

स्वास्थ्य सेवा

अंक ३, २०६३

उपभोक्ता अधिकार र प्रतिस्पर्धाको सवाल

स्वास्थ्य मानव जीवनसंग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने अत्यन्त संवेदनशील सेवा भएको हुँदा यो क्षेत्रमा जिम्मेवारपूर्ण सेवाप्रदायक, सजग उपभोक्ताहरू र प्रभावकारी नियमन निकायको ठूलो भूमिका हुन्छ। स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रलाई नियमन गरी सेवा प्रदायकहरूलाई जिम्मेवार बनाउन सके यो सेवा प्रतिस्पर्धी बन्ने र उपभोक्ताहरूको समेत हकहित संरक्षण हुने देखिन्छ। केही दशक यता स्वास्थ्य सेवामा संस्थागत रूपमा नै निजी क्षेत्रको सहभागिता वृद्धि भए पछि यो क्षेत्र प्रतिस्पर्धी हुने र सेवा सुलभ, सस्तो र गुणास्तरीय हुने अपेक्षा उपभोक्ताहरूले गरेका थिए। यस्तो अपेक्षा गरिएको भएतापनि यथार्थतामा यो क्षेत्रमा मूल्य र गुणास्तरमा प्रतिस्पर्धा नभई संख्या वृद्धि हुने कुरामा मात्र प्रतिस्पर्धा हुन गएको महसुस सरोकारवालाहरूले गरेका छन्। यसै परिप्रेक्ष्यमा मुलुकको स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रमा भएका कमी कमजोरीहरूलाई उजागर गर्दै यो क्षेत्रलाई प्रतिस्पर्धी बनाउने दिशामा सहयोग पुऱ्याउने उद्देश्यले यो जानकारी पत्र तयार गरिएको छ।

नेपालमा स्वास्थ्य सेवाको अवस्था

नेपालमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि सरकारी स्तरमा केन्द्रीय अस्पतालहरू देखि लिएर क्षेत्रीय, उपक्षेत्रीय, अञ्चल तथा जिल्ला अस्पतालहरू, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू, स्वास्थ्य चौकी तथा उपस्वास्थ्य चौकीहरू सञ्चालनमा रहेका छन्। यसका अतिरिक्त स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रमा निजी तथा गैर सरकारी क्षेत्रबाट सञ्चालित विभिन्न अस्पताल, नर्सिगहोम र अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूले पनि त्यत्तिकै महत्त्वपूर्ण रूपमा आफ्ना सेवा पुऱ्याइरहेका छन्। अहिले नेपालका प्रायः जसो सबै जिल्ला र क्षेत्रहरूमा सरकारीलगायत निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूद्वारा जनताले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरिरहेका छन्।

औसतन वार्षिक ७०० जनाले चिकित्सकको लाईसेन्सिग एक्जामिनेशन परीक्षामा उत्तिर्ण गर्ने गरेको नेपालमा हालसम्म ५८२४ जनालाई चिकित्सक र ७५३ जनालाई विशेषज्ञ चिकित्सकमा नेपाल मेडिकल काउन्सिलले दर्ता गरेको छ। दर्ता भएका चिकित्सकहरू मध्ये सरकारी, निजी र गैरसरकारी क्षेत्रमा कार्यरत चिकित्सकहरूको विश्वसनीय तथ्यांक र विदेश पलायन भएका चिकित्सकहरूको भरपर्दो लगत भने कुनै पनि सम्बद्ध निकायसंग छैन। देशमा सञ्चालित मेडिकल कलेजहरू मध्ये हालसम्म १३ वटा मेडिकल कलेजले मात्र काउन्सिलबाट मान्यता पाएका छन्। सरकारको एउटा निकायले मेडिकल कलेज खोल्ने स्वीकृति दिन्छ भने त्यहि सरकारको अर्को निकायले त्यसबाट पास गरेका व्यक्तिलाई चिकित्सकको मान्यता नदिने प्रवृत्तिले सरकारी निकायहरूकै बीच समझदारी र समन्वय कायम हुन नसकेको पाइन्छ।

सरकारले उपलब्ध गराएको आँकडा अनुसार नेपालमा अहिले सरकारी स्तरमा ८७ अस्पताल, भण्डै ७ हजार शैया, लगभग ४ हजार ५ सय स्वास्थ्य सेवा केन्द्र र भण्डै ८१ हजार दक्ष जनशक्ति तथा निजी क्षेत्रमा दर्ता भएका १ हजार १ सय २६ वेड सहितका ८४ अस्पताल तथा नर्सिग होमहरू मार्फत् मुलुकमा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालित भइरहेको देखिन्छ। निजी क्षेत्रमा दर्ता भएका अस्पताल तथा नर्सिग होमहरूमध्ये अहिले केवल एक तिहाईमात्र संचालनमा रहेको स्वास्थ्य मन्त्रालयले जानकारी दिएको छ। सरकारी तथा निजी क्षेत्रबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था बाहेक राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाबाट सिधै वा सहयोगी संस्थाका मार्फत् तथा अन्य धेरै संख्यामा स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, उपचार केन्द्र र चिकित्सकहरूका

ज्ञानकारी पत्र

BRIEFING PAPER



पो.ब.नं. १८३६६
२५४ लम्टडीन मार्ग
बालुवाटार, काठमाडौं, नेपाल
फोन: ९७७-१-४४१५८२४, ४४४४४३८
फ्याक्स: ९७७-१-४४४४५७०
ईमेल: sawtee@sawtee.org
वेबसाइट: www.sawtee.org

निजी स्वास्थ्य क्लिनिक मार्फत् समेत शहरी तथा ग्रामीण क्षेत्रका जनताहरूले उल्लेख्य रूपमा स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरिरहेका छन् जसको सही तथ्यांक सरकारसँग छैन ।

यसैक्रममा परंपरागत रूपमा चल्दै आएको आयुर्वेद, यूनानी, होमियोप्याथी तथा तिबेटियन पद्धति अनुरूप औषधोपचार सेवामा सरकारी तह मै भण्डै ५०० स्वास्थ्यकर्मीहरू कार्यरत छन् भने अन्य हजारौ असंगठित स्वास्थ्यकर्मीहरू समेत यो सेवामा संलग्न रहेका कुरा स्वास्थ्य मन्त्रालयले जनाएको छ । जसअनुसार आयुर्वेद पद्धतिको सरकारी तहमा एक केन्द्रिय अस्पताल, एक अंचलस्तरीय अस्पताल र ५५ जिल्लामा १७२ औषधि वितरण केन्द्रहरू स्थापित छन् । होमियोप्याथि चिकित्सा पद्धतिको क्षेत्रमा सरकारी तहमा १५ जना चिकित्सक सहितको अन्तरंग र बहिरंग सेवाप्रदायक ६ शैयाको एउटा अस्पताल रहेको छ भने निजी तथा गैर सरकारी क्षेत्रमा होमियोप्याथि सेवा प्रदान गर्ने १० सामाजिक संस्था, ५०० चिकित्सक सहितको १०० क्लिनिकहरू दर्ता रहेका छन् । विधिवत् दर्ता भई सरकारको जानकारीमा रहेका माथि उल्लेख भएका स्वास्थ्य केन्द्र तथा संस्थाहरूका अतिरिक्त दर्ता नभएका र स्वीकृति नलिई सेवा प्रदान गर्ने संस्था एवं चिकित्सकहरूको संख्या समेत नेपालमा उल्लेख्य रूपमा रहेको पाइन्छ ।

विश्व बैंकबाट प्रकाशित नेपालसम्बन्धी एक प्रतिवेदन अनुसार आधिभन्दा बढी नेपालीहरूको मृत्युको कारणहरूमा इनफेक्स्युअस र प्यारासाईटिक र पेरिन्याटल र रीप्रोडक्टिभ डिसअर्डर जस्ता रोगहरू भएका पाइएको छ । अत्यन्त जोखिममा रहेका वर्गहरूमा पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू र प्रजनन अवस्थाका महिलाहरू रहेका छन् । पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू कुल जनसंख्याका १६ प्रतिशत रहेका छन् र ती मध्ये ५० प्रतिशत पाँच वर्ष पनि पुरा नगर्दै मर्दछन् । पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको ८० प्रतिशत मृत्युमा इनफेक्स्युअस डिजिज, पेरिन्याटल डिसअर्डर र पौष्टिक खानाको अभाव मुख्य कारण रहेका छन् । अर्को महत्त्वपूर्ण पक्षमा जन्म देखि ४४ वर्षको उमेरलाई हेर्दा पुरुषको तुलनामा २५ प्रतिशत महिला घातक विमारी वा मृत्युको शिकार बन्ने गरेको पाइएको छ । प्रतिवेदनका अनुसार, नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा विगतको दशकको तुलनामा स्थिति केही सुधारोन्मुख रहेता पनि समान आर्थिक सामाजिक परिवेश र स्वास्थ्य क्षेत्रमा समान लगानी रहेका अन्य मुलुकका जनताको स्वास्थ्य स्थितिका तुलनामा नेपालमा यो समस्या बढी नै रहेको देखिन्छ ।

माथि प्रस्तुत गरिएको नेपालको स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्यांक, यसको अवस्था र जनसंख्याको दृष्टिकोणबाट विश्लेषण गर्दा नेपालमा स्वास्थ्य सेवा प्रतिस्पर्धात्मक रूपमा संचालन गर्ने प्रशस्त अवसरहरू रहेका छन् । तर स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रको नीतिगत तहमा विद्यमान अन्यौल, भ्रष्ट मनोवृत्ति, दातृ निकायमुखि संरचना र उपयुक्त नियमनकारी निकायको अभावमा यो अवसरले मूर्त रूप लिन भने सकेको छैन ।

स्वास्थ्य सेवामा निजी क्षेत्रको संलग्नता २ शतको आवश्यकता

स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा निजी क्षेत्रलाई प्रोत्साहित गर्ने र सहभागिता वृद्धि गराउने जस्ता कुरालाई नेपालमा योजनावद्ध रूपमा विधिवत् नवौ पञ्चवर्षिय योजनाबाट मात्र थालनी भएको पाइन्छ (हेर्नुहोस् कोष्ठक) । यो नीतिलाई आत्मसात् गर्ने क्रममा यो सेवामा निजी क्षेत्रको संलग्नता उत्साहवर्धक रहेको देखिए पनि सरकारी कार्यक्रमहरूमै निजी क्षेत्रलाई संलग्न गराउने जस्ता कार्यमा भने यो नीतिलाई अवलम्बन गरिएको देखिँदैन । सरकारबाट सञ्चालित स्वास्थ्यसम्बन्धी लगभग १५ वटा केन्द्रिय आयोजनाहरू (क्षयरोग नियन्त्रण, एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण, विस्तारीत खोप, आपूर्ति व्यवस्थापन, स्वास प्रश्वास रोग नियन्त्रण, राष्ट्रिय शिक्षा सूचना तथा संचार आदि) मा हालसम्म निजी क्षेत्रलाई कुनै रूपमा पनि संलग्न गराएको पाइँदैन । यसका साथै सरकार नियन्त्रित वीर अस्पताल, कान्ति बाल अस्पताल, सरुवा रोग अस्पताल तथा प्रसूति गृह जस्ता अस्पताल, आयुर्वेद औषधालयहरू, राष्ट्रिय प्रयोगशाला आदिलाई थप स्वायत्तता दिई प्रतिस्पर्धी बनाउन खोजेको भए पनि व्यवहारमा त्यो नीतिले मूर्त रूप लिन सकेको देखिँदैन ।

२० वर्षिय दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना

नेपालको नवौ पञ्चवर्षिय योजनाअन्तर्गत तर्जुमा भएको २० वर्षिय दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाले स्वास्थ्य सेवाको संचालन र व्यवस्थापनमा निजी क्षेत्रको सहभागिताका सम्बन्धमा देहाय बमोजिमको व्यवस्था गरेको छ ।

१. निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट चलिरहेको स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई उपचारात्मक सेवाको साथै प्रतिकारात्मक तथा प्रवर्द्धनात्मक सेवाहरू समेत प्रदान गर्न प्रोत्साहित गरिनेछ । अस्पतालको भौतिक सुविधा तथा सहायक कार्यक्रमहरू निजी क्षेत्रलाई करारमा उपलब्ध गराइ सो सम्बन्धी व्यवस्थापन तथा संचालन गर्न कदम चालिनेछ ।
२. स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र गुणस्तर बढाउन निजी क्षेत्रको सहभागितामा वृद्धि गरिनेछ । सरकारले सहजकर्ता र नियमनकर्ताको प्रभावकारी भूमिका वहन गर्नेछ । निजी क्षेत्रको सेवा प्राप्त गर्न नसक्ने खास गरि ग्रामीण क्षेत्रका र गरिब जनतालाई सरकार, स्थानीय निकाय र समुदाय समेतको साभेदारीमा गुणस्तरीय सेवाको पहुँचमा वृद्धि गरिनेछ ।
३. निजी तथा गैरसरकारी क्षेत्रबाट आवश्यक तथा समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सम्बन्धमा आवश्यक मापदण्ड तयार गरी आवश्यक नियमनको व्यवस्था मिलाइनेछ ।

निजी क्षेत्रको सहभागिता बिना सरकारी प्रयासबाट मात्र स्वास्थ्य जस्तो नागरिकको आधारभूत आवश्यकतालाई पुरा गर्ने कार्य राज्यको लागि ज्यादै चुनौतीपूर्ण हुने देखिन्छ। यस परिप्रेक्ष्यमा शहरी र सुगम ठाउँमा खुलेका प्राइभेट क्लिनिक, नर्सिंग होम, निजी अस्पताल, प्रयोगशाला तथा अन्य उपचार केन्द्रले पुऱ्याएको सेवाबाट सरकारको जनता प्रतिको स्वास्थ्य सेवाको दायित्वमा सघाउने कार्यमा केही न केही भए पनि योगदान पुऱ्याएको हुँदा यसलाई सकारात्मक मान्नु पर्दछ। शहरी क्षेत्रमै भएपनि निजी क्षेत्रबाट स्वास्थ्य सेवा सञ्चालित भइदिँदा निजी क्षेत्र जान नरुचाउने वा नपुगेका दुर्गम, असहज क्षेत्र र परिस्थितिमा आफ्नो पहुँच बढाउनमा सरकारलाई सहयोग पुग्ने हुँदा स्वास्थ्य सेवामा निजी क्षेत्रलाई प्रोत्साहित गर्ने वातावरण तयार पार्न सरकारले आवश्यक कदम चाल्नु पर्ने देखिन्छ।

स्वास्थ्य उपचार जस्ता आधारभूत कुरालाई सबै जनतालाई समान रूपमा उपलब्ध गराउने, निजीक्षेत्रका सेवा प्रदायक संस्थाहरूलाई राज्यद्वारा सञ्चालित सबै कार्यक्रमहरूमा सहभागी गराउने तथा यो क्षेत्रलाई नियमन गर्नुपर्ने कुरामा सरकार प्रतिबद्ध भएको कुरा देशका सबै नीति तथा कार्यक्रमहरूमा देखिन्छ। तर, सबै जनतालाई समान तहमा आधारभूत स्वास्थ्य उपचार सेवा पुऱ्याउने सरकारी प्रतिबद्धतालाई मूर्त रूप दिनका लागि कोशेदुगा सावित हुनसक्ने निजी क्षेत्र तथा सामुदायिक सहभागिताको अवधारणामा भने अझपि अन्यौल र अस्पष्टता नै रहन गएको सबैबाट महसूस गरिएको छ।

चिकित्साकर्मी, प्रतिस्पर्धा र विकृतिहरू

स्वास्थ्य सेवा ज्यादै सम्बेदनशील पेशा भएको हुँदा अन्य पेशा भन्दा यो पेशामा प्रतिस्पर्धालाई अलग दृष्टिबाट हेरिन्छ। यो पेशामा विरामी वा उसको परिवारले चिकित्साकर्मी प्रति आफ्नो जीवन नै समर्पण गरेको हुन्छ र उसको एउटा ठीक वा गलत निर्णय मानिसको जीवनसँग सम्बन्धित हुन्छ। यस्तै सम्बेदनशीलताका कारण कतिपय अवस्थामा यो पेशामा विवादका साथै चिकित्साकर्मीहरू जनताको कोपभाजनमा पनि पर्दछन्। चिकित्सक र विरामीको सम्बन्धमा “विशिष्टता” लाई ख्यालमा राखेर होला, विगतमा चिकित्सा सेवालालाई स्पष्टतः उपभोक्ता अधिकारकै क्षेत्रभित्र राखेर हेर्ने प्रचलन थिएन। वर्तमान समयमा चिकित्सा सेवाको व्यवसायीकरणसँगै यस क्षेत्रमा देखा परेका गैरप्रतिस्पर्धात्मक गतिविधिका कारण यसलाई उपभोक्ता अधिकार क्षेत्रभित्र राखेर हेर्ने अभ्यासको सुरुआत भैसकेको छ। उपभोक्ताको विभिन्न अधिकारअन्तर्गत छनौट गर्ने एवं सुसूचित हुन पाउने अधिकार पनि पर्दछन्। यथार्थमा रोगीले आफुले खान लागेको औषधि एवं गराउन लागेको उपचार पद्धतिको बारेमा ज्ञान राख्न खोज्नु कुनै अपराध हुन सक्दैन र यो उसको नैसर्गिक अधिकार पनि हो। जुन कुराको सुनिश्चितता उपभोक्ता संरक्षण ऐन २०५४ ले पनि गरेको छ। तर कतिपय अवस्थामा चिकित्सकले विरामीको यो अधिकारको सम्मान नगरेको र कतिपय अवस्थामा निकृष्ट व्यवहार समेत गरेको उदाहरण

उपचाऱमा लापरवाही: क्लिनिकल ट्रायल

लापरवाही तरिकाले गरिएको शल्यक्रिया र गलत औषधिको प्रभावले गत २०६३ भदौ १२ मा बाँकेको फत्तेवाल आँखा अस्पतालमा अप्रेसन गरिएका ३२ जना मध्य ७ जनाको आँखाको ज्योति गुमेको र अन्य १२ जनाको गुम्ने अवस्थामा भएको भनी पीडीतहरूले उपभोक्ता हित संरक्षण मञ्च, बाँकेमा उजुरी दिएका छन्। उजुरी पश्चात् मञ्चको बाँके शाखाले छानविन गरी केन्द्रमा पठाएको प्रारम्भिक प्रतिवेदनमा पनि अप्रेसन गर्ने अधिकांश डाक्टरहरू प्रशिक्षार्थी भएका, प्रयोग भएको जेन्टामाइसिन भनिएको औषधीमा लेवल नभएको र यो नयाँ औषधी क्लिनिकल ट्रायलको रूपमा प्रयोग गरिएको थियो भन्ने शंका व्यक्त गरिएको छ।

एकैदिन धेरै विरामीमा नयाँ औषधी प्रयोग गरी त्यसको प्रभाव लिने कामलाई चिकित्सा विज्ञानको भाषामा ‘क्लिनिकल ट्रायल’ भनिन्छ। विकसित तथा अन्य कतिपय मुलुकमा नयाँ औषधीको प्रयोग र परीक्षण (‘क्लिनिकल ट्रायल’) गर्ने यो पद्धति अत्यन्तै कठिन र महँगो हुने हुँदा हाम्रो जस्तो विकासोन्मुख देशका उपभोक्ताहरू यसका शिकार हुन्छन्। औषधी ऐन २०३५ मा क्लिनिकल ट्रायल गर्दा अनुमति लिनुपर्ने स्पष्ट व्यवस्था हुँदाहुँदै नियमन निकायको निष्क्रियता, दण्डिहिनता, सेवाप्रदायकको मिचाहा प्रवृत्ति, उपभोक्ताको सचेतनाको अभावले नेपालमा संघसंस्थाबाट आयोजना गरिने विभिन्न स्वास्थ्य शिविर, विशेष कार्यक्रम आदिमा नयाँ औषधिको ‘क्लिनिकल ट्रायल’ हुने गरेको पाइन्छ।

पाइन्छ। यस्ता व्यवहार, भावना विपरीतका प्रतिक्रिया, पारदर्शिता र सही जानकारीको अभाव जस्ता कुराले गर्दा नै यो विषयमा अडकलबाजीको प्राचुर्य, घटनाक्रमको प्रस्तुतिमा अतिशयोक्ति, तथा गलत सूचना प्रवाह हुने कुरामा व्यापकता आएको देखिन्छ।

चिकित्सा क्षेत्रमा जनशक्ति तयार गर्ने काम समय र स्रोतको हिसाबले ज्यादै खर्चिलो हुने हुँदा पढाई सकेर सामाजिक सेवा गर्ने भन्दा पनि लगानीलाई कसरी उठाउने भन्ने तर्फ धेरैको ध्यान केन्द्रित हुन्छ। यस्तो प्रवृत्ति तथा सोचाईका कारणले पनि यो सेवामा गैर प्रतिस्पर्धात्मक कार्य हुने सम्भावनालाई वृद्धि गर्न सहयोग पुऱ्याएको देखिन्छ। यदि यो विषय पढ्न त्यति खर्चिलो नहुने हो र अहिलेको तुलनामा चिकित्सकको संख्यामा धेरै वृद्धि हुने हो भने सम्भवतः अहिले बढ्दै गएको व्यवसायीकरणमा कमी आउने र गैर प्रतिस्पर्धात्मक कार्यले समेत प्रश्रय नपाउने सम्भावना देखिन्छ।

नेपालको परिप्रेक्ष्यमा हेर्दा राज्यले आफु स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रको सहजकर्ता र नियमनकर्ता मात्र रही निजी क्षेत्रको भूमिकालाई प्रभावकारी पार्दै यो क्षेत्रलाई प्रतिस्पर्धी बनाउने सौँचलाई

अवलम्बन गरिरहेको समयमा सेवाकर्मीहरू अत्यन्तै जिम्मेवार हुनुपर्ने देखिन्छ। यसमा पनि आफ्नो अधिकार प्रति चनाखो नभएका र छानौटको अधिकार समेत नभएका विवश उपभोक्ताहरूको संख्या अत्यधिक रहेको नेपाल जस्तो मुलुकको चिकित्साकर्मीहरूको त सामाजिक दायित्व त अझै अत्यन्तै बढी भएको देखिन्छ। यस्तो यथार्थता रहँदा रहँदै पनि सेवाकर्मीले लापरवाहिका साथ कार्य गरेको, अनुचित र गैर प्रतिस्पर्धी मूल्य निर्धारण गरेको, गुणस्तरहिन सेवा प्रदान गरेकोलागयतका अन्य गम्भिर आरोपहरू समेत बेला बेलामा चिकित्साकर्मी र स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई लाग्ने गरेको छ। यस परिप्रेक्ष्यमा यस क्षेत्रमा विद्यमान अनुचित व्यापारिक क्रियाकलाप र विकृतिहरू मध्ये केहीलाई यहाँ चर्चा गरिएको छ।

संस्थागत विकासको अभाव

स्वास्थ्य सेवामा चिकित्सक वा सेवाकर्मीको व्यक्तिगत हैसियत भन्दा कानूनी व्यक्तिका रूपमा रहेका स्वास्थ्य प्रतिष्ठान वा संस्थाको हैसियतलाई महत्त्वपूर्ण ठानिएको हुन्छ। किनकी संस्थागत रूपमा स्थापना भएको संस्थाको हैसियत बढी जिम्मेवार, उत्तर दायी र संस्थामा निर्णय सामूहिक रूपमा गरिने हुँदा यस्तो संस्था विश्वासिलो हुने जस्तै गर्दा यस्तो संगठित संस्थाबाट गलत कार्य हुने सम्भावना कम हुन्छ। जबकी व्यक्ति आफैमा सर्वेसर्वा हुने र एकलौटी निर्णय गर्नसक्ने क्षमता राख्ने हुँदा गलत कार्य हुने प्रचुर सम्भावना रहन्छ। यस्तो अवस्था भएतापनि नेपालमा यो सेवामा प्रतिष्ठान भन्दा पनि चिकित्सक वा सेवाकर्मीको व्यक्तिगत महत्त्व बढी हुने गरेको अर्थात् कानूनी व्यक्ति भन्दा प्राकृतिक व्यक्ति बढी सक्रिय भएकाले यो क्षेत्रमा गैरप्रतिस्पर्धी क्रियाकलापले बढावा पाएको देखिन्छ।

मिलोमतोपूर्ण निर्णय

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू बीच आफ्नो फाइदा र नाफालाई उच्च बनाउन सेवाको आपूर्ति र मुल्यमा मिलोमतोपूर्ण निर्णय गरिएको पाइएको छ। यस्तो क्रियाकलाप अधिकांश निजी क्षेत्रका प्रतिष्ठानहरूबाट भएको पाइएको छ। खास गरेर चिकित्सकको शुल्क र प्रयोगशाला परीक्षणको शुल्कहरूमा एकै खालका शुल्क तोकेको पाइन्छ।

औषधि आपूर्तिको बोलपत्रमा अनियमितता

स्वास्थ्य सेवालार्थ आवश्यक पर्ने औषधिको उपलब्धतामा व्यापक रूपले अनियमितता भएको पाइन्छ। सरकारले विभिन्न स्वास्थ्य केन्द्र, अस्पताल आदीमा आपूर्ति गर्ने औषधि खुल्ला बोलपत्रबाट आव्हान गरेपनि उक्त बोलपत्रहरू दाखिल नगर्न र एकै किसिमका बोलपत्र दाखिल गर्ने सम्भौता गरिएको पाइएको छ।

भ्रमपूर्ण विज्ञापन

स्वास्थ्य सेवामा विज्ञापन गर्न नपाइने भएपनि निजी क्षेत्रका प्रतिष्ठानहरूले विभिन्न किसिमका भ्रमपूर्ण विज्ञापनहरू गरी सेवा प्रदान गरिरहेको पाइन्छ। कहिले गुणस्तरयुक्त प्रतिष्ठान देखाउन

जादुगर चिकित्सकहरूको खुलेआम व्यापार गर्ने थलो नेपाल

मेडिकल काउन्सिल ऐन एवं नियमावलीले कुनै विदेशी नागरिक चिकित्सकले निश्चित अवधिको लागि नेपाल अधिराज्य भित्रको कुनै अस्पताल, संस्था वा चिकित्सा व्यवसाय सञ्चालन गर्न अस्थाई दर्ता गर्नुपर्ने प्रावधान छ। तर काउन्सिलको स्वीकृति बिना नै कतिपय विदेशी जादुगर चिकित्सकहरूले नेपाली जनतालाई बेवकुफ बनाई रकम कुम्ल्याएर फर्कदा पनि त्यो कुराको जानकारी न त मेडिकल काउन्सिललाई हुन्छ न नेपाल सरकारलाई नै हुन्छ। एउटा मृत व्यक्तिको सम्भनामा छापिने समवेदना प्रकाशित गर्न मृत्यु दर्ताको प्रमाणपत्र खोज्ने पत्रिकाहरूले मेडिकल काउन्सिल ऐनमा भएको स्पष्ट प्रावधानअन्तर्गत यस्ता चिकित्सकले गराउने आकर्षक विज्ञापनमा स्वीकृति पत्र नहेरिक्न प्रकाशित गर्नुलाई उपभोक्ताले कुन दृष्टिले हेर्नुपर्दछ भन्ने कुरालाई स्वयं पाठकले नै निक्यौल गर्नु वेश होला।

गुणस्तरको प्रमाण चिन्ह, निशुल्क स्वास्थ्य सेवा संचालन आदी कार्य गरी त्यस्तो भ्रमपूर्ण विज्ञापन संचालन गरेको पाइन्छ।

अन्य विकृतिहरू

नेपाल चिकित्सक संघले जनाए अनुसार स्वीकृति नलिई उपचारमा झण्डै १००० देखि १५०० को संख्याको हाराहारिमा चिकित्सकहरू संलग्न रहेका भन्ने अनुमान छ। यस्ता दर्ता नभएका चिकित्सकहरूले मुलुकको दक्षिणी सिमा क्षेत्रका ग्रामीण इलाका र शहरी क्षेत्रका अतिरिक्त राजधानी कै विभिन्न क्षेत्रमा खुलेआम सेवा प्रदान गर्दै आएका छन्। विविध चिकित्सा पद्धति अनुसार सेवा प्रदान गर्ने यस्ता चिकित्सकहरूमा चाइनिज, भारतिय र अन्य विदेशी मूलका चिकित्सकहरूको वाहुल्यता रहेको छ। आकर्षक विज्ञापन र रोग निको पार्ने दावि सहित उपचारमा संलग्न यस्ता चिकित्सकहरूको सेवाबाट विरामीहरू संतुष्ट हुनु भन्दा पनि ठगिएको घटना बढ्दो छ। दर्ता नभएका चिकित्सकहरूबाट विरामीको स्वास्थ्यमा हुने हानि नोक्सानीको जिम्मेवार विरामी आफै हुनु पर्ने नसिहत दिने नेपाल चिकित्सक संघ यसको रोकथाम र नियन्त्रणको पक्षमा भने निष्क्रिय देखिनु उदेक लाग्दो विषय छ।

यसका अतिरिक्त अस्पताल अथवा नर्सिङ्गहोमहरूका नर्स र डाक्टरहरूले उपचारको क्रममा राम्रो ध्यान नपुऱ्याउनाले वा चिकित्साकर्मीहरूको हेलचेक्राईले विरामीहरूको ज्यान गएको, अङ्गभङ्ग भएको, एकथरी रोग लागेका मानिसलाई अर्कै थरी रोगको औषधि दिएको जस्ता गुनासाहरू समय समयमा उपभोक्ताहरूले गर्ने गरेका पाइन्छन्। त्यसैगरी डाक्टरको फिस महँगो भएको, अनावश्यक तथा महँगो औषधिहरू सिफारिस गरिएको, सरकारी अस्पतालमा गएकालाई निजी क्लिनिकमा जान

उत्प्रेरित गरिएको भन्ने जस्ता खबरहरू बेलाबेलामा पत्रपत्रिकामा चर्चाका विषय बन्ने गरेका छन्। आजकल यी सबै कारणहरूले गर्दा विरामीहरूले प्रतिकार गरी डाक्टरहरूसँग क्षतिपूर्ति माग्ने तथा मुद्दा दायर समेत गर्ने गरेको पाइन्छ जसलाई सचेतनाका हिसाबबाट राम्रो मान्न सकिन्छ। तर कतिपय अवस्थामा प्रतिकारको नाममा विरामीका पक्षबाट तोडफोड गर्ने, डाक्टरहरू माथि हातपात गर्ने र स्वयं डाक्टरहरू समेत हडतालमा उत्रिई सेवा सञ्चालनमा नै अवरोध पुऱ्याउने अन्ततः त्यसको परिणाम विरामीहरूले नै दुःख पाउने गरेका घटनाहरू पनि हाम्रो सामु छँदैछन्।

स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित नीति, नियम २ नियमनकारी निकाय

मुलुकका स्वास्थ्य क्षेत्रलाई प्रतिस्पर्धी वा गुणस्तरीय बनाउने सम्बन्धमा सरकारले समय समयमा विभिन्न ऐन, नीति, नियम, योजना, रणनीति र निर्देशिकालगायत आवश्यक अन्य न्यूनतम पूर्वाधार र मापदण्डहरू जारी गरेको छ। यस परिप्रेक्ष्यमा नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्र विशेष गरी वि. सं. २०४८ मा जारी राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, नियमित पञ्च वर्षिय योजनामा समाविष्ट स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति तथा वि. सं. २०५२ देखि २०६७ सम्मका लागि जारी दोश्रो दीर्घकालिन स्वास्थ्य योजना जस्ता तीन महत्त्वपूर्ण नीतिगत संरचना तथा विभिन्न समयमा जारी गरेका ऐन, कानून र त्यसअन्तर्गत जारी नियमहरूबाट निर्देशित भएको पाइन्छ। स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित प्रमुख कानूनका रूपमा निम्न कानूनहरूलाई उल्लेख गर्न सकिन्छ।

- ◆ नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३
 - ◆ संक्रमण रोग ऐन २०२०
 - ◆ मुलुकी ऐन, २०२० को इलाज गर्नेको महल
 - ◆ विफर नियन्त्रण ऐन, २०२०
 - ◆ नेपाल मेडिकल काउन्सिल ऐन २०२०
 - ◆ कालो बजार तथा केही अन्य सामाजिक अपराध (नियन्त्रण तथा सजाय) ऐन, २०३२
 - ◆ लागू औषधि ऐन, २०३३
 - ◆ औषधि ऐन, २०३५
 - ◆ आर्यवेद चिकित्सा परिषद् ऐन, २०४५
 - ◆ नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद् ऐन, २०४७
 - ◆ जीवनाशक विषादी ऐन, २०४८
 - ◆ नेपाल नर्सिङ परिषद् ऐन, २०५२
 - ◆ नेपाल स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३
 - ◆ नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद् ऐन, २०५३
 - ◆ नेपाल पशु चिकित्सा परिषद् ऐन, २०५५
 - ◆ पशु स्वास्थ्य तथा पशु सेवा ऐन, २०५५
 - ◆ नेपाल फार्मेशि परिषद् ऐन, २०५७
- माथि उल्लेखित ऐनका अतिरिक्त यि ऐनअन्तर्गत आवश्यक

नियमहरूलगायत यस क्षेत्रलाई नियमन गर्ने उद्देश्यले स्वास्थ्य मन्त्रालय, औषधि व्यवस्था विभाग, नेपाल मेडिकल काउन्सिल, आर्यवेद चिकित्सा परिषद्, नेपाल स्वास्थ्य व्यवसाय परिषद्, नेपाल नर्सिङ परिषद्, नेपाल फार्मेशि परिषद्, नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषद् आदि नियमनकारी निकायहरूको समेत स्थापना भएको छ। स्वास्थ्य क्षेत्रलाई प्रतिस्पर्धी बनाउने तथा नियमन गर्ने उद्देश्यले सबै सरकारी वा गैरसरकारी क्षेत्रबाट सञ्चालित सरकारी, अस्पताल, निजी अस्पताल वा नर्सिङहोमले पालना एवं अवलम्बन गर्ने पर्ने सम्बन्धमा समेत केही नीतिहरू जारी भएको पाइन्छ। विभिन्न विषयसँग सम्बन्धित यि नीतिहरूमा भएका केही प्रावधानहरूलाई तल उल्लेख गरिएको छ।

सेवा सञ्चालन नीति अस्पताल तथा नर्सिङ होमहरूमा सेवा प्रदान गर्दा सेवाको प्रकृति अनुसार आकस्मिक, वहिरंग, निदानात्मक, अन्तरग, सल्यक्रिया, सघन उपचार, प्रशासनिक, प्रवर्द्धनात्मक तथा प्रतिरोधात्मक, फार्मेशी, ईन्जिनियरिग तथा अन्य सहयोगी सेवाहरू (मेडिकल रेकर्ड, पानी, विजुली, हाउस किपिंग, सुरक्षा, यातायात आदि) को समुचित व्यवस्था गरिएको हुनुपर्दछ। कुनै पनि अस्पतालको आकस्मिक सेवामा २४सै घण्टा सम्बन्धित विषयको चिकित्सक, २५ सैया भन्दा मुनिका अस्पतालमा कम्तिमा अन कलमा २४ सै घण्टा मेडिकल अधिकृत र २५ वा सो भन्दा माथिका शैया भएका अस्पतालमा आकस्मिक सेवाका कक्षमा

गैरप्रतिस्पर्धी क्रियाकलापलाई प्रोत्साहित गर्ने केहि नेपाल कानूनको उवलढत नमुना

मुलुकी ऐन इलाज गर्नेको महलको प्रावधानलाई हेर्ने हो भने कुनै पनि चिकित्सकले वा गैर चिकित्सकले उपचारको नाउँमा रोगीको जीवन माथि खेलबाड गर्नसक्ने प्रशस्त कानुनी अवसरहरू प्रदान गरेको देखिन्छ। उक्त महलको नं.४.ले औषधि वा चिरफार गर्दा विरामीको व्यथा बढ्न गए वा मरेमा त्यस्तो औषधि वा चिरफार गर्दा प्रयोग गरेका साधनहरू र तरीका अन्य चिकित्सक वैद्यहरूबाट जँचाइ र विषादी औषधि हो भने कुकुर, खसी, बोकालाई खुवाइ जचाउँनु पर्दछ। यसरी परीक्षण गर्दा कुकुर खसी बोका मर्नो भने वा गलत औषधि लिखत गरेको ठहरे सो काम मानाको नियतले नगरेको र बुद्धि नपुगी गलतीले हुन गएको ठानी त्यस्ता चिकित्सकलाई रु. २०० जरिवाना वा दुई वर्षसम्म कैदको सजाय हुनसक्ने प्रावधान पाईन्छ। पशु र मानवमा औषधिको प्रभाव बेग्लामेग्लै हुन्छ र मानिस मर्ने औषधिले पशु नमर्न पनि सक्दछ तथा बैज्ञानिक प्रयोगशाला, अनुसन्धानशालाहरूद्वारा विभिन्न किसिमका परीक्षण गर्न सकिने विद्यमान सन्दर्भमा अद्यपि औषधिको परीक्षण कुकुर, खसी, बोकालाई खुवाएर गरिने जस्तो प्रावधान भएको कानूनलाई अद्यपि यथावत् राखिनु पशुपंछिको अधिकार तथा नैतिकता विपरीत तथा आजको सन्दर्भमा अत्यन्तै अव्यवहारिक रहेको देखिन्छ।

२४ सै घण्टा चिकित्सकका साथै कन्सल्टयान्ट चिकित्सकको अनकल सेवा उपलब्ध हुनैपर्ने व्यवस्था छ। अस्पतालमा शल्यक्रिया पश्चात विरामीको अवस्था स्थिर नभएसम्म उक्त शल्यक्रिया गर्ने समूह, सर्जन चिकित्सक र एनेस्थेसियोलजिष्ट अनिवार्य रूपमा अस्पतालमा रहिरहनु पर्ने र अन्य अवस्थामा समेत सर्जरीको प्रकृति हेरी आवश्यक परेको खण्डमा तत्काल उपलब्ध हुने व्यवस्था हुनु पर्दछ।

१०० शैया वा सो भन्दा बढीको अस्पतालमा रक्तसंचार सेवा, अर्थोपेडिक, कार्डियाक सर्जरी, गाईने, अक्स तथा न्यूरोसर्जरी सेवा दिने नर्सिंग ड्युटि स्टेशन वा प्रत्येक विरामिको शैयामा कल वेल आदि भएको हुनुपर्दछ। ठुला र जटिल प्रकारका शल्यक्रिया सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा कार्डियाक मनिटर भेन्टिलेटर, पोष्ट अपरेटिभ रिक्कोभरी शैया अनिवार्य रूपमा उपलब्ध हुनुपर्दछ। आकस्मिक अवस्थामा विरामीलाई अर्को अस्पतालमा लैजान आवश्यक न्यूनतम उपकरण र सोको लागि दक्ष जनशक्ति सहितको एम्बुलेन्स उपलब्ध हुनुपर्दछ। यसका अतिरिक्त हरेक अस्पताल तथा नर्सिंग होमहरूमा कानूनले तोके बमोजिम गरिव र असहायहरूलाई निःशुल्क रूपमा सेवा उपलब्ध गराइनुका साथै सेवाप्रदायक संस्थाको व्यवस्थापन, चिकित्सक तथा कर्मचारीको सम्वन्धमा गुनासो भएमा सर्वसाधारणले उजुरी गर्न पाउने र त्यस उपर कारवाहि हुने व्यवस्था समेत गरिएको हुनुपर्दछ।

जनशक्ति विकास एवं व्यवस्थापन नीति: यस नीतिअन्तर्गत कुनै पनि सरकारी, गैरसरकारी वा निजी अस्पतालहरूमा कार्यरत प्राविधिक स्वास्थ्य कर्मचारिहरूले प्रथम कार्यरत वाहेक एउटा भन्दा बढी निजी क्लिनिक अस्पताल वा नर्सिंगहोमहरूमा पुरा वा आसिक समयको रूपमा संलग्न रहि काम गर्न पाईनेछैन। तर विशेषज्ञ परामर्श सेवा दिनलाई यस प्रावधानले कुनै रोक नलगाएता पनि यस्तो परामर्श सेवा दिने व्यक्तिलाई सूचना बोर्डमा नामांकन भने गर्न पाईने छैन। कुनै पनि प्रकारको अस्पताल तथा नर्सिंगहोमहरूमा पुरा समय र आसिक समय काम गर्ने स्वास्थ्य प्राविधिक जनशक्तिको अनुपात कम्तीमा १.४ को हुनुपर्दछ। १ वर्षको अस्थाई सेवा सञ्चालन स्वीकृति र प्रत्येक १० वर्षमा सेवा सञ्चालनको अनुमति नविकरण गर्न पाउने निजी सेवा प्रदायकहरूको व्यवस्थामा अनुगमन गर्दा गुणस्तर वा सेवामा त्रुटि देखिएमा अनुमति पत्र खारेज गर्न सक्ने अधिकार सुरक्षित राखेको सरकारले हालसम्मको अनुगमन प्रतिवेदन गोप्य राखेको छ।

भौतिक व्यवस्थापन नीति: यस नीतिअन्तर्गत अस्पताल तथा नर्सिंगहोमको प्रवेश मार्ग, निकास मार्ग एवं आकस्मिक निकासदारको समुचित व्यवस्था, पार्किंग, मनोरम गाईनिंग, अग्नि नियन्त्रक व्यवस्था र भुकम्प प्रतिरोधात्मक प्रविधिको अवलम्बन गरिनु पर्ने जस्ता व्यवस्था पर्दछन्। अस्पतालको विरामि रहने कोठाको औसतन उचाई ३ मिटर, शैया बीचको दुरी कम्तीमा ४ फिट र भित्तावाट कम्तीमा १ फिटको दुरिमा

शैया हुनुपर्ने जस्ता कुरा यो नितिमा छ। विरामी कुरुवा वस्ने ठाउको पर्याप्त व्यवस्थाका अतिरिक्त २४ सै घण्टा उपलब्ध हुने सस्तो, सुलभ र पौष्टिक खाद्यपदार्थयुक्त चमेना गृहको व्यवस्था अस्पताल व्यवस्थापनले मिलाउनु पर्दछ। त्यस्तै अस्पतालवाट निस्कने फोहर मैलाको व्यवस्थापन वातावरण संरक्षण ऐन २०५३ र नियमावलि २०५४ र प्रचलित कानूनले तोकेको मापदण्ड र प्रक्रिया अनुरूप व्यवस्थापन भएको हुनुपर्ने कुरामा यो नीतिले जोड दिएको छ।

गुणस्तर व्यवस्थापन नीति: अस्पतालमा विश्व स्वास्थ्य संगठनवाट निर्धारित मापदण्ड बमोजिमको संक्रमण नियन्त्रण कार्यक्रम नियमित रूपमा लागु भएको हुनु पर्दछ। अस्पतालको हरेक विभाग तथा इकाईको स्तरीयरूपले सञ्चालन गर्न स्ट्याण्डर्ड अपरेटिंग म्यानुअल तयार पारि लागू गरिएको हुनुपर्दछ। कुनै पनि विशेषज्ञ सेवा दिने अस्पतालमा सम्वन्धित विषयको विशेषज्ञ चिकित्सकको सुपरिवेक्षण तथा निगरानीमा मात्र उपचार गर्ने व्यवस्था हुनुपर्दछ। अस्पतालले स्विकृति लिएको सेवा वाहेक अन्य थप सेवा र अन्यत्र सम्वन्धन गरी सेवा सञ्चालन गर्न चाहेमा सरकारवाट पुन अनुमति प्राप्त गर्नुपर्नेछ।

नीति कार्यान्वयनको कमजोरीको एउटा ज्वलन्त नमुना

यसै सन्दर्भमा, सरकारद्वारा जारी सेवा सञ्चालनको नितिगत पक्षमा विद्यमान एक सानो कमजोरीलाई निजी क्षेत्रका सेवा प्रदायक संस्थाहरूले दुरुपयोग गरेका उदाहरणलाई उल्लेख गर्नु यहाँ सान्दर्भिक देखिएको छ। निर्देशिकामा उल्लेखित निजी अस्पताल तथा नर्सिंगहोमहरूमा सेवा प्रदान गरे वापत हरेक सेवाको शुल्क अस्पतालको सवै सेवास्थलहरू तथा रिसेप्सनमा सवैले देखिने गरि टाँस गर्नु पर्ने अनिवार्य व्यवस्था हो। यो व्यवस्थाको भण्डै शतप्रतिशत अस्पताल र नर्सिंगहोमहरूले उल्लंघन गर्दै आएका छन्। त्यस्तै त्यस्ता शुल्कको निर्धारण अस्पताल सेवा शुल्क मापदण्ड निर्धारण समितिले तोकेको मापदण्ड र स्तरको आधारमा तोक्ने र त्यसैलाई आधार बनाई सम्वन्धित संस्थाको सञ्चालक समितिलाई आफ्नो अनुकूल शुल्क निर्धारण गर्न पाउने छुट दिईएको छ। सेवा शुल्क निर्धारण समितिको त्रुटियुक्त संरचना र अपारदर्शि गतिविधि र अनुगमन गर्ने निकायको निष्कृत्यताका कारण उपभोक्ताहरू चर्को मुल्यमा सेवा प्राप्त गर्न बाध्य छन्। अझ सो शुल्क निर्धारण समितिमा सरकारी पदाधिकारी, लगानीकर्ता र एशोसिएशन अफ प्राईवेट हेल्थ इन्स्टिच्यूशन अफ नेपालको प्रतिनिधित्व यस्तो चलाखीपूर्ण तरिकावाट संयोजन गरिएको छ कि सरकारको अनुगमन कार्यलाई असम्भव प्राय बनाईएको छ भने उपभोक्ता समूहको प्रतिनिधित्व हास्यास्पद तुल्याईएको छ।

कुनै पनि अस्पताल वा नर्सिगहोमहरूले उत्कृष्ट सेवा केन्द्र हुनका लागि सो सम्बन्धी सम्पूर्ण मापदण्ड पुरा भएको हुनुपर्दछ, यस्तो मापदण्ड सम्बन्धित राष्ट्रको सरकारले वा त्यसले तोकेको निकायले मात्र विकाश गरेको हुनुपर्दछ। नेपालका हकमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले यस्तो मापदण्ड निर्धारण गरेको र वि.सं. २०६१ देखि लागु रहेको जनाए ता पनि निजीक्षेत्र र गैरसरकारी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरूले यसको व्यापक उल्लंघन गरेको सम्बन्धित अधिकारिहरूले जानकारी दिएका छन्।

सूचना तथा अनुसन्धान व्यवस्थापन नीति: प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले आफुले उपलब्ध गराउने सेवा, विशेषज्ञ तथा चिकित्सकको नाम, योग्यता र सेवा उपलब्ध गराएवापत लाग्ने शुल्कको विवरण सार्वजनिक रूपमा सबैले देख्ने बुझ्ने गरि प्रदर्शन गरिएको हुनुपर्दछ। स्वास्थ्य संस्थाहरूले सार्वजनिक संचार सेवाको व्यवस्था गर्नुका अतिरिक्त आकस्मिक प्रयोजनका लागि प्रहरी, एम्बुलेन्स, दमकल संचार सेवा, गायतका आकस्मिक सेवाका टेलिफोनहरू स्पष्ट देखिने गरी ठूलो अक्षरले लेख्नु पर्दछ। सरकारी तथा गैरसरकारी अस्पतालहरूबीच दोहोरो प्रेषण प्रणालि, सेवाहरूको मासिक तथा वार्षिक प्रतिवेदन, प्रत्येक मृत्युको विश्लेषणात्मक विवरण र पुस्तकालयको व्यवस्था सरकारी, निजी तथा गैरसरकारी अस्पताल तथा नर्सिगहोमहरूले पालन गर्नु पर्ने अनिवार्य विषयमा पर्दछन्।

उल्लेखित विविध नीतिगत पक्षमा समावेश भएका विषयहरू कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाका लागि अवलम्बन गर्ने पर्ने न्यूनतम विषयहरू हुन्। तर, व्यवहारमा हेर्ने हो भने धेरै जसो स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट यस्को पालना भएको देखिदैन। जे जति नीति, नियम र कानून रहेको चर्चा गरिएता पनि यसको उपस्थितिको अनुभूति यो क्षेत्रमा कसैले गर्न सकेका छैनन्। यसका प्रमुख कारणहरूमा निजी क्षेत्रको अत्यधिक नाफा कमाउने प्रवृत्ति, उपभोक्ताहरूमा सचेतनाको अभाव तथा नियमनकारी निकायहरूको फितलो अनुगमनका कारण नै प्रमुख देखिन्छ। यसका अतिरिक्त यतिका संख्यामा रहेका विद्यमान सबै कानूनहरू स्वास्थ्य सेवामा भएका विकृतिलाई रोक्ने, सेवाको गुणस्तरमा वृद्धि गरी उपभोक्ता हितको संरक्षण गर्ने भन्दा पनि सामान्य कार्य निर्देसिकाका रूपमा मात्र आएका हुँदा प्रतिस्पर्धा प्रवर्द्धन गर्ने कार्यमा प्रभावकारी हुन सकेको देखिदैन।

स्वास्थ्यकर्मीलाई काममा लगाउने अनिवार्य व्यवस्थाको अभाव, सेवा प्रदायक संस्थाको पूर्वाधार तथा आवश्यक साधनको व्यवस्था, उपभोक्ता अधिकार र पिडीत पक्षलाई क्षतिपूर्ति दिने तथा बिरामीहरूले तिर्ने शुल्क उचित र गुणस्तरीय भएको प्रमाणित गर्ने निकाय, सेवाग्राहीहरूले छनौट तथा पूर्व जानकारी पाउने जस्ता आधाभूत विषयमा यि नीति तथा कानूनहरूमा कतै केही उल्लेख छैनन्। यसर्थ, परिवर्तित वर्तमान परिवेश तथा सन्दर्भमा यि नीति तथा कानूनहरूलाई समयानुकूल परिमार्जन, खारेजी वा नयाँ नै तर्जुमा गर्नु आवश्यक छ।

स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी प्रस्तावित कानूनी व्यवस्था

निजी क्षेत्रको विकासको क्रममा नेपालमा स्वास्थ्य सेवामा भएको विकासलाई उदाहरणीय मान्न सकिन्छ। यो क्षेत्रमा संख्यात्मक दृष्टिले निजी अस्पताल तथा नर्सिङ होमको संख्यामा दिन प्रतिदिन वृद्धि हुँदै गएको भएतापनि उपभोक्ताको हक हितको दृष्टिले त्यहाँ प्रदान गरिने सेवा, सुविधाका गुणस्तर परीक्षण र अनुगमन गर्ने कुनै निकाय रहेको पाइदैन र यिनले लिने सेवा शुल्कको दर निर्धारणको आधार पनि पारदर्शी छैन। यसका लागि कुनै विशेष कानूनी व्यवस्था समेत रहेको देखिदैन जसले गर्दा यो क्षेत्रमा संख्यात्मक रूपमा प्रतिस्पर्धा रहेको भएता पनि गुणस्तर र सेवा शुल्कमा खासै प्रतिस्पर्धा रहेको पाइदैन। यस परिप्रेक्ष्यमा नेपाल सरकारले निजी स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना तथा सञ्चालन गर्न तथा त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाले पुऱ्याउनु पर्ने सेवाको गुणस्तर र सो को नियमन गर्ने सम्बन्धमा आवश्यक व्यवस्था गर्नका लागि विधेयक मसौदा प्रस्तावित गरेको छ। यो मस्यौदामा सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रतिकारात्मक, प्रवर्द्धनात्मक, उपचारात्मक, निदानात्मक तथा पुनर्स्थापनात्मक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन सक्ने व्यवस्थाका साथै स्वास्थ्य संस्थाबाट उपलब्ध गराईने सेवा, प्रविधि, विशेषज्ञ तथा चिकित्सकहरूको योग्यता तथा शुल्क पारदर्शी तरिकाले सबैले देख्न र पढ्न सक्ने गरी र खिनुपर्ने जस्ता उपभोक्ताका अधिकारलाई सम्मान गर्ने प्रावधानहरू राखिएका छन्।

शाशशं तथा शुभावहऱ

सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रको पूर्वाधार विकाश, दक्ष जनशक्ति परिचालन, सेवाको विस्तारलगायत श्रोतसम्म सबै वर्गको समान पहुँचका लागि भनेर वार्षिक रूपमा औसतन दशौ अर्ब रूपैया खर्च गर्दै आएको छ। यति हुँदाहुँदै पनि नेपालमा अझै पनि उपभोक्ताको स्वास्थ्यसेवामा प्रतिस्पर्धी र पर्याप्त रूपमा पहुँच हुन सकेको छैन। नेपालमा स्वास्थ्य सेवाको अवस्था हेर्दा अझै पनि पूर्ण प्रतिस्पर्धी हुन नसकेको, निजी तथा गैरसरकारी संस्थाबाट संचालित स्वास्थ्य सेवा शहर केन्द्रित रहेको, न्यूनतम मापदण्ड पुरा नगरी सेवा सञ्चालन गर्ने, औषधि, चिकित्सा उपकरण आदिको अवस्था आदि समेत कारणले चिकित्सा क्षेत्रमा व्यापक अव्यवस्था र दण्डहिनताको सिमा नाघेको देखिन्छ। सरकारको गलत स्वास्थ्य नीति तथा कार्यक्रमले स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा चिकित्सक एवं औषधिको अभाव, म्याद नाघेका तथा नक्कली औषधिको विगबिगि, गलत प्रक्रियाको चिकित्सा शिक्षण विधि, चिकित्सामा बढ्दो व्यपारिकरण, नैतिकतामा हास, अशिक्षा र अन्धविश्वास, अव्यवहारिक तथा अवैज्ञानिक नीति तथा कानून, नियमन

निकायहरूको निष्कृतता, सेवा प्रदायकहरूको अनियन्त्रित र मनोमानिपूर्ण गतिविधिहरू र अनुत्तरदायी प्रशासनिक संयन्त्र आदि जस्ता गतिविधिहरू खुलेआम सञ्चालित छन् ।

उपभोक्ता अधिकारको सुनिश्चितता, सेवाप्रदायकको पेशा र लगानीको कानूनी सुरक्षा तथा गलत कार्य गर्ने सेवा प्रदायक र विरामीका नाममा अराजकता फैलाउनेलाई कानूनी दायरामा ल्याई यो पेशालाई मर्यादित, जनहितकारी र प्रतिस्पर्धी बनाउने कुरामा राज्य, नागरिक समाज, चिकित्सक वर्ग र उपभोक्ता सबैले आ-आफ्नो क्षेत्रबाट पहल गर्नु पर्दछ । विशेष गरेर जबसम्म स्वयं चिकित्सा व्यवसायी, मेडिकल काउन्सिल एवं एशोशियसनले नै यस कुरा प्रति सजग भएर आफ्नो पेशाको मर्यादा संरक्षणको लागि अगाडि बढ्दैनन् तबसम्म यो क्षेत्रको सुधार हुन जटिल देखिन्छ ।

यस परिप्रेक्ष्यमा स्वास्थ्य सेवामा विद्यमान समस्याहरूलाई केही दीर्घकालिन र अल्पकालिन उपायहरूबाट समाधान गर्ने प्रयास गरिएमा यसले निश्चय पनि सकारात्मक परिणामहरू दिन सक्ने अपेक्षा गर्दै निम्न उपायहरूलाई सुभावको रूपमा प्रस्तुत गरि एको छः

१. जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा विद्यमान गतिरोधहरूलाई पहिचान गरी क्रमिक रूपमा समाधान गर्दै जाने ।
२. विद्यमान नियमनकारी निकायहरूको बीच समन्वयात्मक सम्बन्ध कायम गरी तिनहरूको भूमिका र जिम्मेवारी स्पष्ट गर्ने ।
३. साधन र श्रोतको दक्ष, प्रभावकारी र समान वितरणको अनुगमनमा देखा परेको समस्यालाई समाधान गर्न लगानी

र प्रतिफलको समन्वय हुने उपाय अवलम्बन गर्ने ।

४. सरकारी, निजी र गैरसरकारी तहमा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाहरूमा एकरूपता ल्याउन विद्यमान समन्वयको समस्यालाई समाधान गर्न आवश्यक भएकोले तत्काल ति निकायहरूबीच संवादको वातावरण मिलाउन पहल गर्ने ।
५. निजीक्षेत्रका स्वास्थ्य निकायहरूको अवाञ्छित गतिविधिहरूलाई नियन्त्रण गर्न र तिनीहरूलाई प्रतिस्पर्धात्मक वातावरणमा कार्य गर्नका लागि उत्प्रेरित गर्न प्रतिस्पर्धाको कानूनलगायत विद्यमान अन्य कानूनहरूको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्ने ।
६. परिवर्तित सन्दर्भमा स्वास्थ्य सम्बन्धित नीति तथा ऐन कानूनहरूको समायानुकूल संसोधन गरी तर्जुमा गर्नुपर्ने ।
७. स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न सूचना केन्द्रहरू तोक्नु पर्ने तथा यस क्षेत्रका नियमनकारी निकायहरूका बीच समझदारी र समन्वय कायम गर्ने सहयोगी संयन्त्र विकास गर्ने ।
८. स्वास्थ्य प्रदायक संस्थाहरूका गतिविधिहरूलाई पारदर्शितुल्याउन आर्थिक वा व्यवसायिक निर्णयहरू सार्वजनिक गर्ने पर्ने नीतिगत व्यवस्था गर्ने ।
९. नेपाल मेडिकल काउन्सिल तथा मेडिकल एशोसिएशनलाई चिकित्सा क्षेत्रमा भएका र हुनसक्ने विकृतिलाई रोकी जनउत्तरदायी बनाउने दिशामा कार्य गर्न प्रेरित गर्ने ।

शब्दार्थ सामग्री

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय
- दशौं पञ्चवर्षिय योजना (२०५८-२०६३), राष्ट्रिय योजना आयोग
- दोश्रो दीर्घकालिन स्वास्थ्य योजना (२०५४-२०७४) नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय

- मानव विकास प्रतिवेदन, विश्व बैंक २०६१-६२
- सरकारी, निजी क्षेत्र र गैरसरकारी अस्पताल नर्सिंग होम तथा स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन कार्य निर्देशिका २०६१, स्वास्थ्य मन्त्रालय, नेपाल सरकार
- आर्थिक सर्वेक्षण (२०६२-६३), नेपाल सरकार, अर्थ मन्त्रालय

सावतीको स्थापना १९८४ मा दक्षिण एशियाका गैरसरकारी संस्थाहरूको संयुक्त प्रयासबाट भएको हो । सावती उदारिकरण, विश्वव्यापीकरण र विश्व व्यापार संगठनसँग सम्बन्धित विषयवस्तुमा अनुसन्धान र सम्बन्धित सरोकारवालाको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने उद्देश्यले खडा भएको दक्षिण एशियाली क्षेत्रीय सञ्जाल हो । दक्षिण एशियाली राष्ट्रका ११ वटा संस्थाहरू सदस्य रहेको सावतिले प्रतिस्पर्धा नीति तथा कानूनका विषयमा समेत अनुसन्धान र वकालत गर्दै आएको छ ।

यो जानकारीपत्र साउथ एसिया वाच अन ट्रेड, इकोनोमिक्स एण्ड इन्भायरोन्मेन्ट (सावती) प्रतिस्पर्धा शिक्षण तथा जागरण कार्यक्रम अन्तर्गत बेलायती अन्तर्राष्ट्रिय विकास विभाग (Department for International Development - DFID) नेपालको सहयोगमा आर्थिक पत्रकार ओजस्वी गौतम तथा अधिवक्ता ज्योति वानियाद्वारा तयार पारिएको हो । जानकारीपत्रलाई परिमार्जन गरी सम्पादन अधिवक्ता ध्रुवेश रेग्मीले गर्नु भएको हो । मुद्रकः मोडर्न प्रिन्टिङ प्रेस, काठमाडौं ।