थितिबाट प्रतिबिम्बित हुन्छ। यसका अतिरिक्त मुलुकका धेरैजसो गैरसरकारी संस्थाहरू र निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवाप्रदायकहरू मुलुकको सुविस्तापूर्ण क्षेत्रमा केन्द्रित भएको देखिन्छ।

सङ्क्रामक रोगहरू, पोषणजन्य विकारहरू (Nutritional Disorders) र मातृ एवम् प्रसूतिजन्य रोगहरूबाट नेपालमा रोगको ढाँचा (Pattern of Morbidity) बढी प्रभावित देखिएको छ। मृत्यु र स्वास्थ्य सम्बन्धी दुर्बलता (Disability) का मुख्य कारणहरूमा सङ्क्रामक र परजीवीजन्य रोगहरू र प्रसूतिजन्य एवम् रुग्ण प्रजनन स्वास्थ्य (Reproductive Ill Health) पर्दछन्। तालिका १ ले मृत्यु (Mortality) र दुर्बलता समायोजित जीवन वर्ष (DALYs) को सम्बन्धमा रोग भारलाई देखाउँदछ। यसबाट के देखिन्छ भने, सबै मृत्युहरूको आधा मृत्यु सङ्ख्या समूह १ अन्तर्गत वर्गीकृत रोगहरूको कारणले हुन्छ, र बाँकी आधा भने समूह २ र ३ अन्तर्गतका वर्गीकृत रोगहरूको मेलबाट हुन्छ। त्यस्तै गुमेका सबै DALYs मध्ये दुई तिहाईको कारण समूह १ अन्तर्गतका रोगहरू रहेको पाइएको छ। कतिपय न्यून आय भएका मुलुकहरूको स्तरमा नै पुगी नसकेको भए पनि नसर्ने खालका रोगहरूको तुलनात्मक महत्वका साथ वृद्धि हुन शुरु भइसकेको छ।

तालिका १ मृत्युको कारण र गुमेका DALYs का कारणहरूको तुलनात्मक तालिका

मृत्युको कारण	कारण ? सबै मृत्यु सङ्ख्याको % को रूपमा निर्दिष्ट मृत्युहरू (Specific Deaths)	गुमेका सबै DALYs को % को रूपमा गुमेका DALYs
समूह १: सङ्क्रामक रोगहरू तथा मातृ एवम् प्रसूतिजन्य रोगहरू तथा पोषण सम्बन्धी विकारहरू	४९.७%	६८.५%
समूह २: नसर्ने खालका र जन्मजात समस्याहरू	४२.९%	२२.८%
समूह ३: चोटपटक तथा दुर्घटनाहरू	६.९%	८.७%
अवर्गीकृत (Unclassified)	१.०%	०.०%

श्रोत: स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति: परिवर्तनका लागि कार्यदिशा, सन् २००२

सर्वैभन्दा बढी खतरायुक्त समूहमा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरू, मुख्यतः बालिकाहरू, रहेका छन् जुन सबै महिला मृत्यु सङ्ख्याको ५२.५ प्रतिशत रहेको छ। त्यस्तै, त्यसपछि यस्तो खतरायुक्त समूहमा सन्तान जन्माउन सक्ने उमेरका महिलाहरू पर्दछन्। पाँच वर्षमुनिका उमेरका बालबालिकाहरूको सङ्ख्या कुल जनसङ्ख्याको १६ प्रतिशत मात्र रहेको भए तापनि यसले गुमेका DALYs को कुल सङ्ख्यामध्ये ५० प्रतिशतभन्दा बढी हिस्सा ओगटेको छ। यसै गरी पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको मृत्यु सङ्ख्याको ८० प्रतिशत कारण समूह १ अन्तर्गतका रोगहरू हुन्। १५ देखि ४४ वर्ष उमेरका महिलाहरूले समान उमेरका पुरुषहरूको तुलनामा २६ प्रतिशत बढी DALYs गुमाएका हुन्छन्। यो थप क्षतिको बढी कारण गर्भधारण सम्बन्धी समस्याहरूसँग गासिएको छ।

तालिका २ बसोबासको क्षेत्रअनुसार मृत्यु (Mortality) को स्थिति

बसोबासको स्थान	शिशु मृत्युदर	५ वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर
शहरी क्षेत्र	६०.४	९३.६
ग्रामीण क्षेत्र	१००.२	१४७.०
हिमाली क्षेत्र	१३२.३	२०१.०
पहाडी क्षेत्र	८५.५	१३१.३
तराई क्षेत्र	१०४.३	१४७.३

श्रोत: नेपाल डेमोग्राफिक एण्ड हेल्थ सर्वे, सन् २००९

स्वास्थ्य सेवामा पहुँचको समता (Equity of Access) को मुद्दा (Issues) ले यी रोगहरूको प्रभावको सन्दर्भलाई जटिल तुल्याउछ। नेपालमा समता सम्बन्धी ठूलो मुद्दा लिङ्ग, उमेर, जात (Caste), जातिगत समूह (Ethnic Groups), आय र बसोबासको क्षेत्रसँग सम्बन्धित छ (तालिका २)। दुर्गम क्षेत्रमा आवतजावत गर्न लाने खर्च गरिबहरूका लागि स्वास्थ्य सेवामा पहुँचका लागि उल्लेखनीय अवरोधक (Deterrent) हो। त्यसैले समता सम्बन्धी सबैभन्दा ठूलो विभेद सिर्जना गर्नमा बसोबासको क्षेत्रले अहम् भूमिका खेल्ने गरेको पाइन्छ।

हालका केही वर्षहरूमा केही वास्तविक वृद्धिका बावजुद अझै पनि नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी (Health Expenditure) निकै कम छ। प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष कुल लगानी करिब १०.५० अमेरिकी डलर रहेको छ, जसमध्ये ७.४० अमेरिकी डलर निजी क्षेत्रको लगानी रहेको छ। निजी क्षेत्रको लगानीको बहुसङ्ख्यक हिस्सा व्यक्तिको आफ्नो निजी खर्च (Out of Pocket Expenditure) हो। नेपाल सरकारको लगानी करिब १.८० अमेरिकी डलर प्रतिव्यक्ति प्रतिवर्ष रहेको छ भने विकासका बाह्य साभेदार (EDP) को लगानी १.३० अमेरिकी डलर छ (सन् १९९५/९६ को खर्च विवरणअनुसार)। तथापि, सरकार र विकासका बाह्य साभेदार दुवैद्वारा गराउने जानकारी निकै कम हुन सक्ने हुँदा लगानीको वास्तविक तह योभन्दा बढी हुन सक्छ। व्यक्तिको आफ्नो खर्चबाट व्यहोरिने खर्च (Out of Pocket Expenditure) मध्ये पनि करिब ७० प्रतिशत रकम औषधि खरिद गर्नमा नै खर्च गरिन्छ। यस्तो खर्च या त सरकारी संस्थाहरूको सुविधा प्रयोग या निजी क्षेत्रसँग लागत साभेदारीमा खर्च गर्ने गरिन्छ।

स्वास्थ्य सेवामा गरिबहरूको पहुँचलाई लिएर निकै चिन्ता व्यक्त गरिएका छन्। सरकारी र निजी अस्पतालमा भर्ना सम्बन्धी पहुँचको सम्बन्धमा धनी वर्गले गरिबको तुलनामा दुवै सेवा बढी उपयोग गर्ने गरेको पाइन्छ। सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्रमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाको लागि लगातार प्रतिबद्धता जनाइने गरेको भए तापनि श्रोत विनियोजन गर्दा भने सो कुरा प्रतिविम्बित भएको पाइदैन। प्राथमिक सेवामा गरिने विनियोजनको परिमाण घट्न गएको र शहरी क्षेत्रमा केन्द्रित रहेका विशिष्टीकृत र अति विशिष्टीकृत अस्पतालहरू (Secondary and Tertiary Hospitals) मा गरिने खर्च बढ्दै गएको देखिन्छ। स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले विशिष्टीकृत तथा अति विशिष्टीकृत अस्पतालहरूमा गर्ने खर्च सन् १९९१/९२ मा स्वास्थ्य बजेटको १४.६ प्रतिशत भएकोमा सो बढ्न गई सन् १९९७/९८ मा ३७.५ प्रतिशत पुग्न गएको देखिन्छ। जबकि प्राथमिक सेवामा खर्च गरिने रकम सोही अवधिमा ७६.८ प्रतिशतबाट घटेर ५७.२५ प्रतिशत हुन गएको छ। तथापि, हालैका वर्षहरूमा प्राथमिक सेवामा खर्च गरिने रकमको हिस्सामा वृद्धि भएको छ।

संस्थागत मुद्दाहरू तमाम छन्, जसको उल्लेख स्थिति विश्लेषणका दुईवटा दस्तावेज (स्वास्थ्य क्षेत्रको समीक्षा - सन् १९९९ र नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्य सञ्चालन सम्बन्धी मुद्दाहरू र श्रोतको विभाजनको प्राथमिकीकरण, सन् २००० जुन - विश्व बैङ्क) मा गरेको देखिन्छ। स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयभित्र योजना तर्जुमा गर्ने र समन्वय गर्ने क्षमताको कमी रहेको; उक्त मन्त्रालय र स्वास्थ्य सेवा विभागबीच भूमिका र जिम्मेवारीको बाँडफाँडमा अस्पष्टता रहेको, अन्तरविषयगत सहकार्य कमजोर रहेको; स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागि श्रोत र जिम्मेवारी पर्याप्तरूपमा विकेन्द्रीकृत हुन नसकेको र रोगमा आधारित कार्यक्रमहरूलाई एकीकृत ढङ्गमा सञ्चालन गर्न नसकेको जस्ता समस्याहरू उक्त स्थिति विश्लेषणमा औल्याइएको देखिन्छ। त्यसमा औल्याइएको एउटा खास विषयवस्तु नेपाल सरकार र विकासका बाह्य साभेदारहरूबीचको सहकार्य पनि हो। हालका केही वर्षहरूमा यसमा निकै सुधार भएको भए तापनि राष्ट्रिय रणनीतिको परिधिभित्र रही दातृसंस्थाहरूको श्रोतको समन्वय गर्ने हेतुले अबै निकै काम गर्न बाँकी नै छ। विशेषतः, विकासका बाह्य साभेदारहरूमध्ये कतिपयको खर्चको सूचना अबै पनि सरकारलाई दिइने गरेको पाइदैन।



# स्वास्थ्य क्षेत्र र सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू

## १ लक्ष्य

सहस्राब्दी घोषणाले राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रियस्तरमा विकासका लागि उपयुक्त वातावरण सिर्जना गर्न तथा गरिबी निवारण गर्नका लागि आठवटा सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू (Millenium Development Goals/MDGs) र १८ वटा परिमाणात्मक लक्ष्यहरू (Targets) निर्धारण गर्‍यो। स्वास्थ्य क्षेत्रलाई विशेषतः पाँचवटा परिमाणात्मक लक्ष्यहरूमा सामेल गराइएको छ। ती हुन्:

सन् १९९० देखि सन् २०१५ को बीचमा दैनिक एक अमेरिकी डलरभन्दा कम आय हुने व्यक्तिहरूको अंशलाई आधा पार्ने। हाल जनसङ्ख्याको भण्डै ३८ प्रतिशतले दैनिक एक अमेरिकी डलरभन्दा कम आयमा जीवन निर्वाह गर्नु परिरहेको छ। यसलाई घटाएर १७ प्रतिशतमा ल्याउने लक्ष्य छ। ग्रामीण क्षेत्रमा गरिबी अत्यन्त उग्र छ। गरिबी घटाउने समष्टिगत उद्देश्यमा स्वास्थ्य क्षेत्रले निकै ठूलो योगदान पुऱ्याउनुपर्ने हुन्छ। गरिबहरूले आफ्नो घरायसी आम्दानीको उल्लेखनीय अनुपात संदिग्ध किसिमको गुणस्तर भएका स्वास्थ्य सेवाका लागि खर्च गर्ने मात्र होइनन् आफ्नो रुग्ण स्वास्थ्यले तिनीहरूलाई काम गर्नबाट पनि रोक्न सक्छ। गरिबले रुग्ण स्वास्थ्यबाट बढी असमानुपातिकरूपमा पिडित हुनुपर्ने हुन्छ। गरिबी रुग्ण स्वास्थ्यको एउटा प्रमुख कारक तत्व पनि हो। गरीबीले राम्रो गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवासम्मको पहुँचलाई घटाउन सक्दछ। गरिबहरू बढी विरामी हुने सम्भावना रहन्छ र कुनै सुरक्षा कवच (Safety Net) नभएको स्वास्थ्य सेवा पद्धतिले गर्दा घरमा विरामी सदस्य भएको परिवारहरू गरिबीको खाडलमा खस्न सक्दछन्। स्वास्थ्य सम्बन्धी क्षेत्रगत रणनीति गरिबमुखी स्वास्थ्य नीतिहरूको विकास गर्नको लागि हुनुपर्दछ। त्यस्तो नीतिले दुर्गम क्षेत्रलाई विशेष जोड दिँदै जनस्वास्थ्यसम्बन्धी श्रोतहरूलाई प्राथमिक सेवामा केन्द्रित गर्न सक्नुपर्दछ। यसका साथै सेवा प्रदान गर्ने निजी र गैरसरकारी सेवाप्रदायकहरूबाट गरिबले आफ्नो खल्तीबाट स्वास्थ्यको लागि चुक्ता गरेको खर्चको समुचित प्रतिफल (Value for Money) पाउने कुरालाई सुनिश्चित गर्न सरकारले कसरी काम गर्नेछ, भन्नेबारे उक्त नीतिमा व्यवस्था गरिएको हुनुपर्छ।

## ५ लक्ष्य

सन् १९९० देखि सन् २०१५ को बीचमा पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको मृत्युदर दुई तिहाईले घटाउने। गत दशकमा बाल मृत्युदर घटेको छ। सन् १९९० मा बाल मृत्युदर १६२ प्रति १००० जीवित जन्म भएकोमा सन् २००१ मा ९१ प्रति १००० जीवित जन्ममा झरेको छ। अबको लक्ष्य यसलाई घटाएर ३० प्रतिशतमा झार्ने छ। अहिलेसम्म यस सम्बन्धमा हासिल भएको प्रगति सरुवा रोग नियन्त्रणको कारणले हुन गएको हो। मृत्यु (Mortality) विशेषतः ग्रामीण इलाका र हिमाली क्षेत्रमा उच्चतम रहेको देखिन्छ। माथि उल्लिखित गरीबमुखी स्वास्थ्य नीतिहरूका अतिरिक्त विशेष गरी कुपोषणको दर उच्च भएको क्षेत्रलाई लक्षित गर्ने गरी सञ्चालन गरिने स्थानगत संवेदनशील पोषण तथा स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई महत्वपूर्ण कार्य (Key Interventions) को रूपमा लिइएको छ।

## ६ लक्ष्य

सन् १९९० देखि सन् २०१५ को बीचमा, मातृ मृत्युदरलाई दुई तिहाईले घटाउने। मातृ मृत्युदर हाल उच्च छ, जुन करिब ५३९ प्रति एक लाख जीवित जन्म छ। अबको लक्ष्य यसलाई घटाएर १३४ मा झार्ने छ। यसका लागि मुख्य कार्यक्रम सुरक्षित मातृत्वका लागि राष्ट्रिय योजनाको कार्यान्वयन गर्नु हुनेछ। उक्त योजनाको उद्देश्य दक्ष स्वास्थ्यकर्मीहरूको सहयोगले जन्माइने बच्चाहरूको सङ्ख्यामा उल्लेखनीयरूपले वृद्धि गर्ने, प्रसव सम्बन्धी आकस्मिक सेवा सम्मको पहुँचमा वृद्धि गर्ने र आमाहरूको पोषणको स्थितिमा सुधार ल्याउनु रहेको छ।

७  
लक्ष्य८  
लक्ष्य

सन् २०१५ सम्ममा एच्आईभी/एड्स फैलिने क्रमलाई रोकी त्यो क्रम उल्टिन शुरु भइसकेको बनाउने। यस सम्बन्धमा तथ्याङ्कको कमी छ तर सङ्क्रमणको दर बढिरहेछ। हाल एच्आईभी/एड्सबाट प्रभावित दर (Prevalence) ०.२९ प्रतिशत छ, तर यस्तो दर यो जोखिमपूर्ण समूहहरूमा धेरै बढी छ। यस सम्बन्धी परिमाणात्मक लक्ष्य हासिल गर्नको लागि अरु बढी उच्चस्तरीय राजनीतिक प्रतिबद्धता हनुपर्नेछ र रोकथाममा विशेष केन्द्रित हुँदै हालका कार्यक्रमहरूमा स्तरवृद्धि (Scaling Up) गरिनुपर्दछ।

सन् २०१५ सम्ममा औलो र अन्य प्रमुख रोगहरूको प्रकोप (Incidence) बढ्ने क्रमलाई रोकी त्यो क्रम उल्टिन शुरु भइसकेको गराउने। औलोको दर नाटकीय ढङ्गले घटेको छ - सन् १९९२ मा ९२ प्रति १००,००० रहेकोमा सन् २००० मा यो दर ३७ प्रति १००,००० मा झरेको छ (वार्षिक प्रतिवेदन, स्वास्थ्य सेवा विभाग)। तथापि, अझै यो एउटा समस्याकै रूपमा रहेको छ र यथोचित नियन्त्रण कार्यक्रमहरूलाई निरन्तरता दिइरहनुपर्नेछ। त्यस्तै क्षयरोग एउटा ठूलो चुनौतीको रूपमा रहेको छ। यद्यपि सन् १९९५ देखि सन् १९९८ को बीचमा यसको दर ९२ रोगी प्रति १००,००० व्यक्तिबाट बढेर १०६ रोगी प्रति १००,००० व्यक्ति पुगेको छ। तर यस्तो वृद्धि यस रोग सम्बन्धी जानकारी गराउने पद्धति राम्रो हुँदै गएको कारणले भएको हो। क्षयरोग नियन्त्रणको लागि सञ्चालन गरिएका कार्यक्रमहरू प्रभावकारी नै छन्। तर डट्स कार्यक्रम नपुगेका १५ प्रतिशतलाई समेट्ने किसिमको रणनीति हनु आवश्यक छ।

# स्वास्थ्य क्षेत्रका मुख्य मुद्दाहरू

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रले सामना गर्नुपरेका चुनौतीहरू अन्य न्यून आय भएका मुलुकहरूका भन्दा छिट्टै - एउटा अपर्याप्त श्रोत भएको सरकारी स्वास्थ्य क्षेत्र र एउटा तीव्र गतिले विस्तारित हुँदै गइराखेको तर नियमन नगरिएको (Unregulated) निजी क्षेत्र। जहाँ एकातिर सरकारले गरिब र जोखिममा रहेकाहरू (Vulnerables) ले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) पाउनु भनी सुनिश्चित गर्न ध्यान केन्द्रित गर्नु जरुरी छ भने त्यहीँ अर्कोतिर तब मात्र यो सफल हुन सक्छ जब सरकारले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) भन्दा बाहिरको स्वास्थ्य सेवा लिन चाहने जनताको अपेक्षासमेत धान्ने गरी वित्तीय र नियमन सम्बन्धी दुवै पद्धतिहरूलाई उपयुक्त रूपले सुनिश्चितता प्रदान गर्दछ। मुख्य मुद्दाहरू र तिनका रणनीतिक असरहरू (Strategic Implications) मा निम्नलिखित कुराहरू पर्दछन्:

**सरकार र साभेदारहरूले स्वास्थ्य सेवाका लागि व्यक्तिले आफ्नो खल्तीबाट गर्ने खर्च (Out of Pocket Expenditure) जुन ७० देखि ७५ प्रतिशतसम्म पर्दछ - को उचित प्रतिफल कसरी उपलब्ध गराउने ?**

**रणनीतिक प्रभाव:** यसले स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय/स्वास्थ्य सेवा विभागको भूमिकामा ठूलो परिवर्तन ल्याउन र विकेन्द्रीकृत सेवाहरूमा केन्द्रित हुन सङ्केत गर्दछ। यसका लागि नयाँ सीपहरूको आवश्यकता पर्नेछ। एउटा प्रतिफल सामाजिक र सामुदायिक बीमा कार्यक्रमजस्ता आर्थिक श्रोत उपलब्ध गराउने वैकल्पिक संयन्त्रको विकास गर्नु हुन सक्दछ जसले गर्दा व्यक्तिले आफ्नो खल्तीबाट खर्च गर्ने रकम (Out of Pocket Expenditure) यस्ता कार्यक्रमको माध्यमबाट खर्च होस् जसले राम्रो मूल्य (Better Value) हासिल गर्नको लागि ग्राहकको तर्फबाट एउटा 'सूचित क्रेता' (Informed Purchaser) को कार्य गरोस्। आत्म-नियमन कार्यक्रम (Self-Regulation Scheme) को विकास गर्नुका साथै सेवाप्रदायकहरूको नियमनको आवश्यकता पर्नेछ। तथापि, व्यक्तिले आफ्नो खल्तीबाट खर्च गर्ने रकमको बढी अंश अनौपचारिक क्षेत्रमार्फत् औषधि किन्नुमा प्रयोग हुने गरेको छ। केन्द्रीय नियमनलाई सुधार गर्नुको साथै औषधिको गुणस्तर सुनिश्चित गर्नु आवश्यक छ तर मुख्य कार्य चाहिँ सफल सिद्ध भएका कार्यक्रमहरूलाई बढावा दिनु हुनेछ जस्तो कि उपभोक्ता र सेवाप्रदायकलाई शिक्षित तुल्याउनु, पहिल्यै तयार पारेर औषधि राख्नु (Pre-packaged Drugs), सेवाप्रदायकहरूलाई क्षेत्राधिकार दिनु (Franchising of Providers), बिल जारी गर्नु आदि। राष्ट्रिय स्वास्थ्य लेखा (National Health Accounts) को माध्यमबाट व्यक्तिले आफ्नो खल्तीबाट खर्च गर्ने रकमको प्रवृत्ति घट्दो वा बढ्दो के छ भनी नियमितरूपले तथ्याङ्क सङ्कलन गरिनुपर्दछ।

**सरकार र सहभागीहरूले गरिब र जोखिममा रहेकाहरूको अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवासम्मको पहुँचलाई कसरी सुनिश्चित गर्ने ?**

**रणनीतिक प्रभाव:** पहिलो कुरा त सरकारी खर्चलाई कसरी अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा र गरिब तथा जोखिममा रहेका वर्गहरूतिर उन्मुख गराउने भन्ने हो। यसको अर्थ हुन्छ विशेषज्ञ र अति विशेषज्ञ सेवातिर बढी रकम निकास गरीने हालको प्रवृत्तिलाई उल्ट्याउनु। यो तब मात्रै हासिल हुन सक्दछ जब अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा र गरिब तथा जोखिममा रहेकाहरूप्रति लक्षित यी सेवाहरूका लागि रकम उपलब्ध गराउने श्रोत विभाजन सम्बन्धी सरकारी नीति निर्माणसँगै यसका लागि वैकल्पिक कार्यक्रमहरूको तर्जुमा पनि गरिन्छ। यदि सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्वास्थ्य सेवामा लाग्ने खर्चको साभेदारी गराइन्छ भने, यस्ता कार्यक्रमहरूमा गरिबलाई छुट दिइने गरी कार्यान्वयन गर्न सकिने खालका नीतिहरू बनाइनुपर्दछ। गरिबहरूले आफ्नो खल्तीबाट गर्ने खर्च माथि उल्लेख गरेअनुसारका कार्यक्रमहरूको माध्यमबाट अत्यावश्यक

स्वास्थ्य सेवाको विशेष अंशका लागि प्रयोगमा ल्याइने गरी व्यवस्था मिलाउनुपर्दछ। अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाअन्तर्गतका सबै तत्वहरू तुरुन्तै उपलब्ध गराउन सकिन्न। त्यसको प्राथमिकता निर्धारण गरिनुपर्दछ र समष्टिगत रणनीतिका विभिन्न संभागहरू (Components) मा सफलता मिल्दै गएपछि अन्य तत्वहरूको प्रवेश क्रमिक रूपले गराउनुपर्दछ। यस सम्बन्धी प्रगतिको अनुगमन गर्न लाभ प्राप्त सम्बन्धी अध्ययनहरूबाट समाजका कुन आर्थिक स्थिति भएका समूहहरूको पहुँच स्वास्थ्य सेवाको कुन तहसम्म छ भन्ने बारेका नियमित तथ्याङ्कहरू आवश्यक पर्नेछन्।

### जनस्वास्थ्य सेवाहरू अधिकतम दक्ष किसिमले सञ्चालित गरिने कुरा सरकारले कसरी सुनिश्चित गर्ने ?

**रणनीतिक प्रभाव:** यसका लागि मुख्य कुरा हो केन्द्रले लक्ष्य निर्धारण गर्ने र त्यसअनुसार परिपालना (Compliance) भए नभएको कुरा अनुगमन गर्ने खालको कार्यसम्पादन व्यवस्थापन पद्धति लागू गर्ने र स्थानीय निकायलाई सेवा प्रवाह सम्बन्धी अधिकार (आर्थिक, प्रशासनिक र कानुनी) र जिम्मेवारीको विकेन्द्रीकरण गर्ने। यसले हाल रोग विशेषमा आधारित कार्यक्रमहरूको आ-आफ्नो छुट्टै बजेट व्यवस्था र कार्यसम्पादन व्यवस्थापन पद्धतिहरू भएकोमा तिनको एकीकरण गर्नेछ। यस्तो एकीकरणको कार्य यी कार्यक्रमहरूको प्रभावकारिता - जुन यिनीहरूको छुट्टै व्यवस्थापन पद्धतिहरूले गर्दा प्राप्त हुन्छ - लाई कायम राख्दै विस्तारै गरिनुपर्दछ जसले गर्दा यसबाट समष्टिगत पद्धतिहरूमा योगदान होस् न कि लोप गराओस्। यसबाहेक सरकारी क्षेत्रले सेवाप्रदायकको आफ्नो भूमिकाबाट अगाडि बढेर कम मूल्यमा प्रभावकारी ढङ्गले सेवा दिन सकिने अवस्था हेरी सरकारी खर्चबाटै आफ्नो र गैरसरकारी क्षेत्रबाट सेवा गराउने गरी करारमा दिनुपर्दछ। विकेन्द्रीकरण र अरु सेवाप्रदायकलाई करारमा काम लगाउने परिपाटी अवलम्बन गरेपछि स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय/स्वास्थ्य सेवा विभाग र स्थानीय निकायका लागि नयाँ भूमिका, जिम्मेवारी र सीपहरूको विकास गरिनुपर्ने हुन्छ। उपर्युक्त कुरा सम्पन्न होस् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न एउटा उपयुक्त क्षमता विकास कार्यक्रम र एउटा प्रभावकारी अनुगमन पद्धति स्थापित हुनुपर्दछ।

### अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाभन्दा बाहिर पर्ने सेवासम्मको पहुँचलाई सरकारले कसरी सुनिश्चित गर्ने ?

**रणनीतिक प्रभाव:** धेरैजसो मुलुकहरूमा गरिबमुखी स्वास्थ्य रणनीतिहरू असफल भइराखेका छन् किनभने समस्त जनसङ्ख्याको लागि र विशेष गरी जो गरिब छैनन् उनीहरूका लागि अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) भन्दा बाहिरबाट तिर्न सकिने मूल्यमा राम्रो गुणस्तरयुक्त स्वास्थ्य सेवासम्मको पहुँच सुनिश्चित गर्नेतर्फ ध्यान दिइएको पाइएन। अपेक्षाकृतरूपले सम्पन्न व्यक्तिहरूमध्ये समेत विशेषज्ञता र अति विशेषज्ञता चाहिने सेवाहरू निजी खल्तीबाट व्यहोर्न नसक्नेहरूको सङ्ख्या ठूलो मात्रामा रहेको हुन्छ। निजी क्षेत्रका सेवाप्रदायकहरूले विरामीहरूलाई आधुनिक चिकित्साले उनीहरूको लागि के गर्न सक्दछ भन्नेबारे सचेत गराएका हुन्छन्। जबसम्म यी सेवा सम्मको पहुँचलाई सुनिश्चित गर्ने वैकल्पिक रणनीतिहरूको स्थापना हुँदैन तबसम्म सरकारको धन अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवामा भन्दा तिनीहरूमा नै खर्च हुन जाने हुन्छ। यस सम्बन्धमा आफ्नो भूमिकाबारे सरकार स्पष्ट हुनु आवश्यक छ। यसले वित्तीय श्रोत जुटाउनेतर्फ भन्दा सामर्थ्य बढाउने भूमिकातर्फ आफूलाई केन्द्रित गर्नुपर्दछ। सरकारले उपयुक्त बीमा कार्यक्रमहरू (Appropriate Insurance Schemes) विकास गरिएका छन्, त्यस्ता कार्यक्रमहरूबाट व्यक्ति र परिवारहरू समेटिएका छन् र बीमा बजार सहितको बजारको नियमन भइरहेको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। यस क्षेत्रमा सरकारको लगानी पूर्णतः बन्द हुनेछ भन्ने मान्न सकिन्न तर यसलाई उल्लेख्यरूपमा घटाउन सकिन्छ र यसलाई गरिब र जोखिममा रहेका वर्गहरूतिर लक्षित हुने गरी अनुदानको रूपमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ। सरकारले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाभन्दा पनि अझ अगाडि बढेर सकारात्मक विभेद सम्बन्धी एउटा अवधारणाकै विकास गर्नु आवश्यक छ। निजी र गैरसरकारी क्षेत्रले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाभन्दा अझ अगाडि बढेर प्रभावकारी सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा कसरी स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयलाई सघाउन सक्छ भन्नेबारे सरकारले सक्षम नीति तर्जुमा गर्ने जिम्मेवारी लिनुपर्दछ। निजी क्षेत्रले पनि गरिब र स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर रहेको जनसङ्ख्याका लागि सुरक्षा कवच सम्बन्धी आधारहरू (Safety-Net Criteria) विकास गर्नु आवश्यक छ।

### क्षेत्रगत कार्यसम्पादनको अनुगमन र पछ्याउने कार्य कसरी गर्ने ?

**रणनीतिक प्रभाव:** प्रभावकारी अनुगमनका लागि प्रमुख पद्धति र कार्यक्रम सूचकाङ्कहरूको पहिचान गरिनु आवश्यक छ र सरकारले विकेन्द्रीकृत सरकारी क्षेत्र र समष्टिगत स्वास्थ्य क्षेत्र दुवैको कार्य सम्पादनको स्थिति अनुगमन गर्नका लागि उपयुक्त सूचना पद्धतिहरू (Information Systems) स्थापना भएको छ, भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। उक्त पछिल्लो विषय र मृत्यु एवं रोग सम्बन्धी तथ्याङ्कले स्वास्थ्य श्रोतको लेखा (Health Resource Accounts) को माध्यमबाट स्वास्थ्य सम्बन्धी खर्चको विस्तृत विवरण समाहित गरेको हुनुपर्दछ, र लाभको प्रभाव सम्बन्धी अध्ययन (Benefit Incidence Studies) को माध्यमबाट त्यस्तो खर्चबाट कसलाई फाइदा पुगिराखेको छ, भन्ने विवरण उजागर गरिनुपर्दछ। यी दुवैले जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (Demographic and Health Survey/DHS) र जीवनस्तर मापन (Living Standard Measurement/LSM) जस्ता घरपरिवारमा आधारित भई गरिएका अध्ययनहरूलाई उपयोग गर्न सक्दछन्। तदर्थ अध्ययनहरू गर्नुको सट्टा मुख्य अध्ययनहरूलाई संस्थागत गर्दै स्थानीयस्तरमा नै क्षमता विकास गरी कार्यान्वयन गर्ने परिपाटी बसाल्नुपर्दछ।

### रणनीतिको कार्यान्वयन भएको छ भनी कसरी सुनिश्चित गर्ने ?

**रणनीतिक प्रभाव:** प्रस्तुत रणनीतिले स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित संस्था तथा व्यक्तिहरूको नयाँ भूमिका र जिम्मेवारीहरूलाई भल्काएको छ। एउटा क्षमता मूल्याङ्कन (Capacity Appraisal) गरी यी कुराहरूको पहिचान गरिनु आवश्यक छ र पुनर्संरचना र तालिमको माध्यमबाट के कुराको क्षमता विकास गर्नु आवश्यक छ, भनी निर्धारण गरिनुपर्दछ। यसका अतिरिक्त, जहाँ क्षमता सीमित भएको देखिन्छ, त्यहाँ स्थानीय तहमा नै यस्तो क्षमता स्थापित नभएसम्म अस्थायीरूपमा प्राविधिक सहयोग पुऱ्याई क्षमता विकास गरिनुपर्दछ। अझ सबैभन्दा ठूलो कुरा त स्वीकृत प्रतिफलहरू र त्यसको कार्यान्वयन सम्बन्धी समय तालिका (Time Table) वास्तविक र सम्पन्न गर्न सम्भव हुने किसिमको हुनुपर्दछ।

# रणनीतिका मुख्य तत्वहरू

रणनीतिको जोड प्रतिफल (Outputs) र स्वास्थ्यसम्बन्धी नतिजा (Health Outcomes) मा हुनेछ। यद्यपि यस रणनीतिले दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाको अन्तसम्मको अर्थात् आगामी १५ वर्षसम्मको समयावधिलाई समाहित गर्दछ, तापनि पहिलो पाँच वर्षको लागि निर्दिष्ट गरिएका प्रतिफलहरू वास्तविक र हासिल गर्न सकिने खालका हुनुपर्नेछ, भन्ने कुरा सरकारले स्वीकार गरेको छ। यसको अर्थ हुन्छ, ठीकसँग छनौट गर्नु र प्राथमिकता निर्धारण गर्नु। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुऱ्याउने कार्यक्रमहरूलाई प्राथमिकता दिनु आवश्यक छ। नेपाल सरकारले तीनवटा कार्यक्रम प्रतिफल र पाँचवटा क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफलहरू निर्धारण गरेको छ जुन आगामी पाँच वर्षका लागि मुख्य सुधार कार्यक्रमको रूपमा रहने छन्। ती हुन्:

## कार्यक्रम प्रतिफलहरू (Programme Outputs)

- अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाका प्राथमिकता प्राप्त तत्वहरू - सुरक्षित मातृत्व र परिवार नियोजन, बाल स्वास्थ्य, सरुवा रोग नियन्त्रण र सुदृढ बहिरङ्ग सेवाको लागि आवश्यक लागत निर्धारण गरिनेछ, त्यसका लागि आवश्यक श्रोतहरू विनियोजन गरिनेछ, र त्यसको कार्यान्वयन गरिनेछ। गरिव र जोखिममा रहेका वर्गहरूको सेवामाथिको पहुँचका लागि प्राथमिकता दिने गरी स्पष्ट प्रणालीहरू कार्यान्वयनमा ल्याइनेछन्।
- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र यसका क्षेत्रगत साभेदारहरूको प्रभावकारी सहायताबाट स्थानीय निकायहरू स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन सहभागितापूर्ण, जिम्मेवारीपूर्ण र पारदर्शी ढङ्गले गर्न जिम्मेवार र सक्षम हुनेछन्।
- स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा निजी क्षेत्र र गैरसरकारी संस्था (गैसस) हरूको भूमिकालाई सबै तहहरूमा सहभागितापूर्ण प्रतिनिधित्वका साथ अङ्गीकार गर्दै त्यसको विकास गरिनेछ। उपभोक्ताहरूले पैसा तिरेबापत लागतप्रभावी र उच्च गुणस्तरयुक्त सेवा पाउने सुनिश्चितता सहितको स्पष्ट पद्धति बसालिनेछ।

## क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफलहरू (Sector Management Outputs)

- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयमा विकेन्द्रीकृत सेवाप्रवाहमा सघाउ पुऱ्याउनका लागि गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्रसमेतको संलग्नतामा समन्वित तथा सङ्गतियुक्त क्षेत्रगत व्यवस्थापन (योजना र कार्यक्रम तर्जुमा, बजेट, वित्तव्यवस्था एवम् कार्यसम्पादन व्यवस्थापन) स्थापित गरिनेछ।
- वैकल्पिक वित्तीय श्रोत व्यवस्थाको योजनासहित सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि वित्तीय श्रोतको व्यवस्था र श्रोतको विनियोजन गराउने दिगो व्यवस्था विकसित गरिनेछ।
- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयभित्र भौतिक सम्पत्तिको प्रभावकारी व्यवस्थापन र औषधि तथा औजार उपकरणको खरिद र वितरणका लागि संरचना र प्रणालीको स्थापना र श्रोतको विनियोजन गरिनेछ।
- मानव संसाधन विकासका लागि स्पष्ट तथा प्रभावकारी नीति, योजना प्रणाली र कार्यक्रमहरूको व्यवस्था गरिनेछ।
- सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि एउटा विस्तृत तथा एकीकृत व्यवस्थापन सूचना प्रणाली तयार पारी सबै तहमा लागू गरिनेछ।

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनामा समाविष्ट अन्य क्रियाकलापहरूले पनि अवश्य नै निरन्तरता पाउनेछन् तर, पहिलो पाँच वर्ष (सन् २००२/०३ देखि सन् २००६/०७ सम्म) का लागि माथिका विषयहरू क्षेत्रगत सुधार कार्यक्रमको केन्द्रमा रहने छन् भने दशौं पञ्चवर्षीय योजनाको पहिलो वर्ष (सन् २००२/०३) लाई तयारी अवधि (Preparatory Phase) को रूपमा लिइएको छ।

### कार्यक्रम प्रतिफल १: अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरू

सन् १९९९ को सेप्टेम्बरमा मन्त्रपरिषदले अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको प्याकेजलाई दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाको भागको रूपमा स्वीकृति प्रदान गर्‍यो। त्यसमा कार्यक्रमका २० वटा विस्तृत क्षेत्रहरूको पहिचान गरिएको छ। तथापि, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको पूरै प्याकेजलाई तत्कालै वहन गर्न सकिने सम्भावना भने छैन। त्यसैले, शुरुमा, पहिलो कार्यक्रम प्रतिफलले अत्यावश्यक सेवाका चारवटा मुख्य कार्यक्षेत्रमा सेवा प्रदान गर्नेछ: सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन, बाल स्वास्थ्य, सरुवा रोग नियन्त्रण र सुदृढ बहिरङ्ग सेवा। यसका लागि पहिलो कार्य सबै जिल्लामा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन आवश्यक पर्ने श्रोतहरूको पहिचान गरी त्यसको लागत निर्धारण गर्नु हुनेछ। यी सेवाहरूलाई गाविस/ उपस्वास्थ्यचौकीको तहमा प्राथमिकता दिनका निम्ति ठूलो मात्रामा श्रोत हस्तान्तरण गर्नुपर्ने हुन्छ। त्यस तहमा कर्मचारी र सीप मिश्रण (Skill Mix) को पुनरावलोकन गरिनुपर्ने हुन्छ, औषधि र उपकरणको नियमित र सामयिक प्रबन्ध गर्नुपर्ने हुन्छ तथा विश्वास एवम् चेतना अभिवृद्धिको निम्ति सेवाको विवरण (Service Protocols) र गुणस्तर निर्धारण गर्नुपर्ने हुन्छ। यो कुरा स्वास्थ्य सेवा विभागद्वारा यी प्राथमिकता प्राप्त क्षेत्रहरूमा गरिसकेका कार्यको आधारमा गरिनेछ। अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवालार्ई सहयोग पुऱ्याउन जिल्ला अस्पतालको भूमिकाको थप विकास गरिनु आवश्यक छ, विशेषगरी अत्यावश्यक प्रसवजन्य सेवा (Essential Obstetric Care) र आकस्मिक साधारण जीवन रक्षक उपायहरू (Emergency Simple Life Saving Measures) प्रदान गर्ने कार्यमा तिनीहरूको भूमिकामा। प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रमभन्दा बाहिर पर्ने सेवा प्रदान गर्नका लागि अति गरिबहरूका निम्ति भिनाहा गर्ने संयन्त्र खडा गर्दै वित्तीय श्रोतको प्रबन्ध गर्ने र त्यस्तो सेवा उपलब्ध गराउने गरी स्पष्ट नीति बनाउनुपर्दछ।

शुरुमा १५ वटा जिल्लाका सबै तहहरूमा तीन वर्षभित्र अत्यावश्यक सेवा पूर्णरूपमा पुऱ्याउने गरी कार्यक्रम लक्षित गरिनेछ। गरिब र जोखिममा हुने वर्गहरूलाई सम्पूर्णरूपमा समेट्ने दृष्टिले ती जिल्लाहरू छानिनेछन्। आउँदा वर्षहरूमा चार वा पाँच पटकमा गरी यसलाई ७५ वटै जिल्लामा विस्तारित गरिनेछ। यो प्रतिफलको नेतृत्व स्वास्थ्य सेवा विभागका महानिर्देशकबाट गरिनेछ। यसको एउटा प्रमुख विशेषता यी क्षेत्रहरूमा बाह्य विकास साभेदारहरूद्वारा सहयोग गरिएका कार्यक्रमहरूको एकीकरण गर्नु हुनेछ। जहाँ उपयुक्त हुन्छ, त्यस्ता ठाउँमा गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्रका सेवा प्रदायकहरूलाई करारमा सेवाहरू प्रदान गर्न दिइनेछ। प्रगति सूचकाङ्कहरूको रूपमा कार्यक्रमले ओगट्ने क्षेत्रको विस्तार, सहस्राब्दी विकास लक्ष्य, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाका लागि छुट्याइने बजेटको वृद्धि (यथार्थ र समानुपातिक गरी दुवैमा), सेवाहरूको उपलब्धता र पहुँचबारे समुदायको धारणा तथा स्वास्थ्यमा परेको प्रत्यक्ष प्रभाव (Direct Health Impact) लाई समाहित गरिने छ।

अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाहरू प्रवाह गर्दा मुख्यतया वैयक्तिक रोकथाम र उपचारात्मक सेवामा केन्द्रित गरिनेछ। तथापि, यसलाई एउटा राष्ट्रिय व्यवहार परिवर्तन तथा सञ्चार कार्यक्रम (National Behavior Change and Communication Program) ले सहयोग पुऱ्याउनेछ, जसले गर्दा आम रोगहरूका साथै विशेषतः चारवटा प्राथमिकता प्राप्त क्षेत्रमा कम लगानीबाट बढी प्रतिफल दिने खालका उपायहरूको बारेमा उपभोक्ताहरूको ज्ञानमा वृद्धि गराउनेछ। यो कार्यक्रमले अनौपचारिक क्षेत्र (जस्तै: ग्रामीण क्षेत्रका पसलेहरू र औषधि विक्रेताहरू) द्वारा सञ्चालन गरिने मुख्य क्रियाकलापहरूमा जानकारी गराउने कुरामा आफ्नो ध्यान केन्द्रित गर्नेछ। यद्यपि अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाले शुरुमा नसर्ने खालका रोगहरूलाई प्राथमिकता दिनेछैन तापनि व्यवहार परिवर्तन तथा सञ्चार कार्यक्रमहरूले पहिलो पाँच वर्षमा सुर्ती र मदिरा सेवन घटाउनपट्टि आफ्नो उद्देश्य केन्द्रित गर्नेछन्। यो पछिल्लो विषयको सन्दर्भमा के कस्ता कानुनी व्यवस्था एवम् कर सम्बन्धी नीतिहरू प्रभावकारी हुनेछन् भन्नेबारे सरकारले विचार गर्नेछ।

**कार्यक्रम प्रतिफल २: विकेन्द्रित स्वास्थ्य व्यवस्थापन**

**(स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र यसका क्षेत्रगत साभेदारहरूको प्रभावकारी सहयोगबाट स्थानीय निकायहरू स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन सहभागितापूर्ण, जिम्मेवारीपूर्ण र पारदर्शी ढङ्गले गर्न जिम्मेवार र सक्षम हुनेछन् ।)**

स्वास्थ्य सेवाहरू र संस्थाहरूको व्यवस्थापन गर्ने क्षमता भएका स्थानीय निकायहरूको स्थापना गर्न विकेन्द्रीकरण भन्दा पनि अझै पर जानुपर्ने हुन्छ। यसले बजेट हस्तान्तरण गर्ने मात्र होइन जिल्लाभित्र स्वास्थ्य सेवा विकासको योजना तर्जुमा तथा कार्यान्वयनको जिम्मेवारीहरू पनि स्थानान्तरित गरिनुलाई समाहित गर्दछ र यसको असर मन्त्रालय र जिल्ला विकास समिति एवम् गाउँ विकास समितिबीचको नयाँ सम्बन्धमा पनि पर्दछ। पाँच वर्षपछि विकेन्द्रीकरण लागू गरिने सबै जिल्लाहरूमा चरणबद्धरूपमा यो प्रक्रियाको विकास गरिनेछ। पहिलो वर्षमा पाँचवटा जिल्लाहरू छानिनेछन्। अन्वेषण (Innovation) को प्रवर्द्धन गर्न विकेन्द्रित स्वास्थ्य क्षेत्रमा संलग्न विभिन्न सङ्गठनहरूबीचको अन्तर्सम्बन्धको नियमनको लागि आवश्यक पर्ने विभिन्न उपाय र संयन्त्रको विकास कसरी गर्न सकिन्छ भन्नेबारे प्रस्तावहरू पेश गर्न जिल्लाहरूलाई निम्त्याइनेछ। उपर्युक्त प्रस्तावहरूलाई निर्धारित मूल्याङ्कनका आधारहरू (Set Criteria) को आधारमा मूल्याङ्कन गरिनेछ। यस्तो प्रक्रियालाई समेत सावधानीपूर्वक मूल्याङ्कन गरिनेछ र देशभरि लागू गर्नुपूर्व आवश्यक परेमा परिवर्तनसमेत गरिनेछ। अतः पहिलो चरणमा पहुँचको दृष्टिले अपेक्षाकृत सुगम जिल्लाहरू तथा एकअर्काको नजिक रहेका जिल्लाहरूमा कार्यक्रम केन्द्रित गर्नु राम्रो हुन्छ। यसबाट अनुभवको आदानप्रदान गर्न सहज हुन्छ। दुर्गम जिल्लाहरूमा भने गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्रबाट प्रस्तावहरू आह्वान गरिनेछ।

यस सम्बन्धी जिम्मेवारी सबै क्षेत्रीय निर्देशकहरू संलग्न भई सचिवद्वारा अध्यक्षता गरिने एउटा विकेन्द्रीकरण समूहमा निहित रहने छ। त्यस्तै स्थानीय विकास मन्त्रालयसँगको सम्बन्ध र समन्वयबारे संवाद गर्नु आवश्यक छ। क्षेत्रीय तहमा जिल्लाहरूलाई सहयोग गर्न र जिल्लास्तरमा नयाँ जिम्मेवारीहरू कार्यान्वयन गर्न थप श्रोत प्रदान गर्नु आवश्यक छ। आफ्ना कर्मचारीहरूलाई नीति निर्माण, योजना तर्जुमा, मानवीय तथा वित्तीय श्रोत परिचालन र विनियोजन एवम् निजी र सरकारी दुवै क्षेत्रको गुणस्तर सुनिश्चितता सहितको कार्यसम्पादन व्यवस्थापनका विषयहरूमा केन्द्रित गराउने गरी केन्द्रस्तरको भूमिकामा परिवर्तन हुनेछ। कार्यसम्पादन व्यवस्थापनमा क्षेत्रीयस्तर (Regions) ले प्रमुख भूमिका खेल्नुपर्नेछ। यी नयाँ भूमिकाहरू र तिनको विकासका लागि आवश्यक पर्ने क्षमता विकास सम्बन्धी कुराहरूको पहिचान क्षमता मूल्याङ्कन अभ्यास (Capacity Appraisal Exercise) को बेलामा गरिनेछ। विकासका वास्तविक साभेदारहरूको आर्थिक र प्राविधिक तहको सहयोग महत्वपूर्ण हुनेछ। जिल्लास्तरीय स्वास्थ्य प्रणालीहरूको सुदृढीकरण गर्न सहयोग पुऱ्याइराखेका परियोजनाहरूलाई शुरुमा पहिलो जिल्लाहरूको समूह र त्यसपछि पूरै कार्यक्रममा सहयोग गर्ने गरी समन्वित कार्यक्रमको रूपमा एकै ठाउँमा ल्याइनेछ।

**यस सम्बन्धमा प्रगतिका सूचकाङ्कहरू निम्नबमोजिम हुनेछन्:**

- जिल्लास्तरमा स्वास्थ्यको लागि भएको खर्चमा वृद्धि।
- स्वास्थ्य संस्थाहरूद्वारा कार्यसम्पादनका लक्ष्यहरूमा भएको उपलब्धि।
- जिल्लास्तरमा स्वास्थ्यसम्बन्धी नतिजा (Health Outcomes) मा भएको वृद्धि।
- जिल्लास्तरीय स्वास्थ्य योजनामा पहिचान गरिएका वित्तीय र कार्यसम्पादनसम्बन्धी लक्ष्यहरूको प्राप्ति र ती योजनाहरूको गुणस्तर।
- विकेन्द्रीकृत जिल्लाहरूमा व्यवस्थापन परीक्षणको नतीजा (Outcome of Management Audit)।

**कार्यक्रम प्रतिफल ३: सार्वजनिक निजी साभेदारी**

**(स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा निजी क्षेत्र र गैरसरकारी संस्थाहरूको भूमिकालाई सबै तहमा सहभागितापूर्ण प्रतिनिधित्वका साथ अङ्गीकार गर्दै त्यसको विकास गरिनेछ ।)**

वर्तमान अवस्थामा वित्तीय श्रोतको प्रबन्ध गर्ने र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने दुवै कार्यमा, सरकारी क्षेत्रको सहभागिता तुलनात्मकरूपमा कम नै छ र यसमा परिवर्तन हुने स्थिति छैन। त्यसैले यो रणनीति स्वास्थ्य



सम्बन्धी व्यवस्थाको सन्दर्भमा मिश्रित अर्थ व्यवस्थाप्रतिको प्रतिबद्धतामा आधारित रहेको छ। सरकारी क्षेत्रले निजी/गैरसरकारी क्षेत्रसँग मिलेर काम गर्ने गरी एउटा ठूलो नयाँ भूमिकाको विकास गर्नेछ। यो विषय चारवटा छुट्टाछुट्टै कार्यक्षेत्रहरूमा पर्नेछ। पहिलोले दिगोरूपमा वित्तीय श्रोतको व्यवस्थालाई समाहित गर्दछ र यसबारे तल क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ३ मा उल्लेख गरिएको छ। दोस्रोले सेवाहरूमा दोहोरोपन आउन दिनेछैन र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाका प्राथमिकता प्राप्त तत्वहरू प्रदान गर्नमा एउटा एकीकृत प्रणालीको विकास गर्नेछ। उपयुक्तताको आधारमा यी सेवा प्रदान गर्न निजी/गैरसरकारी क्षेत्रलाई करारमा लगाइनेछ। कार्यक्रम प्रतिफल १ मा निर्धारित गरिएअनुसार यसको विकास अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाको विकासको हिस्साको रूपमा गरिनेछ। यसको अर्थ सरकारी क्षेत्रमा करारमा काम लगाउने सीपको विकास गर्नु हुनेछ। तेस्रो कार्यक्षेत्रअन्तर्गत, गैरसरकारी/निजी क्षेत्रले प्रदान गर्ने स्वास्थ्यको गुणस्तरबारे विश्वस्त तुल्याउनु हुनेछ। सरकारी र निजी क्षेत्रका सेवाप्रदायकहरू र संस्थाहरूका लागि समानरूपले लागू हुने मानदण्डहरू (Common Standards) को विकास गरिनेछ। निजी क्षेत्रमा तिनीहरूलाई आत्म-नियमन लगायतको नियमन र करार प्रक्रियाको सम्मिश्रणको माध्यमबाट सुनिश्चित गरिनेछ। निजी खल्तीबाट गरिने खर्चको क्रम जारी रहने क्षेत्र भएकोले अनौपचारिक क्षेत्रका लागि विशेष कार्यक्रमहरूको विकास गरिनेछ। अन्तर्राष्ट्रियस्तरमा सफल नमुना परियोजनाबाट सिकेको पाठहरूको अभिवृद्धि गराउने कार्यलाई विशेष चुनौतिको रूपमा स्वीकार गरिएको छ। यसले कार्यक्रम प्रतिफल १ को लागि निर्धारित समय तालिकालाई पछ्याउनेछ। चौथो कार्यक्षेत्र, औषधि र अन्य उपभोग्य सामग्रीहरूको आपूर्ति र नयाँ प्रविधिका बारे निजी क्षेत्रसँग सहकार्य गर्नु हुनेछ। यसले गुणस्तरको विश्वसनीयता, उपलब्धता र मूल्यबारेको सम्झौता गर्ने कार्यलाई समाहित गर्नेछ। यो काम पहिलो पाँच वर्षमा हुनेछ। यी चारवटै कार्यक्षेत्रमा मुख्य कुरा भनेको नियमन र नियन्त्रणमा भर पर्नुको सट्टा सहकार्य गर्नु रहेको छ।

मन्त्रालयका सबै तह र क्षेत्रहरू यस प्रतिफललाई प्रदान गर्नमा संलग्न हुनेछन् र यसलाई योजना तर्जुमा र कार्यान्वयनमा एकीकृत गर्ने गरी सबै व्यवस्थापकहरूको भूमिकाको अत्यावश्यक हिस्साको रूपमा हेरिनुपर्दछ। तथापि, विशेषतः स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र स्वास्थ्य सेवा विभागस्तरमा विशेष र निश्चित जिम्मेवारी किटएका व्यक्तिहरू हुनुपर्दछ। यो एउटा यस्तो कार्यक्षेत्र हो जसमा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभवसमेत उपयोग गर्न सकिन्छ। विकासका बाट्य साभेदारहरू, गैरसरकारी संस्थाहरू, अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाहरू र निजी क्षेत्रले यसमा सहयोग प्रदान गर्न सक्दछन् र शुरुदेखि नै यी सबैलाई संलग्न गराइनेछ।

### क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल १: समन्वित तथा सङ्गतियुक्त क्षेत्रगत व्यवस्थापन

**(स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयमा विकेन्द्रीकृत सेवा प्रवाहमा सहयोग पुऱ्याउनका लागि गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्रसमेतको संलग्नतामा समन्वित तथा सङ्गतियुक्त क्षेत्रगत व्यवस्थापन (योजना र कार्यक्रम तर्जुमा, बजेट, वित्तव्यवस्था एवम् कार्यसम्पादन व्यवस्थापन) स्थापित गरिनेछ।)**

बाँकी पाँचवटा सबै प्रतिफलहरू क्षेत्रगत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित छन्। क्षेत्रगत व्यवस्थापनमा यसरी थप जोड दिनुको अर्थ कार्यक्रम प्रतिफलहरू हासिल गरिएका छन् भनी सुनिश्चित गर्नका लागि सहयोगको आवश्यकता छ भनी स्वीकार गर्नु हो। सबै तहमा नयाँ भूमिका र जिम्मेवारीहरू हुनेछन्। सुधारको प्रक्रियालाई नेतृत्व प्रदान गर्न र चुनौतीहरूको भिन्नै किसिमले व्यवस्थापन गरी जवाफदेहिता वहन गर्ने कार्यमा केन्द्रस्तरको क्षमताले अहम् भूमिका खेल्ने हुन्छ। प्रारम्भमा नै नयाँ भूमिका, संरचना र सीपहरू सम्बन्धी विषयहरूका साथै ती विषयहरू कार्यान्वयन गर्न सक्ने गरी क्षमता विकास सम्बन्धी आवश्यकता पहिचान गर्न सक्ने नसक्ने सम्बन्धमा स्वास्थ्य क्षेत्रको क्षमताको मूल्याङ्कन (Capacity Appraisal) गरिनेछ। मन्त्रालयअन्तर्गतको नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखाको पुनर्संरचना हालै गरिएको भए तापनि यसलाई पनि समाहित गरिनुपर्दछ। विशेषतः यसका कामहरूमध्ये स्वास्थ्य सम्बन्धी वित्तीय श्रोत जुटाउने सम्बन्धी नीतिका अतिरिक्त यसको योजना तर्जुमा क्षमतालाई समाहित गर्न विचार गरिनुपर्दछ। यसले स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि नीति, योजना, कार्यक्रम निर्माण, बजेट र वित्तीय श्रोतको प्रबन्ध गर्ने कार्यलाई प्रभावकारी ढङ्गले समन्वय गर्ने अवसर प्रदान गर्नेछ। अतः यस महाशाखाको सुदृढीकरणको लागि पनि विचार गरिनुपर्दछ। मन्त्री र सचिवलाई आवश्यक सहयोग गरी स्वास्थ्य क्षेत्रको विकास र सुधारलाई

निर्देशित गर्ने उपयुक्त स्थानको रूपमा यस महाशाखालाई लिइएको छ। क्षेत्रगत रणनीति कार्यान्वयन भएको कुराको सुनिश्चित गर्न त्यो सहयोग र नेतृत्व प्रदान गर्ने क्षमता हुनु आवश्यक हुनेछ।

### क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल २: वित्तव्यवस्था तथा श्रोत विनियोजन

**(वैकल्पिक वित्तीय श्रोत व्यवस्थाको योजनासहित सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि वित्तीय श्रोतको व्यवस्था र श्रोतको विनियोजन गराउने व्यवस्थाको दिगो विकास गरिनेछ।)**

गरिबीमा केन्द्रित गरी सुधारिएको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न थप श्रोतहरूको परिचालनका साथै चुस्त तथा पारदर्शी श्रोत विनियोजन एवम् खर्च गर्ने कार्य प्रणालीको आवश्यकता पर्दछ। स्वास्थ्यका लागि वित्तीय श्रोत जुटाउने सम्बन्धी बृहत् आर्थिक सन्दर्भ बुझ्न निपुण सूचना (Intelligent Information) र अनुसन्धानसम्म पहुँच हुनु आवश्यक छ। यो कार्य सम्पन्न गराउन नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखालाई सुदृढ गरी सो महाशाखाअन्तर्गत एउटा स्वास्थ्य अर्थशास्त्रीय समूह (Health Economics Group) को स्थापना गरिनेछ। राष्ट्रिय स्वास्थ्य लेखाहरूको विवरण नियमितरूपले निकालिनेछ। यस्तो लेखा विवरणमा व्यक्तिको खल्तीबाट हुने खर्च र विकासका वाह्य साभेदारहरूद्वारा गरिने खर्चको विवरण थाहा पाउन नियमितरूपमा घरपरिवार सर्वेक्षण गरिने कुरा समाहित हुनेछ। यस्ता सर्वेक्षणका अतिरिक्त स्वास्थ्यमा गरिने खर्चबाट कसलाई फाइदा पुगिराखेको छ, भन्नेबारे थाहा पाउन लाभग्राही प्रभाव अध्ययन (Benefit Incidence Studies) गरिनेछ। कार्यक्रम प्रतिफल १ र २ को कार्यान्वयनलाई सहयोग पुऱ्याउन एउटा श्रोत विनियोजन (बाँडफाँड) प्रणालीको विकास गरिनेछ। यो कुराको निमित्त दुई वर्षभित्रमा सहमति भइसकेको हुनुपर्नेछ। सान्दर्भिक सूचना प्रदान गर्नका लागि केन्द्रीय तथ्याङ्क विभागलाई पनि प्रयोगमा ल्याउन सकिनेछ।

स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि वित्तीय श्रोतको प्रबन्ध गर्ने सम्बन्धी नीतिको विकास गर्न सरकारका अन्य विभागहरूका अतिरिक्त राजनीतिज्ञ तथा नागरिक समाजलाई समेत समाहित गरिनुपर्दछ। यस्तो संलग्नतालाई सुनिश्चित गराउन एउटा संयन्त्रको विकास गरिनेछ। एउटा विचारयोग्य विकल्प स्वास्थ्यका लागि स्थानीय बृहत् आर्थिक आयोग (Local Macro-Economic Commission for Health) गठन गर्नु हुन सक्नेछ।

पहिलो वर्षमा वित्तीय श्रोतको वैकल्पिक व्यवस्थापनका लागि सामाजिक बीमा, रोजगारीमा आधारित बीमा र सामुदायिक बीमाजस्ता कार्यक्रमहरू समाहित भएका प्रस्तावहरू तयार गर्ने कार्य शुरु गरिनेछ। यिनीहरू स्थानीय र क्षेत्रीय दुवै तहको अनुभवको आधारमा तयार पारिनेछन्। पाँचौँ वर्षसम्ममा वित्तीय श्रोत जुटाउने वैकल्पिक व्यवस्था (Alternative Financing Scheme) को स्थापना भइसक्नेछ। यसबाहेक निजी स्वास्थ्य बीमा क्षेत्रको नियमन सम्बन्धी ढाँचा (Regulatory Framework) मा सहमति भई पाँचौँ वर्षसम्ममा कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ।

### क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ३: भौतिक सम्पत्ति, औषधि तथा औजार उपकरणको व्यवस्थापन

**(स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयभित्र भौतिक सम्पत्तिको प्रभावकारी व्यवस्थापन र औषधि तथा औजार उपकरणको स्वरिद वितरणका लागि संरचना र प्रणालीको स्थापना र श्रोतको विनियोजन गरिनेछ।)**

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले तयार गरेको स्वास्थ्य सेवा प्रविधि नीति (Health Care Technology Policy) लाई अन्तिम रूप दिइनेछ र मन्त्रपरिषदले त्यसमा स्वीकृति दिनेछ। क्षमता मूल्याङ्कन (Capacity Appraisal) को अङ्गको रूपमा आवश्यक संरचना र पद्धति स्थापना गर्नका लागि एउटा कार्यक्रमको पहिचान गरिनेछ। यसको कार्यान्वयन प्रारम्भिक चरणमा नै गरिनेछ र यो प्रतिफल १ र २ सँग संलग्न हुनेछ। यी दुवै प्रतिफलको लागि औषधि, उपकरण र आपूर्तिको यथासमयमा प्रभावकारी व्यवस्था गर्न आवश्यक हुनेछ। यी दुवै क्षेत्रमा संरचना र पद्धतिको स्थापना गर्ने तथा वित्तीय श्रोत जुटाउने सम्बन्धी कार्यहरू आफ्नो जिम्मेवारी निर्वाहको सिलसिलामा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयद्वारा नै गरिनुपर्छ। तर यस्तो कार्य निजी र गैरसरकारी क्षेत्रको भूमिका सम्बन्धी कार्यक्रम प्रतिफलअनुरूप हुनुपर्दछ। यी दुवै क्षेत्रमा करारबाट काम गराउने कुराले परिपूरक भूमिका खेल्न सक्दछ।

## क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ४: मानव संसाधन विकास

### (मानव संसाधन विकाससम्बन्धी स्पष्ट तथा प्रभावकारी नीति, प्रणाली र कार्यक्रमहरूको व्यवस्था गरिनेछ।)

तुरुन्त गरिनुपर्ने कार्यमा विकेन्द्रीकरण र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने दुवै कार्यमा सहयोग पुऱ्याउनु हुनेछ, किनकी यी दुवैको मानव संसाधन सम्बन्धी प्रभाव (Implications) ठूलो छ। तल्लो तहमा रोजगारी सम्बन्धी जिम्मेवारी हस्तान्तरण गर्न तथा कर्मचारीहरूको उत्तरदायित्व बढाउनका लागि सावधानीपूर्ण तयारी र अनुगमनको आवश्यकता पर्नेछ। क्षमता मूल्याङ्कन कार्यले मानवीय श्रोत विकासका लागि वर्तमान संरचनाभित्र मुख्य जिम्मेवारीबारे स्पष्टता भएको र मानवीय श्रोत विकास सम्बन्धी नीति, योजना तर्जुमा र कार्यक्रम निर्माणको क्षमता स्थापित भएको सुनिश्चित गर्नेछ। विभिन्न किसिमका सीपहरूको मिश्रण, तालिम र क्षमता विकास, पुरस्कार र थमौती (Retention) सम्बन्धी नीतिहरूको तर्जुमाका साथै त्यस्ता नीतिहरूबाट मुलुकका सबै भागमा सेवा पुऱ्याइनेछ भन्ने कुरा सुनिश्चित गरिनेछ। निजी/गैरसरकारी क्षेत्रलाई पनि तालिम र क्षमता विकासमा संलग्न गराइनेछ। आवश्यक मात्रा र गुणस्तरयुक्त मानवीय श्रोतहरूको उत्पादन र तालिमलाई सुनिश्चित गर्नका निमित्त स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले शैक्षिक संस्थाहरूसँग समन्वय गर्ने कार्यमा प्रभावकारी भूमिका निर्वाह गर्नेछ।

## क्षेत्रगत व्यवस्थापन प्रतिफल ५: एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणाली र गुणस्तर सुनिश्चितता नीति

### (सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि एउटा विस्तृत तथा एकीकृत व्यवस्थापन सूचना प्रणाली तयार पारी सबै तहमा लागू गरिनेछ।)

रणनीति लागू गर्नमा लक्ष्यहरू निर्धारण गर्नु र ती हासिल भएको सुनिश्चित गर्न एउटा कार्यसम्पादन व्यवस्थापन पद्धति कायम गरिनुलाई एउटा प्रमुख कार्यको रूपमा हेरिन्छ। पहिलो पाँच वर्षभित्रमा स्वास्थ्य क्षेत्रको लागि एउटा विस्तृत र एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Health Management Information System/HMIS) को चरणबद्धरूपमा विकास गरिनेछ। यसमा आर्थिक, प्रशासनिक, लजिस्टिक, मर्मतसम्भार, कार्यसम्पादन र प्रभाव सम्बन्धी तथ्याङ्कहरू (Impact Data) समाहित हुनेछन् र यसमा सबै तहको पहुँच सम्भव हुनेछ। यो एउटा ठूलो कार्य हुनेछ। यो प्रक्रिया सेवा सम्बन्धी सूचकहरू (Service Indicators) को पुनर्व्याख्या तथा प्राथमिकता प्राप्त कार्यक्रम लागू गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरूको नक्साङ्कन (Mapping) बाट शुरु हुनेछ। सबै चरणमा, सबै तहका व्यवस्थापकहरूले निर्णय गर्नका लागि आवश्यक पर्ने यथार्थ सूचनाहरू समयमा नै हासिल गर्न सक्नेछन् भन्ने यसको मूल सिद्धान्त हुनेछ। मानवीय श्रोत विकास सूचना पद्धति (Human Resource Development Information System/HuRDIS) लाई स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय/स्वास्थ्य सेवा विभागले अवलम्बन गर्नु यस प्रक्रियाको अङ्ग हुन सक्दछ र यस प्रक्रियाबाट पैदा गरिएका सूचनाहरू निर्णय गर्नका लागि उपयोगी हुनेछन्।

## अन्य क्रियाकलापहरू

आगामी पाँच वर्षभित्र उपर्युक्त आठवटा प्रतिफलहरू हासिल गर्नमा यो क्षेत्र मुख्यरूपले केन्द्रित रहनेछ। तथापि, अन्य क्रियाकलापहरूको कार्यान्वयन हुनेछैन र अरु प्राथमिकतामा सरकारको ध्यान जानेछैन भनी सोच्नु अवास्तविक हुनेछ। ती कुराहरूलाई रणनीतिको सन्दर्भभित्रै राखिनुपर्दछ। जहाँ सम्भव हुन्छ, ती कुराहरूलाई दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाको बाँकी समय अर्थात् सन् २००७ पछिको सन्दर्भभित्र राखेर विचार गरिनुपर्दछ। यो पछिल्लो समयभित्र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) का मुख्य तत्वहरू सबै लागू भइसकेछन् र उक्त अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) का अन्य थप तत्वहरूसमेत समाहित हुनेछन् भन्ने सोच राखिएको छ। यसअन्तर्गत नसर्ने खालका रोगहरू पनि समाविष्ट हुनेछन्। सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू हासिल गर्न अन्य क्षेत्रहरूको सहयोग आवश्यक हुनेछ र स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले उपयुक्त अन्तर्विषयगत समन्वय सुनिश्चित गर्नेछ। विशेषतः यो महत्वपूर्ण हुनेछ कि सफा पानीमा पहुँच बढाउने, वातावरणीय सफाई सपार्ने, स्थानीयस्तरमा आमा समूहद्वारा आयआर्जन गर्न सञ्चालन गरिएका कार्यक्रमहरूमा सघाउ पुऱ्याउने तथा स्कूलहरूमा उपयुक्त स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमहरूका साथमा विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने जस्ता कार्यक्रमहरू भइरहेका छन् भन्ने कुराको सुनिश्चितता गर्नु विशेष महत्वपूर्ण हुन आउँछ।

## रणनीतिको कार्यान्वयन

यस रणनीतिको कार्यान्वयनका लागि सन् २००२ को डिसेम्बरसम्ममा लागत सहितको क्षेत्रगत योजना तर्जुमा गरिनेछ। यसले नेपाल सरकारको दशौं पञ्चवर्षीय योजना (सन् २००२-२००७) लाई समेट्नुका साथै मध्यावधि खर्च संरचना (MTEF) माथि समेत ध्यान पुऱ्याउनेछ। क्षेत्रगत योजनाले यस रणनीतिको कार्यान्वयनका लागि आवश्यक पर्ने थप आर्थिक र प्राविधिक सहयोगको पहिचान गर्नेछ। विकासका बाध्य साभेदारहरूसँग त्यस्तो सहयोग कसरी उपलब्ध गराउन सकिन्छ भन्नेबारे सहमतिका लागि वार्ता गरिनेछ। रणनीति कार्यान्वयनको अभिभारा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति र यसको प्रमुख कार्यदल (Core Group) ले लिनेछ। उनीहरूलाई स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको नीति, योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखामा रहेको कार्यक्रम तयारी टोलीले सहयोग गर्नेछ। क्षेत्रगत योजनाको विकासमा सहयोग गर्न केही थप काम गर्नु आवश्यक हुनेछ। यसका लागि एउटा कार्यान्वयन योजना तयार गरिएको छ र त्यसमा सहयोग पुऱ्याउनका लागि विकासका बाध्य साभेदारहरूसँग अनुरोध गरिएको छ। यसमा स्वास्थ्य श्रोत लेखा र क्षेत्रगत कार्यक्रम तयार गर्ने जस्ता यस रणनीतिका प्रमुख तत्वहरू कार्यान्वयन गर्ने कामको थालनी समाविष्ट हुनेछ।

स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति र यसको प्रमुख कार्यदल (Core Group) यस रणनीतिको कार्यान्वयनमा मुख्य सरोकारवालाहरूको संलग्नता सुनिश्चित गराउने प्रमुख मञ्च (Key Forum) हुनेछन् भन्ने अपेक्षा गरिएको छ। तापनि प्रगतिको वार्षिक समीक्षा गर्ने लगायतका कार्य गर्न सँगै मिलेर काम गर्ने मार्ग प्रसस्त गर्न यस्तो सम्बन्धलाई एउटा समझदारीपत्र (Memorandum of Understanding) मार्फत औपचारिकता प्रदान गर्न सिफारिस गरिएको छ।

## अनुसूची १: समयानुक्रमअनुसार प्रमुख सन्दर्भ सामग्रीहरू

तल उल्लेखित प्रमुख दस्तावेजहरूले सन् १९९७ देखि स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीतिको विकास र स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार सम्बन्धी प्रगतिलाई प्रतिबिम्बित गर्दछन्। सन्दर्भ सामग्रीहरूको बढी विस्तृत विवरण 'दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना' र 'नेपाल: स्वास्थ्य क्षेत्रमा श्रोतहरूको कार्यान्वयनको मुद्दा र प्राथमिकीकरण' नामक दस्तावेजहरूमा राखिएको छ।

१	<b>Second Long Term Health Plan 1997-2017 (दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना सन् १९९७-२०१७)</b> GoN Ministry of Health (1999) Kathmandu
२	<b>Strategic Analysis to Operationalise Second Long Term Health Plan, 1999</b> (दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनालाई कार्यरूप दिनका लागि गरिएको रणनीतिक विश्लेषण, सन् १९९९) GoN Ministry of Health, Kathmandu, October 1999
३	<b>Health Systems Review in Nepal, Draft Report 1999</b> (नेपालमा स्वास्थ्य पद्धति पुनरावलोकन, मस्यौदा प्रतिवेदन, सन् १९९९) Ken Grant and Mark Pearson, Institute for Health Sector Development (1999) London, June 1999
४	<b>Nepal Public Expenditure Review (नेपाल सार्वजनिक खर्च समीक्षा)</b> <b>Volume I, PER Overview – The Main Report</b> World Bank, HNP South Asia Region, April 2000
५	<b>Operational Issues and Prioritization of Resources in the Health Sector</b> (स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यसञ्चालनस्तरीय मुद्दाहरू तथा स्रोतको प्राथमिकीकरण) (2000) Nepal, World Bank, Washington, June 2000
६	<b>दशौं पञ्चवर्षीय योजना (मस्यौदा) (२०५९-२०६४),</b> नेपाल सरकार, राष्ट्रिय योजना आयोग, काठमाडौं, २०५९
७	<b>Medium Term Strategic Plan based on Strategic Analysis to Operationalise SLTHP (दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनालाई कार्यरूप दिनका लागि गरिएको रणनीतिक विश्लेषणमा आधारित मध्यावधि रणनीतिक योजना)</b> GoN Ministry of Health/Department of Health Services (2001), Kathmandu, February 2001
८	<b>Annual Report 2057/58 (2000/01) (वार्षिक प्रतिवेदन २०५७/५८)</b> GoN Ministry of Health/Department of Health Services (2000/01) Kathmandu, 2001
९	<b>Health Information Bulletin 2001 (स्वास्थ्य सूचना बुलेटिन, सन् २००१)</b> GoN Ministry of Health, Kathmandu, 2001
१०	<b>Nepal Demographic and Health Survey 2001 (नेपाल जनसाङ्ख्यिकी तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण, सन् २००१)</b> GoN Ministry of Health, Family Health Division, Kathmandu 2001
११	<b>Medium Term Expenditure Program (MTEP) Operationalise 1st Three Years of 10th Five Year Plan's Health Programmes (दशौं पञ्चवर्षीय योजनाका स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरूको पहिलो तीन वर्षको कार्यान्वयनका लागि मध्यावधि खर्च कार्यक्रम)</b> GoN Ministry of Health, Kathmandu, January 2002
१२	<b>Health Sector Reform Towards a Sector Strategy – Synthesis Report 2002</b> (क्षेत्रगत रणनीतिको मार्गमा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार-संश्लेषण प्रतिवेदन सन् २००२) GoN Ministry of Health, Kathmandu May 2002
१३	<b>Nepal Health Sector Strategy Development: Consolidated Report 2002</b> (नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति विकास: एकीकृत प्रतिवेदन, सन् २००२) GoN Ministry of Health, Kathmandu May 2002
१४	<b>Elements of Essential Health Care Services by Main Interventions or Program Components</b> (मुख्य क्रियाकलापहरू वा कार्यक्रम संभाग अनुसार अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवाका तत्वहरू) GoN Ministry of Health, Kathmandu May 2000

## अनुसूची २: योगदानकर्ताहरूको नामावली

डा. बी.डी. चटौत	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (स्वाजम) अध्यक्ष, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) कार्यान्वयन कार्य समूह तथा सो समूहका अन्य सदस्यहरू
श्री रेवेक्का रोहरर	यूएसएआईडी, सहअध्यक्ष, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) कार्यान्वयन कार्य समूह
डा. रिता थापा	वरिष्ठ नीति तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य सल्लाहकार, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय (स्वाजम)
डा. बी.बी. कार्की	स्वाजम, अध्यक्ष, सार्वजनिक निजी तथा गैरसरकारी संस्था साभेदारी (PPNP) कार्य समूह तथा सो समूहका सम्पूर्ण अन्य सदस्यहरू
डा. क्लाउस वागनर	विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन, सहअध्यक्ष, PPNP कार्य समूह
डा. एल्.आर्. पाठक	महानिर्देशक, स्वास्थ्य सेवा विभाग (स्वासेवि)
डा. छत्र अमात्य	स्वासेवि, अध्यक्ष, विकेन्द्रीकरण कार्य समूह र सो समूहका सम्पूर्ण अन्य सदस्यहरू
डा. अगाथा प्राट	युनिसेफ, सहअध्यक्ष, विकेन्द्रीकरण कार्य समूह
श्री बी.बी. थापा	औषधि व्यवस्था विभाग, अध्यक्ष, क्षेत्रगत व्यवस्थापन कार्य समूह तथा सो समूहका सबै अन्य सदस्यहरू
डा. माइकेल ओ' डोयेर	डीएफआईडी, सहअध्यक्ष, क्षेत्रगत व्यवस्थापन कार्य समूह
श्री जे.एस्. काङ्	टीटीएलएचएन्टी, विश्व बैङ्क, नयाँ दिल्ली
डा. तीर्थ राणा	वरिष्ठ स्वास्थ्य सल्लाहकार, विश्व बैङ्क, नेपाल
श्री ए.बी. सिंह	अध्यक्ष, मानव संसाधन विकास कार्य समूह तथा सो समूहका सम्पूर्ण अन्य सबै सदस्यहरू
डा. एन्जेलीका स्चेरेटेनबुनर	जीटीजेड, सहअध्यक्ष, मानव संसाधन विकास तथा क्यू.ए.
डा. यशोवर्धन प्रधान	स्वासेवि, अध्यक्ष, लजिस्टिक व्यवस्थापन कार्य उपसमूह
श्री टी एम् शर्मा	लेखा नियन्त्रक, स्वाजम, अध्यक्ष, स्वास्थ्यका लागि वित्तीय श्रोत प्रबन्ध कार्य उपसमूह
श्री रमेश न्यौपाने	अध्यक्ष, सूचना, शिक्षा र सञ्चार/व्यवहार, परिवर्तन र सञ्चार कार्य उपसमूह
डा. हर्नाण्डो अगुडेले	यूएनएफपीए, सहअध्यक्ष, सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार/स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) कार्य उपसमूह
श्री सुन्दरमान श्रेष्ठ	उपसचिव, अर्थ मन्त्रालय
श्री पद्मा माथेमा	उपसचिव, राष्ट्रिय योजना आयोग
श्री महेशराज शर्मा	उपसचिव, स्थानीय विकास मन्त्रालय
श्री परमिता सुधातौ	विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन, नेपाल
श्री एस्. फुरुता	सहायक प्रतिनिधि, जाइका
डा. बी.आर. पाण्डे	अध्यक्ष, नेपाल स्वास्थ्य अर्थशास्त्र संघ (NHEA)
डा. भरत प्रधान	सभापति, फेक्ट (PHECT) नेपाल
श्री प्रदीप बैद्य	महासचिव, एपीपीओएन्
श्री माधव अधिकारी	जिल्ला विकास समिति महासंघ
श्री नरेन्द्रबहादुर बम	माननीय सदस्य, प्रतिनिधिसभा
श्री गंगाप्रसाद नेपाल	माननीय सदस्य, प्रतिनिधिसभा
डा. वंशीधर मिश्र	माननीय सदस्य, प्रतिनिधिसभा
डा. मोहन डी. मानन्धर	निर्देशक, ओडीसी
डा. केन् अफुल	सल्लाहकार, ओडीसी
डा. जी.एम्. शाक्य	राष्ट्रिय परामर्शदाता, अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (EHCS) कार्यान्वयन
श्री इश्वर बी. श्रेष्ठ	राष्ट्रिय परामर्शदाता, विकेन्द्रीकरण
श्री कपिल घिमिरे	कार्यशाला सहजकर्ता
डा. शिवराज लोहनी	राष्ट्रिय परामर्शदाता
डा. पाउल थोर्नटन्	अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाता
डा. चार्ल्स कोलिन्स	अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाता
डा. केन ग्रान्ट	अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाता
डा. इनामुल करीम	अन्तर्राष्ट्रिय परामर्शदाता
श्री कृष्ण पी. बिष्ट	राष्ट्रिय समन्वयकर्ता
सम्पूर्ण समाचार तथा सञ्चारमाध्यमका प्रतिनिधिहरू (कार्यशाला अवधिभर)	

## अनुसूची ३: स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई कार्यान्वयनमा ल्याउने सम्बन्धमा नेपाल सरकार, मन्त्रिपरिषदको स्वीकृति

प्रस्ताव नं.: १९

### नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय

विषय : स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई कार्यान्वयनमा ल्याउने ।  
विभागीय मन्त्रीको स्वीकृति मिति: २०६०/९/४

#### १. विषयको संक्षिप्त बेहोरा:

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना, (सन् १९९७-२०१७), सहस्राब्दी विकास लक्ष्य, चालु दशौं योजना र मध्यकालीन खर्च संरचनाले अवलम्बन गरेका अवधारणा, नीति, उद्देश्यअनुरूप स्वास्थ्य क्षेत्रमा आवश्यक सुधार ल्याई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने कार्यक्रमहरूलाई प्रभावकारीरूपमा सञ्चालन गर्न माननीय स्वास्थ्य मन्त्रीज्यूको अध्यक्षतामा गठित स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समितिले नेपाल सरकार, दातृसंस्था र निजी क्षेत्रको सहभागितामा तयार गरेको यसैसाथ संलग्न स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई स्वीकृत गरी कार्यान्वयनमा ल्याउनुपरेको छ ।

नेपालमा स्वास्थ्य सम्बन्धी योजनाबद्ध विकासको थालनी सन् १९५० को दशकदेखि भएको हो । त्यसबेलासम्म नेपालमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि एक दुईवटा अस्पताल र तराई क्षेत्रमा ५/७ वटा डिस्पेन्सरी मात्र थिए । स्वास्थ्य सेवा दिने न कुनै स्तरीय जनशक्ति थियो, न त्यस्तो जनशक्ति उत्पादन गर्ने निकायहरू नै थिए । त्यस्तो अवस्थाबाट माथि उठ्ने अहिले ठूलो सङ्ख्यामा उपस्वास्थ्यचौकी, स्वास्थ्यचौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूको स्थापना हुनु, ६९ जिल्लामा जिल्ला अस्पताल स्थापना हुनु, अञ्चल र केन्द्रीयस्तरका अस्पतालहरू स्थापना भइसक्नु, स्वास्थ्य सम्बन्धी उच्च र मध्यमस्तरीय जनशक्ति उपलब्ध हुनु र त्यस्तो जनशक्ति तयार गर्ने निकायहरू नेपालभित्रै विकास भइसक्नु, स्वास्थ्य सेवा दिन निजी र गैरसरकारी क्षेत्रको अग्रसरता देखिनु, स्वास्थ्य सेवाका लागि दातृसंस्थाहरूको सहयोग जुट्न सक्नुलाई एउटा महत्वपूर्ण उपलब्धिको रूपमा लिनुपर्दछ । यो स्थितिसम्म आइपुग्नमा पञ्चवर्षीय योजनाहरूमार्फत् निर्दिष्ट नीति र रणनीतिको कार्यान्वयनका साथै वि.सं. २०३३ देखि २०४७ सम्मका लागि तयार पारिएको पन्ध्र वर्षे प्रथम स्वास्थ्य सम्बन्धी दीर्घकालीन योजनाको योगदान उल्लेखनीय रहेको छ ।

तथापि, स्वास्थ्य सम्बन्धी शिशु मृत्युदर, मातृ मृत्युदर, औसत आयु, प्रजनन दर, जनसङ्ख्या वृद्धिदर आदि जस्ता समस्त सूचकाङ्कहरू हेर्दा स्वास्थ्य स्थितिमा वाञ्छनीय सुधार ल्याउन स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूलाई अरु योजनाबद्धरूपले कार्यान्वयन गर्नुपर्ने महसुस गरी सन् १९९७ देखि २०१७ सम्मका लागि २० वर्षे दोस्रो दीर्घकालीन योजना तर्जुमा गरी सन् १९९९ मा नेपाल सरकार मन्त्रिपरिषदबाट स्वीकृत गरिएको छ । नेपाल सरकारका सम्बन्धित निकायहरू, दातृसंस्थाहरू र अन्य सरोकारवाला (Stakeholders) को सहभागिताबाट तयार पारिएको उक्त दीर्घकालीन योजनामा खोप, प्रजनन स्वास्थ्य, बाल स्वास्थ्य, पोषण, क्षयरोग नियन्त्रण, कुष्ठरोग नियन्त्रण जस्ता २० वटा कार्यक्रमहरू अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा (Essential Health Care Services – EHCS) को रूपमा सञ्चालन गर्न इङ्गित गरिएको छ । तर स्वास्थ्यका लागि वर्तमान परिप्रेक्ष्यमा प्राप्त हुँदै आएको र हुन सक्ने श्रोतलाई हेरी ती २० वटै कार्यक्रमहरूलाई नै प्राथमिकता दिई सञ्चालन गर्न नसकिने महसुस गरी दशौं पञ्चवर्षीय योजना अवधिभरका लागि कार्यान्वयन गर्ने गरी प्राथमिकता दिनुपर्ने कार्यक्रमहरूको छनौट गरी कार्यान्वयन गर्न रणनीतिको तर्जुमा गरिएको छ । छनोटमा परेका कार्यक्रमहरूमा सुरक्षित मातृत्व तथा परिवार नियोजन, बाल स्वास्थ्य, सङ्क्रामक रोग नियन्त्रण र स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट दिइने बहिरङ्ग सेवा (Out patient services) रहेका छन् । मूलतः यसैलाई आधार मानी तयार पारिएको रणनीति संलग्न छ र प्रक्रियागतरूपमा माननीय स्वास्थ्य मन्त्रीज्यूको अध्यक्षतामा गठित स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समिति (Health Sector Reform Committee) बाट समय-समयमा प्राप्त निर्देशनानुसार दातृसंस्थाहरूसमेत रहेको मुख्य कार्यदल (Core Group) ले दशौं पञ्चवर्षीय योजना र मध्यकालीन खर्च संरचना (Medium Term Expenditure Framework) मा रहेका स्वास्थ्य क्षेत्र सम्बन्धी अवधारणा एवम् सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (Millennium Development Goals – MDGs) सँग तादात्म्य राख्दै रणनीतिको तर्जुमा गरिएको छ । साथै, युगाण्डा,

मलावी, हैटी आदि मुलुकमा गरिएको स्वास्थ्य क्षेत्र सुधारअन्तर्गत प्राप्त सफल अनुभवलाई पनि मध्यनजर राखी रणनीतिमा समायोजित गर्ने प्रयास गरिएको छ ।

**क. यस रणनीतिको मुख्य विशेषता निम्नानुसार रहेको छ:**

१. स्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रमहरूको प्राथमिकता निर्धारण गरी गरिवी निवारणमूलक कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने ।
२. यसको कार्यान्वयनको लागि सबै संलग्न सरोकारवालाहरूको सहभागिता सुनिश्चित गरी आवश्यक सहयोग, आर्थिक सहयोग सङ्कलन तथा परिचालन गर्ने । यसका लागि दातृसंस्था र स्वास्थ्य मन्त्रालयबीच समझदारी पत्र (Memorandum of Understanding) मा हस्ताक्षर गर्ने ।
३. वार्षिकरूपमा सोच तालिका (Logical Framework) अनुरूप कार्यक्रम कार्यान्वयनको अनुगमन गर्ने ।

**ख. मुख्य मुख्य कार्यहरू:**

१. प्रस्तावित रणनीतिको आधारमा नेपाल सरकार तथा सबै सरोकारवाला स्वदेशी तथा विदेशी दातृसंस्थाहरूबीच हुने सहमतिको दस्तावेज (Memorandum of Understanding) अनुरूप कार्य गर्ने ।
२. नेपाल स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्ययोजना (Nepal Health Sector Programme – Implementation Plan – NHSP-IP) कार्यान्वयन गर्ने ।
३. संयुक्तरूपमा तयार गरिएको सोच तालिका (Logical Framework) अनुसार अनुगमन गर्ने प्रक्रिया बसाल्ने ।
४. क्रमरूपमा सम्पूर्ण कार्यक्रमहरूलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य कार्यक्रमको गुरु योजना (Master Plan) को खाकाभित्र ल्याउने ।

**ग. राष्ट्रिय स्वास्थ्य कार्यक्रमका प्रतिफलहरू (Programme Outputs)**

१. पाँच वर्षमुनिका बालबालिकाको मृत्युदर सन् २००१ मा भएको ९१ प्रतिहजार जीवित जन्म (Live Birth) लाई घटाई ३० प्रतिहजार जीवित जन्ममा घटाउने लक्ष्य निर्धारण गरिएको छ ।
२. सन् १९९६ को डेमोग्राफीक हेल्थ सर्भेअनुसार मातृ मृत्युदर प्रति एक लाखमा ५३९ रहेकोमा सहस्राब्दीको लक्ष्यअनुसार सन् २०१५ सम्ममा प्रति एक लाख १३४ मा भर्ना सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमलाई प्रभावकारीरूपले सञ्चालन गरिनेछ ।
३. हाल १५ देखि ४९ वर्षका व्यक्तिहरूमा HIV/AIDS को Prevalence Rate ०.५ प्रतिशत अनुमान गरिएको छ । यसरी बढ्दै गएको HIV/AIDS को प्रवृत्ति (Trend) सन् २०१५ सम्ममा बढ्ने क्रम रोकी विस्तारै घट्नेक्रममा लगिनेछ ।
४. स्वास्थ्य सेवा विभागको सन् २००० को वार्षिक प्रतिवेदनअनुसार औलोको प्रभावित दर ३७ प्रति १,००,००० रहेकोमा यसको बढ्ने क्रमलाई सन् २०१५ सम्ममा रोकी क्रमशः घट्ने क्रममा लगिनेछ । साथै क्षयरोगको उपचारको लागि हाल प्रत्यक्ष निगरानीमा दिइने उपचार सेवा पुग्न नसकेका बाँकी १५% जनसमुदायलाई सेवा पुऱ्याइनेछ ।
५. संयुक्त राष्ट्र सङ्घद्वारा प्रतिदिन डलर १ भन्दा कम आय हुने गरिवको सङ्ख्या आधा घटाउने सहस्राब्दीको लक्ष्य निर्धारण गरिएको छ । तदनुरूप नेपालले पनि यो सङ्ख्या हालको ३८% बाट १७% मा भर्ना स्वास्थ्य क्षेत्रबाट सहयोग पुऱ्याउने लक्ष्य रहेको छ ।

**घ. क्षेत्रगत व्यवस्थापनका प्रतिफलहरू (Sector Management Outputs)**

१. विकेन्द्रीकरणको सिद्धान्तबमोजिम प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई स्थानीय तहमा क्रमशः निक्षेपण गर्दै लगिनेछ । स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारीहरूलाई स्थानीय निकायप्रति उत्तरदायी बनाइनुको साथै योजना तर्जुमा, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन, वित्तीय व्यवस्थापन तथा अन्य स्थानीयस्तरका निर्णय प्रक्रियामा गैरसरकारी संस्था र निजी क्षेत्र तथा स्थानीय समुदायको सहभागिता अभिवृद्धि गरिनेछ ।
२. समस्त स्वास्थ्य क्षेत्रमा स्वास्थ्य लगानी, स्रोत निर्धारण तथा सामुदायिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमजस्ता न्यायोचित वैकल्पिक लगानीको दिगो विकासका लागि उपयुक्त व्यवस्था गरिनेछ ।
३. स्वास्थ्य मन्त्रालयअन्तर्गत भौतिक सम्पत्ति/साधन, औषधि, उपकरण र अन्य स्वास्थ्य सामग्रीको खरीद, वितरण र आपूर्तिका लागि प्रभावकारी प्रणालीको स्थापना गरी आवश्यक श्रोत विनियोजित गरिनेछ ।
४. स्वास्थ्य क्षेत्रमा दक्ष जनशक्तिको विकास सम्बन्धी नीतिहरू, योजना व्यवस्थापन तथा कार्यक्रमहरूको व्यवस्था स्पष्ट एवम् पारदर्शीरूपले सञ्चालन गर्ने संयन्त्रको विकास गरिनेछ ।
५. विस्तृत तथा एकीकृत व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको ढाँचा (Design) तयार गरी प्रत्येक तहमा प्रभावकारीरूपले कार्यान्वयन गरिनेछ ।



यी पाँचवटा प्रतिफलहरूलाई दशौं योजनाको मुख्य कार्यक्रमको रूपमा लिइएको छ र आधारभूत स्वास्थ्य कार्यक्रमबाहेक अन्य प्राथमिकताप्राप्त कार्यक्रम र स्वास्थ्य सेवाका अन्य सम्पूर्ण कार्यक्रमहरू यथावतरूपमा सञ्चालन गरिनेछन् ।

हाल यो रणनीति कार्यान्वयनको निमित्त नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना (NHSP-IP) को तर्जुमा गरिएको छ । यसमा कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न वित्तीय र प्राविधिक सहायता पहिचान गरिएको छ । यसबाट स्वास्थ्य क्षेत्रका सम्पूर्ण सरोकारवालाहरू (Stakeholders) को सहभागितामा प्रस्तावित कार्यान्वयन योजनाअनुसार समझदारीपत्रमा हस्ताक्षर गरी वैधानिकता दिइनेछ र सोहीअनुसार वार्षिकरूपमा प्रगतिको अनुगमन गरिनेछ ।

## २. प्रस्ताव पेश गर्नुपरेको कारण:

प्रकरण १ मा उल्लेख भएबमोजिम यसैसाथ संलग्न रणनीतिलाई स्वीकृत गरी कार्यान्वयनमा ल्याउनुपर्ने भएको छ ।

## ३. प्राप्त परामर्श र अन्य प्रासंगिक कुरा:

नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयले गठन गरेको स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार समितिले दातृसंस्था, निजी क्षेत्र तथा अर्थ मन्त्रालय र राष्ट्रिय योजना आयोगसमेतको राय परामर्शमा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति तयार गरेको हो ।

## ४. मन्त्रालयको सिफारिश:

प्रकरण १ मा उल्लेख भएबमोजिम यसैसाथ संलग्न स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई कार्यान्वयनमा ल्याउन स्वीकृतिको लागि मन्त्रीपरिषद्मा प्रस्ताव पेश गर्न माननीय मन्त्रीज्यूबाट अनुमति प्राप्त भएकोले नेपाल सरकार (कार्य सम्पादन) नियमावली, २०४७ को अनुसूची १ (क) बमोजिम यो प्रस्ताव पेश गरेको छु ।

## ५. निर्णय हुनुपर्ने बेहोरा:

स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई स्वीकृत गर्ने ।

मिति: २०६०/९/७

(विजयराज भट्टराई)  
सचिव

श्री सचिव,  
स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीतिलाई कार्यान्वयनमा ल्याउने विषयको स्वास्थ्य मन्त्रालयको नं. २३ क १/६२-०६०/९/८ को प्रस्ताव मन्त्रपरिषद् बै.सं. ६५/०६० मिति २०६०/९/१० को मन्त्रपरिषद्को बैठकमा पेश हुँदा नेपाल सरकार (कार्य सम्पादन) नियमावली, २०४७ को नियम २३ (अनुसूची १ खण्ड क) अनुसार यसमा नेपाल सरकारले देहायमा लेखिएबमोजिम गर्ने निर्णय गरेकोले सो बमोजिम कार्यान्वयन हुन अनुरोध गरेको छु:

**नेपाल सरकारको निर्णय:**  
**“प्रस्तावमा लेखिएबमोजिम गर्ने”**

मिति: २०६०/९/१०

(विमल प्रसाद कोइराला)  
मुख्य सचिव

**अनुवाद तथा प्रकाशन सहयोग**



स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार सहयोग कार्यक्रम

(Health Sector Reform Support Programme)

*Funded by DFID and implemented by RTI International*