

# नेपालमा चिकित्सा शिक्षा : अल्माआर्टा सम्मेलनदेखि माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनसम्म

जीवनारायण अधिकारी\*

## सार-सङ्क्षेप

स्वास्थ्य मानव जीवनका लागि अपरिहार्य विषय हो । समाजको सामाजिक विकासमा स्वास्थ्यले खेल्ने भूमिकाको कारणले नै आज संसारका पूँजीवादी भनिने देशहरूले समेत स्वास्थ्यलाई राज्यको कार्यक्षेत्रभित्रै राखेर ठुलो लगानी गरिरहेका छन् । राज्यभित्र बसोबास गर्ने नागरिकलाई सुरक्षाको प्रत्याभूति हुने कुरामा पनि आज रोग लागेर मर्नुपर्ने विरुद्धको सुरक्षा नै सर्वोपरि रहेको छ । यिनै कुराहरूलाई ध्यान दिँदै सन् १९७८ को अल्माआर्टा सम्मेलनले स्वास्थ्यलाई आधारभूत मानव अधिकारको रूपमा स्वीकार गरेपछि विश्वका अन्य देशहरूले समेत आफ्ना नागरिकको स्वास्थ्यसम्बन्धी अधिकारलाई राज्यको प्राथमिकतामा राखेर हेर्न थालेको पाइन्छ । नेपालमा पनि २०४६ सालको राजनीतिक परिवर्तन पछि स्वास्थ्य क्षेत्रलाई व्यवस्थित गर्न खोजिएको देखिन्छ । नेपालको वर्तमान संविधानले स्वास्थ्य सम्बन्धी हकलाई मौलिक मानव अधिकारको रूपमा स्वीकार गर्दै प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुने छ भन्ने प्रावधानसँगै राज्य यसप्रति संवेदनशील हुन लागेको देखिए पनि स्वास्थ्य जस्तो संवेदनशील क्षेत्रलाई अन्य वस्तु वा सेवाको व्यापार जस्तै बेलगाम छाड्दा सरकारी क्षेत्रले प्रतिस्पर्धा गर्न नसकेका कारण नेपालको स्वास्थ्य सहरिया, पुँजीपति उच्च वर्गको मात्र पहुँचमा पुगेको तथ्य जगजाहेर छ । यस्तो अवस्थालाई निराकरण गरी चिकित्सा क्षेत्रलाई राज्यको दायरामा ल्याउने प्रयासस्वरूप उच्च स्तरीय माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदन तयार गरी त्यसको आधारमा चिकित्सा शिक्षा ऐन पारित भएको देखिन्छ । ऐनका समग्र पक्षलाई हेर्दा केन्द्रीकृत मानसिकताबाट यो ऐन मुक्त रहेको नदेखिए पनि पहिलो प्रयास भएकाले स्वागतयोग्य नै मान्नुपर्छ । विशेषगरी नीति निर्माण तहमा रहेकाहरू नै नेपालमा चिकित्सा क्षेत्रको निजीकरणसँग बढी जोडिएका कारण नीतिहरू प्रभावित हुने समस्याबाट नेपाली समाज अछुतो छैन । यिनै विषयवस्तुहरूका आधारमा नेपालको स्वास्थ्य स्थितिको संक्षिप्त विश्लेषण सहित चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी माथेमा आयोगको प्रतिवेदन र त्यस प्रतिवेदनमा औल्याइएका सुझावहरूको आधारमा बनेको चिकित्सा शिक्षा ऐनका बारेमा यस लेखमा विश्लेषण गरिएको छ । अनुसन्धानात्मक सामग्रीका रूपमा विभिन्न प्रतिवेदनहरू, नीति, ऐन, नियमहरू विभिन्न लेखकका पुस्तकहरूलगायतको प्रयोग गरिएको छ । यिनै सामग्रीहरू गुणात्मक विश्लेषणका आधारमा यो लेख तयार गरिएको छ ।

## मुख्य शब्दावलीहरू : चिकित्सा शिक्षा, माथेमा आयोगको प्रतिवेदन, स्वास्थ्य, चिकित्सा क्षेत्र, निजीकरण

### परिचय

संसारभरि नै स्वस्थ जीवन लामो आयु र यसका लागि आवश्यक स्वास्थ्य एवं पोषणको आवश्यकता विकासको मुख्य मापदण्डका रूपमा लिइन्छ । कुनै पनि समाजको समग्र सामाजिक एवं आर्थिक क्रियाकलापको मुख्य केन्द्रबिन्दु बनेको त्यससँग सम्बन्धित मानिसको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्यमा भरपर्ने कुरा पनि हो । मानिसको स्वास्थ्य राम्रो हुनु भनेको उसको निजी जीवन, परिवार र उसको निजी उपलब्धिको माध्यमसँग मात्र सरोकार राख्दैन यसले समग्र मुलुक र समाजलाई समेत नयाँ उचाइ र उपलब्धि प्रदान गर्दछ । समाजमा यस्तो अवस्था तब मात्र देखा पर्दछ, जब देश वा मुलुकमा उपलब्ध स्वास्थ्यसम्बन्धी सेवा विश्वसनीय एवं सर्वसुलभ रूपमा प्राप्त हुने गर्दछ । विश्व

स्वास्थ्य सङ्गठनको एक रिपोर्टका अनुसार विकसित देशका मानिसहरू जहाँ धेरै खाने अवस्थाका कारण रोगको सिकार हुने गर्दछन् भने त्यसको विपरीत विकासोन्मुख देशका मानिसहरू भोकमरी, कुपोषण, प्रदूषित र गुणस्तरहीन खानेकुरा आदिका कारण रोगको सिकार हुने गर्दछन् । विकासोन्मुख देशहरूमा स्वास्थ्यसम्बन्धी पर्याप्त जनचेतनाको अभावका कारण कतिपय आफ्नै गलत संस्कृति वा संस्कारहरू पनि रोग वा मृत्युका कारण हुन पुगेका देखिन्छन् ।

स्वास्थ्य एउटा बहुआयामिक अवधारणा हो । शरीरको अशक्तता, बुद्धौलीपन वा शारीरिक वृद्धिका क्रममा देखिने परिणाम मात्रै स्वास्थ्यमा प्रभाव पार्ने कारक तत्त्व नभएर मानिसको मनोवृत्ति, विश्वास, मूल्य, लिङ्ग, उमेर, धर्म, शिक्षा, पेसा, आर्थिक

\*उप-प्राध्यापक, समाजशास्त्र शिक्षण विभाग, बुटवल बहुमुखी क्याम्पस, बुटवल

हैसियत, स्वास्थ्य संस्थाको उपलब्धता, सरकारी नीति, सामाजिक हैसियत, रोजगार, वातावरण, घरपरिवारको आकार, वैवाहिक स्थिति आदि सबै स्वास्थ्यसंग जोडिएर आउने विषयहरू हुन् यी सबै पक्षहरूको समाजमा व्यक्तिको स्वास्थ्यलाई निर्धारण गर्दछन् (Macionis, 1997)। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ले गरेको परिभाषाअनुसार एउटा व्यक्तिको शारीरिक, मानसिक र सामाजिक सबलता नै स्वास्थ्य हो (A complete state of physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity) यस परिभाषाले रोग र असक्ततालाई मात्र स्वास्थ्य नमानेर व्यापक अवधारणामा लिएको छ। सन् १९७८ मा अल्माआर्टामा भएको सम्मेलनले स्वास्थ्यलाई मानव अधिकारका रूपमा लिंदै प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यावहारिक, वैज्ञानिक र सामाजिक रूपमा स्वीकार्य, व्यक्ति तथा परिवारको पहुँचभित्र हुने पूर्ण सहभागितामा आधारित समुदाय र राष्ट्रद्वारा खर्च व्यहोर्न सक्ने हुनुपर्दछ भनेको छ।

यस लेखको मुख्य उद्देश्य स्वास्थ्यसम्बन्धी नेपालका नीतिहरू र पछिल्लो समयमा नेपालमा 'चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा उच्च स्तरीय कार्यदलको प्रतिवेदन' र सो प्रतिवेदनका आधारमा बनेको 'चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५' को सन्दर्भमा समालोचना गर्नु रहेको छ। जसअन्तर्गत यस लेखलाई विभिन्न सात खण्डमा विभाजन गरी पहिलो खण्डमा नेपालको वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति, दोस्रो खण्डमा नेपालका स्वास्थ्य नीतिहरूको स्थिति, तेस्रो खण्डमा चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनका मुलभूत पक्षहरू चौथो खण्डमा प्रतिवेदनले दिएका सुझावहरू त्यसैगरी पाचौँ खण्डमा वर्तमान चिकित्सा शिक्षा ऐनका मुख्य मुख्य प्रावधानहरूका साथै छैटौँ खण्डमा समालोचनात्मक टिप्पणी र अन्तिममा निष्कर्ष प्रस्तुत गरिएको छ।

### नेपालको वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति

नेपालमा स्वास्थ्यसम्बन्धी तथ्याङ्कहरू एउटै वा सरकारी आधिकारिक स्रोतबाट मात्र पर्याप्त नभई विभिन्न माध्यमबाट लिइनुपर्ने भएकाले एकरूपता नहुन सक्छ साथै समय समयमा प्रकाशित भइरहने विभिन्न सरकारी, गैरसरकारी र अन्तर्राष्ट्रिय क्षेत्रका तथ्याङ्कमा भर पर्नुपर्ने हाम्रो बाध्यताले पनि नेपालमा पाइने स्वास्थ्यसम्बन्धी आँकडाहरूमा एकरूपता नदेखिएको हो। यस लेखमा सकेसम्म पछिल्लो समयका आँकडालाई प्रयोगमा ल्याइएको छ।

नेपालको वर्तमान स्वास्थ्य स्थितिको रूपमा हेर्दा नेपालीहरूको औसत आयु हाल ७०.२ वर्षको छ जसमा पुरुषको ६८.८ छ भने महिलाको ७१.६ (WHO, 2018) रहेको छ। जबकि नेपालमा भन्दा प्रतिव्यक्ति आमदानी भन्डै तीन गुणा बढी भएको भारतको

औसत आयु नेपालीको तुलनामा भन्डै २ (६८.८) वर्ष कम रहेको छ। दक्षिण एसियामा सबैभन्दा बढी औसत आयु श्रीलंका (७६.८९) मा रहेको छ। सन् १९९० पछि करिब २५ वर्षको अवधिमा नेपालको औसत आयुमा करिब १५ वर्षभन्दा बढिको बढोत्तरी हुनु राम्रै मानिए पनि विश्वका धेरै देशको तुलनामा नेपाल पछिडि नै छ। पछिल्लो समयमा बाल तथा मातृ स्वास्थ्यमा चासो बढ्नु, खोपप्रति सकारात्मकता बढ्दै जानु, बढ्दो जनचेतना, खानपिनमा मानिसहरू सचेत हुँदै जानु र कुपोषणमा आएको कमीले मानिसको औसत आयुमा वृद्धि हुन पुगेको देखिन्छ।

स्वास्थ्य स्थितिमा अर्को महत्त्वपूर्ण पक्ष बालमृत्युदर पनि हो। सन् २००६ मा प्रति हजार जीवित जन्ममा ३३% रहेको नवजात शिशु मृत्युदर पछिल्लो समयमा २१ मा झरेको छ जबकि दिगो विकास लक्ष्य हासिल गर्न यसलाई सन् २०३० सम्ममा १७ मा झार्नुपर्ने हुन आउँछ। नवजात शिशुसँगै पाँच वर्षमुनिको बालमृत्युदर पनि प्रतिहजार जीवित जन्ममा ३२ मा झरेको छ (न्यु एरा, सन् २०१६)। जबकि सन् २०११ मा यो संख्या ४६ रहेको थियो।

ज्वरो आउँदा र फाडापखाला लाग्दा सन् २०११ मा क्रमशः ४१ र ३८ प्रतिशतले बालबालिकालाई अस्पताल लाने गरेकोमा हाल त्यसमा वृद्धि भएर क्रमशः ८० र ६३ प्रतिशतमा पुगेको छ। अर्थात् हाल आमाबाबुले ज्वरो आउँदा ८० प्रतिशत र फाडापखाला लाग्दा ६३ प्रतिशत बालबालिकालाई अस्पताल पुऱ्याउँछन्। त्यसैगरी स्वास्थ्यप्रतिको सचेतना वृद्धिमा गर्भवती जाँच गराउने प्रक्रियामा पनि ठुलै उपलब्धि रहेको मानिन्छ। सन् २०११ मा ५८ प्रतिशत आमाले दक्ष प्रसृतिकर्मीबाट सुत्केरी जाँच गराउने गरेकामा हालसम्म आइपुग्दा ८४ प्रतिशतमा पुगेको छ। त्यस्तै दक्ष प्रसृतिकर्मीबाट सुत्केरी गराउनेको प्रतिशत सन् २०११ मा ३६ प्रतिशत रहेकोमा हाल बढेर ५८ प्रतिशत पुगेको छ। यो सबै तथ्याङ्क सन् २०१६ मा न्यु एरा नामक संस्थाले ७३ जिल्लामा गरेको जनसाङ्ख्यिक स्वास्थ्य सर्भेमा आधारित छ।

स्वास्थ्यसम्बन्धी अर्को सूचक भनेको मातृ मृत्युदर मुख्य हो। नेपाल मातृ मृत्युदर सबैभन्दा उच्च हुने मुलुकमध्येमा पर्दछ। विश्व स्वास्थ्य संगठनको सन् २०१८ को प्रतिवेदनलाई हेर्दा नेपालमा प्रतिवर्ष प्रतिलाख जीवित जन्ममध्ये २५८ आमामाको गर्भसम्बन्धी समस्याबाट मृत्यु हुने गरेको छ जबकि थाइल्याण्डमा यो संख्या जम्मा २० जना रहेको छ। दिगो विकासको लक्ष्य हासिल गर्न सन् २०३० सम्म यसलाई ७० भन्दा तल झार्ने लक्ष्य नेपालको छ। एकातिर स्वास्थ्यसम्बन्धी जनशक्ति व्यवस्थापन गर्न नसक्नु र खटाएका स्वास्थ्य कर्मी दुर्गममा नपुग्नुलाई सुत्केरीले

दक्ष स्वास्थ्य कर्मीबाट प्रसुति सेवा नपाउनुको कारण मान्न सकिन्छ ।

त्यस्तै विश्व स्वास्थ्य संगठन कै सन् २०१८ को तथ्याङ्कानुसार किशोरी अवस्थामा नै बच्चा जन्माउनेको संख्या पनि अन्य देशको तुलनामा नेपालमा उच्च छ, यहाँ प्रतिहजार महिला मध्ये १० देखि १९ वर्षका ८८ किशोरीले बच्चा जन्माउने गरेको तथ्याङ्कले देखाउँछ । यसले एकातिर सुत्केरी आमाको मर्ने दरलाई बढाउँछ, भने अर्कोतिर नेपालका दुर्गम ग्रामीण क्षेत्रहरूमा संस्कृति, प्रचलन र संस्कारअनुसार बालविवाह जस्तो कुसंस्कार विद्यमान रहेको देखाउँछ, जसले आमाको मर्ने दरलाई मात्र बढाउँदैन कि समग्र महिला सशक्तीकरण र सामाजिक मनोविज्ञानमा नकारात्मक प्रभाव पारिरहेको हुन्छ ।

नेपालमा स्वास्थ्य स्थितिको अर्कोदर लाग्दो आँकडा विभिन्न नसर्ने रोगबाट कति मानिस मर्छन् भन्ने पनि हो । यो संख्या बढ्दो क्रममा रहेको छ । नेपालको कुल मृत्युमध्ये ३० देखि ७० वर्षको उमेर समूहका २१.८ प्रतिशत नेपालीको मृत्यु नसर्ने रोगका कारण हुने गरेको देखिन्छ (WHO, 2018) । मुटु, क्यान्सर, उच्च रक्तचाप, मधुमेह, मृगौला आदि रोगहरूको पहिचान समयमै नहुँदा नसर्ने रोग बढिरहेको छ । रोगको रोकथाम, कार्यक्रमहरू र स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी नहुँदा यसको जोखिम बढ्दो रूपमा छ । त्यस्तै नेपालमा एक वर्षमा प्रतिलाख जनसंख्यामा १५४ जना क्षयरोगबाट संक्रमित हुने गरेको तथ्याङ्कले देखाउँछ (WHO, 2018) ।

आत्महत्या गर्नेको दर पनि नेपालमा उच्च नै छ । प्रति एकलाख जनसंख्यामा ८.८ जना मानिस आत्महत्याको कारण मर्ने गर्दछन् यो संख्या सबैभन्दा कम माल्दिभ्समा २.३ र भारतमा १६.३ रहेको छ । मानसिक स्वास्थ्यमा सरकारको लगानी कम हुँदा र विभिन्न सामाजिक सांस्कृतिक परिवर्तनका कारणले पनि समाजमा समायोजन हुन नसक्दा आत्महत्या गर्नेको संख्या बढेको मान्न सकिन्छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा उपलब्ध जनशक्ति, पहुँच र सेवा लिन सक्ने क्षमता, स्वास्थ्य सेवाको स्तरको आधारमा मापन गरिने 'युनिभर्सल हेल्थ कभरेज' मा नेपाल ४६ औँ अंकमा छ (WHO, 2018) । यो अंक ७५/८० भन्दा बढी पाएमा मात्र त्यस देशको स्वास्थ्य सेवामा सबैको पहुँच, दक्ष जनशक्तिको उपलब्धता र आर्थिक क्षमता पुगेको मान्न सकिन्छ ।

माथि दिएका यी विभिन्न तथ्याङ्कहरूमा एकरूपता भने पाइदैन विभिन्न राष्ट्रिय एवं अन्तर्राष्ट्रिय निकाय एवं नेपालभित्रै सरकारी एवं गैर सरकारी क्षेत्रबाट गरिने यस प्रकारका सर्वेक्षणले तथ्याङ्कहरूमा एकरूपता नदेखाए पनि त्यसको निकटसम्म पुग्याउने

काम अवश्य गर्छन् । नेपालमा स्वास्थ्य स्थितिको यो अवस्था विश्लेषणपछि अर्को शीर्षकमा नेपालमा स्वास्थ्य नीतिहरूको स्थिति बारे छलफल गरिने छ ।

### नेपालका स्वास्थ्य नीतिहरूको स्थिति

नेपालमा सरकारी स्तरबाट स्वास्थ्यसम्बन्धी नीतिहरू बनाई त्यसअनुरूप स्वास्थ्य सेवा संचालन हुन थालेको सन् १९७५ देखि (पाँचौँ पञ्चवर्षीय योजना, २०३२-०३७) हो । यसै क्रममा सन् १९७८ (सेप्टेम्बर ६-१२) मा तत्कालीन सोभियत संघको अल्मा आटा (Alma-Ata Conference on PHC) मा सम्पन्न प्राथमिक स्वास्थ्यसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सम्मेलनमा नेपाल पनि संयुक्त राष्ट्र संघको सदस्य राष्ट्र भएको हैसियतमा सक्रिय सहभागी भयो र त्यहाँ पारित घोषणालाई नेपालमा पनि नीतिहरूमा समावेश गरी कार्यान्वयन गर्ने प्रतिबद्धता जनायो । यो सम्मेलनले स्वास्थ्यलाई आधारभूत मानव अधिकारको रूपमा ग्रहण गर्दै विकासोन्मुख राष्ट्रका जनता विचको स्वास्थ्यको खाडललाई कम गर्ने, स्वास्थ्यमा भएको असमानतालाई राजनीतिक, सामाजिक एवं आर्थिक रूपमा स्वीकार गर्न नसकिने र यो सबै देशका लागि समान चासोको विषयका रूपमा लिने लगायतका घोषणाहरू भए । नेपालले यो घोषणालाई आत्मसात् गर्दै सन् १९८१ देखि २००० सम्म न्यूनतम आधारभूत आवश्यकताको रूपमा स्वास्थ्यलाई लिँदै कृषि, तथा खाना, शिक्षा, पानी तथा सरसफाइ, दुर संचार र स्वास्थ्य आदि सबै क्षेत्रलाई यसमा समेटिएको थियो । सातौँ पञ्चवर्षीय योजनाको अन्त्यतिर २०४५ सालदेखि महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम्सेविकाद्वारा जनताको घरदैलोमा गई न्यूनतम स्वास्थ्य सेवा पुग्याउने लक्ष्यअनुरूप कार्यक्रम संचालन भएको थियो यो योजना हालसम्म पनि प्रभावकारी रूपमा संचालनमा छ ।

२०४६ सालको राजनीतिक परिवर्तनपछि नेपालको क्षेत्रीय विकास तथा ग्रामीण जनताको स्वास्थ्य स्तर वृद्धि गर्ने अभिप्रायले पहिलो पटक राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०४८ तर्जुमा गरियो । ग्रामीण जनताहरूलाई आधुनिक चिकित्सा प्रणालीका सुविधाहरूसम्म पुग्ने लगायतका महत्त्वपूर्ण उद्देश्य बोकेको यसै नीतिअन्तर्गत अहिले अधिराज्यभरि स्वास्थ्य चौकी र उपस्वास्थ्य चौकीहरू र प्रत्येक निर्वाचन क्षेत्रमा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र खडा भएका छन् यस नीतिलाई स्वास्थ्य क्षेत्रमा महत्त्वपूर्ण रूपमा लिइन्छ (मिश्र, २०५६) साथै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले संरचनागत विकास, विस्तार र स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको लगानी र सहभागितालाई प्रोत्साहन गरेको थियो ।

नेपालमा २०६२/०६३ को संयुक्त जनआन्दोलनको उपलब्धिहरूको रूपमा आएको नेपालको अन्तरिम सविधान २०६३ ले स्वास्थ्यलाई

जनताको आधारभूत मौलिक अधिकारका रूपमा स्वीकार गरेको परिणामस्वरूप बर्देलिदो परिवेशमा पुरानो नीति अपर्याप्त रहेको भन्दै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ को तर्जुमा भयो। यो नीतिले राज्यद्वारा प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवामा गरिब, सीमान्तकृत र जोखिममा रहेका समुदायको पहुँच सुनिश्चित गर्ने र समतामूलक र सामाजिक न्यायको आधारमा कार्यक्रम तर्जुमा गर्ने लगायतका सोचहरू राखेको देखिन्छ। यो नीतिले जनसहभागितामूलक निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा जोड दिएको छ। परिवर्तित सन्दर्भमा नेपालमा २०७२ सालमा संविधान सभामार्फत संघीय लोकतान्त्रिक गणतन्त्रात्मक संविधान जारी भएपछि यो नीति पनि अपर्याप्त रह्यो। देश संघीय शासन प्रणालीमा गइसकेकोले संघीय संरचनाको वस्तुगत धरातलमा आधारित भई स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउनुपर्ने अवस्थाको कारण भर्खरै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ तर्जुमा भएको छ। यसैगरी सहस्राब्दी विकास लक्ष्य र स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँच हासिल गर्ने उद्देश्य सहितको दिगो विकास लक्ष्यजस्ता अन्तर्राष्ट्रिय प्रतिबद्धताहरूले समेत नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीको विकास र विस्तारमा योगदान पुऱ्याएका छन्।

यसरी नेपालले २०३२ सालदेखि विभिन्न सुधार योजनाहरूमार्फत स्वास्थ्यसम्बन्धी नीतिहरू बनाई काम सुरु गरे पनि सन् १९७८ को अल्मा-आटा सम्मेलनको मर्मबमोजिम स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा रहेको खाडल कम गर्नेभन्दा भन्ने गहिरिएको देखिएको छ। अधिकांश सुविधा सम्पन्न अस्पताल सहरी क्षेत्रमा छन्। त्यसमा पनि स्वास्थ्यसम्बन्धी जनशक्तिको व्यवस्थापन गर्न नसक्दा सहरी क्षेत्रका अस्पतालमा कार्यरत दक्ष चिकित्सकहरू सरकारी अस्पतालभन्दा निजीमा सेवा दिन लालायित हुने र निजी अस्पताल अत्यन्तै महंगो हुने कारण आज आधुनिक स्वास्थ्य सेवा सर्वसाधारणको पहुँचबाट टाढिँदै गएको छ। स्वास्थ्य क्षेत्रलाई कमाइ खाने माध्यमको रूपमा लिइने प्रचलन बढ्दो रूपमा रहेकोले नयाँ खालका गम्भीर रोगहरको निवारण र अनुसन्धानमा कसैको ध्यान पुग्न सकेको छैन जसका कारण महामारीको रूपमा देखिने सामान्य रोगहरू फाडापखाला, डेगो, स्क्व टाइफस लगायतले पनि सामान्य नागरिक ज्यान गुमाउन विवश बन्दै गएका छन्। यसपछिको शीर्षकमा नेपालमा चिकित्सा शिक्षालाई व्यवस्थित गर्नका लागि बनेको चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा उच्च स्तरीय कार्यदलको प्रतिवेदन बारे छलफल गरिएको छ।

#### **चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी उच्च स्तरीय कार्यदलको प्रतिवेदन**

यो प्रतिवेदन नेपालमा चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी रहेका समस्या र चुनौतिहरूको पहिचान, विश्लेषण र प्रभावहरूको

तथ्यपूरक विवेचना गरी चिकित्सा शिक्षाको राष्ट्रिय नीति तर्जुमा गरी सिफारिस गर्न सरकारले गठन गरेको कार्यदलले तयार पारेको हो। नेपालमा चिकित्सा शिक्षामा देखिएको विकृतिलाई अन्त्य गर्नुपर्ने माग गर्दै सामाजिक अभियन्ता प्रा.डा. गोविन्द के.सी. को पटकौंसम्मको आमरण अनसपछि सरकार यो आयोग गठन गर्न बाध्य भएको देखिन्छ।

नेपालको चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा गम्भीर चासो भएका विज्ञहरू सम्मिलित टोलीले यो प्रतिवेदन तयार पारेको र विश्व बैंकका प्रतिनिधि, बेलायत, अमेरिका, भारतलगायतका उच्च तहका विश्वविद्यालयका प्राध्यापकहरू समेतको सुझाव र सल्लाहमा यो प्रतिवेदन तयार पारिएको हुँदा प्रतिवेदनमा नेपालको चिकित्सा शिक्षा र जनस्वास्थ्य प्रतिको चासो प्रस्टै देख्न सकिन्छ।

विभिन्न सात ओटा परिच्छेदमा तयार पारिएको यो प्रतिवेदनको परिच्छेद तीनमा नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकासक्रमअन्तर्गत सन् १९३३ मा नेपाल आयुर्वेद विद्यालयको स्थापनासँगै स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन गर्न सुरु गरिए यता हालसम्म २३ वटा मेडिकल कलेजहरूमध्ये जम्मा ६ ओटा सरकारी स्तरमा संचालित छन् भने बाँकी सबै निजी क्षेत्रबाट संचालित भएको देखिन्छ। क्षेत्रगत हिसावमा हेर्दा राजधानी रहेको मध्यमाञ्चल विकास क्षेत्रमा मात्र १३ वटा मेडिकल कलेजहरू संचालनमा देखिन्छन् भने सुदूरपश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रमा एउटा मात्र रहेको छ। २०४६ सालपछिको नवउदारवादी आर्थिक नीति, निजी मेडिकल कलेज र शिक्षण संस्थामा निजी क्षेत्रको लगानी प्रोत्साहन गरिएकाले एकातिर नेपालको चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको सक्रिय उपस्थिति रहेको देखिन्छ भने अर्कातिर सरकारी क्षेत्रको उदासीनताले गुणस्तरमा हास, काठमाडौं केन्द्रित विकास र अनियन्त्रित शुल्कजस्ता विसंगति देखिएको प्रतिवेदन बोल्छ।

चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव र स्थापित मूल्य मान्यता समेटिएको प्रतिवेदनको परिच्छेद चारमा चिकित्सा क्षेत्रमा सरकारको अभिभावकीय जिम्मेवारी हुनुपर्ने, चिकित्सा शिक्षा अनियन्त्रित खुल्ला बजारलाई छोड्न नमिल्ने, चिकित्सा शिक्षाको मूल उद्देश्य आमजनताको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार, स्वास्थ्य शिक्षण संस्थालाई ठुला सहरभन्दा बाहिर लैजानुपर्ने, चिकित्सा शिक्षामा भर्ना हुन आधारभूत विज्ञानको ज्ञान मात्रै पर्याप्त नहुने आदि चिकित्सा शिक्षासँग सम्बन्धित अन्तर्राष्ट्रिय मान्यताहरू समेटिएको छ। जसको अध्ययन गर्दा नेपालको चिकित्सा शिक्षा क्षेत्र गलत बाटामा गइरहेको सजिलै थाहा पाउन सकिन्छ।

प्रतिवेदनको परिच्छेद छ मा प्रतिवेदनले देखाएका कुराहरूमा रहेर प्रशस्तै सवालहरू उठाइएको छ जसमा मार्गनिर्देशक

सिद्धान्तसहितको राष्ट्रिय चिकित्सा नीति हुनुपर्ने, चिकित्सा क्षेत्रको काठमाडौं केन्द्रित विकास र क्षेत्रीय असमानताका सवाल विभिन्न नियमनकारी तथा प्राज्ञिक निकाय बिचको मापदण्डको विविधतासम्बन्धी सवाल, चिकित्सा क्षेत्रमा गुणस्तरको सवाल, क्षेत्रीय विश्वविद्यालयको सवाल, विद्यार्थीसँग सम्बन्धित सवाल, चिकित्सा शिक्षाको आर्थिक पक्षको सवाल, शुल्कको सवाल आदिका बारेमा विस्तृत उल्लेख गरिएको छ। एकातिर मध्यमाञ्चल विकास क्षेत्रमा ८ लाख जनसंख्यालाई १ मेडिकल कलेज पर्न आउँछ भने मध्य पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रमा ३५ लाख जनसंख्याको लागि एक मेडिकल कलेज पर्न आउँछ। वास्तवमा नेपालमा हरेक क्षेत्रमा देखिएको विकासमा क्षेत्रीय असन्तुलनको सवाल भविष्यमा ठुलै द्वन्द्वको विषय नहोला भन्न सकिने स्थिति छैन।

त्यसैगरी प्रतिवेदनमा प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद् (CTEVT) को सवाल पनि प्रतिवेदनको मुख्य चासोको रूपमा रहेको छ, जसअन्तर्गत परिषद्ले दक्ष जनशक्तिको कुनै आँकलन नगरी मनपरि ढङ्गले सम्बन्धन प्रदान गर्ने प्रक्रियाले त्यसरी तालिम प्राप्त जनशक्तिबाट प्राप्त हुने स्वास्थ्य सेवाबाट आम नेपालीको स्वास्थ्यसमेत जोखिममा पर्ने भएकाले यसमा समाधान खोज्नुपर्ने जरुरी भइसकेको छ।

#### प्रतिवेदनले दिएका सुझावहरू

- (क) निर्देशक सिद्धान्त : चिकित्सा शिक्षालाई व्यवस्थित र मर्यादित गर्न अब उपरान्त राज्यले कस्तो खालको नीति लिने ? त्यस बारेमा देशको मूल कानून संविधान, स्वास्थ्य नीति र ऐन कानूनमा समेत निर्देशक सिद्धान्तय गर्न जरुरी भइसकेको छ। जनताको जीवन मरणसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने चिकित्सा शिक्षालाई बेलगाम खुल्ला बजारमा छोड्न नमिल्ने हुँदा यसको जिम्मेवारी राज्यले लिनुपर्ने सुझाव दिएको छ।
- (ख) सम्बन्धन : नयाँ मेडिकल कलेजहरूलाई सम्बन्धन प्रदान गर्दा भौगोलिक सन्तुलन तथा क्षेत्रगत विकासको अवधारणालाई आत्मसात् गर्न तथा जनशक्ति प्रक्षेपणका आधारमा जनशक्तिको सन्तुलन राख्न सुझाव दिएको छ। जसअनुसार अबको दस वर्षसम्म काठमाडौं, भक्तपुर र ललितपुर जिल्लामा चिकित्सा शिक्षाको लागि सम्बन्धन नदिने, Letter of Intent (LOI) दिई सकेकाको हकमा पनि नेपाल सरकारलाई हस्तान्तरण गर्न चाहेमा उचित मुआब्जा दिएर सरकारले स्वामित्व लिने वा बाहिर स्थानान्तरण गर्न प्रोत्साहन गर्नुपर्ने उल्लेख छ। त्यसैगरी क्षेत्रीय सन्तुलनमा

जोड दिन प्रत्येक प्रदेशमा एक एक वटा सरकारी मेडिकल कलेज स्थापना गर्नुपर्ने साथै अब उपरान्त एउटा विश्वविद्यालयले पाँचभन्दा बढी कलेजलाई सम्बन्धन दिन नपाइने सुझाव समेटिएका छन्। एउटा जिल्लामा एउटा मात्र मेडिकल कलेज स्थापना गर्न पाइने र विभिन्न विकास क्षेत्र वा प्रदेशहरूमा विश्वविद्यालय स्थापना गरी सम्बन्धन प्रदान गर्दा उक्त क्षेत्रभित्र मात्र कार्यक्रम संचालन गर्न दिने आदि सुझावहरू समेटिएका छन्।

- (ग) विद्यार्थी भर्ना : एमबिबिएस र डेन्टल तर्फ स्नातक तहको प्रवेश परीक्षा साभ्ना राष्ट्रिय परीक्षाको रूपमा व्यवस्था गर्ने, प्रवेश परीक्षामा मानबिकी एवं मनोविज्ञान विषयबाट समेत प्रश्न सोध्नु पर्ने, विदेशी विद्यार्थीको हकमा प्रवेश परीक्षा लिनुपर्ने तर छुट्टै योग्यता सूची तयार गर्नुपर्ने, प्रत्येक मेडिकल कलेजले एमबिबिएसमा बढीमा १०० र डेन्टल तर्फ बढीमा ५० विद्यार्थी मात्र भर्ना गर्नुपर्ने, अध्ययन गर्न विदेश जाने विद्यार्थीले समेत राष्ट्रिय प्रवेश परीक्षा उत्तीर्ण गरेको हुनुपर्ने लगायतका सुझावहरू रहेका छन्।
- (घ) शुल्क : चिकित्सा शिक्षातर्फको शुल्कमा देखिएको मनपरितन्त्रलाई रोक्न कार्यदलले एमबिबिएस तर्फ ३५ लाख र विडिएस तर्फ १८ लाखभन्दा बढी शुल्क लिन नपाइने सुझाव प्रस्तुत गरिएको छ। स्नातकोत्तरतर्फ सार्वजनिक शिक्षण संस्थाले कुनै शुल्क लिन नपाइने र निजीतर्फ निशुल्क गरेवापत कबुलियतनामामा विद्यार्थीले सेवा गर्नुपर्ने र सशुल्क पढ्न चाहेमा ४० लाख भन्दा बढि लिन नपाइने सुझाव प्रस्तुत छन्।
- (ङ) नयाँ कार्यक्रमहरू संचालन गर्ने सम्बन्धमा : कार्यदलले नेपालको लागि आवश्यक पर्ने नेत्र सहायक, अप्रेशन थियटर टेक्निसियन, अर्थोपेडीक सहायक जस्ता नयाँ कार्यक्रम एवं तालिमहरू संचालन गर्न प्रोत्साहन गर्नुपर्ने सुझाव दिएको छ।
- (च) कार्यदलले चिकित्सा शिक्षालाई व्यवस्थित गर्न वर्तमानमा रहेको संरचना, कानुनी व्यवस्था र अभ्यास अपर्याप्त रहेकोले चिकित्सा शिक्षा अन्याूलग्रस्त रहेको भन्दै एक अधिकार सम्पन्न चिकित्सा शिक्षा आयोग गठन गर्न सुझाव दिएको छ। शिक्षण संस्थाको स्थापना, शिक्षण अस्पताल, एकीकृत प्रवेश परीक्षा, पाठ्यक्रम प्रारूप र गुणस्तर मापदण्ड लगायतको कार्यक्षेत्र रहने गरी गठन गरिने उक्त आयोगको अध्यक्ष प्रधानमन्त्री रहने गरी व्यवस्थित गर्न सकिने सुझावमा छ।

(छ) विषय क्षेत्रगत थप व्यवस्था : यसअन्तर्गत पाँच वर्षसम्म नयाँ नर्सिङ कलेजका लागि अनुमति नदिने, अनमि तालिमको लागि सम्बन्धन नदिने, दिइएका सम्बन्धन पनि ५ वर्षपछि फेज आउट गर्ने, फार्मसीलाई व्यवस्थित गरिने, आयुर्वेद काउन्सीललाई पुर्नसंरचना गर्ने, ल्याब असिस्टेन्ट, अहेबलगायतका प्राविधिक एसएलसी तहका सबै कार्यक्रमलाई नयाँ सम्बन्धन नदिने र दिइएकालाई पाँच वर्षभित्र फेजआउट गर्ने आदि सुझावहरू कार्यदलको प्रतिवेदनमा समेटिएका मूलभूत सुझावहरू हुन् ।

नेपालमा सरकारी क्षेत्रले आवश्यकता महसुस गरी अधिकार सम्पन्न माथेमा कार्यदल गठन गरी कार्यदलले प्रतिवेदन दिएको भएपनि त्यसलाई कार्यान्वयन गर्ने भनेको सरकारी तवरबाट कानुनको तर्जुमा गरेपछि मात्र हो । त्यही आवश्यकतालाई हेरेर लामो छलफल बहस र कसरतपछि सरकारले राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५ जारी गरेको छ । यसपछिको शीर्षकमा माथेमा कार्यदललाई टेकेर बनाइएको चिकित्सा ऐनका प्राबधानहरू बारेमा चर्चा गरिने छ ।

### राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५

चिकित्सा क्षेत्रमा राज्यको लगानीलाई अभिवृद्धि गर्न, चिकित्सा शिक्षालाई व्यवस्थित रूपमा संचालन गर्नका साथै चिकित्सा शिक्षामा गुणस्तर, पेसाधर्मिता, संस्थागत जवाफदेहिता भौगोलिक सन्तुलन र सामाजिक न्याय कायम गर्न यस अघिका कार्यदलको मर्म र भावनालाई समेत कदर गर्दै यो ऐन आएको प्रस्तावनाबाट थाहा पाउन सकिन्छ । २०७५ फागुन १० मा प्रमाणीकरण भई आएको यस ऐनका विभिन्न एघार परिच्छेद र ५५ वटा दफाहरूमा भएका व्यवस्थाहरूलाई हेर्दा यस अघिको प्रा.डा. केदारभक्त माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदन र स्वास्थ्य अभियन्ता प्रा.डा. गोविन्द के.सी.सँग सरकारले समय समयमा गरेको सहमतिलाई समेत समावेश गर्न खोजिएको छ । यद्यपि ऐन निर्माण गर्दा नीति उद्यमी (Policy entrepreneurs) हरूको स्वार्थ पनि केही रूपमा रहेको देखिन्छ ।

यस ऐनको प्रस्तावनामा नै माथेमा कार्यदलले दिएको सुझाव बमोजिम चिकित्सा क्षेत्रलाई व्यवस्थित गर्न वर्तमानमा रहेको संरचना र कानुनी अभ्यास अपर्याप्त रहेको महसुस गर्दै अधिकार सम्पन्न चिकित्सा शिक्षा आयोगको परिकल्पना गरेअनुसार आयोगको स्थापना तथा संचालन गर्न यो ऐन आएको प्रस्ट नै छ । प्रधानमन्त्रीको अध्यक्षतामा गठन हुने उक्त अधिकार सम्पन्न आयोगको कार्यकारी प्रमुख भने उपाध्यक्ष रहने व्यवस्था ऐनमा

छ । चार वर्षको पदावधि रहने यस आयोगको मुख्य काम माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनमा उल्लेख गरेअनुसार नै देखिन्छ ।

ऐनको परिच्छेद पाँचमा आशयपत्र र सम्बन्धनसम्बन्धी व्यवस्था गरिएको छ जसअनुसार शिक्षण संस्था स्थापना गर्न चाहानेले संस्था स्थापनाको लागि आशय पत्र लिनुपर्ने तर मेडिकलतर्फ तीन सय र डेन्टल र नर्सिङतर्फ एक सय शैयाको अस्पताल संचालन नभएसम्म आशय पत्र प्रदान नगरिने व्यवस्था छ । त्यसैगरी सम्बन्धन् सम्बन्धी व्यवस्थामा आशय पत्रमा उल्लेखित सर्तहरू पुरा नगरेको, तीन वर्षसम्म आफ्नै अस्पताल पूर्ण रूपमा संचालन नगरेको र मापदण्ड पूरा नगरेको शिक्षण संस्थालाई सम्बन्धन दिन नसकिने व्यवस्था उक्त ऐनमा छ ।

कुनै पनि शिक्षण संस्थाले निर्धारित भन्दा बढी शुल्क लिएमा, आयोगले निर्धारण गरेबमोजिमको सिट सङ्ख्याको मापदण्ड उल्लङ्घन भएमा र ऐनबमोजिमको निर्धारित मापदण्ड पूरा नगरेमा त्यस्तो शिक्षण संस्था खारेज गर्न सक्ने व्यवस्था ऐनले गरेको छ ।

यो ऐनको परिच्छेद ६ मा विद्यार्थी भर्नासम्बन्धी शीर्षकअन्तर्गत चिकित्सा शिक्षामा भर्ना हुन चाहानेले अनिवार्य प्रवेश परीक्षा दिनुपर्ने, नेपाल बाहिर अध्ययन गर्न जाने विद्यार्थीले पनि आयोगले तोकेको प्रवेश परीक्षा उत्तीर्ण गर्नुपर्ने, नेपालमा अध्ययन गर्न चाहने विदेशी विद्यार्थीहरूले पनि आयोगले तोकेअनुसारको परीक्षा उत्तीर्ण गर्नुपर्ने व्यवस्था छ । त्यसैगरी माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनले जस्तै रकम किटानी नगरेको भएपनि शिक्षण संस्थाको लागत तथा संचालन खर्च, मुद्रास्फिति, भौगोलिक अवस्थिति, छात्रवृत्ति वा निशुल्कवृत्ति आदिलाई समेत ध्यानमा राखी आयोगले शुल्क निर्धारण गर्ने व्यवस्था ऐनमा राखिएको छ ।

त्यसैगरी यस ऐनको कार्यान्वयन गर्ने मुख्य निकाय वा यो ऐनको सफलता असफलतासँग जोडिएको चिकित्सा शिक्षा आयोगको उपाध्यक्षको नियुक्ति गर्दा चिकित्सा विधामा स्नातकोत्तर उपाधि प्राप्त गरी चिकित्सा विधामा बिस वर्ष र चिकित्सा शिक्षा क्षेत्रमा दस वर्षको अनुभव भएको हुनुपर्ने, प्राध्यापक वा विशिष्ट श्रेणीको विज्ञको रूपमा ख्याति प्राप्त गरेको हुनुपर्ने, उत्कृष्ट व्यवस्थापकीय सिप र कौशल प्रदर्शन गरेको हुनुपर्ने लगायत योग्यता भएको व्यक्ति हुनुपर्ने व्यवस्था छ । माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनमा जस्तै यो ऐन लागु भएपछि विश्वविद्यालयले कुनै पनि शिक्षण संस्थालाई चिकित्सा शिक्षातर्फ प्रमाण पत्र तह सम्बन्धन नदिने र पाँच वर्षपछि हाल संचालनमा रहेका प्रमाण पत्र तह फेज आउट हुने व्यवस्था ऐनमा गरिएको छ ।

यसरी नेपालमा लामो समयको प्रयासपछि आम जनताहरूको

चासो र सरोकारका आधारमा प्रा.डा. गोविन्द के.सी.को पटक पटकको आमरण अनशन, गोविन्द के.सी. सँग सरकारले गरेका सहमति कार्यान्वयन गर्न गठित माथेमा कार्यदल र माथेमा कार्यदलले दिएको सुभावाका आधारमा चिकित्सा शिक्षा ऐन आउनु स्वागतयोग्य र चिकित्सा शिक्षाले विकासको एउटा खुट्किलो पार गरेको रूपमा लिन सकिन्छ। तापनि यो ऐनमा देखिएका कतिपय प्रावधानहरू अत्यन्तै अस्पष्ट र दुई अर्थ लाग्ने खालका देखिएका हुँदा कार्यान्वयन तहमा प्रशस्तै शङ्का गर्ने ठाउँहरू छन्। अधिल्लो शीर्षकमा माथेमा आयोगको प्रतिवेदन र स्वास्थ्य शिक्षा ऐन २०७५ बारेको समालोचनात्मक विश्लेषण प्रस्तुत गरिएको छ।

### समालोचनात्मक विश्लेषण

- (१) यो चिकित्सा शिक्षा ऐन अत्यन्तै साँघुरो घेराभित्रबाट आएको छ। नेपालमा २०७२ सालको संविधानले नेपाललाई स्थानीय, प्रदेश र संघ गरी तीन तहमा विभाजन गरेको र संविधानको अनुसूची ७ साभ्ना अधिकारको सूची नं. १२ मा चिकित्सा, आयुर्वेद प्रदेश र संघको साभ्ना अधिकारको रूपमा व्यवस्था हुँदाहुँदै पनि चिकित्सा शिक्षालाई संघअन्तर्गत शिक्षा र स्वास्थ्य मन्त्रालयभित्रै सीमित गरिएको छ। करिब २९ जना सदस्य रहेको चिकित्सा शिक्षा आयोगमा प्रदेश स्तरको मुख्यमन्त्री, स्वास्थ्य, शिक्षा वा सामाजिक सेवामन्त्री वा कसैको प्रतिनिधित्व नगराइनु संघीय सरकार केन्द्रीकृत मानसिकताबाट बाहिर आउन नखोज्नु हो। जबकि माथेमा कार्यदलको प्रतिवेदनले क्षेत्रीय विश्वविद्यालयलाई समेत नेतृत्व निर्वाहको जिम्मेवारी दिन औँल्याए पनि वर्तमानमा प्रदेशलाई त्यो जिम्मेवारी प्रदान गर्न यो ऐन मौन देखिन्छ। नेपालीको स्वास्थ्यको जिम्मा सिंह दरबारभित्र बस्नेहरूको मात्र हो भन्ने मानसिकताबाट यो ऐन आएको हुँदा यसलाई संघीयता विरोधी ऐनको रूपमा हेर्न सकिन्छ।
- (२) ऐनमा आयोगको उपाध्यक्षलाई समग्र चिकित्सा क्षेत्रको मुख्य व्यक्तिका रूपमा खडा गरिएको छ, जबकि त्योभन्दा उपल्लो तहमा रहने स्वायत्त विश्वविद्यालयहरूसँग कसरी समन्वय गर्ने र विश्वविद्यालयको प्राज्ञिक स्वतन्त्रतासँग कसरी मिलेर काम गर्न सक्छन् त्यसैले कार्यान्वयन पक्षमा धेरै जटिलताहरू छन्।
- (३) आयोगको उपाध्यक्षको नियुक्ति सिफारिस समितिमा गैरराजनीतिक व्यक्तिहरू सहभागी गराएर आयोगलाई राजनीतिबाट बाहिर राख्न खोजिएको छ, त्यो स्वागतयोग्य कुरा हो तर समिति भित्र रहने अधिकांश सदस्यहरू

- राजनीतिक चरित्रबाटै मनोनीतमा पर्ने हुँदा यो पनि राजनीतिबाट बाहिर वा स्वतन्त्र प्राज्ञिक समितिको रूपमा रहनेमा शङ्का गर्ने प्रशस्तै सम्भावना देखिन्छन्।
- (४) एउटा विश्वविद्यालयले पाँच भन्दा बढी सम्बन्धन दिन नपाउने प्रावधान आफैमा हलुगो सावित भएको छ। सरकारले चाह्यो भने जति पनि विश्वविद्यालय खोल्दै सम्बन्धन दिँदै जान सक्ने अवस्था विद्यमान नै देखिँदा यो तत्काललाई भारा टार्ने प्रवृत्तिबाट आएको जस्तो देखिन्छ।
  - (५) चिकित्सा शिक्षा भनेको आयुर्वेद चिकित्सा, योग चिकित्सा आदि पनि हो यस्तो खालका चिकित्सा शिक्षण संस्थाको बारेमा ऐनमा कुनै व्यवस्था देखिँदैनन् ठुलो समस्या देखिएपछि मात्र समाधान खोज्ने प्रवृत्तिबाट कानुन तर्जुमा गर्नुभन्दा समयमै समस्या आउन सक्ने कुरामा सचेत हुनु बुद्धिमानी हुन आउँछ।
  - (६) ऐनमा आयोग गठन गरेपछि सबै समस्या समाधान हुन सक्छन् भन्ने जादुका रूपमा लिइएको छ। जबकि माथेमा कार्यदलले औँल्याएका फ्याकल्टी शिक्षकहरूको आचारसंहिताको विषय, एकल ट्रेड यूनियनको विषय आदिका बारेमा पनि ऐनमा थोर बहुत उल्लेख हुन आवश्यक थियो तर त्यसतर्फ नीति तर्जुमा कर्ताहरूको ध्यान पुगेको पाइएन।
  - (७) कार्यदलको प्रतिवेदनमा शुल्क निर्धारणको विषय समावेश गरिएको भए पनि ऐनमा आयोगलाई अधिकार दिएको देखिन्छ। आयोगका अधिकांश सदस्यहरू निजी मेडिकल संचालकसँग कुनै न कुनै तरिकाले नजिकिन सक्ने सम्भावनाको कारण भौलिका दिनमा शुल्क निर्धारणमा मनोमानी कायमै रहन सक्ने देखिन्छ।
  - (८) ऐन जारी भएपछि विश्वविद्यालयले प्रमाण पत्र तहको सम्बन्धन दिन नपाउने र पाँच वर्ष भित्र पुरै फेजआउट गर्ने व्यवस्था छ, जबकि भन्ने गुणस्तरमा कमजोर र आफ्नै गुणस्तरीय जनशक्ति नरहेको CTEVT ले भने प्रमाण पत्र तह कायमै राख्न पाउने प्रावधान राखिनु विरोधाभासपूर्ण देखिन्छ।
  - (९) चिकित्सा शिक्षा संचालकहरूका सम्बन्धमा पनि ऐनमा व्यवस्था गरिनु जरुरी थियो। राजनीतिक नेतृत्व प्रत्यक्ष रूपमा निजी चिकित्सा शिक्षण संस्थाको मालिक हुने बेलगाम व्यवस्थाको कारण पनि एकातिर चिकित्सा शिक्षामा विकृति मौलाएको छ, भने अर्कातिर बन्ने नीति नियमहरू प्रभावित हुन पुगेका छन्।
  - (१०) ऐनमा चिकित्सा आयोगको उपाध्यक्षको योग्यता निर्धारण गरिएको भए पनि सदस्यहरूको बारेमा कुनै उल्लेख

छैन । समग्र चिकित्सा शिक्षा हाक्ने अधिकार सम्पन्न आयोगमा रहने व्यक्तिको आचारसंहिता नतोकिदा अब बन्ने नीति नियमहरूमा निहित स्वार्थको प्रवेश हुने र काम गर्न नसक्ने वातावरण रहने हुन्छ । त्यसैले त्यसतर्फ पनि सचेत हुन जरुरी थियो ।

उपर्युक्त कमजोर पक्षहरूका बावजूद पनि कार्यदलको प्रतिवेदन र ऐनमा भएका कतिपय पक्षहरू निकै नै सुधारको संकेत ल्याउने खालका छन् विशेष गरी साभ्ना प्रवेश परीक्षा, अधिकार सम्पन्न चिकित्सा शिक्षा आयोग, विदेशमा जाने र विदेशबाट पढ्न आउने विद्यार्थीको पनि प्रवेश परीक्षाको व्यवस्था, म्यारिट सूचीका आधारमा विद्यार्थीले भर्ना पाउनेलगायतका प्रावधानहरू चिकित्सा शिक्षालाई गुणस्तर, संस्थागत जवाफदेही र सामाजिक न्याय कायम गर्न निकै नै साहसिला छन् तर नेपाल जस्तो कानूनहरू कार्यान्वयन क्षेत्रमा कमजोर रहेको मुलुकका लागि यो ऐनको सफलता र असफलता पनि यसको कार्यान्वयन पक्षसँग जोडिएको छ ।

#### निष्कर्ष

मानिसको स्वास्थ्यसम्बन्धी विषय आज दिनानुदिन पेचिलो बन्दै गइरहेको क्षेत्र हो । विज्ञान र प्रविधिको आजको युगमा औलो, दादुरा, कुष्ठरोग, क्षयरोगलगायतका कतिपय रोगहरूमाथि संसारले विजय प्राप्त गरे पनि कतिपय क्यान्सरजस्ता पुरानै रोगहरू र महामारीका रूपमा देखिने सर्ने तथा नसर्ने अन्य रोगहरू आज मानव स्वास्थ्यमा चुनौतीका रूपमा खडा भइरहेका छन् । यस्तो अवस्थामा स्वास्थ्यसम्बन्धी अध्ययन अनुसन्धानहरू तीव्र रूपमा बढ्नु पर्ने खाचो विश्वव्यापी रूपमा देखिएको छ । नेपालमा पनि मातृशिशु र बालमृत्युदर नियन्त्रण लगायतका कतिपय क्षेत्रमा सुधारको संकेतहरू देखा परे पनि जनस्वास्थ्यको समग्र पक्ष कमजोर छ । नसर्ने रोगहरूदेखि लिएर विभिन्न खालका दुर्घटनाहरूबाट मूल्यवान् समयमा मानिसहरूको मृत्युहुने क्रम दिनानुदिन बढ्दो छ ।

नेपालको वर्तमान संविधानको धारा ३५ ले स्वास्थ्यसम्बन्धी हकअन्तर्गत प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुने छ र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट बञ्चित गरिने छैन भन्दै स्वास्थ्यलाई मौलिक मानव अधिकारको रूपमा स्वीकार गरिसकेको अवस्थामा उपचार हुन सक्ने रोग लागेको अवस्थामा स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच नभएर, दक्ष चिकित्सकको अभाव भएर वा उपचार गर्न चाहिने रकम नभएर मानिस मर्ने सम्मको अवस्थाहरू आउनु लोककल्याणकारी राज्यका लागि सुहाउने विषय हुन सक्दैन । अर्कोतिर स्वास्थ्य

जस्तो अत्यन्तै संवेदनशील क्षेत्रमा संलग्न चिकित्सक होऊन् वा लगानीकर्ता यसलाई पैसा कमाउने विषयको रूपमा लिनु मानवीय कार्य पनि हुन सक्दैन लगानी गर्ने र पैसा कमाउने क्षेत्र अरू पनि प्रशस्तै छन् ।

यस्तो अवस्थामा नेपालमा चिकित्सा शिक्षा ऐन बनाएर व्यवस्थित गर्न खोज्नु निकै नै सहाहनीय कार्य हो । चिकित्सा शिक्षालाई व्यवस्थित गर्न नै माथेमा प्रतिवेदनको आवश्यकता देखिएको हो । माथेमा प्रतिवेदन कुनै पक्षको निहित स्वार्थ पुरा गर्न वा कुनै पक्षलाई हानी पुऱ्याउने उद्देश्यबाट आएको मान्न मिल्दैन । चिकित्सा शिक्षाभित्रका अन्तरनिहित कारण र ती चुनौतीलाई दीर्घकालीन ढङ्गले समाधान गरी चाल्नुपर्ने नीतिगत कदम बारेमा विस्तृत अध्ययन गरेर प्रतिवेदन आएको छ भन्ने कुरामा शङ्का देखिदैन । चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी देश विदेशका अनेक अनुभव केलाएर, त्यहाँका विज्ञहरूसँग पनि परामर्श गरेर सन् २०३१ सम्म आवश्यक पर्ने चिकित्सा जनशक्तिको प्रक्षेपण समेतलाई अध्ययन गरी प्रतिवेदन तयार भएको देखिन्छ । देश खुल्ला बजार अर्थतन्त्रमा गइसकेको हुँदा चिकित्सा शिक्षा व्यवसायमा राज्यले किन हात हाल्नुपर्ने भनी तर्क गरिने भए पनि चिकित्सा शिक्षाको निर्देशक सिद्धान्त के हो भने स्वास्थ्य सेवा बजारमा किन्न पाइने र अरु वस्तु वा सेवाभन्दा फरक र संवेदनशील सेवा हो । मान्छेको स्वास्थ्य विगेर अड्गभड्ग वा मृत्यु भएपछि बजारमा खरिद गरेको वस्तुभैँ शरीर साट्न मिल्दैन । अरू सामान किन्दा केता र विक्रेताका बिच गरेजस्तो मोलमोलाई गरेर मिलाउने अवस्था पनि यो क्षेत्रमा हुँदैन । किनकि रोग लागेपछि मानिसलाई प्रत्येक पलको महत्त्व हुन्छ । मानिस करोडपति नै छ भने पनि ऊ आफैँ वा उसका आफन्त विरामी परेको अवस्थामा गुणस्तरीय सेवा दिन सक्षम स्वास्थ्य संस्था र दक्ष चिकित्सक वा स्वास्थ्य कर्मी छैनन् भने उसले ज्यान गुमाउनुपर्ने अवस्था पर्न आउन सक्छ । त्यसैले नाफाका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रमा लगानी गर्नेहरू धेरै नाफा हुने ठुला सहरमा बस्ने भएकोले दुरदराजमा बस्ने बहुसङ्ख्यक नागरिकको स्वास्थ्यका लागि राज्य जिम्मेवार बन्ने पर्छ । वर्तमान चिकित्सा शिक्षा ऐन माथेमा प्रतिवेदनको यसै मर्म र भावनालाई बोकेर निर्माण भएको छ । यो ऐन आउँदैमा चिकित्सा शिक्षा वा स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै समस्या समाधान हुन्छन् भन्नेभन्दा पनि ऐनले दिने भनेको सुधारको दिशामा हिड्ने एउटा बाटो मात्र हो । चिकित्सा क्षेत्रका धेरै कुराहरूलाई नजर अन्दाज गरेर केन्द्रीकृत सोचबाट संघीय राज्यको चरित्रलाई ख्याल नगरी यो ऐन आएको भए पनि पहिलो पटक यो ऐन आउनु निश्चयनै सकारात्मक कुरा हो । नीतिनिर्माण तहमा हुने कार्यशैलीमा आउने परिवर्तनसँगै यो ऐन पनि परिवर्तन हुँदै जाला भन्ने सोचन सकिन्छ ।



### सन्दर्भसामग्री

- Bhatta, P. (2000). Community Mobilization in Primary Education. *Studies in Nepali History and Society*. 5(2): 201-216.
- Bhatta, P. (2005). Decentralization of Primary Education in Nepal. *Studies in Nepali History and Society*. 10(1) : 3-38.
- Kingdom, J. W. (2001). A Model of Agenda-setting with Application. <http://curses.cambusvirtualsp.org.25/9/2019>
- Macionis, J. J. (2001). *Sociology*. (8th Ed.), New Jersey : Prentice Hall.
- Sen, A. K. (1970). *Collective Choice and Social Welfare*. San Francisco, Holden Day.
- Subedi, M. (2006). Making a Health Public Agenda in Nepal. *Journal of SASS (Society of Anthropology/Sociology Students)*.
- Subedi, M. (2009b). Trade in Health Service : Unfair Competition of Pharmaceutical Products in Nepal. *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*. 3 : 123-142.
- Subedi, M. (2012). Challenges to Measure and Compare Disability : A Methodological Concern. *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*. 6 : 1-24.
- आचार्य, बलराम (२०७३), समाजशास्त्रको परिचय, काठमाडौं : नेसनल बुक सेन्टर ।
- नेपालको संविधान (२०७२), कानून किताब व्यवस्था समिति, बबरमहल, काठमाडौं ।
- बुढाथोकी, चित्रबहादुर र विष्णुप्रसाद वाग्ले (२०७६), स्वास्थ्यको आधार, काठमाडौं : पिनाकल पब्लिकेसन्स प्रा.लि. ।
- शर्मा, जी.एल. (२०१५), सामाजिक मुद्दे, जयपुर, भारत : रावत पब्लिकेसन्स ।