NHSSP

Technical Brief

July 2022

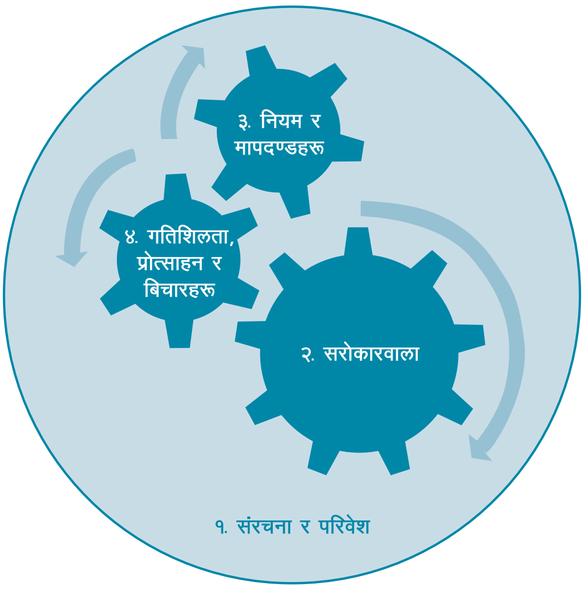
स्वास्थ्य प्रणालीको विश्लेषण:

लुम्बिनी तथा मधेश प्रदेशको प्रादेशिक तथा स्थानीय स्वास्थ्य प्रणालीको कार्यको सन्दर्भमा गरिएको अध्ययनका निष्कर्ष र प्रयोजनहरू

क) परिचय

नेपाल सरकारले २०७२ सालमा केन्द्रिकृत राज्य प्रणालीलाई विस्थापित गर्दै नयाँ संविधान जारी गऱ्यो । जस अन्तर्गत तीनवटा तहमा निर्वाचित स्वायत्त सरकारी संयन्त्र रहेका छन् । केन्द्रमा संघीय सरकार, ७ वटा प्रादेशिक सरकारहरु र ७५३ वटा स्थानीय तहहरु (नगर तथा गाउँपालिकाहरु) रहने व्यवस्थो छ । जिल्ला तहको प्रशासनिक निकायहरू हालको व्यवस्थाम छुट्टै प्रशासनिक निकाय नभएर प्रादेशिक क्षेत्राधिकार भित्र सञ्चालित छ ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम (NHSSP) ले गरेको गुणात्मक अध्ययनमा कसरी स्वास्थ्य क्षेत्र प्रादेशिक र स्थानीय सरकारको मातहतमा चलिरहेको छ भन्ने बारेमा लक्षित थियो । यो अध्ययनले विकेन्द्रिकरण पश्चात् स्वास्थ्य प्रणाली कार्यान्वयनको अवस्था र प्रगति बुझ्ने, र चुनौतिहरूको कसरी सम्बोधन गर्ने भन्ने निष्कर्ष निकाल्छ । यो अध्ययनको सारांशले यसका निष्कर्षहरूलाई संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्छ ।



चित्र १ : वैचारिक रूपरेखा

ख) अध्ययनको विधि

यस अध्ययनको वैचारिक रूपरेखालेले चारवटा पक्ष र यिनीहरूको सम्बन्धलाई बुझ्ने प्रयास गर्छ । स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित कर्मचारी, निजामती कर्मचारी र निर्वाचित जनप्रतिनिधिहरु बिचको सम्बन्ध र यिनीहरु अन्तरसम्बन्धले लुम्बिनी र मधेश प्रदेशको स्वास्थ्य प्रणाली र यसका चुनौतिहरु एवम् प्रभावकारीताको लागि विश्लेषण गर्दछ । यस अध्ययनले प्रदेश र स्थानीय तहका जम्मा ७४ जना मुख्य सुचनादाताहरूसँग अन्तरवार्ता लिएको र संघीय सरकारका सरोकारवालाहरूसँग ६ वटा अर्धसंरचनागत छलफल गरेको थियो । यस अध्ययनका क्रममा तयार गरिएका निश्चित प्रक्रिया नक्सालाइ (चित्र नं. २) प्रदेश तथा स्थानीय तह स्तरमा ६ वटा छुट्टाछुट्टै कार्यशाला मार्फत प्रमाणिकरण गरिएको थियो । यसको मुख्य उद्देश्य सरोकारवालाहरु बिचको सम्बन्ध पत्ता लगाउनु र स्वास्थ्य प्रणालीको कार्यसम्पादनलाई असर गर्ने बाधा अड्चन तथा अवरोधहरूको पहिचान गर्ने रहेको थियो ।

ग) अध्ययनका निष्कर्षहरू

नेपालमा संघीयता लागु भए पश्चात् स्वास्थ्य क्षेत्रमा यसको क्षमता र स्थानीय तहको नीति निर्माण प्रक्रिया तथा उत्तरदायित्वको हिसाबले प्रशस्त अवसरहरु सृजना गरेको छ । यद्यपि ठुलो संख्यामा विकास गरिएका स्थानीय सरकारहरूलाई दिइएको अधिकारले विकेन्द्रिकृत प्राविधिक प्रभावकारितामा लाई चुनौति थपिएको छ । यो अध्ययनले संघीयताको मर्म अनुसार स्वास्थ्य प्रणालीमा भएका उपलब्धि र चुनौतिहरूको बारेमा प्रकाश पार्छ जसले स्थानीय तहको उत्तरदायित्व सुधारको लागि अपेच्छाकृत हस्तान्तरणको माग गर्दछ । यो अध्ययनको सारांशलाई ६ वटा बुँदामा तल उल्लेख गरिएको छ :

१) सरोकारवालाहरू, तिनीहरूको भूमिका र गतिशिलता

प्रादेशिक सरकारहरु विशेषगरी स्थानीय सरकारहरूले प्राप्त गरेको निर्णय गर्ने अधिकारलाई प्रशंसा गरेका छन् । स्रोत परिचालनको औपचारिक प्रक्रिया भए पनि निर्णय गर्ने प्रक्रियामा पालिका प्रमुखहरूले नै अन्तिम निर्णय गर्ने भएकाले तिनको अनौपचारिक प्रभाव पनि उत्तिकै हुने गरेको देखिन्छ । यसकारण स्वास्थ्य क्षेत्रमा राजनीतिकरणको प्रभावले प्राविधिक तथा राजनीतिक निर्णय निर्माण प्रक्रिया छुट्टिएको छ । यसले गर्दा राजनीतिक स्वार्थ र प्राविधिक सुझाव बिचको मिलन त हुन सक्छ तर प्रमाणमा आधारित प्राथमिकता निर्धारणमा विचलन ल्याउन सक्छ ।

"यदि दिर्घकालिन सोच नभएको नगरप्रमुख निर्वाचित भयो भने पालिकाको स्वास्थ्य प्रणाली अस्तब्यस्त हुन्छ ।"
- स्वास्थ्यकर्मी, स्थानीय तह

पहिले जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयहरूले जिल्लाभरीका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई प्राविधिक स्वास्थ्य विशेषज्ञता र सुपरिवेक्षण गर्ने गर्दथ्यो यद्यपि त्यो सङ्ख्या भुगोल तथा गाउँ शहरको परिवेश अनुसार फरक हुन सक्थ्यो । तर अहिलेको संघीय प्रणाली अन्तर्गत धेरैजसो जन स्वास्थ्यका जिम्मेवारीहरु पालिकाको स्वास्थ्य शाखा हरूलाई हस्तान्तरण गरिएको छ । जसमा सामान्यतया २-३ जनाको समूह हुन्छ र जसलाई स्वास्थ्य शाखा प्रमुखले नेतृत्व गरेको हुन्छ, जो क्लिनिकल पृष्ठभूमिको हुन्छन् र उनीहरूसँग जनस्वास्थ्य व्यवस्थापनको अनुभव न्यून हुन्छ । उनीहरूको वर्तमान स्वास्थ्य विशेषज्ञताले आफ्नो भूमिकाको अनुरुप कार्यसम्पादन गर्न सकेका छैनन् । र उनीहरूले स्वास्थ्य सँग सम्बन्धित तथ्याङ्कहरूलाई विश्लेषण गर्ने, यसको प्रभावलाइ बुझ्ने र त्यसलाई राजनीति प्रेरित निर्णय प्रक्रिया तथा योजना बनाउने निकायहरूको परिचालन पनि गर्न सक्दैनन् । हाल संघीय संरचना अनुसार स्वास्थ्य कार्यालयहरूले केही स्वास्थ्य विशेषज्ञतालाई परिचालित गरे पनि यो धेरै हदसम्म कम प्रयोग भएको छ । धेरै जसो स्थायी पदहरु प्राय खाली नै छन् जबकी निजामती सेवा ऐन अझै पनि संसदबाट पास हुन सकेको छैन ।

परिणामस्वरूप प्रादेशिक सरकारहरूले स्थायी दरबन्दीहरूमा नियुक्तिको प्रक्रिया सुरु गर्न सकेको छैनन् । केही स्थानीय तहमा करार नियुक्तिहरूले केही मात्रामा मानव संसाधनको पुर्ति गरेता पनि यसले राजनीतिक दाउपेचको भुमरी झनै वृद्धि गरेको छ । राजनैतिक रूपमा संरक्षितहरूले स्थानीय तहमा अस्थायी नियुक्ति मार्फत आफ्ना मानिसहरूलाई सहज बनाए तापनि केही जननिर्वाचित प्रतिनिधिहरूले त्यस्ता नियुक्तिलाई राजनीतिक समर्थन गुम्ने डरले खारेज गर्न नसक्ने अवस्थामा पुऱ्याएको छ ।

"पालिकाहरूको अवस्था धेरै नै दाउपेचले भरिएको छ । पालिका तहको स्वास्थ्य शाखामा दक्ष जनस्वास्थ्य अधिकृतको व्यवस्था गरिए पनि कि त ति दरबन्दी खाली नै छन् या कम क्षमता भएका कर्मचारीहरु छन् जो सँग अनुभव तथा शिक्षा दुवैको कमी छ ।" - स्वास्थ्य अधिकारी, स्थानीय तह

२) नेतृत्व तथा शासन प्रणाली

अन्तरवार्ता दिने व्यक्तिका अनुसार जतिबेला काम कर्तव्यको विभाजन लिखित अवस्थामा गरिएको छ, सामान्यतया स्थानीय तहले विवाद रहित तरिकाले अवलम्बन गर्दै आइरहेको छन् । संघीय कानुनको स्पष्ट व्यवस्था भएकोमा अक्षरश उक्त कानुनको अनुसरण गरिएको छ तर स्थानीय तहको आवश्यकता र सम्भावनाको आधारमा स्थानीय कानुन नीति तथा कार्यविधिको विकास पनि गरिएको छ ।

यद्यपी यो अध्ययनले यो सुनिश्चित गर्दछ कि औपचारिक कार्यविधिको अभावका कारण सरकारका विभिन्न तहहरूमा विशेष गरी साझा अधिकारसँग सम्वन्धित कार्यहरूमा सञ्चार तथा समन्वयनको खाँचो देखाएको छ, । जब जिम्मेवारीहरू स्पष्ट व्याख्या गरिएको हुँदैन तब व्यक्ति तथा निर्णय कर्ताहरूले आफ्नै लहडमा भूमिका तथा प्रक्रियाको व्याख्या गर्ने गरिएको देखिएको छ ।

"हामीसँग संघ, जिल्ला तथा प्रादेशिक एवम् अन्य सरोकारवालाहरूसँग समन्वय गर्ने संयन्त्र प्रभावकारी छैन ।"
- निर्वाचित जनप्रतिनिधि, स्थानीय तह

प्रदेश र स्थानीय तहका सरकारहरूमा यो बुझाइ छ कि संघीय सरकारले अख्तियारी ओगट्छन् त्यसैले प्रादेशिक तथा स्थानीय सरकारहरु निर्णय निर्माणमा संकुचन तथा पावबन्दी महसुस गर्छन् र परिणामस्वरूप अविश्वास पैदा गर्छन् ।

"संघीय सरकारले थुप्रै अधिकार, शक्ति र बजेट माथि नियन्त्रण राख्छन् तर थोरै अधिकार र बजेट प्रदेश तथा स्थानीय तहमा विनियोजन तथा वितरण गर्दछन् ।"
- निर्वाचित अधिकारी, स्थानीय तह

चित्र २ कोचिङ्ग र मेन्टरिङ्ग (प्रशिक्षण) सम्बन्धी प्रक्रिया नक्शालाई अनुमोदन गर्दै स्थानीय तहका स्वास्थ्य कर्मचारीहरू

तर यसको विपरित केन्द्रीय सरकारका प्रतिनिधिहरूले आफूलाई गुणस्तरीय राष्ट्रिय तहको कार्यविधि मापन व्यक्तिमा निहित हुने कुरा सही ठाउँमा सही कुरा पालना गर्नु आदेश मान्ने कुरामा सुनिश्चितता गर्न चाहन्छन् ।

३) योजना तथा बजेट निर्माण

स्थानीय तथा प्रदेश सरकारले संघीय सरकारको शसर्त अनुदान र निर्देशनलाई र केन्द्रिकृत शक्तिलाई परिचालन गर्ने अस्त्रको रूपमा बुझ्दछन् । जसले स्थानीय तहमा असहजता निम्त्याउने र उनीहरूको अधिकारलाई संकुचित पार्ने कुरा महसुस गर्छन । यस्ता असहजताहरूले अख्तियारीको तहमा मुख्य गरी शर्सत अनुदान दिने संयन्त्रको मामलामा संघ हुँदै स्थानीय तहसम्म स्वास्थ्य क्षेत्रमा आर्थिक सहायताको विनियोजन बारे महत्वपूर्ण भूमिका खेल्छन् । यसले प्रादेशिक तहको स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित क्रियाकलापको कोषको लगानीको प्रभाव घटाउछ र पुनरावृत्ति बढाउँछ । यसको मतलब केही संञ्चित अनुदान तथा केही स्थानीय तहको बजेटबाट परिचालित स्वास्थ्य परियोजनाहरु बन्दछन् ।

"पालिकाहरूलाई सिधै केन्द्रीय सरकारको बजेट प्राप्त हुन्छ र सो बजेट सुविधा प्रदेश सरकारबाट नहुने भएकोले प्रदेश सरकारले केही गर्न सक्ने अवस्था छैन । यसकारण स्थानीय तहहरु हामीले भनेको केही पनि सुन्दैनन् । हामीलाई थाहा छैन कि केन्द्रीय सरकारले पालिकाहरूलाई के उपलब्ध गराइ रहेको छ तर उक्त कुराले हाम्रो निर्णय निर्माणमा प्रभाव परिरहेको छ । पालिकाहरूका स्वास्थ्य कार्यालयहरूसँग हाम्रो समन्वयनको अवस्था कमजोर छ ।"

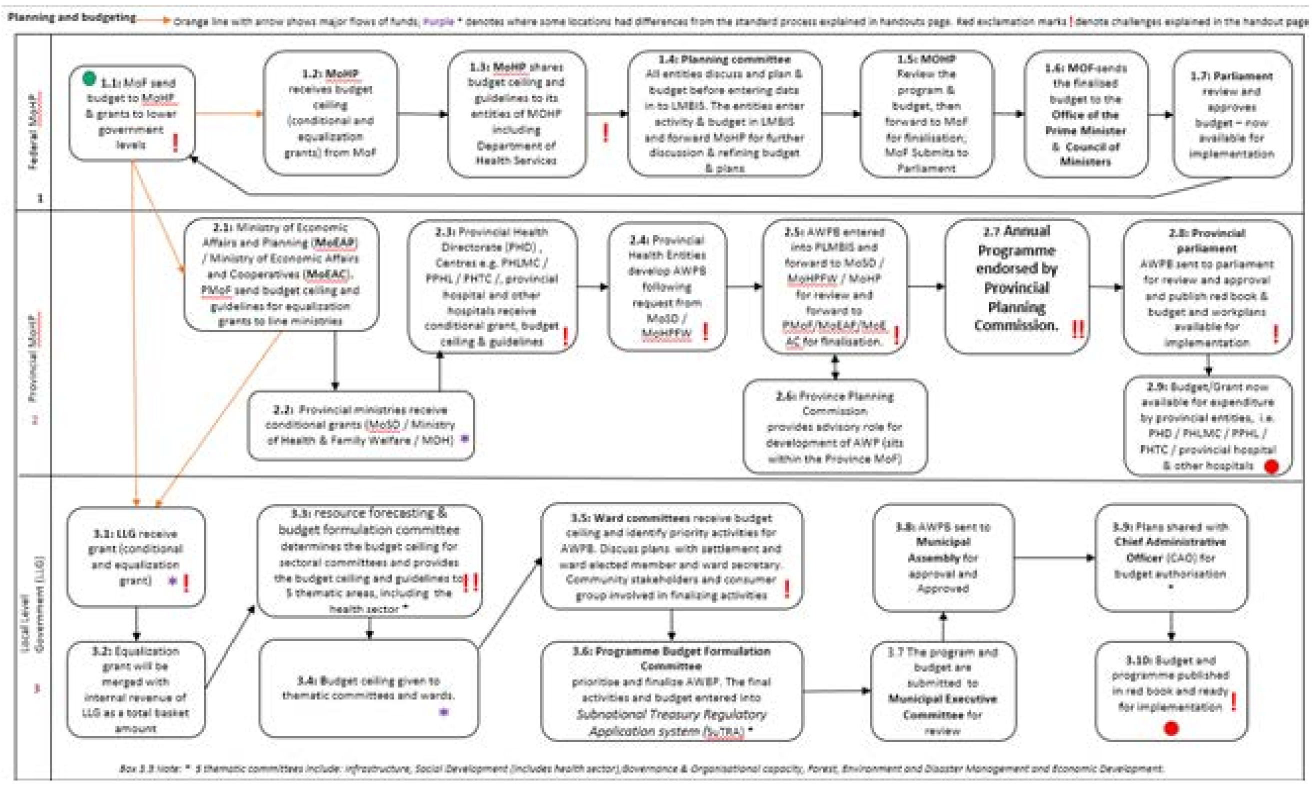
– उच्च सरकारी अधिकारी, प्रदेश तह

संघीय सरकारद्वारा स्थानीय तहलाइ ढिलो गरी प्रदान गरिने निर्देशिका र बजेटका कारण योजना निर्माण तथा बजेटको पूर्ण कार्यान्वयन, स्थानीयआवश्यकतासंग सामन्जस्यता तथा स्थानीय तह अनुकुल हुनेगरी कार्यन्वयन गर्नमा असर परेको छ ।

बजेट निर्माणमा स्थानीय तहको स्वास्थ्य अधिकारीहरूको सहभागिता तथा बजेट छलफलमा व्यक्तिगत सम्पर्कको आधारमा भइरहेको छ जसको कुनै प्रणालिगत संयन्त्र छैन । स्वास्थ्य अधिकारीहरूमा तथ्याङ्क एवम् प्रमाणको आधारमा निर्देशनको अभावको कारण बजेट निर्माण तथा स्रोत परिचालनमा प्रमाण मा आधारित बजेट भन्दा 'राम्रो बजेट' बन्ने गरेको छ । स्वास्थ्य क्षेत्रको प्राथमिकता निर्वाचित जनप्रतिनिधिको स्वास्थ्य प्रतिको बुझाइको आधारमा निर्धारित हुने गरेको छन् कि वास्तविक आवश्यकतामा आधारित जनप्रतिनिधिहरूले अन्य आवश्यकताहरूलाई सन्तुलनमा ल्याएर मात्र स्वास्थ्य क्षेत्रको प्राथमिकता निर्धारण हुने गर्दछ । फलस्वरूप स्वास्थ्य क्षेत्रको बजेट विनियोजन प्रमाणमा आधारित नहुँदा आवश्यकताको संम्बोधन हुन सकेको छैन ।

"स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकिकृत र समन्वयात्मक योजना निर्माण गर्ने त्यस्तो कुनै औपचारिक संयन्त्र छैन ।"

– सरकारी कर्मचारी, प्रदेश तह



चित्र ३ स्वास्थ्य क्षेत्रमा योजना र बजेटको लागि प्रक्रिया नक्सा

४) खरीद तथा आपूर्ति प्रणाली

औषधीजन्य सामग्री खरीद तथा आपूर्ति प्रणालीले स्थानीय सरकारको लागि औषधी खरीद गरी हस्तान्तरण गरेर औषधीको आपूर्ति व्यवस्था मिलाएको छ । जब स्थानीय तहमा आवश्यकता पर्छ आफ्नै स्रोत साधनबाट पनि स्थानीय तहले आवश्यकताको परिपूर्ति गर्ने गरेका छन् ।

"संघीयताको केही सकारात्मक पक्षको कुरा गर्दा हामीले आवश्यकता र उपलब्धताको आधारमा वर्ष भरी नै औषधी खरीद गर्न सक्छौ ।" - स्वास्थ्य कर्मचारी, स्थानीय तह

तर अर्कोतर्फ आवधिक रूपमा औषधीको मौज्दात न्युन हुने तथा अन्य कमिहरूजस्तै केही औषधीहरूको अत्याधिक वितरणको समाचारहरु पनि सुनिएका छन् । यसको मुख्य कारण पालिका, संघीय र प्रादेशिक सरकार बिचको सिमित सञ्चार समन्वय तथा अव्यवस्थित खरीद प्रणाली नै हो । यसरी विभिन्न निकायहरूको कार्य विभाजनको अस्पष्टताले कसले कति खेरको खरीद गर्‍यो र सँगसँगै के कारोवार भयो भन्ने अस्पष्टताले गाह्रो भएको छ । स्थानीय तहको खरीद प्रणालीले गुणस्तरीय औषधी खरीद गर्न नसक्ने र थोरै मात्राको खरीद गर्नुपरेको कारण प्रभावकारी सुनिश्चितताको अभाव रहेको छ । चिन्ता यस्तो पनि छ कि स्थानीय तहको कारोवारको निर्णय व्यक्तिगत स्वार्थ तथा आर्थिक लेनदेनको आधारमा पनि हुने गरेको छ ।

"पालिकाहरूले थोरै मात्रामा मात्र सामग्रीहरु प्रदान गर्ने गर्दछन् । तर हाम्रो प्रदेश तहमा मागेको तुलनामा आपुर्ति अधिक हुने गरेको छ । तर आपूर्ति समयमा हुँदैन जसकारण स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा प्रभाव परिरहेको छ ।"

- स्वास्थ्य प्रदायक, स्थानीय अस्पताल

स्वास्थ्य कार्यालयले संघीय सरकारद्वारा पारित गरिएका एच.आइ.भि., टि.वि., मलेरिया, पोषणजन्य सामाग्रीहरु, परिवार नियोजनका साधनहरु र आकस्मिक आपूर्तिहरु जस्ता सामाग्रीहरूको वितरणमा मुख्य भूमिका खेल्छ । यसले कोभिड १९ को महामारीको समयमा अनुरोधको आधारमामा आपुर्ति सहजै गरिएको थियो । तर पनि औषधी अभावको पूर्वाअनुमान र मात्रा निर्धारणमा पछिल्लो वर्षको खरीद तथा आपूर्तिको आधारमा अनुमान गरिने भएकोले वास्तविक आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्न सकिएको छैन । e-LMIS (electronic logistic management information system) प्रणाली प्रयोगमा रहे तापनि चालु अवस्था सम्मको कुनै तथ्याङ्क नभएकोले आवश्यकताको उपयुक्त मूल्याङ्कन गरी योजना निर्माण गर्न नसकिने अवस्था रहेको छ ।

"eLMIS पूर्णतया कार्यान्वयनमा छैन र सबैजना यसमा पोख्त छैनन किनकी सबैजनालाई तालिम प्रदान गरिएको छैन ।"

- स्वास्थ्य अधिकारी, प्रदेश तह

"हामी मात्रा निर्धारण गरेर आपुर्ति गर्छौ तर पालिकाहरूले अव्यवस्थित तरिकाले माग गरी पठाउँछन् ।"

- स्वास्थ्य अधिकारी, जिल्ला तह

५) स्वास्थ्य व्यवस्थापन, सुचना प्रणाली (HMIS) र तथ्याङ्कको प्रयोग

डिजिटल Health Management Information System (HMIS) को प्रयोग बढे सँगै अनलाइन मार्फत कुनै पनि बेला निश्चित तोकिएको अधिकारीले यो सफ्टवयरमा आफ्नो पहुँच स्थापित गर्न सक्छन् । यद्यपी धेरै सुविधाहरु अझै पनि पुर्ति भएका छैनन् जस्तो कि अनलाइन तथ्याङ्क प्रविष्टिकरणको लागि प्रर्याप्त पूर्वाधार संरचना या स्वास्थ्य अधिकारीले प्रयाप्त तालिम प्राप्त नगरेको अवस्था छ । तथ्याङ्कको सुपरिवेक्षण र विश्वशनियता पनि कमजोर रहेको र मासिक रूपमा स्वास्थ्य शाखामा हुन बैठकमा तथ्याङ्कको गुणस्तरियतासँग सम्बन्धित विश्लेषण बिरलै हुने गर्दछ ।

स्थानीय तहमा तथ्याङ्कको गुणस्तर यसको समयमै प्रविष्टि गर्ने कार्य सुदृढिकरण गर्न स्वास्थ्य कार्यालयहरूले कुनै औपचारिक अधिकार प्राप्त गरेको छैन ।

"संघीयताको कार्यान्वयनपछि स्थानीय सरकारले स्वास्थ्य सुविधाहरूको परिचालन गर्छ । परिणाम स्वरूप स्वास्थ्य कार्यालयमा सुचनाको प्रभाव घटेको छ । कहिलेकाही हामीलाई यस्तो लाग्छ सूचनामा अवरोध भएको छ किनकी स्वास्थ्य शाखाले माथिल्लो तहबाट (स्वास्थ्य कार्यालय तथा संघीय सरकार) बाट प्राप्त सन्देशहरूलाई समयमा नै सम्प्रेषण गर्दैनन् यसले गर्दा प्रतिवेदन लेखनमा ढिला सुस्ति भएको छ । यहाँ सूचनाको प्रवाह स्वास्थ्य शाखाबाट जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय र प्रदेशमा कुन कर्मचारीलाई पठाउने भन्ने स्पष्टता छैन ।" - स्वास्थ्य प्रदायक, स्थानीय तह

"हामीले (e-LMIS) प्रतिवेदन तयार पार्छौ तर त्यहाँ कुनै पनि पृष्ठपोषण संयन्त्र छैन । मासिक बैठकमा HMIS फारमको सूक्ष्म अध्ययन हुँदैन, त्यसकारण गुणस्तरयताको कुनै सुनिश्चितता छैन ।" - स्वास्थ्य प्रदायक, स्थानीय तह

लुम्बिनी प्रदेशले तथ्याङ्क व्यवस्थापनको टोली बनाएको छ । जसले नियमित तथा प्रणालीगत रूपमा तथ्याङ्कको विश्लेषण गर्न गर्दछ । यसबाट पनि हामी पाठ सिक्न सक्छौ ।

६) सेवाको गुणस्तरीयता

सेवाको पहुँचमा वृद्धि भएको छ तर गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामाजवाफदेहिता तथा सेवा प्रतिको गुनासो सम्बोधनको प्रक्रिया कमजोर छ । यस्तो कामको भूमिका पहिले जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले गर्ने गर्दथ्यो । तर यसको विश्वसनीय समाधान विद्यमान स्वास्थ्य प्रणाली भित्र पाइएको छैन । स्वास्थ्य कार्यालयहरु सेवाको गुणस्तरीयतामा प्रणालीगत रूपमा हुन सकेका छैनन् । पहिले पहिलेको दक्ष जनशक्तिमा आधारित प्रयास पनि अहिले हुने गरेको छैन । स्थानीय तहहरूले आवश्यकता परेमा प्रदेश तथा संघीय तहको सहयोग लिन सकेको छैन ।

"यहाँ कुनै पनि गुणस्तर सुधार्ने संयन्त्र छैन । त्यसैले कोही पनि गुणस्तरीय स्वास्थ्य सुधारको लागि जिम्मेवारी लिन तयार छैनन ।" - निर्वाचित अधिकारी, स्थानीय तह

विद्यमान गुणस्तरिय सुधारको संयन्त्रहरु अपर्याप्त र असमान्जस्यतापूर्ण छन् । उदाहरणको लागि न्यूनतम सेवा मापदण्ड (Minimum Service Standards-MSS) को कार्यान्वयनमा थुप्रै चुनौतिहरु छन् । जस्तै ढिलो बजेट निकासा तथा विनियोजित बजेट पनि अप्रर्याप्त हुन्छ जसले सम्पुर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूमा मूल्याङ्कन गर्न सकिदैन । त्यस्तैगरी विभिन्न किसिमका स्वास्थ्य संस्थाको लागि उपयुक्त हुने गरी यस टुललाइ अझै पनि परिमार्जन गरिएको छैन । स्वास्थ्य सेवामा सुत्केरी गराउने दक्ष जनशक्तिलाई स्थलगत अनुशिक्षण तथा तथा सल्लाह दिनको लागि पनि बजेट अपर्याप्त तथा ढिलो आउने गरेको छ साथै । सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरू मा नियमित स्थलगत अनुशिक्षण तथा पृष्ठपोषण गर्न क्लिनीकल मेन्टरहरू प्रयाप्त छैनन् ।

"नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा स्वास्थ्य विज्ञको अभावको कारण अनुगमन तथा स्थलगत अनुशिक्षण गर्न समस्या हुने गरेको छ ।" - स्वास्थ्य अधिकारी, स्थानीय तह

चित्र ४ सेवा प्रदान गर्दै स्वास्थ्य संस्था प्रमुख

अल्प तथा मध्यकालिन कार्यका सुझावहरू

१) स्वास्थ्य प्रणालीको उपयुक्त सम्पादनको लागि सरकारका सम्पूर्ण तहहरु बिच **बलियो समन्वयन तथा सञ्चारका** लागि ठाडो र तेर्सो संस्थागत योजना समन्वयन र कामको वाडफाडमा स्पष्टता हुनु जरूरी छ । **संघीय सरकारले** विभिन्न तह सँगको बजेट विनियोजन तथा कार्यान्वयनमा देखिने गरी सञ्चारको प्रभावकारिता बढाउन जरूरी छ ताकी कार्यक्रम छुट्ने तथा दोहोरिने कुरालाई हटाउन सकियोस । **प्रादेशिक तहले** स्वास्थ्य कार्यालयहरूमा छोटो अवधिका प्राविधिक विज्ञहरूको परिचालन गरी द्रुत मार्ग मार्फत सिप तथा दक्षता वृद्धि गर्न सक्छन् । स्थानीय तहले स्वास्थ्य कार्यालय मार्फत आवश्यकतामा आधारित स-साना ज्ञान वृद्धिका कार्यक्रमहरु आयोजना गर्न सक्छन् ।

२) स्थानिय तहको निर्णय र बजेट विनियोजनमा बढी प्रभाव पार्न **स्वास्थ्य शाखाका सदस्यहरु को क्षमता निर्माण गर्न लगानी** गनपर्ने हुन्छ । हाल स्थानीय तहमा स्वास्थ्य विशेषज्ञको अभावलाई **प्रोत्साहनका कार्यक्रम र दक्ष स्वास्थ्य प्राविधिकको वितरण मार्फत** कार्ययोजना बजेट निर्माण तथा यसको कार्यान्वयन गरी समस्या समाधान गर्न सकिन्छ । छोटो अवधिका सशर्त अनुदानहरु मार्फत स्वास्थ्य कार्यालयमा आवश्यकतामा आधारित स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न सकिन्छ । तल्लो तहमा योजना निर्माण तथा बजेट बाँडफाँडमा स्वास्थ्य शाखाका सदस्यहरूलाई स्तारोन्नति गर्ने कुरामा लगानी गर्नुपर्नेछ ।

३) स्थानीय तहमा रहेका स्वास्थ्य शाखाका प्रमुखहरु क्लिीनिकल सँग सम्बन्धित ज्ञान भएका कारण जनस्वास्थ्यको विशेषज्ञता तथा व्यवस्थापकिय क्षमता कम छ । त्यसैले उनीहरुलाई रणनैतिक योजना निर्माण, क्षमता वृद्धि, कार्यान्वयनमा पोख्तता र स्वास्थ्य सञ्जाल निर्माणका सीपहरु वृद्धि गर्ने र तिनको प्रभावकारिता बढाउन वृहत भूमिकाको विकास का साथै वृहत रुपमा स्वास्थ्य सुविधाको गुणस्तरिय सुधार संयन्त्रको प्राथमिकिरण र कार्यान्वयन गर्नुपर्छ ।

४) **स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर सुधार संयन्त्रलाई व्यापक** प्राथमिकिकरण र कार्यान्वयन गर्नुपर्छ । केन्द्रीय सरकार, प्रादेशिक सरकार र स्थानीय पालिका बिचको सु-सञ्चारको व्यवस्था गर्दै संघीय सरकार मार्फत गुणस्तरिय सुधारको मापदण्डहरु स्पष्ट पार्नुपर्छ । उदाहरणको लागि संघीय सरकारको मातहतमा सम्पूर्ण सरकारका तहहरुको कामको विवरण तथा सेवा सर्तहरु सम्बन्धी स्पष्ट व्यवस्था गर्न सक्छन् । जस्तो स्वास्थ्य शाखा प्रमुखको काम कर्तव्य अधिकार, स्वास्थ्य कार्यालयको काम कर्तव्य अधिकार र प्रादेशिक कार्यालयको काम कर्तव्य अधिकारको स्पष्ट कार्य विभाजन हुनु पर्ने देखिन्छ ।

दिर्घकालिन कार्यान्वयन गर्न सकिने तथा विचार पुर्‍याउनु पर्ने कुराहरू

वृहतरूपमा विचार गर्नुपर्ने कुराले त्यस्ता कुरालाई समेट्छ जुन स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको अधिकार क्षेत्र भन्दा पनि बाहिर हुन सक्छन् ।

१) **संघीय सरकारबाट स्थानीय तहमा जाने बजेटको निकासा प्रादेशिक सरकार मार्फत पठाउने की सोझै संघबाटै पठाउने** भन्ने कुरा नेपाल सरकारले विचार गर्नुपर्ने । यस कार्यलाइ अहिलेको संरचनामा तहगतको मर्म विग्रार्ने विषय भन्दा पनि स्थानीय तहसँग समन्वयको रुपमा लिने सकिने ।

२) **शर्सत अनुदानहरूलाई स्थानीय आवश्यकता अनुसार लचकताको आधारमा बढाउन सकिने ।** यस्ता अनुदानहरु लचकतामा आधारित वृहत प्राविधिक प्राथमिकता र सम्पादन तथा नतिजा मुखी बनाउने ।

३) **स्वास्थ्य कार्यालयको भूमिकालाई दिर्घकालिन रूपमा पुनः लगानी गर्ने की विस्थापित गर्ने भन्ने कुरामा छलफल गरी निष्कर्ष निकाल्ने ।** स्वास्थ्य कार्यालयहरुलाई संघीय प्रणाली अन्तर्गत शाशकिय निकायको रुपमा भन्दा पनि प्राविधिक निकायको रूपमा रहने गरी वृहत समन्वयनकारी संस्थाको रुपमा विकास गर्ने । प्रदेश सरकारले स्वास्थ्य कार्यालयहरुमा गरेको लगानीले स्थानीय सरकार सम्मको पहुँच सुदृढ, प्राविधिक दक्षताका साथै समन्वय सहकार्यमा वृद्धि भए नभएको मुल्यांकन गर्न सक्छ ।

४) **सरकारले औषधीजन्य सामग्री को खरीद प्रक्रियालाई पुर्न विचार गर्ने वा विकसित भएकै प्रक्रियालाई निरन्तरता दिने भन्ने सम्बन्धमा विचार विर्मश गर्ने ।** विद्यमान प्रणालीको एउटा विकल्पको रूपमा मिश्रित स्वरूप (Hybrid Model) हुन सक्छ, जस अन्तर्गत केन्द्रीय संरचनाले स्थानीय खरीद प्रक्रियाका लागि सम्झौता गर्न सक्ने जस्तो की राष्ट्रव्यापि रुपमा पूर्व स्वृकित आपूर्तिकर्ताहरुलाई पूर्व निर्धारित मूल्यमा संघीय सरकारद्वारा स्विकृत गराएर यसको कार्यान्वयनको लागि स्थानीय तह मार्फत नै औषधी खरीद गर्ने प्रक्रिया मिलाउने ।

जुलाई २०२२

Disclaimer: This material has been funded by UKaid from the UK government; however the views expressed do not necessarily reflect the UK government's policies.

हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्
www.nhssp.org.np
info@nhssp.org.np

हामीलाई ट्वीटरमा फलो गर्नुहोस्
@NHSSP
@OptionsinHealth