Secure Livelihoods Research Consortium

द्वन्द्व प्रभावित जीविकोपार्जन र
सेवाहरूमा अनुसन्धान

नेपालको रोल्पा जिल्लामा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य सेवा र राज्यप्रतिको दृष्टिकोण

कार्यपत्र ३६

सुमनवाबु पौडेल, विष्णुराज उप्रेती, गोपीकेश आचार्य,
अनल तण्डुकार र पाउल हार्भे

अनुवादः अनल तण्डुकार
विष्णुराज उप्रेती

नेपाली भाषा शुद्धीकरणः शार्दूल भट्टराई

२०७२

Nepal Center for Contemporary Research

हाम्रो बारेमा

सुरक्षित जीविकोपार्जन अनुसन्धान कन्सोर्टियम (सेक्योर्ड लाइभ्लिहुड्स रिसर्च कन्सोर्टियम) (एसएलआरसी)ले द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा आममानिस कसरी जीविकोपार्जन गरिरहेकाछन्, आफ्ना सन्तानलाई कसरी शिक्षा दिइरहेकाछन्, उनीहरूको स्वास्थ्यको कसरी ख्याल गरिरहेकाछन् र आधारभूत सेवाहरूमा उनीहरूको कस्तो पहुँच छ भन्ने बारेमा प्रमाणमा आधारित अनुसन्धान गर्ने लक्ष्य राखेको छ । द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा मानव कल्याण गर्नु, सामाजिक सुरक्षा तथा आधारभूत सेवाहरूमा आममानिसको राम्रो पहुँच बनाउनु तथा जीविकोपार्जनमा सहयोग गर्नु आदिले सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (एमडिजी)ले राखेको विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न र शान्ति तथा राज्य–निर्माणमा अन्तर्राष्ट्रिय प्रयासलाई सार्थक बनाउनमा अत्यन्तै महत्व राख्छन् ।

कार्यक्रमको शुरुआतीवर्षमा गरेको गहन अध्ययनअनुरूप एसएलआरसीका तीनवटा मूल विषयवस्तुहरू छन् :

- राज्यको वैधताः द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा राज्य तथा स्थानीय प्रशासनप्रतिको अनुभव, धारणा तथा अपेक्षा ।
- राज्यको क्षमताः द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा सामाजिक सुरक्षा तथा आधारभूत सेवाहरू प्रवाहगर्ने प्रभावकारी राज्यको निर्माण ।
- द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा जीविकोपार्जन प्रक्षेप पथ र आर्थिक गतिविधि

समुद्रपार विकास संस्थान (ओभरसिज् डिभलपमन्ट इन्स्टिच्युट) (ओडिआई) यस कार्यक्रमको नेतृत्वदायी संस्था हो । एसएलआरसी कार्यक्रमका साझेदार संस्थाहरू निम्नअनुसार छन् : नेपाल सेन्टर फर कन्टेम्पोरेरी रिसर्च (एनसिसिआर), सेन्टर फर पोभर्टी एनालाइसिस (सिइपिए)– श्री लंका, फेइन्स्टेइन इन्टरनेशनल सेन्टर (एफआइसी, टफ्ट्स युनिर्भसिटी), द अफगानिस्तान रिसर्च एण्ड इभ्यालुएसन युनिट (एआरइयू), द सस्टेनेवल डिभलपमन्ट पोलिसी इन्स्टिच्युट (एसडिपिआई) – पाकिस्तान, डिजास्टर स्टडिज् अफ वागेनइनगेन युनिर्भसिटी (डब्लुयुआर) – नेदरल्यान्ड्स र द फुड एण्ड एग्रिकल्चर अर्गनाइजेशन (एफएओ) ।

सेक्योर लाइभ्लीहुड रिसर्च कन्सोर्टियम
ओभरसिज डिभलपमेन्ट इन्स्टिच्युट
२००३ ब्ल्याकफ्रियर्स रोड,
लन्डन SE1 8NJ, ब्रिटेन

टेलिफोनः +४४ (०)२० ७९२२ ८२२१
फ्याक्सः +४४ (०)२० ७९२२ ०३९९
इमेलः slrc@odi.org.uk
वेबः securelivelihoods.org

अस्वीकारोक्ति : यस अनुसन्धानमा व्यक्त विचारहरू सम्बन्धित लेखकका निजी हुन् र यहाँ प्रस्तुत गरिएका विचारले डिएफआइडी, आइरिस एड, युरोपियन कमिशन, एसएलआरसीका एनसिसिआर लगायतका साझेदार संस्थाहरूका विचारको प्रतिनिधित्व गर्छन् भन्ने छैन । एसएलआरसीका अनुसन्धानले द्वन्द्व प्रभावित अवस्थामा जीविकोपार्जन, सामाजिक सुरक्षा तथा आधारभूत सेवाहरूको प्रवाहजस्ता विषयमा जानकारी तथा विश्लेषण गर्दछन् । एसएलआरसीको यो र यस्तै अन्य अनुसन्धानहरू http://securelivelihoods.org/publications.aspx मा अंग्रेजी भाषामा उपलब्ध छन् ।

एसएलआरसी अनुसन्धान प्रतिवेदनहरूलाई आफ्ना प्रकाशन सामाग्रीहरूमा उद्धृत गर्न पाठकहरूलाई पूर्ण स्वतन्त्रता छ । यद्यपि, एसएलआरसीको प्रतिलिपि अधिकार अनुरूप सूचनाको स्रोतको सम्बोधन गर्न र प्रकाशित सामग्रीको एक प्रतिलिपि उपलब्ध गराउन अनुरोध छ ।

विषयसूची

हाम्रो बारेमा **क**
१. परिचय **३**
२. नेपालमा स्वास्थ्य सेवा **३**
३. विश्लेषणात्मक खाका र अध्ययनको पद्धति **७**
३.१. विश्लेषणात्मक खाका ७
३.२. अध्ययनको पद्धति ८
४. नतिजा **१०**
४.१. स्वास्थ्य सेवामा पहुँच १०
४.१.१. भौतिक पहुँच १०
४.१.२. सेवाको गुणस्तर तथा सेवाको पहुँचमा लाग्ने शुल्क १२
४.१.३. सामाजिक बाधा तथा भेदभाव १४
४.१.४. प्रशासनिक बाधाहरू १६
४.२. सेवाको भरपर्दोपन तथा प्रभावकारिता १७
४.३. जनमानसको सरकारप्रतिको दृष्टिकोण तथा उत्तरदायित्व २०
५. निष्कर्ष **२३**
६. सन्दर्भ सूची **२५**

तालिका र चित्रहरू

तालिका

तालिका १ : घरबाट स्वास्थ्य केन्द्रसम्म जान लाग्ने समय ११

चित्रहरू

चित्र १ : रोल्पा जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरूको तहगत विवरण चार्ट ५
चित्र २ : निर्धारण गरिएका अध्ययन स्थल ९
चित्र ३ : स्थानीय तथा केन्द्रीय सरकारले गरेका निर्णयहरूमा कतिको आफ्नोपन महशूस गर्न सक्नु भएको छ २०

१. परिचय

यस कार्यपत्रले सरकारले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवाबारेमा रोल्पा जिल्लाका सर्वसाधारणका दृष्टिकोणहरू प्रस्तुत गरेको छ । यस अध्ययनले विशेष गरी स्वास्थ्य सेवामा मानिसहरूको पहुँच, प्रभावकारिता तथा उत्तरदायित्वको प्रसङ्गमा मानिसहरूका दृष्टिकोणहरू समेटेको छ । यो अध्ययन सन् २०१२ मा गरिएको क्वान्टिटेटिभ अध्ययनका आधारमा गरिएको क्वालिटेटिभ अध्ययन हो जहाँ स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धमा विस्तृत रुपमा जानकारी लिन खोजिएको छ । यस अध्ययनमा रोल्पा जिल्लाका लिवाङ्ग र बुढागाउँ गाविसका ५२ जनाको गम्भीर अन्तर्वार्ता प्रस्तुत गरिएको छ जसमा उनीहरूको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको दृष्टिकोण तथा अनुभव कस्तो रहेको छ भन्ने बारेमा जानकारी लिइएको छ । यस्ता अनुभवहरूले स्वास्थ्य सेवामा के कस्तो असर पर्न जान्छ त्यो कुरा हेर्न खोजिएको छ । यस अध्ययनमा रहेका ५२ जना उत्तरदातामध्ये २१ जना ब्राह्मण/क्षत्री, १२ जना दलित र १९ जना जनजातिका थिए । समग्रमा आधा उत्तरदाता महिला र आधा पुरुष थिए । यस अध्ययनको मुख्य प्रश्न नै सरकारद्वारा प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवासँग भएको राम्रो अनुभवका कारण मानिसहरूको सरकार तथा सरकारको वैधानिकताप्रति सकारात्मक भावना तथा सोच उत्पन्न भएको छ कि छैन भन्ने रहेको छ । यसै गरी सरकारको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको नकारात्मक कारणले गर्दा मानिसहरूको सरकारप्रतिको विश्वास उस्तै रहेको वा विश्वास घटेको छ कि छैन भन्ने कुरा पनि हेर्न खोजिएको छ । यसका साथै स्वास्थ्य क्षेत्रमा गरिएका पूर्व अध्ययनहरूले सुझाव गरे अनुसार मानिसहरूको स्वास्थ्यप्रतिको दृष्टिकोणमा जातीयता तथा लैङ्गिकताले असर पार्न सक्ने कुरा देखाएको छ (*अस्कभिक, जमिल र ढकाल, २०११; देवकोटा, २००८; युएनडिपी, २००९*) । यी अध्ययनहरूका अलावा धेरै नै कम अध्ययनहरू रहेका छन् जसले यी आधारहरू भन्दा माथि गएर विश्लेषण गर्न खोजेका छन् । ती अध्ययनले सेवा प्रदायकका कुराहरू प्रकट गरेका छन्; जस्तै पहुँचको स्थिति, गुणस्तरीयता, प्रभावकारिता तथा उत्तरदायित्वका कुराहरूको बारेमा विस्तृत जानकारी प्रदान गरिएको छ ।

२. नेपालमा स्वास्थ्य सेवाको अवस्था

नेपालमा द्वन्द्वको प्रभाव स्वास्थ्य लगायत सबै क्षेत्रमा परेतापनि, स्वास्थ्य क्षेत्रका सूचकहरूले देखाएअनुसार केही वर्षयता स्वास्थ्य सेवामा निकै नै सुधारहरू देखिएको अध्ययनले देखाउँदछ (*स्वास्थ्य मन्त्रालय र अन्य सहयोगीहरू, २०१४*) । सन् १९९० यता नेपालले स्वास्थ्यको क्षेत्रमा विशेष गरी मातृ तथा शिशु मृत्यु दर घटाउनमा निकै नै ठूलो उपलब्धि हासिल गरेको छ । सन् १९९० मा पाँच वर्षभन्दा मुनिका बालबालिकाको मृत्युदर प्रत्येक १००० जना जन्मेका मध्ये १४२ रहेको थियो र यो मृत्युदर सन् २००० मा घटेर ८२ र सन् २०१२ मा घटेर ४२ पुगेको थियो । यसका साथै त्यही समयमा मातृ मृत्युदर सन् १९९० मा प्रतिहजार ७९० व्यक्ति रहेकोबाट घटी सन् २००० मा ४३० तथा सन् २०१३ मा १९० मा झरेको थियो (*युनिसेफ र डब्लुएचओ, २०१४*) । यसका साथै नेपाल शिशु मृत्युदर तथा मातृ मृत्युदर घटाउने विश्व सहस्राव्दी लक्ष्य हासिल गर्न सफल रहेको छ । नेपाल सरकार तथा विश्व स्वास्थ्य संगठनको अध्ययन अनुसार नेपालमा मातृ स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ केन्द्रमा गई दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको निगरानीमा सुत्केरी गराउनेको दर बढेको छ, जसले गर्दा मातृ तथा शिशु मृत्युदरमा निकै नै कमी आएको अध्ययनले देखाएको छ (*स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा सहयोगीहरू, २०१४*) ।

नेपालमा सन् १९९६ देखि २००६ सम्ममा भएको द्वन्द्वकालीन अवस्थाका कारण गरिब व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य सेवाको पहुँचमा निकै नै कमी आएको थियो र यसले गर्दा गरिबहरूको सामाजिक तथा आर्थिक स्थितिमा निकै नै नकारात्मक प्रभाव पर्न गएको थियो । यस्ता नकारात्मक प्रभाव विशेष गरी पश्चिम तथा सुदूर पश्चिमका मानिसहरूमा पर्न गएको थियो जहाँ द्वन्द्वको प्रभाव पूर्वी पहाडी तथा मध्य पहाडी क्षेत्रहरूमा भन्दा बढी थियो (*पर्तापि तथा हिल्ल, २०१२*) । नेपालका विभिन्न जिल्लाहरूका हजार भन्दा बढी स्वास्थ्य चौकीहरू ध्वस्त बनाइएको थियो (*देवकोटा र तेजलिङ्गेन, २००९; घिमिरे, २००९*) । यसका साथै सरकारी तथा गैह्र सरकारी तवरबाट शुरु गरिएका स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित कार्यक्रमहरूमा पनि द्वन्द्वको नकारात्मक असर पर्न गएको थियो (*केभिलिट्ज र पोल्जर, २००२; पेट्रीग्रिउ, डेल्फ्याब्रो र शर्मा, २००३; देवकोटा र तेजलिङ्गेन, २०१०*) । यसै गरी स्थानीय सरकारी निकायहरूलाई निष्कृय बनाइएको थियो र

जनताबाट चुनिएका प्रतिनिधिहरूलाई गाउँबाट भाग्न बाध्य बनाइएको थियो। द्वन्द्वरत पक्ष माओवादीले स्वास्थ्यकर्मीहरू तथा अन्य सहयोगीहरूलाई बन्दी बनाई स्वास्थ्य चौकीमा रहेका औषधीहरू आफ्ना घाइते लडाकुहरूको उपचारको लागि लुटेर लगेका थिए। यसै क्रममा सरकारका सुरक्षामा तैनाथ सेनाहरूद्वारा स्थानीय बासिन्दाहरूलाई द्वन्द्वरत पक्षलाई सघाएको र उनीहरूको मद्दत गरेको भन्ने अभियोग पनि प्रशस्तै लगाइएको थियो। अर्याल (२००५), घिमिरे (२००९) मा उद्धृत गरिए अनुसार सरकारी तवरबाट सामान्य प्रशासनद्वारा गाउँका स्वास्थ्य चौकीहरूमा कडा खालका एन्टिबायोटिक औषधीहरू जुन माओवादीहरूले प्रयोग गर्नसक्थे तिनको आपूर्ति रोक्न निर्देशन गरिएको थियो। अर्को पक्षबाट हेर्दा माओवादीहरू स्वास्थ्यकर्मीहरूप्रति सरकारी सेनाहरूभन्दा अलि कम रूष्ट थिए किनभने उनीहरूको सम्बन्ध स्थानीय बासिन्दाहरूसँग प्रगाढ थियो जहाँ स्थानीय बासिन्दाहरू स्वास्थ्यकर्मीहरू प्रति बढी निर्भर थिए (*देवकोटा र तेजलिङ्गेन, २००९*)।

सन् २००६ मा नेपालमा भएको बृहत शान्ति सम्झौता पश्चात सरकारको मुख्य प्राथमिकता सामान्य सेवाहरूको सुधार गर्नु रहेको थियो। नेपालमा विभिन्न किसिमका नीतिगत परिवर्तनहरू लक्षित रूपमा स्वास्थ्यको पहुँच बढाउन ल्याइएको थियो। नेपालको अन्तरिम संविधान सन् २००७ ले स्वास्थ्य सेवा एक आधारभूत अधिकारको रूपमा रहेको कुरा सम्बोधन गरेको थियो र सन् २००८ मा नेपालमा निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा नीति ल्याइएको थियो जसबाट मानिसहरूलाई निशुल्क रूपमा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सकिने व्यवस्थाको शुरुआत भएको थियो। सन् २००९ मा यसको थप बढोत्तरी हुँदै स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा ३२ वटा औषधी (उप स्वास्थ्य चौकीमा २२ प्रकार तथा जिल्ला अस्पतालमा ४२ प्रकार) सेवाग्राहीहरूलाई निशुल्क प्रदान गर्न थालियो। सन् २०१४ मा निशुल्कमा प्रदान गरिने औषधीहरूको संख्या अझै बढाइएको थियो। यस लगायत सन् २००९ मा ल्याइएको निशुल्क सुत्केरी नीतिले महिलाहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा बच्चा जन्माउन प्रोत्साहन गरेको थियो। यसका साथै उनीहरूलाई स्वास्थ्य चौकीमा आउन प्रोत्साहन गर्न केही आर्थिक सहयोग तथा गाडी खर्च पनि प्रदान गरिएको थियो।

बक्स १ : नेपालको स्वास्थ्य योजना, नीति तथा कानुनका केही उपलब्धिहरू

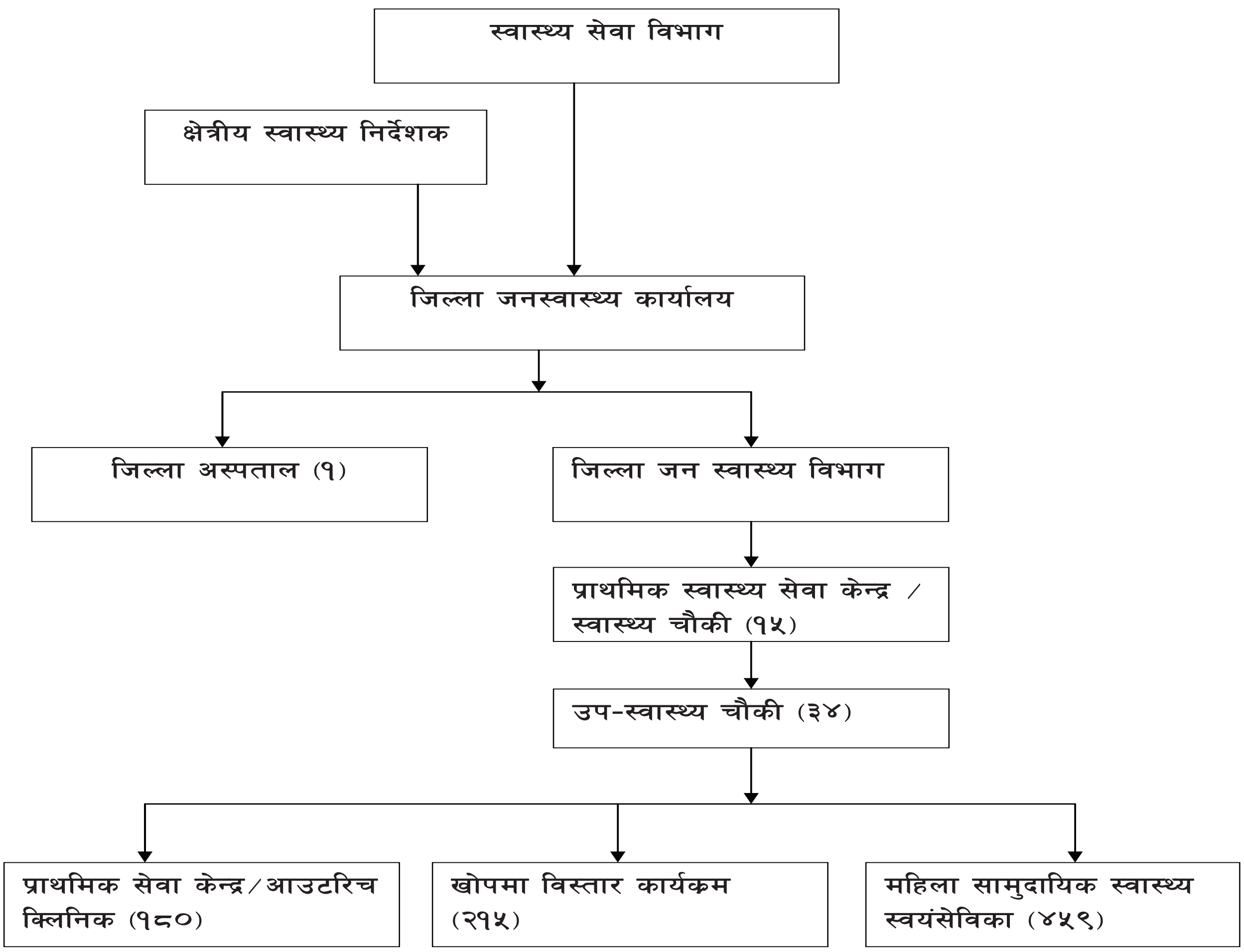
१९७५ : दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (१९७५-१९९०)
१९७८ : नेपालले अल्मा अटा घोषणामा सही गरेको
१९९१ : राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति
१९९३ : राष्ट्रिय रक्त नीति (संशोधित २००५)
१९९५ : राष्ट्रिय औषधी नीति
१९९७ : दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (१९९७-२०१७)
१९९८ : राष्ट्रिय सुरक्षित मातृत्व नीति
१९९८ : राष्ट्रिय प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति
२००२ : नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (२००२-२००९)
२००३ : राष्ट्रिय स्वास्थ्य अनुसन्धान नीति
२००४ : राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति
२००५ : सुरक्षित सुत्केरी प्रोत्साहन कार्यक्रम
२००६ : राष्ट्रिय दक्ष सुत्केरी सेवा (परिचारक) नीति
२००७ : गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा नीति
२००८ : नेपाल निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा नीति
२००९ : निशुल्क सुत्केरी नीति

नेपालमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य योजना सन् १९९१ को स्थापना पश्चात स्थानीय तहमा रहेका स्वास्थ्य केन्द्रहरूको खाका तयार पारिएको थियो। नेपालका पाँच विकास क्षेत्रमा पाँचजना क्षेत्रीय निर्देशकहरू रहेका छन् जो हरेक क्षेत्रका स्वास्थ्य केन्द्रहरूको अनुगमन तथा सम्पूर्ण रेखदेखको जिम्मेवारी वहन गरेका हुन्छन्। यसका साथै उनीहरूले जिल्लाहरूमा स्थापित जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यलयहरू, जिल्ला अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी तथा जिल्ला उप-स्वास्थ्य चौकीका कार्यहरू तथा तिनका नतिजाहरूको जिम्मेवारी र उत्तरदायित्व लिएका हुन्छन्। नेपालका विभिन्न गाउँ विकास समितिहरूले गाउँ स्तरमा स्थापित स्वास्थ्य चौकी तथा उप-स्वास्थ्य चौकीहरू साझा रूपमा प्रयोग गर्दै आइरहेका छन्। वडा स्तरमा हेर्दा प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार केन्द्र स्थापित छन् जसमा स्वयं सेवक संचालन

गरी स्वास्थ्य शिविर चलाइन्छ, खोपका कार्यक्रमहरू संचालन गरिन्छन् र वडा स्तरमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका[१] तथा परम्परागत जन्म परिचारकहरू[२] खटाइने गरेको छ ।

नेपालमा रहेका स्वास्थ्य चौकी तथा उप-स्वास्थ्य चौकीहरू स्थानीय स्तरका मानिसहरूलाई चाहिने प्राथमिक स्वास्थ्य उपचारहरू तथा आवश्यक स्वास्थ्य हेरविचार सेवा सुविधा प्रदान गर्न अपेक्षित रहेका छन् । आवश्यक स्वास्थ्य हेरविचार सेवा प्राथमिकतामा रहेको स्वास्थ्य उपचार हो र यो सामान्य रोगहरूको उचित उपचारको लागि आवश्यक रहेको छ । नेपाल सरकारले सन् २००७ मा गरिब तथा विपन्न वर्गको पहुँच हुने गरी आवश्यक स्वास्थ्य सेवा निशुल्क रूपमा सबै स्वास्थ्य चौकी तथा उपस्वास्थ्य चौकीहरूले प्रदान गर्नुपर्ने घोषणा गरेको थियो (*प्राथमिक स्वास्थ्य उपचारको स्रोत केन्द्र, २०१०*)। नेपालमा निशुल्क सुत्केरी सेवाको स्थापना गरिब तथा विपन्न परिवारका महिलाहरू जसले निजी स्वास्थ्य चौकीको आर्थिक भार थेग्न सक्दैनन् उनीहरूलाई लक्षित गरी सुत्केरी सेवा दक्ष स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितिमा गराउन प्रोत्साहन गर्नको लागि ल्याइएको हो । यस्ता प्रकारका निशुल्क सुत्केरी सेवा तथा निशुल्क स्वास्थ्य हेरविचार सेवा ग्रामीण भेगका गरिब तथा विपन्न वर्गहरूको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउने लक्ष्यका साथ ल्याइएको कार्यक्रम हो ।

चित्र १ : रोल्पा जिल्लामा तहगत रूपमा रहेको स्वास्थ्य संस्थाको विवरण



१ नेपालमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका (एफसिएजभी) कार्यक्रम सन् १९८८ मा नेपालको मध्य पश्चिमी भागका १९ वटा विपन्न जिल्लाहरूमा मातृ तथा शिशुहरूको स्वास्थ्य सुधारको लागि ल्याइएको थियो ।

२ परम्परागत जन्म परिचारकहरूले प्राथमिक सुत्केरी सेवा प्रदान गर्ने गर्दछन् र उनीहरूले समुदायको स्थानीय परम्परा तथा त्यहाँको चलनलाई मध्यनजर राख्दै सुत्केरी सेवा प्रदान गर्दछन् । यसका साथै सरकारले पनि यी परिचारकहरूलाई अहिलेको स्वास्थ्य प्रणालीमा सुत्केरी सेवा प्रदान गर्न सामेल गर्ने गरेको छ ।

स्थानीय सरकारमा रहेका विभिन्न संस्थाहरूले माथि उल्लेखित खाकाका जिम्मेवारीहरू वहन गर्ने गरेका छन् । यसै सिलसिलामा स्थानीय स्वायत्त शासन ऐन सन् १९९९ मा स्थापना गरिएको थियो र यसको मुख्य लक्ष्य भनेको स्थानीय निकायको शक्ति, जिम्मेवारी तथा स्रोतहरूको पृथकीकरण गरी स्थानीय निकायको माग पूर्ति गर्ने रहेको थियो । तर यथार्थमा भन्नु पर्दा शक्तिको पृथकीकरण स्वास्थ्य क्षेत्रका दुवै कार्यक्रम तथा आर्थिक स्रोतको बाँडफाँडमा हेर्दा उचित ढङ्गबाट भएको छैन र केन्द्रीय तवरमामात्र स्रोतहरूको नियन्त्रण बढी रहेको छ । यसलाई स्थानीय तहमा निर्वाचित सरकारी कर्मचारीको अभावले अझ बढावा दिएको छ (*एसिया फाउन्डेसन, २०१२*) ।

सरकारी निकायमध्ये सबैभन्दा तल्लो तह भनेको गाउँ विकास समिति हो जसले गाउँको सम्पूर्ण विकास योजना गर्ने गर्दछ र यसलाई कार्यान्वयन गर्न आवश्यक रूपमा जिल्ला विकास समितिसँग चाहिने आर्थिक स्रोतहरूको माग गर्दछ भने जिल्ला विकास समितिले चाहिए बमोजिमको आर्थिक स्रोत स्थानीय विकास मन्त्रालयबाट लिने गर्दछ । स्थानीय स्वायत्त शासनमा उल्लेख भए अनुसार नगरपालिका तथा गाउँ विकास समितिहरूको मुख्य जिम्मेवारी गाउँ स्तरमा स्थापित स्वास्थ्य चौकी, उप-स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक उपचार केन्द्र, परिवार नियोजन, मातृ तथा शिशु सेवाको उचित संचालन गर्नु रहेको छ । यसका साथै कामको विवरण लिने, लक्ष्य वमोजिमको काम भएको वा नभएको अनुगमन गर्ने जिम्मेवारी पनि रहेको छ ।

जिल्लामा रहेका हरेक जिल्ला विकास समितिहरूको मुख्य भूमिका भनेको जिल्ला स्तरीय स्वास्थ्य संस्थाहरू जस्तैः जिल्ला अस्पताल, आयुर्वेदिक अस्पताल[३] तथा तीन वटा स्वास्थ्य केन्द्रहरूको अनुगमन गर्नु रहेको छ र यी संस्थाहरूमा औषधी, सरसामान तथा अन्य सामाग्रीहरूको आपूर्तिको जिम्मेवारी रहेको छ । स्थानीय स्वायत्त शासनको स्थापना पश्चात स्थानीय सरकारका निकायहरू जस्तै गाउँ विकास समिति, नगरपालिका, जिल्ला विकास समितिहरूको मुख्य जिम्मेवारी विभिन्न निकाय जस्तै खाने पानी संस्थान, स्वास्थ्य संस्थाहरू तथा शैक्षिक संस्थाहरूसँग समन्वय तथा अनुगमन गर्ने रहेको छ । तर अहिलेसम्मको अभ्यासको स्थिति हेर्दा यी सरकारी निकायहरू आफ्नो जिम्मेवारी वहन गर्न असक्षम रहेको पाइन्छ ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू स्थानीय स्तरमा काम गर्ने गर्दछन् र उनीहरूले समुदायलाई लक्षित गरी ग्रामीण क्षेत्रमा स्वास्थ्य सम्बन्धी मुख्य रूपमा मातृ तथा शिशुको स्याहार, परिवार नियोजनका कार्यक्रमहरू संचालन गर्ने गर्दछन् । उनीहरूले विशेष गरी महिला तथा शिशु स्वास्थ्यको बारेमा परामर्श दिने गर्दछन् । स्वयंसेविकाहरूले समुदायको सहभागिताको मुख्य भूमिका निर्वाह गर्दै आएका छन् र समुदायमा स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतनामूलक कार्याक्रमहरू अशिक्षित तथा विपन्न वर्गहरूलाई लक्षित गर्दै संचालन गर्दै आएका छन् (*स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०१४*) । यी स्वयं सेविकाहरू ग्रामीण क्षेत्रहरूमा परिचालित हुने गर्दा यिनीहरूले गरिब, विपन्न, सामाजिक रूपमा बहिष्कृत, सीमान्तीकृत जनतालाई सेवा प्रवाह गर्ने अपेक्षा गरिएको छ (*स्वास्थ्य मन्त्रालय, २०१४; स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०१४*) ।

यसका साथै निजी क्षेत्रहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदानमा संलग्नता र भूमिका बढ्दै गएको छ । स्वास्थ्य व्यवस्थापन तथा सूचना प्रणालीका अनुसार सन् २०१३ मा नेपालमा ४ सय ४१ गैरसरकारी संस्था तथा ६ सय ६९ निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू संचालित छन् । यी निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू विशेष गरी शहरी भेग तथा विकसित ठाउँहरूमा संचालित छन् जहाँ नेपालका ग्रामीण भेगका मानिसहरूले यहाँको स्वास्थ्य उपचार शुल्क धान्न सक्दैनन् ।

---

[१] मानिसहरूलाई आयुर्वेदिक औषधी प्रदान गर्ने केन्द्र

३. विश्लेषणात्मक खाका तथा अध्ययनको पद्धति

३.१. विश्लेषणात्मक खाका

जनता र राज्यको सम्बन्ध राम्रो र सुदृढ बनाउन सरकारले सार्वजनिक सेवाहरूको प्रबन्ध राम्रो बनाउनुपर्छ (*वाक र अस्मिक, २००५; वबउर्केर्ट र सहयोगीहरू, २००५; इभान्स, १९९६; फुकुयामा, १९९५; पुट्नाम, १९९३; सबै उद्धृत अस्मिक, जामिल तथा ढकाल, २०११ मा गरिएको) । रोज र ग्रिली (२००६:४)* ले राखेका तर्कअनुसार राज्यले आफ्नो वैधानिकता जनतालाई प्रदान गर्ने सेवाहरूबाट देखापर्दछ । यस हिसावमा हेर्दा वैधानिकता राज्य तथा सरकारको क्षमतासँग स्पष्ट रूपमा जोडिन्छ । सरकारले आम मानिसको सार्वजनिक चासोको विषयलाई कतिको निष्पक्षताकासाथ लिन्छ र सबै वर्गका मानिसलाई कुनै भेदभाव विना सेवा तथा सुरक्षा कुन रूपमा प्रदान गर्न सक्दछ भन्ने कुरामै उसको वैधानिकता र क्षमता जोडिएको हुन्छ । यसै सन्दर्भमा एसएलआरसी अध्ययन कार्यक्रममा एउटा प्रमुख प्रश्न भनेको सैद्धान्तिक रूपमा रहेको सेवा वितरण र सरकारको वैधानिकतामा कस्तो सम्बन्ध रहेको छ भन्ने कुरा हेर्नु रहेको छ ।

यस अध्ययनको लागि बनाइएको खाका अनुसार हामीले परिकल्पना गरेका छौँ कि आम मानिसहरूको सरकार तथा सरकारको वैधानिकताप्रतिको अवधारणा मानिसहरूले अनुभव गरेका सरकारी सेवाहरूप्रतिको पहुँच तथा उनीहरूले भोग्नुपर्ने बााधाहरूमा निर्भर रहन्छ । अझै विशेष रूपमा हेर्ने हो भने आम मानिसमा सरकारप्रति सकारात्मक भावनाको विकास तब हुन्छ जब मानिसहरू सजिलैसँग सरकारी सेवा सुविधाको उपभोग गर्न सक्षम हुन्छन् र उनीहरूलाई त्यस सेवा सुविधाले आफ्नो जीवनमा मद्दत पुऱ्याउँछ र सन्तुष्ट गराउँछ । यसलाई अर्को पक्षबाट हेर्ने हो भने मानिसहरूको सरकारप्रतिको धारणा नकारात्मक हुन्छ जब मानिसहरूले सरकारले दिने सेवा सुविधाको उपभोग गर्दा कठिनाइहरू हुन्छन् र बाधा खेप्नु पर्दछ । विभिन्न जातजाति तथा सामाजिक भिन्नता भएका मानिसहरूको सरकारको सेवा सुविधा प्रतिको अनुभव भिन्न हुन सक्छ र उनीहरूको सरकारप्रतिको दृष्टिकोण पनि फरक हुन सक्छ । यस अध्ययनले पनि विभिन्न जातजातिका मानिसहरूको सरकारप्रति रहेका भिन्न किसिमका दृष्टिकोणहरूको अध्ययन गर्ने लक्ष्य राखेको छ । यस अध्ययनमा रहेका विभिन्न आयामहरू जसको सेवामा पहुँच तथा सेवा उपभोग गर्दा हुने बाधाहरूमा एक अर्काबीच अन्तरसम्बन्ध रहेको छ, ती आयामहरू यस प्रकार रहेका छन् :

- **भौतिक पहुँच** : स्थानीय क्षेत्रमा उपलब्ध भएका सेवा सुविधाहरू र यी सुविधा उपभोग गर्न लाग्ने समय र दूरी; यातायात सुविधाको उपलब्धता तथा यसका लागि चाहिने आर्थिक खर्च; स्वास्थ्य चौकीमा उपलब्ध भएको सुविधा ।
- **आर्थिक पहुँच** : स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा लाग्ने आर्थिक खर्चहरू जस्तै औपचारिक तथा अनौपचारिक खर्चहरू, यातायात खर्च, खानाका खर्चहरूले सेवाको उपभोगमा ल्याउने बाधा ।
- **सामाजिक बाधा** : समाजमा हुने गरेको लिङ्ग, जातीयता, जात, धर्म, राजनीति, सामाजिक मूल्य मान्यता, घरका निर्णयहरू, महिलाहरूको गतिशीलताका आधारमा हुने गरेको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा रहेका बाधाहरू । सामान्य मानिसहरूको दृष्टिकोण उनीहरूको विभिन्न सामाजिक तथा जनसाङ्ख्यिक विशेषतामा निर्भर हुने गर्दछ र उनीहरूले कत्तिको समावेशी रूपमा सेवा सुविधाहरू प्रभावकारी रूपमा उपभोग गर्न सक्दछन् भन्ने कुरामा भर पर्ने गर्दछ ।
- **प्रशासनिक बाधाहरू** : स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको क्रममा पर्ने प्रशासनिक बाधा तथा झमेलाहरू, कर्मचारी लालफित्ताशाहीतन्त्र, भ्रष्टाचार ।

हामीले यस अध्ययनमार्फत आम मानिसमा सरकारले प्रदान गर्ने सेवाप्रतिका दृष्टिकोणहरू प्रकट गर्ने प्रयास गरेका छौँ । मानिसहरूको कुनै पनि सेवा सुविधा प्राप्त गर्न सक्ने क्षमता र त्यसको उपभोग गर्न सक्ने क्षमता सेवा प्रदायकको

व्यवहार, सेवाको गुणस्तर तथा विश्वसनीयतामा पनि भर पर्ने गर्दछ। यस्तै प्रकारका सेवा प्रयोजनलाई असर पार्ने केही तत्वहरू यस प्रकार रहेका छन् :

क. **सेवाको गुणस्तर** : यसमा स्वास्थ्यकर्मीहरूले गुणस्तरीय सेवा प्रदान गरेका छन् कि छैनन्, स्वास्थ्य केन्द्रमा भएका सरसामाग्रीहरू केकस्तो अवस्थामा रहेका छन्, सरसामानहरूको व्यवस्थापन तथा यसको मर्मत कसरी गरिएको छ र यी कारणहरूले गर्दा स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा कस्तो प्रभाव परेको छ भन्ने कुरा हेरिन्छ।

ख. **सेवाको विश्वसनीयता** : यस सन्दर्भमा जिल्लामा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरू नियमित रूपमा संचालन रहेको वा नरहेको तथा त्यहाँ काम गर्ने कर्मचारीहरूको सेवा प्रयोजनमा उपलब्धता रहेको वा नरहेको स्थिति हेरिन्छ।

ग. **सेवा प्रदायकको व्यवहार** : सेवा प्रदायकले विरामीको गोपनीयता कायम गर्ने, सेवा प्रदायकको नैतिकता कस्तो स्थितिमा रहेको छ र विरामीहरूलाई निष्पक्ष, व्यावसायिक तथा अनुकूलित हिसावमा प्रस्तुत हुने गरेको अवस्था छ कि छैन भन्ने कुरा यसमा हेरिन्छ।

यसका साथै यस अध्ययनले सेवा प्रदायकको उत्तरदायित्वका कारणले मानिसहरूको अवधारणामा कस्तो प्रभाव पारेको छ भन्ने कुरा देखाएको छ। सेवा प्रदायकको उत्तरदायित्व तीन तहमा निर्क्योल गरिएको थियो :

क. कुन हदसम्म सेवा प्रदायकहरूले सेवाग्राहीहरूको ख्याल गरी उत्तरदायी, पारदर्शी रूपमा सेवा प्रदान गर्दछन् र चाहिएको जानकारी, प्रशासनिक कामहरूमा सहयोग तथा कुनै गुनासोको समाधान गर्दछन् कि गर्दैनन् हेर्ने।

ख. सेवाग्राहीहरूको सरकारी निकाय तथा सरकारी कर्मचारीहरूलाई उत्तरदायी बनाउन सक्ने क्षमता अनुसार उनीहरूको दृष्टिकोणलाई समेटिएको छ। यसरी सरकारी निकायमा प्रभाव पार्दा प्रशासनिक संरचना तथा अन्य संयन्त्रहरू कस्ता रहने गरेका छन्; जस्तै गाविसका पदाधिकारीहरूसँगको अन्तर्क्रिया, व्यवस्थापन समितिमा सहभागिता रहेको अवस्था वा कुनै संयन्त्रमा सामेल भई पार्नसक्ने प्रभाव।

ग. आम मानिसहरूको केन्द्रीय सरकारप्रतिको धारणा राज्यको वैधानिकताको आधार तथा उनीहरूले अपेक्षा गरे अनुसार सरकारले सेवा प्रदान गरेको वा गर्न असक्षम रहेको आधारमा दृष्टिकोणमा फरक पर्दछ।

३.२. अध्ययनको पद्धति

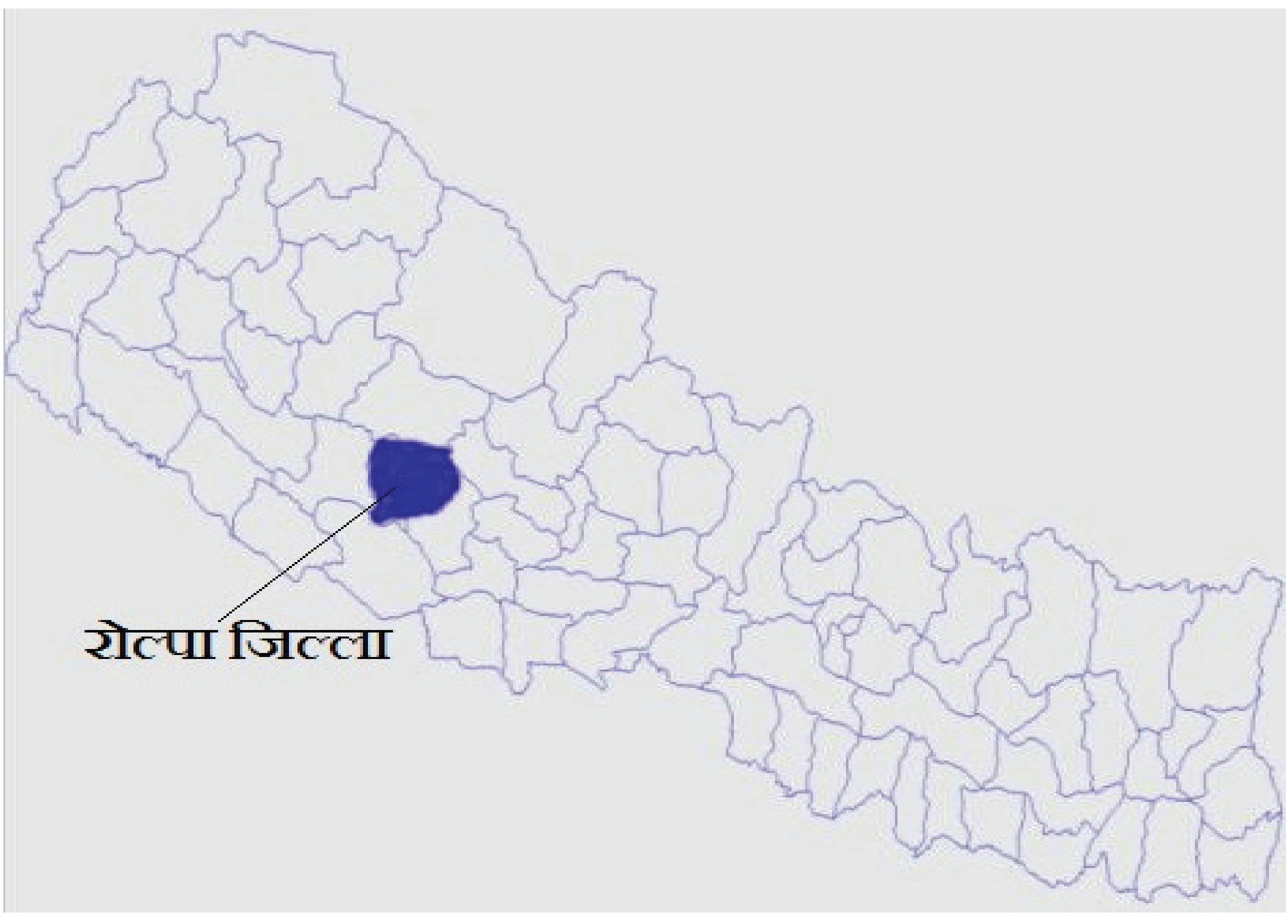
यस अध्ययनमा क्वालिटेटिभ पद्धति प्रयोग गरी सन् २०१३ को सेप्टेम्वर र अक्टुवर महिनामा स्थलगत अध्ययन गरिएको थियो। रोल्पा जिल्लामा सन् २०१२ मा अध्ययन गरिएका तीन वटा अध्ययन क्षेत्रमध्ये दुईवटा अध्ययनस्थल यस अध्ययनको लागि छनोट गरिएका थिए, जसमध्ये बुढागाउँ र लिवाङ्ग गाविस रहेका थिए। हरेक गाविसका तीनवटा वडाका मानिसहरूसँग तथ्याङ्क लिइएको थियो। लिवाङ्ग गाविसका रेउगा (वडा नं ४), मूलपानी (वडा नं ५), बजार क्षेत्र (वडा नं ६) र बुढागाउँ गाविसका खर्क (वडा नं ९), सिमपानी (वडा नं १) र रानागाउँ (वडा नं ५) रहेका छन्। यसै क्रममा ५२ वटा गम्भीर अन्तवार्ता लिइएका थिए जसमध्ये २६ जना पुरुष र २६ जना महिला उत्तरदाताहरू सामेल थिए। कूल ५२ जना उत्तरदाताहरूमध्ये २१ जना ब्राह्मण/क्षेत्री, १९ जना जनजाति तथा १२ जना दलित जातजातिका थिए। यस अध्ययनका क्रममा उत्तरदाताहरू अध्ययनको उद्देश्यअनुरुप विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रका आधारमा छानिएका थिए। कूल ५२ घरधुरीमध्ये १५ घरधुरीका उत्तरदाताहरू सन् २०१२ को अध्ययनमा पनि सामेल रहेका थिए। यसै क्रममा अन्तर्वार्ता विश्लेषणात्मक खाकाका अनुसार गरिएको थियो। यसका साथै २०१२ मा गरिएको अध्ययनको तथ्याङ्क पनि कुनै ठाउँमा प्रयोग गरिएको छ।

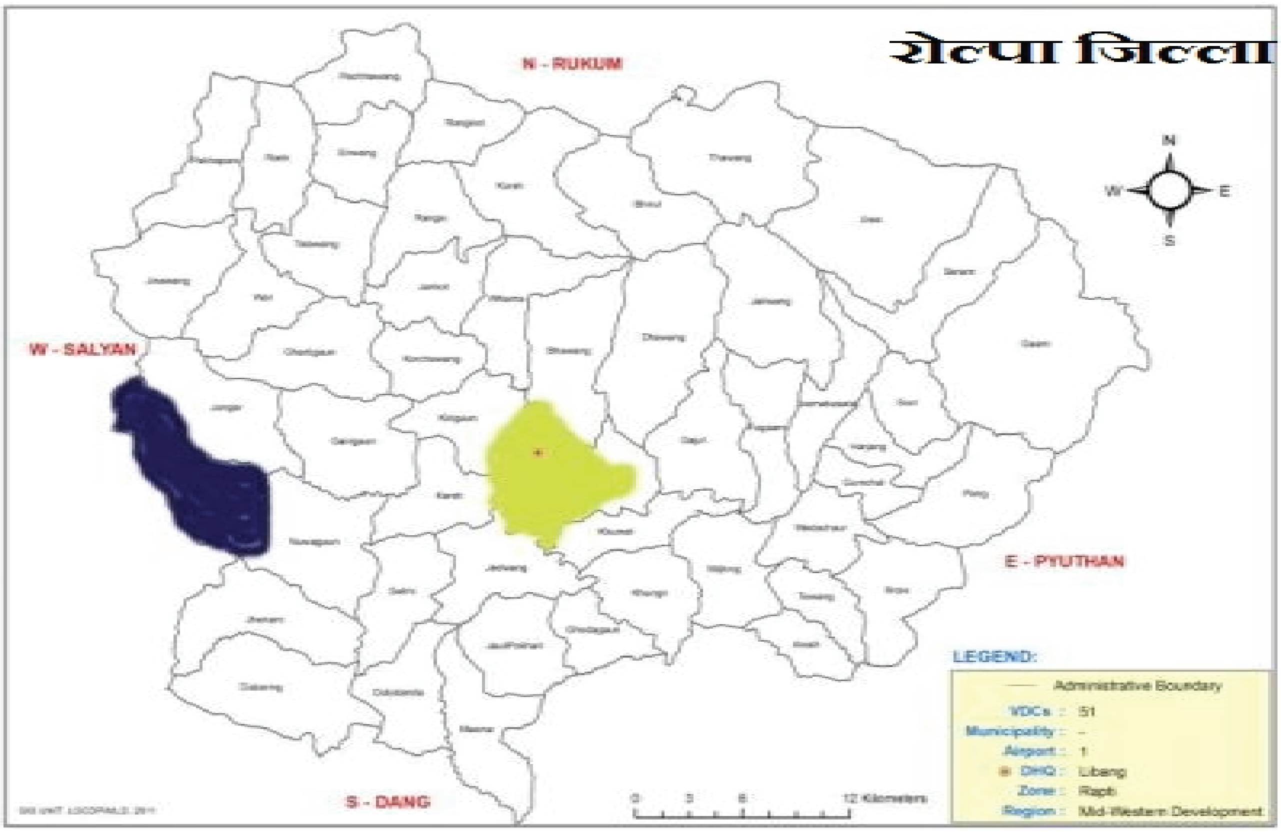
यस अध्ययनको लागि संकलन गरिएका सबै उत्तरदाताका तथ्याङ्कहरू नेपाली भाषामा रेकर्ड गरिएको थियो र विश्लेषणको प्रयोजनको लागि अङ्ग्रेजीमा अनुवाद गरिएको थियो। क्षेत्रगत टिपोटहरू दिनहुँ लिइएको थियो। संकलित तथ्याङ्कहरूलाई विना कुनै सफ्टवेयर प्रयोग गरी क्वालिटेटिभ विश्लेषण पद्धतिको प्रक्रियामा लगिएको थियो।

यस अध्ययनमा आम मानिसहरू जसले स्वास्थ्य सेवाको उपभोग गर्दछन् उनीहरूलाई सरकारले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवाप्रतिको उनीहरूको दृष्टिकोण उनीहरूकै अनुभवका आधारमा लिइएको छ । यसका साथै उनीहरूको भनाइको सत्य-तथ्य बुझ्न सेवा प्रदायकहरूसँग पनि अन्तवार्ता लिइएको थियो । यो अध्ययनको मुख्य ध्यान निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गर्ने सेवाभन्दा पनि सरकारले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवाप्रति आम मानिसहरूको धारणा कस्तो रहेको छ भन्ने कुरा बुझ्नु रहेको छ । यो अध्ययनको लागि उत्तरदाताहरूको आर्थिक स्तर छुट्याइएको छ र धनी भन्नाले त्यस्ता व्यक्ति जसले आफू तथा आफ्नो परिवारको स्वास्थ्य खर्च, शिक्षाको खर्च, खान लगाउने खर्च सजिलैसँग बेहोर्न सक्दछन् र गरिब भन्नाले यस्ता खर्चहरू बेहोर्न नसक्नेहरू छन् , तिनीहरूलाई विभाजन गरिएको छ ।

यो क्वालिटेटिभ अध्ययन सन् २०१२ को क्वान्टिटेटिभ/लङ्गिच्युडनल प्यानल सर्भेको स्वास्थ्य क्षेत्रमा आएका परिणामहरूलाई विस्तृत रूपमा विश्लेषण गर्न गरिएको हो । यसका साथै दोस्रो चरणको अध्ययन सन् २०१५ मा तीन वटै जिल्लामा तिनै व्यक्तिहरूकहाँ पुगेर गरियो । यस अध्ययनले मुख्य रूपमा मानिसहरूको जीविकोपार्जनको आधार, आधारभूत सेवाहरूको पहुँचको अनुभव तथा सरकारप्रतिको दृष्टिकोण प्रस्तुत गर्न खोजेको छ । यसका लागि इलाम, बर्दिया तथा रोल्पा गरी तीन जिल्लाबाट सबै जिल्लाबासीको प्रतिनिधित्व हुने गरी ३ हजार १ सय ७६ घरधुरीको तथ्याङ्क संकलन गरिएको थियो (*उप्रेती र सहयोगीहरू., २०१४*) । यस अध्ययनमा सन् २०१२ मा गरिएको क्वान्टिटेटिभ सर्भेका परिणामहरू उपयुक्त हुने ठाउँमा प्रयोग गरी अध्ययनमा फरक रहेको कुरा देखाइएको छ ।

चित्र २ : निर्धारित अध्ययन क्षेत्र





४. नतिजा

यस खण्डमा अध्ययनका नतिजाहरूको बारेमा छलफल गरिएको छ । साथै खण्ड ४.१ मा मानिसहरूले स्वास्थ्य सेवाको उपभोग गर्दा हुने भौतिक तथा वित्तीय पहुँच तथा सामाजिक र प्रशासनिक बाधाहरूका बारेमा अवधारणागत छलफल गरिएको छ । खण्ड ४.२ मा स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारिता तथा सेवाको गुणस्तर र विश्वसनीयताको बारेमा छलफल गरिएको छ । खण्ड ४.३ मा मानिसहरूमा स्थानीय तथा केन्द्रीय सरकारले कत्तिको प्रभावकारी तथा उत्तरदायी तरिकाले सेवा प्रदान गरेका छन् त्यस अनुभव अनुसार आएका दृष्टिकोणको बारेमा छलफल गरिएको छ । खण्ड ५ मा निष्कर्ष प्रस्तुत गरिएको छ ।

४.१. स्वास्थ्य सेवामा पहुँच

४.१.१. भौतिक पहुँच

यस अध्ययनमा हामीले स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा लाग्ने समय, स्वास्थ्य चौकीको दूरीको आधारमा हुने भौतिक पहुँच, स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा रहेको यातायात सुविधा तथा लाग्ने शुल्क र भौगोलिक अवस्थाको विषयमा छलफल गरेका छौँ । यस अध्ययनमा सरकारी स्वास्थ्य निकायमा सेवा सुविधा लिँदा हुने पहुँचको बारेमा मात्र छलफल गरिएको छ र निजी स्वास्थ्य चौकीहरूको विषयमा कुनै पनि जानकारी प्रदान गरिएको छैन । नेपालको भौगोलिक अवस्था तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूको दूरीका कारणले गर्दा दुर्गम क्षेत्रका मानिसहरूले स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न निकै कठिनाइहरू बेहोर्दै आउनु परेको थियो (*कार्की र झा, २०१०*) । *विश्व खाद्य कार्यक्रम (२००७)* जुन खाद्य तथा कृषि संस्थाको सन् २०१० मा उद्धृत गरिएको लेखका अनुसार, ग्रामीण भेगमा बसोबास गर्ने आधिभन्दा बढी मानिसहरूको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच रहेको छैन । नेपालको कठिन भौगोलिक अवस्थाका कारणले गर्दा स्वास्थ्यकर्मीहरू ग्रामीण भेगमा काम गर्न

रुचाउँदैनन् र यस्ता क्षेत्रमा औषधी तथा अन्य स्वास्थ्य उपकरणहरू लैजान अनिच्छुक रहने गर्दछन् *(कार्की र झा, २०१०, ह्यारिस, वेल्स, जोन्स र राणा, २०१३)*। नेपाल लिभिङ्ग स्टयान्डर्ड सर्भेको प्रतिवेदन २०११ का अनुसार नेपालका करिब ५९ प्रतिशत ग्रामीण घरधुरीहरूको नजिकैको स्वास्थ्य चौकीसम्म पुग्न करिब ५९ मिनेट हिँड्नु पर्ने आवश्यकता रहेको छ र केवल २१ प्रतिशत घरधुरीहरू ३० मिनेटभित्रको दूरीमा रहेका छन् भने यो शहरी भेगमा करिब ८३ प्रतिशत रहेको छ (*केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग, २०१२*)। यही स्थितिलाई ग्रामीण भेगमा सुधार गर्न सरकारले ग्रामीण भेगमा स्वास्थ्य चौकीहरूको संख्यामा बृद्धि गर्ने योजना तैयार पारेको छ (*स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०१४*)। यसका अलावा सन् २०१२ को क्वान्टिटेटिभ सर्भेमा आएको परिणाम अनुसार लिवाङ्ग गाविसमा मानिसहरूलाई स्वास्थ्य चौकीसम्म पुग्नको लागि औसतमा करिब ८१ मिनेट लाग्ने गरेको थियो जुन १ देखि ४८० मिनेटसम्म रहेको थियो भने बुढागाउँमा औसतमा ३४ मिनेट लाग्ने गरेको थियो जुन १ देखि ३०० मिनेटसम्म रहेको थियो (*उप्रेती र सहयोगीहरू, २०१४*)।

टेवल १ : घरबाट स्वास्थ्य चौकी पुग्न लाग्ने समय

गाविस	औसत	अधिकतम	न्यूनतम
बुढागाउँ	३४	३००	१
लिवाङ्ग	८१	४८०	१

(स्रोत : क्षेत्रगत अध्ययन तथ्याङ्क, २०१२)

यस अध्ययनअनुसार मानिसहरूलाई स्वास्थ्य चौकी पुग्नुमा धेरै समय लाग्नुको एक प्रमुख कारण भनेको भौगोलिक अवस्था, छरिएर रहेको बस्ती तथा यातायात चल्ने सडकको अभाव रहेको छ। यसका साथै यदि कोही मानिस विरामी पर्दाको बखतमा उसलाई डोकोमा राखी स्वास्थ्य चौकीसम्म बोकेर लग्नुपर्ने अवस्था रहेको छ।

यद्यपि हाम्रो यस अध्ययनले भौतिक पहुँचमात्रै मानिसहरूको मुख्य गुनासो होइन भन्ने कुरा दर्शाउँदछ। केही व्यक्तिका अनुसार गाउँमा थप स्वास्थ्य चौकी हुने हो भने यसले मानिसहरूको स्वास्थ्य चौकीको पहुँचलाई बढाउन सक्दछ तर अरू व्यक्तिहरूका लागि यति मात्रै नभईकन स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा बृद्धि गर्नुपर्ने तथा स्वास्थ्य चौकी राम्रोसँग संचालन गर्न प्राथमिकता दिनुपर्ने धारणा व्यक्त गरेका छन्।

विभिन्न व्यक्तिहरुसँगको अन्तर्वार्ताले देखाएअनुसार मानिसहरूको स्वास्थ्य जाँचमा विभिन्न कुराहरूले प्रभाव परेको देखिन्छ जसमध्ये पहुँचका क्षमता, सेवाको गुणस्तर तथा लागत रहेका छन्। निजी स्वास्थ्य केन्द्रहरू विशेष गरी सजिलैसँग पहुँच हुने गरेको ठाउँमा स्थापित छन् र यी स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा उपचार गराउन महँगो पर्ने कारणले गरिबहरू स्वास्थ्य सेवाको उपभोग गर्न असक्षम छन्। जसकारण दुर्गम क्षेत्रहरूमा रहेका मानिसहरूलाई स्वास्थ्य सेवाको पहुँच अप्ठ्यारो र महँगो रहेको देखिन्छ (*उप्रेती र सहयोगीहरू, २०१४*)।

यस अध्ययनमा रहेका लिवाङ्ग बासीहरूले पनि त्यहाँ रहेको स्वास्थ्य चौकीबाट पनि धेरै फाइदा लिन सकेका छैनन् किनभने उनीहरूको प्राथमिकता निजी स्वास्थ्य केन्द्र रहेका छन्। जो मानिसहरू सरकारी स्वास्थ्य चौकीमा स्वास्थ्य जाँच गर्ने गर्दछन् उनीहरूले धेरै लामो यात्रा गर्ने गरेका छन्। उत्तरदाताहरूमध्ये करिब २९ जना जो लिवाङ्गका थिए, ८ जना सरकारी स्वास्थ्य चौकी नजिकै रहेता पनि त्यहाँ जाँदैन थिए। उत्तरदाता नम्बर ३० (२४ वर्षीय जनजाति महिला) भन्छिन् : "मेरो घर स्वास्थ्य चौकीबाट नजिकै रहेको छ र मलाई त्यहाँ पुग्न केवल ५ मिनेट हिँडे पुग्छ ......। तर म त्यहाँ जचाउने गर्दिन "। उनीलाई सरकारी स्वास्थ्य चौकीले चाहिने स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न सक्छ जस्तो लाग्दैन र उनी निजी स्वास्थ्य चौकीमा नै आफ्नो स्वास्थ्य उपचार गराउन चाहन्छिन्। तर अर्को पक्षमा हेर्दा सरकारी स्वास्थ्य चौकीभन्दा टाढा रहेका मानिसहरू सरकारी स्वास्थ्य चौकी नै रुचाउने गर्दछन् किनभने सरकारी स्वास्थ चौकी अन्य निजी स्वास्थ्य चौकीभन्दा सस्तो र उनीहरूको आर्थिक पहुँच अनुसारको रहेको छ। यसै प्रसङ्गमा ४५ नम्बर उत्तरदाता (२२ वर्षीय ब्राह्मण महिला) को दृष्टिकोण यस्तो रहेको छ :

“मेरो घर स्वास्थ्य चौकीभन्दा टाढा रहेको छ र मलाई त्यहाँ पुग्न करिब ६० मिनेट लाग्ने गर्दछ । उता निजी स्वास्थ्य चौकी पुग्नको लागि मलाई करिब ३० मिनेट समय लाग्ने गर्दछ । तर म सरकारी स्वास्थ्य चौकी जान रुचाउँदछु किनभने त्यहाँ औषधी र अन्य सेवाहरू निशुल्क प्रदान गरिन्छ । म निजी स्वास्थ्य चौकी त्यतिखेर मात्र जान्छु जब सरकारी स्वास्थ्य चौकीमा मेरो उपचार हुन सक्दैन ।”

यो दृष्टिकोणले के प्रष्ट पार्दछ भने जात, जातजाति तथा लिङ्गका आधारमा कुनै पनि भेदभाव नगरीकन पहुँच, गुणस्तर तथा उपलब्धताका आधारमा मानिसहरूले स्वास्थ्य सेवाको चयन गर्ने गर्दछन् । अधिकांश मानिसले स्वास्थ्य चौकी पुग्नको लागि भौतिक दूरी कुनै पनि किसिमको समस्या नरहेको विचार राख्दछन् । तर केही वृद्ध बृद्धाहरू आफूलाई स्वास्थ्य चौकी पुग्नको लागि केही मद्दतको आवश्यकता रहेको धारणा व्यक्त गर्दछन् । एक ७४ वर्षीय बृद्ध (उत्तरदाता ३२) भन्दछन् : “यहाँबाट स्वास्थ्य चौकी अलि टाढा रहेको छ र मलाई स्वास्थ्य चौकी पुग्नको लागि ३० मिनेटभन्दा बढी समय लाग्ने गर्दछ । म एक्लै त्यहाँसम्म हिँडेर जान सक्दिन र मलाई त्यहाँ पुग्न अरू व्यक्तिको सहायता आवश्यक पर्दछ”। यसै गरी अर्का एकजना ७१ वर्षीय वृद्ध दलित (उत्तरदाता ४) भन्दछन् : “म एक्लै स्वास्थ्य चौकीसम्म जान असमर्थ छु र प्रायजसो मलाई मेरो छोराले नै स्वास्थ्य जाँचको लागि स्वास्थ्य चौकी लैजाने गर्दछ । तर ऊ घरमा नहुँदा वा उसको व्यस्तताको समयमा मैले निकै संघर्ष गर्नुपर्दछ ”। यसैकारणले गर्दा भौतिक दूरी पनि अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू तथा गर्भवती महिलाहरूको लागि एक चुनौतिको विषय रहेको छ ।

यस अध्ययनले देखाएअनुसार प्रायः सबै किसिमका सेवा सुविधाहरू रहेका स्वास्थ्य चौकीहरू शहरी क्षेत्र तथा बजार क्षेत्रमा मात्रै स्थापित हुन्छन् । जब विरामीहरूलाई स्वास्थ्य चौकीहरूबाट जिल्ला अस्पतालमा सिफारिस सहित पठाउने गरिन्छ तब बाटो, गाडी लगायतको कुरा मुख्य प्राथमिकताको विषय रहने गर्दछ । जिल्ला अस्पताल सबैजसो जिल्लाको सदरमुकाम क्षेत्रमा स्थापना गरिएको हुन्छ जुन अधिकांश मानिसलाई एउटा चिन्ताको विषय रहने गर्दछ । यसै सन्दर्भमा एक ५७ वर्षीय जनजाति पुरुष (उत्तरदाता १३) बुढागाउँ निवासीको भनाइ यस्तो रहेको छ : “जब गाउँमा रहेको उप–स्वास्थ्य चौकीले हामीलाई जिल्ला अस्पतालमा जानको लागि सिफारिस गर्छन्, तब हामीले जिल्ला अस्पतालमा पाउने गरेको सेवा सुविधा निशुल्क हुँदैन । हामीले त्यहाँ जानको लागि गाडी खर्च लगायत विभिन्न खर्च बेहोर्नु पर्दछ”। रोल्पा जिल्लाको जिल्ला अस्पताल लिवाङ्गमा स्थापित छ तर बुढागाउँका मानिसलाई भौगोलिक असहजता तथा बाटो राम्रो नभएको कारणले गर्दा दाङ्ग जिल्ला अस्पतालमा जानुपर्ने बाध्यता रहेको छ । यसै कारणले गर्दा स्वास्थ्य चौकीहरूको भौतिक दूरी कुनै पनि प्रमुख कुरा रहेको छैन तर यी संस्थाहरूमा हुने सेवा सुविधाहरू एक प्रमुख कुराका रूपमा रहेका छन् ।

४.१.२. सेवा उपभोग गर्दा लाग्ने शुल्क तथा सेवाको गुणस्तर

स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने खर्च (यातायातको खर्च, बसाइ खर्च, खाना खर्च, तथा अन्य खर्चहरू) मानिसहरूको निर्णय लिने एउटा मुख्य पाटो हो । प्रायजसो धनी व्यक्तिहरू गुणस्तरयुक्त स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न रोज्दछन् जुन सेवा निजी क्षेत्रबाट दिइने गरिन्छ (*देवकोटा, २००८*) र यस अध्ययनले पनि यस्तै नै नतिजाहरूको समर्थन गरेको छ । रोल्पा जिल्लाका धनी मानिसहरूले निजी स्वास्थ्य केन्द्रहरूबाट सेवा उपभोग गर्दै आइरहेका छन् तथा उनीहरू स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न नजिकैको शहरी क्षेत्र लगायत काठमाडौं, बुटवल तथा नेपालगञ्ज पनि जाने गरेका छन् ।

सरकारले प्रदान गर्ने निशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने मुख्य लाभदायकहरू गरिब तथा सीमान्तीकृत वर्गका मानिसहरू रहेका छन् । न्यून आय भएका मानिसहरू प्रायजसो सरकारी उप–स्वास्थ्य चौकी तथा स्वास्थ्य चौकी जाने प्रवृत्ति रहेको छ । यसमा पनि दलित तथा गरिब व्यक्तिहरू जो दुर्गम ठाउँमा बसोबास गर्दछन् उनीहरू सरकारी स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न लामो दूरी तय गर्न बाध्य रहेका छन् । लिवाङ्ग निवासी एक ४८ वर्षीय दलित पुरुष (उत्तरदाता ३१),

आफ्नो तर्क यसप्रकार राख्दछन् : "म स्वास्थ्य चौकी निशुल्क सेवा उपभोग तथा निशुल्क औषधी लिन जाने गर्दछु । हामी त्यहाँ सबै सेवा उपभोग गर्न सक्दैनौँ तर सर्वप्रथम हामी त्यहीँ नै जाने गर्दछौँ ।

यसै सन्दर्भमा बुढागाउँ निवासी (उत्तरदाता ३६) एक ३५ वर्षीय जनजाति पुरुष यस्तो भनाइ राख्दछन् : "म सर्वप्रथम उप–स्वास्थ्य चौकी जाने गर्दछु । मलाई त्यहाँसम्म पुग्नको लागि एक तर्फी हिँडेर ४५ मिनेट लाग्ने गर्दछ । यदि हामी भाग्यमानी छौँ भने हामीले त्यहाँबाट निशुल्क औषधीहरू प्राप्त गर्न सक्छौँ । यदि हामीले त्यहाँ औषधी पाएनौँ भने हामी निजी पसलमा किन्न बाध्य हुन्छौँ । धेरैजसो समयमा हामी उप–स्वास्थ्य चौकीको उपचारबाट निको हुन सक्दैनौँ किनभने त्यहाँबाट प्रदान गरिने सेवा गुणस्तरीय रहेको छैन र आवश्यकता बमोजिम अन्य सेवाहरू पाउन पनि सक्दैनौँ । त्यसैले हामी निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा जानुपर्ने बाध्यता रहेको छ "।

यस अध्ययनमा रहेका लिवाङ्ग बजारमा बसोबास गर्ने धनी वर्गका उत्तरदाताहरूलाई स्वास्थ्य चौकीमा स्वास्थ्य सेवा निशुल्क रूपमा प्रदान गरिन्छ भन्ने कुराको जानकारी नै थिएन । यसको प्रमुख कारणमा स्वास्थ्य चौकीको कमजोर सूचना प्रवाह नै हो । अधिकांश उत्तरदाताहरूका अनुसार उनीहरूले स्वास्थ्य चौकीबाट स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न ५ रुपैंया दर्ता शुल्कको रूपमा तिर्नु पर्ने बताएका छन् जुन केही वर्षदेखि लागु हुन सकेको छैन । बुढागाउँमा रहेका उत्तरदाताहरूलाई भने स्वास्थ्य चौकीबाट निशुल्क रूपमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिन्छ भन्ने विषयमा जानकारी थियो । उत्तरदाताहरू जसले स्वास्थ्य केन्द्रमा दर्ता शुल्कको रूपमा ५ रुपैंया लाग्ने अवधारणा राखेका थिए उनीहरूले स्वास्थ्य चौकीबाट सेवा नलिएको निकै लामो अवधि भैसकेको हुनुपर्छ र उनीहरूको स्वास्थ्य सेवा लिने पहिलो प्राथमिकता भनेको निजी स्वास्थ्य चौकीबाट नै रहेको छ ।

मानिसहरू आपतकालीन स्वास्थ्य समस्या हुँदा निजी स्वास्थ्य चौकीमा जाने गर्दछन् किनभने उनीहरूको सरकारी स्वास्थ्य सेवाप्रतिको विश्वास कम रहेको छ र सरकारी स्वास्थ्य चौकीले प्रभावकारी सेवा दिन नसक्ने धारणा राख्दछन् । यसै सन्दर्भमा बुढागाउँ निवासी एक ५१ वर्षीय दलित पुरुष (उत्तरदाता १०) आफ्नो विचार यसरी राख्दछन् :

"म शुरुमा स्वास्थ्य चौकीमा गई मेरो समस्याको समाधान निशुल्कमा हुन्छ कि हुन्न भन्ने बारेमा राम्ररी बुझ्छु । यदि मैले त्यहाँबाट निशुल्कमा स्वास्थ्य उपचार गर्न पाउँछु भने म निजी स्वास्थ्य चौकीमा जाने कुरा सोच्दिन । यदि स्वास्थ्य समस्या जटिल नै छ भने हामी सिधै निजी स्वास्थ्य चौकी नै जाने गर्दछौँ ।"

लिवाङ्गमा रहेका मानिसहरू यस जिल्लाका अन्य क्षेत्रहरूको तुलनामा राम्रो स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न सक्छन् किनभने यहाँ जिल्ला स्वास्थ्य चौकी तथा जिल्ला अस्पताल नजिकै रहेको छ र यहाँ बढी विकल्पहरू पाउने सम्भावना छ । यसै सन्दर्भमा लिवाङ्ग निवासी एक २७ वर्षीय जनजाति महिला यस्तो भनाइ राख्दछिन् : "हामीलाई लिवाङ्गको जिल्ला अस्पताल जान कुनै पनि किसिमको समस्या छैन । हामी सजिलैसँग अस्पताल जान सक्छौ"। बुढागाउँमा बस्ने मानिसहरूलाई लिवाङ्गको तुलनामा धेरै गाह्रो छ । बुढागाउँ निवासी उत्तरदाता ३७ (५० वर्षीय जनजाति पुरुष) का अनुसार यदि स्वास्थ्य चौकीबाट उनीहरूको उपचार हुन सक्दैन भने दाङ्ग जिल्लास्थित जिल्ला अस्पताल जाने गरेका छन् । तर उनीहरूलाई त्यहाँ पुग्न पैसाको आवश्यकता पर्दछ र यातायात खर्च पनि पर्ने गर्दछ । उनी भन्छन् – "हाम्रो स्वास्थ्य स्थिति गम्भीर नभएता पनि हाम्रो निकै नै खर्च हुने गर्छ किनभने हामीले गाडी भाडामा लिनुपर्छ, बसोबास तथा खानाको व्यवस्था गर्नुपर्छ । हाम्रो खर्च निकै नै हुने गरेको छ ।"

कुनै समयमा मानिसहरूले जिल्ला अस्पताल तथा क्षेत्रीय अस्पतालमा उपचार गराउन आफ्नो घरका सामानहरू समेत बेच्नुपर्ने आवश्यकता देखिएको छ जसले अझ वढी आर्थिक समस्या पैदा गर्नसक्ने सम्भावना रहेको हुन्छ । प्राय जसो गरिब उत्तरदाताहरूले आफ्नो स्वास्थ्य उपचारको खर्च जुटाउन कि त ऋण लिएका छन् कि त आफ्ना घर पालुवा जनावरहरू बेची जिल्ला अस्पताल तथा क्षेत्रीय अस्पतालमा लाग्ने स्वास्थ्य खर्चको व्यवस्था गरेका छन् । यसको कारणले गर्दा मानिसहरू प्रायः पहिलो पटक निजी स्वास्थ्य चौकी जाने गर्दछन् जुन उनीहरूलाई पायक र नजिक

पर्दछ। बुढागाउँकी एक ३९ वर्षीय महिलाको भनाइ यस्तो छ : "जिल्ला अस्पताल जानु नजिकैको निजी स्वास्थ्य चौकी जानु भन्दा निकै महँगो रहेको छ "। त्यस्तै गरी बुढागाउँका ६९ वर्षीय क्षत्री पुरुष, उत्तरदाता २७, आफ्नो धारणा यसरी राख्दछन् : "हामी जिल्ला अस्पताल जान सक्दैनौँ किनभने त्यहाँ जानु हामीलाई निकै टाढा छ र हाम्रो गाडी खर्च धेरै लाग्ने गर्दछ। त्यसैले हामी निशुल्क भएपनि अस्पताल जाने गर्दैनौँ। म कपुरकोटको निजी स्वास्थ्य चौकी नै जाने गर्दछु"। गाउँका मानिसहरूलाई सदरमुकाममा रहेको सरकारी अस्पताल जानु नजिकै रहेको निजी स्वास्थ्य चौकी जानुभन्दा धेरै महँगो रहेको छ। दुर्गम क्षेत्रका मानिसहरूको लागि जिल्ला अस्पताल, क्षेत्रीय अस्पताल तथा काठमाडौँमा रहेका अस्पतालहरू क्षेत्रको हिसावमा सहज रहेका छैनन्। ग्रामीण भेगमा पनि निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य केन्द्रहरू तथा औषधी पसलहरूको संख्या बढ्दै गैरहेको छ र जो मानिसहरू त्यहाँबाट सेवा लिन चाहन्छन् उनीहरूले लिँदै आइरहेका छन् भने गरिबहरूको लागि यो सेवा निकै नै महँगो देखिएको छ। यसले गरिब र धनी व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा भएको भिन्नतालाई देखाउँदछ।

४.१.३. सामाजिक बाधा तथा भेदभाव

यस खण्डमा सामाजिक बाधा तथा लिङ्ग, जात-जाति तथा धर्मका आधारमा हुने गरेका भेदभावहरू जसले स्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा सीधा असर गर्दछ त्यसको बारेमा छलफल गरिएको छ। प्राय जसो सेवाग्राहीहरूले नेपालको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच जातीयता, लिङ्गको आधारमा भेदभाव हुने गरेको छ (*देवकोटा, २००८; अस्मिक, जमिल र धकाल, २०११; युएनडिपी २००९) । देवकोटा (२००८)* को अध्ययनले देखाएअनुसार सन् २००१ र २००५ को बीच, ब्राह्मण/क्षत्री (४७.६%) तथा उच्च जातका व्यक्तिहरूले स्वास्थ्य सेवा अन्य जात जस्तै जनजाति (२४.१%), दलित (१७%) र मुस्लिम (३.६%) भन्दा बढी उपभोग गरेका छन्। यसमध्ये करिब ५५ % सेवाग्राहीहरू महिला रहेका छन्।

नेपालमा बहिष्करण र भेदभावका मुद्दाहरू नेपालको एकीकरणको सामाजिक विरासत रहेको छ। करिब २ सय वर्ष अगाडि नेपाल एक हिन्दू राज्यको रूपमा स्थापना गरिएको थियो। हिन्दू संस्कार, मूल्य मान्यता, परम्पराहरू नेपाली समाजमा गहिरो रूपमा स्थापित भइसकेको छ र यी चीजहरूको ज्ञान विभिन्न संस्थाहरूबाट मानिसमा दिने पनि गरिन्छ (*अस्मिक, जमाल र ढकाल, २०११*)। गरिब तथा सीमान्तीकृत वर्गका मानिसहरूका विभिन्न किसिमका सेवाहरूमा पहुँच कम रहेको छ र यसको मुख्य कारण भनेको समाजमा रहेको जातीयता तथा लिङ्गका आधारमा हुने गरेको भेदभाव रहेको छ अनि शिक्षा तथा सचेतनाको कमीका कारण पनि यस्तो हुने गरेको छ (*एफएओ, २०१०*)। प्रायजसो दलित जातिका मानिसहरू तथा शिक्षा नभएका मानिसहरू आफू बिरामी पर्दा सर्वप्रथम धामी, झाँक्री कहाँ जाने प्रचलन यहाँ पनि रहिआएको छ र यदि उनीहरूको समस्या निको हुँदैन वा अझ जटिल भएको खण्डमा मात्रै मानिसहरू स्वास्थ्य चौकीमा उपचार गर्ने गर्दछन्। अशिक्षित तथा तल्लो जातका मानिसहरूलाई विशेष गरी आधुनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको विषयमा धेरै ज्ञान रहेको हुँदैन र उनीहरू नियमित रूपमा स्वास्थ्य जाँच गराउन असमर्थ हुन्छन्। यसले गर्दा गरिबहरूको जात, सचेतनाको कमी र असाक्षरता जस्ता कुराहरू स्वास्थ्य सेवाको पहुँचको एक प्रमुख बाधाको रूपमा रहेका छन्।

नेपालमा सन् १९६३ मा नै जात-जातीयताका आधारमा हुने गरेका भेदभावलाई गैर कानुनी रूपमा मान्यता दिइसकेको भएतापनि भट्टचन र सहयोगीहरू (२००२) को अध्ययन अनुसार २०५ किसिमका भेदभावहरू देखाइएका छन्। यसमध्ये जात-जातीयताका आधारमा हुने भेदभाव जस्तै सेवाबाट प्रतिबन्ध लगाउने, अमानवीय व्यवहार, जबरजस्ती काम गराउने र अन्य भेदभाव रहेका छन्। यस्ता किसिमका अभ्यासहरूको नतिजाले गर्दा शिक्षा तथा स्वास्थ्य सेवामा तल्लो जातका मानिसहरूको पहुँचमा कमी आएको छ र उनीहरू सेवा सुविधाबाट वञ्चित रहेका छन्।

तर हाम्रो यस अध्ययनले सेवामा भेदभाव रहेको प्रमाण निकै कम मात्र देखाउन सकेको छ। हाम्रो यस अध्ययनमा रहेका उत्तरदाताहरूका अनुसार उनीहरूले स्वास्थ्य सेवा केन्द्रमा कुनै पनि किसिमका भेदभावहरूको अनुभव गर्नु

नपरेको धारणा राख्ने गरेका छन् । यस अघि गरिएको क्वान्टिटेटिभ सर्भेको नतिजा अनुसार मानिसहरूको सन्तुष्टि उनीहरूको जात–जातिको आधारमा धेरै रहेको छ, जहाँ जनजाति तथा आदिवासी तथा दलित वर्गका मानिसहरू ब्राह्मण/क्षत्रीहरूभन्दा स्वास्थ्य सेवाबाट बढी सन्तुष्ट थिए । बुढागाउँको हिसाबमा हेर्दा ८८.७ % दलित सन्तुष्ट थिए जुन जनजातिमा ८३.६% र ब्राह्मणमा ८१.८% रहेको थियो । लिवाङ्गमा ६८.४% दलित, ६५.७% जनजाति र ६५.३% ब्राह्मणहरू स्वास्थ्य सेवाबाट ठिकै रूपमा सन्तुष्ट थिए । हाम्रो यस अध्ययनले महिला र पुरुष दलितहरूको अवधारणाको बीचमा कुनै पनि किसिमको भेदभाव देखाएको छैन । बुढागाउँ निवासी एक ३५ वर्षीय दलित महिला (उत्तरदाता १७) भन्छिन्ः "यहाँको उप–स्वास्थ्य चौकीमा कुनै पनि किसिमको भेदभाव रहेको छैन, हामी सबैलाई स्वास्थ्य कर्मीहरूले राम्रै व्यवहार गर्दछन् । धेरै वर्ष पहिले यहाँ भेदभाव हुने गर्दथ्यो तर अहिले भने यस्ता किसिमका चलनहरू केही पनि रहेको छैन"। जसो सबै मानिसहरू स्वास्थ्यकर्मीहरूको व्यवहारबाट खुसी नै रहेका छन् जुन उत्तरदाताहरूको अन्तर्वार्ताबाट प्रष्ट नै रहेको छ ।

यस अध्ययनले देखाएअनुसार मानिसहरूप्रति हुने गरेको भेदभाव अहिले नरहेको देखिन्छ जुन माओवादीको द्वन्द्वको एक उपलब्धि पनि रहेको छ । रोल्पा जिल्ला द्वन्द्वको उद्‌गम स्थल रहेको थियो र यहाँ निकै नै नकारात्मक प्रभाव परेतापनि केही राम्रा सामाजिक पविर्तनहरू पनि नभएको भने हैन । शुरूको समयमा माओवादीहरूले वर्गका आधारमा हुने गरेको असमानतालाई लक्षित गर्दै युद्ध चलाएका थिए र दलितहरूप्रति हुने गरेको भेदभाव तथा बहिष्करणको विषय उठाउँदै देशका अन्य आदिवासी तथा तराईका मधेशी वर्गप्रति हुँदै गरेको भेदभावको विषयलाई अगाडि सार्दै आफ्नो आन्दोलन अघि बढाएका थिए (*क्यामरुण, २००७*) । माओवादीहरूले गाउँमा दलित संगठनको स्थापना गरी उनीहरूलाई सीमान्तीकृत वर्गहरूको नेतृत्व गर्न दिएका थिए जसले गर्दा उनीहरूको नेतृत्व गर्न सक्ने क्षमतामा बृद्धि भएको थियो र उनीहरूको आत्मवल बढ्दा उनीहरूप्रति हुने गरेका भेदभावहरू घट्दै गएका थिए (*प्याकुरेल, २००७*) । यस अध्ययनमा रहेका ५२ जना उत्तरदातामध्ये कुनै पनि उत्तरदाताले स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दा भेदभाव खेप्नु नपरेको विचार व्यक्त गरेका थिए । करिब ३० जना उत्तरदाताहरूले माओवादी युद्धका कारण तथा राजनैतिक परिवर्तन र तल्लो वर्गका मानिसहरूको क्षमता वृद्धिले गर्दा भेदभावको अन्त्य भएको धारणा राखेका छन् । करिब १२ जना उत्तरदाता समयमा परिवर्तन भए अनुसार सबै कुरा परिवर्तन भएको धारणा राख्दछन् र १० जना उत्तरदाताहरूले भने कुनै पनि कारण दिन सकेका थिएनन् ।

यस अध्ययन अनुसार कुनै पनि किसिमको भेदभावको प्रमाण नरहेतापनि, मानिसहरूमा पहिलेदेखि रहेको सीमान्तीकृत तथा तल्लो वर्गमा हुने गरेको भेदभावको विरासतको मानसिक असर विशेष गरी दलित वर्गका मानिसहरूमा रहेको छ । बृद्ध दलित व्यक्तिहरू अशिक्षाका कारणले गर्दा स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग आफ्ना समस्याहरू राख्न अप्ठ्यारो मान्ने गर्दछन् । बुढागाउँका एक ५१ वर्षीय दलित वृद्ध (उत्तरदाता १०) यस्तो भन्छन् : "हामी दलितहरू आफूलाई केही पनि थाहा नभएको महसुस गर्दछौँ, यदि हामीले प्रश्न सोध्यौँ भने त्यो प्रश्न नै गलत होला कि भन्ने सोच्छौँ "। यी उत्तरदाता आफूलाई अन्य उच्च वर्गका मानिसहरूको अगाडि सानो र अशिक्षित ठान्ने गर्दछन् तर आफ्ना बालबालिकाहरू शिक्षाका कारण उनीहरूभन्दा पछि परेको सोच्ने गर्दैनन् ।

तिवारी (२००८) का अनुसार नेपालको स्वास्थ्य सेवामा लैङ्गिक विभेद रहेको छ । तर यस अध्ययनका क्रममा लिइएका मानिसहरूका धारणाले यो कुराको प्रमाण दिन सकेका छैनन् । महिलाहरूको सन्तुष्टिको स्तर पुरुषहरूको भन्दा बढी रहेको थियो । अन्तर्वार्ता लिएका २६ जना महिला उत्तरदाताहरूमध्ये कुनै एकले पनि उनीहरूले स्वास्थ्य केन्द्रबाट सेवा लिँदा भेदभाव भएको महसुस गरेका छैनन् । उनीहरूलाई आफ्नो समस्या समुदायका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूसँग छलफल गर्न सजिलो महसुस ।

शैक्षिक तथा राजनैतिक परिवर्तनहरूले रोल्पाका महिलाहरूलाई सशक्तीकरण गरेको छ र यसका साथै लैङ्गिक भेदभाव पनि घटाएको छ । शैक्षिक रूपमा परिवर्तन र सुधारको लागि सरकारको नीति र कार्यक्रमलाई श्रेय जाने गर्दछ जस्तै :

सबैको लागि शिक्षा, महिलाको लागि शिक्षा जस्ता कार्यक्रमहरूले शैक्षिक विकासमा मद्दत पुऱ्याएका थिए। त्यसलगायत राजनैतिक परिवर्तनहरू जुन १९९० सालको सत्ता परिवर्तन लगायत माओवादी द्वन्द्वसम्म सबैलाई श्रेय जाने गर्दछ। समाजमा भएका विभिध सामाजिक परिवर्तनले गर्दा पनि महिलाहरूमा परिवर्तन आएको छ जसले महिलालाई पुरुषको निधन पछाडि सेतो साडी मात्रै लगाउने परम्पराबाट मुक्त गरी अहिलेको समयमा रातो साडी लगायत टीका, चुरा लगाउन दिने चलन भित्र्याएको छ।

जातीयताको हिसाबमा हेर्दा, सामाजिक परिवर्तनहरू प्रायजसो माओवादीको द्वन्द्वसँग संलग्न रहेका छन्। माओवादी सेनामा महिलाहरूको हिस्सा एक तिहाइ जस्तो रहेको थियो जसले गर्दा महिलाहरूलाई सहभागिता जनाउन प्रोत्साहन गरेको थियो। यसकै आधारमा भेदभाव तथा बहुविवाहको विरुद्धमा कडा नियम कानुन पनि बनाइएको थियो[४]। लिवाङ्ग निवासी एउटी ४० वर्षीय दलित महिला (उत्तरदाता ८) भन्छिन् : "पहिले पहिले धेरै नै भेदभाव हुने गर्थ्यो, तर अहिले कुनै पनि किसिमको भेदभाव छैन"। लिवाङ्ग निवासी ४२ वर्षीय दलित महिला (उत्तरदाता २४) भन्छिन् : "जब रेडियो र टेलिभिजनबाट महिला र पुरुषबीचको समानतासँग जोडिएका कार्यक्रमहरू प्रसारण भए, तब मानिसहरूमा चेतनाको अभिवृद्धि हुन थाल्यो। जसका कारण महिला–पुरुषबीचको भेदभाव अन्त्य हुँदै गयो।" उनी बताउँछिन् : "माओवादी द्वन्द्वले मानिसको चेतनामा अभिवृद्धि गरेको छ। माओवादी द्वन्द्वको समयमा सामाजिक भेदभावको विरुद्धमा कडा नियम तथा कडा सजाय प्रणालीको विकास भएको थियो, जसका कारण माथिल्लो जातका मानिसहरूले तल्लो जातका मानिसहरूलाई गर्ने भेदभावको अन्त्य नै भएको थियो। यसका साथै तल्लो वर्गका मानिसहरूमा पनि नेतृत्वकर्ताको विकास हुँदै गएको थियो जसले अन्ततः भेदभाव हटाउन ठूलो योगदान दिएको थियो।

ग्रामीण भेगका मानिसहरू अहिले आफ्नो अधिकारको लागि धेरै नै सजग रहेका छन् जसका प्रमुख कारणहरूमा जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरू, राजनैतिक परिवर्तनहरू तथा कानुनी अधिकारहरू रहेका छन्। यस्ता कारणहरूले गर्दा अहिले गर्भवती महिला स्वास्थ्य चौकीमा जचाउन जाँदा हुने सामाजिक बाधाहरूको अन्त्य भएको छ। लिवाङ्ग निवासी एक ३७ वर्षीय दलित पुरुष (उत्तरदाता १६) यस्तो भनाइ राख्दछन् : "हामीले विभिन्न किसिमका जनचेतनामूक वकालती कार्यक्रमहरूमा सहभागी भए पश्चात हामी स्वास्थ्य चौकीलाई आवश्यक सेवा सुविधा प्रदान गर्न नसक्दा प्रश्न गर्न सक्ने भएका छौँ र किन गर्न नसकेको भनेर प्रश्न सोध्न सक्छौँ। तर हामीले स्वास्थ्य चौकीका कर्मचारीलाई उपलब्ध नभएका चीजहरू उपलब्ध गराउन बाध्य गराउन चाहिँ सक्दैनौँ"। यस लगायत महिलाहरू पनि प्रश्न गर्न सक्ने भएका छन् तर उनीहरूले पनि अवस्था परिवर्तन गर्न बाध्य गर्न भने सकेका छैनन्।

४.१.४. प्रशासनिक बाधाहरू

यस खण्डमा प्रशासनिक मुद्दाहरूले कुन रूपमा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको पहुँचमा बाधा पुऱ्याउन सक्छन् भन्ने विषयलाई छलफल गर्न खोथिएको छ। स्वास्थ्य चौकीमा सेवाग्राहीहरूको स्वास्थ्य जाँचको लागि कुनै पनि किसिमको कागजी कामकार्ाहीको आवश्यकता रहेको छैन जसले गर्दा अशिक्षित मानिसहरू पनि सजिलैसँग विना कुनै बाधा सेवा लिन सक्छन्। लिवाङ्गका एक ३५ वर्षीय दलित पुरुष (उत्तरदाता १६) भन्दछन्, "स्वास्थ्य चौकीबाट सेवा लिनको लागि कुनै पनि किसिमको झन्झट तथा अप्ठ्याराहरू छैनन्, कुनै कागजी कामको आवश्यकता रहेको छैन।" तर मानिसलाई त्यहाँ कुर्नुपर्ने समय र मानवीय संसाधनको कमीका कारण चिन्ताको विषय बनेको छ। स्वास्थ्य चौकीमा नाम दर्ता गराउने समय विहानको १० बजेदेखि दिउँसोको २ बजेसम्म रहेको छ। दिउँसोको २ वजे पछाडि विरामीहरूले सेवा पाउन सक्छन् जब त्यहाँका स्वास्थ्यकर्मीले उनीहरूको समस्या बुझी उनीहरूलाई सहयोग गर्छन्। बिहानको ९

[४] यस्ता प्रयासका बावजुद पनि नेपालमा बहुविवाहको चलन अझै पनि केही स्थानमा देखिन्छ र यो विशेष गरी महिलाले छोरा जन्माउन नसकेको अवस्थामा अर्को विवाह⁄ गैर कानुनी रूपमा गरेको पाइन्छ।

बजे भन्दा अगाडि भने विरामीहरूले कुनै पनि हालतमा स्वास्थ्य सेवा लिन सक्दैनन् किनभने त्यो समयमा कोही पनि उपस्थित हुने गर्दैन। जुन मानिसहरू सिकिस्त छन् तिनीहरूलाई कि त निजी स्वास्थ्य चौकीमा लगिनुपर्छ कि त स्वास्थ्य चौकी खोल्ने समयसम्म पर्खिनुपर्छ। यसै सिलसिलामा यस अध्ययनका क्रममा अध्ययनमा सामेल अनुसन्धाताहरूले एक महिला आफ्नो वच्चासहित स्वास्थ्य चौकी खोल्ने समयको प्रतीक्षा गरिरहेकी थिइन्।

स्वास्थ्य चौकी खोल्ने समयभन्दा अन्य समयमा स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध हुनु भनेको एउटा प्रमूख विषय रहेको छ। यस सन्दर्भमा बुढागाउँ निवासी एक २० वर्षीय उत्तरदाता ५ आफ्नो भनाइ यसरी राख्दछन् : “यहाँको उप-स्वास्थ्य चौकी २ बजे बन्द हुने गर्दछ र शुक्रबारको दिन केवल २ घण्टाको लागि खोलिन्छ (१० देखि १२ बजेसम्म)। शनिबारको दिन बन्द नै रहन्छ। त्यसैकारणले गर्दा कसरी गरिबहरूले यस्तो सेवाबाट फाइदा लिन सक्छन् त ?” उनको प्रश्न सरकारले किन यस्ता विषयहरूका बारेमा ध्यान दिन सक्दैन त भन्ने रहेको छ।

लिवाङ्ग र बुढागाउँ दुवै ठाउँमा स्वास्थ्य सेवा कार्यालय समयमा मात्र सञ्चालनमा आउने हुनाले मानिसहरू अन्य समयमा परम्परागत औषधी उपचार विधि अपनाउने गर्दछन्। बुढागाउँ निवासी एक ५० वर्षीय जनजाति पुरुष (उत्तरदाता ३७) यस्तो भनाइ राख्दछन् : “स्वास्थ्य चौकीमा रातिको समयमा कुनै पनि किसिमको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिँदैन। त्यसैले हामी प्रायजसो परम्परागत उपचार गराउँछौँ ”। परम्परागत औषधी उपचार यी उत्तरदाताको दोस्रो रोजाइ भएतापनि उनी यसको बारेमा थप राय राख्दछन् जुन यस प्रकार छ, “मैले कैंयौँ मानिसलाई परम्परागत औषधी उपचार पद्धति प्रयोग गरी ठीक भएको अनुभव गरेको छु। त्यसैले म पनि यसमा विश्वास गर्दछु।” सरकारी स्वास्थ्य सेवामा अर्को समस्या भनेको मानव संसाधनको कमी पनि हो जसका कारणले गर्दा हामीलाई सेवा प्रदान गर्न आवश्यता अनुसार स्वास्थ्यकर्मी रहेका हुँदैनन्। जब स्वास्थ्य चौकीका स्वास्थ्यकर्मीहरू विदामा बसेका हुन्छन् वा उनीहरू कुनै तालिममा जाने गर्दछन् त्यतिबेला कुनै कुनै स्वास्थ्य चौकी कार्यालय सहायकहरूले संचालन गरेको देखिन्छ। यसले गर्दा सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई नै गुणस्तरहीन बनाएको छ।

४.२. स्वास्थ्य सेवाको विश्वसनीयता तथा प्रभावकारिता

यस खण्डमा स्वास्थ्य सेवा कतिको प्रभावकारी रूपमा प्रदान गरिन्छ र मानिसहरूले स्थानीय सरकारको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दाको भूमिकाको मूल्याङ्कन कसरी गरेका छन् भन्ने विषयमा छलफल गरिएको छ। प्रभावकारी सेवा प्रवाह भन्नाले सेवाको गुणस्तरीयता तथा विश्वसनीयता भन्ने बुझिन्छ जसमा स्वास्थ्य सेवाहरू कतिको नियमित रूपमा प्रदान गरिन्छ तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूको उपलब्धता कस्तो रहेको छ र उनीहरूको सेवाग्राहीप्रतिको व्यवहार कस्तो रहेको छ भन्ने बुझिन्छ।

मानिसहरूले सरकारबाट प्रदान गरिने निशुल्क औषधीहरूबाट लाभ लिन सक्नुपर्ने हो तर कैयौँ मानिसहरू यस्ता सेवा सुविधा उपलब्ध नहुँदा निराश हुन पुगेका छन्। लिवाङ्ग निवासी एक २० वर्षीय जनजाति युवा (उत्तरदाता ४३) यस्तो दृष्टिकोण राख्दछन् : “स्वास्थ्य चौकीमा प्रदान गरिने निशुल्क औषधीहरू पर्याप्त मात्रामा छैनन्। म स्वास्थ्य चौकीमा ज्वरो आएको समयमा गएको थिएँ तर स्वास्थ्यकर्मीले मलाई जाँच गरिसकेपछि निजी स्वास्थ्य चौकीबाट औषधी किन्न सल्लाह दिनुभएको थियो। यस्तो हो भने निशुल्क स्वास्थ्य सेवा तथा निशुल्क औषधी प्रदान गरिन्छ भन्नुको तात्पर्य के हो ?” उनले थपे, “यदि स्वास्थ्य चौकीमा केही पनि पाइँदैन भने निशुल्क प्रदान गरिन्छ भन्नुको मतलव के हो ?”

यस्ता किसिमका अनुभवहरूले मानिसलाई सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रमा स्वास्थ्य सेवा लिनबाट निरुत्साहित गर्दछ। सेवाग्राहीहरूले स्वास्थ्य चौकीबाट केवल केही मात्रै औषधीहरू पाउन सकेका छन् र ती सिटामोल, जीवनजल, मेट्रोन रहेका छन् भने बाँकी अन्य सबै औषधीहरू सेवाग्राहीहरूले निजी औषधी पसलबाट नै किन्नुपर्ने आवश्यकता रहेको छ। नेपाल स्वास्थ्य अनुसन्धान परिषदको अध्ययन अनुसार नेपालका स्वास्थ्य चौकीमा प्रदान गरिने ३२ वटा निशुल्क

औषधीहरू मध्ये केवल १८ वटा औषधीहरू सजिलै सँग पाइने गर्दछन् । यसका साथै करिब २२ वटा मध्ये १५ वटा औषधी उप-स्वास्थ्य चौकीमा निशुल्कमा पाइन्छ भने अन्य औषधीहरूको अभाव नै हुने गरेको छ[५] । नागरिक दैनिक पत्रिकाको समाचार अनुसार नेपालको हिमाली क्षेत्रमा रहेका ८०%, पहाडी क्षेत्रका ४३% र तराई क्षेत्रका ५२% स्वास्थ्य चौकीहरूमा औषधीको अभाव रहेको छ[६] । केही औषधीहरू जस्तै भिटामिन वी कम्प्लेक्स, आइ ड्रप्स्, इयर ड्रप्स्, श्वासप्रश्वासका औषधीहरू तथा अन्य महँगा औषधीहरूको सधैँ अभाव रहने गरेको छ ।

निशुल्कमा पाइने औषधीहरूको गुणस्तरको विषयमा पनि सेवाग्राहीहरूका निकै आलोचनाहरू रहेका छन् । अध्ययनमा रहेका ५२ जना उत्तरदाताहरू मध्ये ३० जना उत्तरदाताहरू औषधीको गुणस्तरमा असन्तुष्ट थिए । स्वास्थ्य चौकीमा प्रदान गरिने निशुल्क औषधीहरू प्रभावकारी नहुने सेवाग्राहीहरूको धारणा रहेको छ जसका कारण उनीहरूले निजी औषधी पसलबाट पुनः औषधी किन्नुपर्ने आवश्यकता रहेको कुरा व्यक्त गरेका छन् । बुढागाउँका एक २९ वर्षीय जनजाति पुरुष (उत्तरदाता ११) आफ्नो धारणा यसरी राख्दछन् : "हामी प्रायजसो सरकारी उप-स्वास्थ्य चौकीभन्दा निजी स्वास्थ्य चौकी नै जाने गर्दछौँ । उप-स्वास्थ्य चौकीमा कुनै पनि किसिमको राम्रो औषधीको उपलब्धता रहेको छैन .... कहिलेकाहीँ हामीले म्याद सकिन लागेका औषधीहरू पाउँछौँ । कहिले त म्याद नै सकिसकेका औषधी पनि दिने गर्दछन् ।"

नेपालका स्वास्थ्य चौकीहरूमा निशुल्क रूपमा प्रदान गरिने औषधीहरूको गुणस्तरको विषयमा संचारमाध्यममा पनि प्रश्नहरू उठेका थिए । त्यस समयमा कुनै ठाउँमा औषधीहरू वितरण नगरी त्यतिकै थन्किएर बसेको र कुनै ठाउँमा वितरणको लागि औषधी नभएको मुद्दा उठाइएको थियो[७] । केही उत्तरदाताहरूले सरकारी स्वास्थ्य चौकीमा प्रदान गरिने गुणस्तरहीन औषधीहरूलाई भ्रष्टाचारसँग पनि जोडेका थिए । एक सरकारी स्वास्थ्यकर्मीले अहिले स्वास्थ्य चौकीलाई प्रदान गरिएका औषधीहरू कम गुणस्तरको रहेको छ किनभने यी औषधीहरूको माग गर्दाको समयमा कम बजेटका कारण त्यही खालका औषधीहरू मगाइएको र त्यसमा पनि विभिन्न ठाउँमा कमिसन दिनुपर्दा औषधी गुणस्तरहीन भएको खुलासा गरेका थिए । सरकारले कमिसनको चक्करमा औषधीको गुणस्तर कहिले पनि जाँच्ने गर्दैन भन्ने कुरा पनि उनले स्पष्ट पारेका थिए ।

मानिसहरूमा रहेको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको असन्तुष्टि केवल औषधीको उपलब्धतामा मात्रै सीमित रहेको छैन । सेवाग्राहीहरूको गुनासो अनुसार स्वास्थ्य चौकीमा केवल सामान्य रोगहरूको उपचार जस्तै रुघा खोकी, ज्वरो मात्रै हेर्ने गरिन्छ । यस अध्ययनमा रहेका सबै उत्तरदाताहरूले पूर्णतासहित संचालन हुने स्वास्थ्य तथा उप-स्वास्थ्य चौकीको आवश्यकता महसुस गरेका छन् । वरिष्ठ चिकित्सकहरू तथा सबै किसिमका स्वास्थ्य उपकरणका सुविधाहरू हुनुपर्ने तर्क उनीहरू राख्दछन् । यस्तै पर्याप्त सुविधा तथा उपकरणको कमीका कारणले गर्दा मानिसहरू निजी स्वास्थ्य केन्द्रबाट सेवा लिन बाध्य रहेका छन् ।

लिवाङ्ग निवासी एउटी ३१ वर्षीय महिला (उत्तरदाता ३) भन्छिन् कि उनी स्वास्थ्य चौकीमा निशुल्क दिने औषधीहरू लिन जाने गर्दछिन् तर आवश्यक उपकरण र प्रयोगशाला नभएका कारणले उनी त्यहाँबाट प्रदान गरिने अन्य सेवा सुविधा कहिल्यै पनि उपभोग गर्दिनन् । उनका अनुसार, "म केही वर्ष अगाडि स्वास्थ्य चौकीबाट सेवा लिने गर्दथे तर प्रायजसो समय मलाई त्यहाँबाट जिल्ला अस्पताल वा नेपालगञ्ज, काठमाडौं जान सिफारिस गरिन्थ्यो किनभने मलाई त्यहाँको स्वास्थ्य उपचारले केही पनि छुँदैन थियो "।

---

५ पूरा जानकारीका लागि यस लिङ्कमा हेर्नुहोस् : http://nagariknews.com/health/story/16448.html#sthash.ut3JmatX.dpuf

६ पूरा जानकारीका लागि यस लिङ्कमा हेर्नुहोस् : http://nagariknews.com/health/story/16448.html#sthash.ut3JmatX.dpuf

७ पूरा जानकारीका लागि यस लिङ्कमा हेर्नुहोस् : http://nagariknews.com/health/story/16448.htmlhttp://swasthyakhabar.com/2014/02/6191.html, http://nagariknews.com/health/story/17074.html

बुढागाउँका २० वर्षीय क्षेत्री पुरुष (उत्तरदाता ५) यस्तो अवधारणा राख्दछन् : “यहाँको उप–स्वास्थ्य चौकीमा आवश्यक साधनहरू छैनन्, हामी बस्नको लागि कुर्सी, विरामीको लागि खाट र कार्यालयको टेवल पनि छैन । यसका अलावा अन्य उपचारका उपकरण जस्तै एक्स रे मेसिन पनि छैन ।”

बाकस २ : मामला (मुद्दा) अध्ययन : मेरी पत्नीको मृत्युको लागि को जिम्मेवार छ ?

मानिसहरू सरकारी स्वास्थ्य चौकीबाट सेवा लिन चाहन्छन् तर रोग पहिचान गर्ने उपकरणको अभाव तथा प्रयोगशालाको अभावमा सेवाग्राहीहरूले वाध्य भई निजी स्वास्थ्य केन्द्रमा उपचार गराउनुपर्छ, तर यसको पनि छुट्टै जोखिम रहेको छ । कुनै निजी स्वास्थ्य केन्द्रमा विना तालिमवाला तथा कम अनुभव भएका स्वास्थ्यकर्मीहरू रहेका हुन्छन् र त्यहाँ कैयौं विरामीहरूलाई रोगको अनुसन्धानको लागि पनि प्रयोग गर्ने गरिन्छ जसबाट विरामीको स्वास्थ्य अझ बढी विग्रन सक्ने सम्भावना हुन्छ ।

बुढागाउँ ७ निवासी एक उत्तरदाताले आफ्नी श्रीमतीको गलत उपचारका कारणले मृत्यु भएको बताएका छन् र उनले आफ्नी श्रीमतीको उपचार बुढागाउँको एक निजी स्वास्थ्य चौकीमा गराएका थिए । निजी स्वास्थ्य चौकीका स्वास्थ्यकर्मीले उनलाई जिल्ला अस्पतालमा जान सिफारिस गरेका थिए तर उनले पुन निजी स्वास्थ्य चौकीमा नै जाने निर्णय गरेका थिए किनभने उनलाई जिल्ला अस्पताल पुग्न ३ घण्टा समय लाग्ने गर्छ र उनका लागि त्यहाँको उपचार धेरै महँगो रहेको छ । उनले निजी स्वास्थ्य चौकीबाट दिइएको औषधी तथा नदुख्ने औषधीको सेवन गरिरहेका थिए तर एक रात रगत छादेर उनको मृत्यु भएको थियो । मृत्यु पश्चातको पोष्ट मार्टम रिपोर्टले उनको मृत्यु गलत औषधीको सेवनले गर्दा भएको हो भनेर देखायो जुन औषधी उनलाई निजी स्वास्थ्य चौकीबाट दिइएको थियो ।

उनको मृत्यु पश्चात जब उनको श्रीमान्लाई आफ्नी श्रीमतीको मृत्युको मुख्य कारण निजी स्वास्थ्य चौकीको लापर्वाहीका कारणले भएको हो भन्ने थाहा भयो र स्वास्थ्य चौकीमाथि कारबाही गर्न सक्ने अधिकार छ भन्ने पनि थाहा भयो, तबसम्म निकै अबेर भइसकेको थियो । उनकी श्रीमतीको मृत्युको कारण उनले सरकारको लापर्वाही र स्वास्थ्य चौकीमा उपयुक्त उपकरणहरू राख्न नसक्नुलाई मानेका छन् । निजी स्वास्थ्य चौकीप्रति सरकार अनुगमन गर्न असक्षम रहेको कुरा पनि उनले व्यक्त गरेका छन् । उनका अनुसार, “यस्ता किसिमका लापर्वाहीका मुद्दाहरू ग्रामीण क्षेत्रमा हामी धेरै भेट्न सक्छौं, तर कसैले पनि यस्ता प्रकारका निजी स्वास्थ्य केन्द्रका लापर्वाहीमाथि कारवाही गर्दैनन् । उनीहरू एक ठाउँबाट अर्को ठाउँमा आफ्नो स्वास्थ्य केन्द्र सार्दै गर्दछन् । त्यस घटना पश्चात स्वास्थ्य केन्द्रका संचालक यस क्षेत्रबाट फरार भएका थिए र स्वास्थ्य केन्द्र बन्द गरिएको थियो । यो परिप्रेक्ष्यमा तपाईं आफैले नै अनुमान गर्न सक्नुहुन्छ कि मेरी श्रीमतीको मृत्युको लागि र मेरा बालबालिकाहरूको यस्तो अवस्थाको लागि को दोषी रहेको थियो।”

महिलाहरूले परम्परागत हिसाबमा घरमा नै सुत्केरी गराउने गरेका छन् तर अहिलेको अवस्थामा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले सुत्केरी गराउन महिलाहरूलाई स्वास्थ्य चौकी लैजाने गर्दछन् । लिवाङ्ग निवासी एक २४ वर्षीय जनजाति महिला (उत्तरदाता ४६) यस्तो भनाइ राख्दछिन् : “जब म सुत्केरी अवस्थाकी थिएँ मैले आफ्नो स्वास्थ्य जाँच निजी स्वास्थ्य चौकीमा गएर गराइनँ । म सरकारी स्वास्थ्य चौकीमा गएँ जहाँ महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू रहेका छन् । उनले मलाई जाँचिन । उनी प्राय मेरो घर आएर पनि जाँच गर्ने गर्थिन् र मलाई सुत्केरी अवस्थामा हुने कुराहरूको ज्ञान दिने गर्थिन्” ।

सरकारले एक कार्यक्रम (सुरक्षित सुत्केरी प्रोत्साहन कार्यक्रम) मार्फत महिलाहरूलाई स्वास्थ्य चौकीमा सुत्केरी गराउँदा यातायात खर्च दिने गरेको छ र यसले मानिसहरूको स्वास्थ्य चौकीमा गएर सुत्केरी गराउने क्रम बढ्दै गएको छ । बुढागाउँ निवासी एक ५८ वर्षीय महिला (उत्तरदाता, ९) यसबारे भन्छिन् : “हामीलाई प्रदान गरिने यातायात खर्चले पनि सुत्केरी अवस्थाको खर्चमा केही न केही मद्दत गरेको हुन्छ ।” यसका साथै केही महिलाहरूले अवलोकन गरे अनुसार स्वास्थ्य चौकीमा सुत्केरी जाँच राम्रो रहेको तर त्यहाँ आवश्यक रूपमा विरामी जाँचको लागि खाट नभएकोले विरामीहरू जाँचपश्चात स्वास्थ्य चौकीमा स्वास्थ्यकर्मीको निगरानीमा बस्न नसक्ने अवस्था रहेको छ ।

महिलाहरूले स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूसँग सुत्केरी बेलामा हुने समस्याहरू तथा महिला प्रजनन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित समस्याहरूका बारेमा परामर्श लिने गरेका छन् । यस्ता किसिमका परामर्शहरूले महिलाहरूलाई अन्य कार्यक्रम जस्तै खोप सम्बन्धी जानकारी लिने, बच्चाहरूको लागि भिटामिन ए खुवाउने, जुकाको औषधी खुवाउने वारेमा सचेत गराउन मद्दत गरेको छ । यस्ता प्रयासहरूलाई केवल महिलाहरूले मात्रै प्रशंसा गरेका छैनन् । एक २० वर्षीय क्षत्री

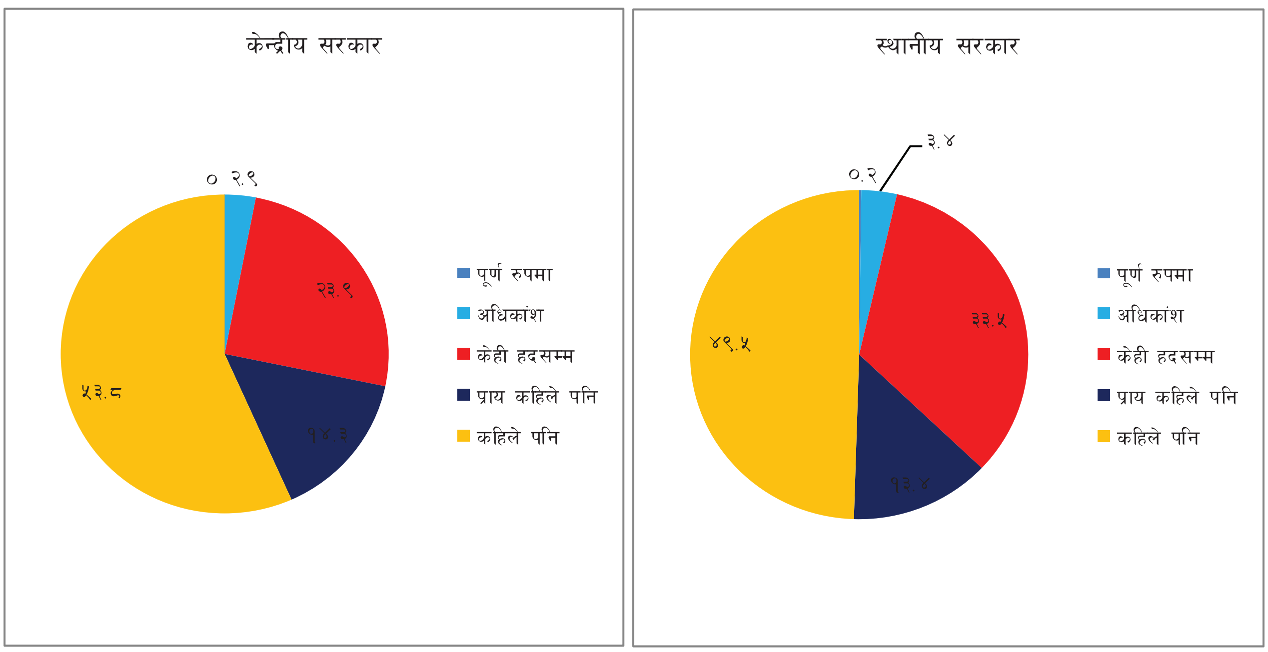
पुरुष (उत्तरदाता, ५) यस्तो प्रतिक्रिया राख्दछन् : "महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले हामीलाई हाम्रा बालबच्चाहरूलाई समयमा खोप दिन सुझाव दिने गर्दछन् । हामीले हाम्रा बच्चाहरूलाई विसिजी, डिपिडी खोप दिएका छौँ ।"

समग्रमा, सरकारी स्वास्थ्य चौकीहरू तथा उप-स्वास्थ्य चौकीहरूको स्थापनाले गर्दा महिलाहरूको प्रजनन स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन मद्दत गरेको छ । यसमा पनि अन्य कुराले भन्दा पनि महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको उपस्थितिले गर्दा सरकारी स्वास्थ्य सेवा अझ बढी प्रभावकारी देखिएको छ[८]। यसका बाबजुद पनि मानिसहरूको स्वास्थ्य स्थितिमा पूर्ण रूपमा सुधार हुने गरी स्वास्थ्य चौकीबाट उपचार हुन सकेको छैन जसका कारणले मानिसहरूको नजरमा सरकारी स्वास्थ्य सेवाले प्रभावकारिता देखाउन गाह्रो रहेको छ ।

४.३. आम मानिसको सरकार र सरकारको उत्तरदायित्वप्रतिको दृष्टिकोण

यस खण्डमा आम मानिसलाई सरकारी सेवा उत्तरदायी तथा पारदर्शी रूपमा प्रदान गरिएको छ कि छैन भन्ने विषयमा मूल्याङ्कन गरिएको छ । सन् २०१२ को सर्वेक्षणले रोल्पा जिल्लाका मानिसहरूको केन्द्रीय सरकार भन्दा पनि स्थानीय सरकारप्रतिको दृष्टिकोण राम्रो रहेको देखाएको छ । यसमा ४९.५ % मानिसहरूले स्थानीय सरकारले मानिसहरूको प्राथमिकताको ख्याल नगरेको देखाइएको छ भने ५३.८% मानिसहरूले केन्द्रीय सरकारले मानिसहरूको प्राथमिकताको ख्याल नगरेको देखाइएको छ *(उप्रेती र सहयोगीहरू, २०१४)* ।

चित्र ३ : तपाईँको विचारमा स्थानीय र केन्द्रीय सरकारमा कसले तपाईँको निर्णय तथा तपाईँको प्राथमिकताको कदर गरेको छ ?



(श्रोत : उप्रेती र सहयोगीहरू, २०१४)

सन् २०१२ को अध्ययनले देखाएअनुसार आम मानिसले स्थानीय सरकारले प्रदान गरेको स्वास्थ्य सेवा भेदभावरहित भएका कारण यसको प्रशंसा गरेका छन् र साथै विभिन्न ठाउँमा स्वास्थ्य चौकी र उप-स्वास्थ्य चौकी स्थापना गर्न

[८] महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले बालबालिकाहरूमा हुने गरेको निमोनियाको वारेमा जानकारी गराउने गर्दछन् र उनीहरूको उपचारका लागि परामर्श दिने गर्दछन् । उनीहरूले वालवालिकामा खोकी तथा ज्वरोमा घरमा गर्न सकिने उपचार पद्धतिको ज्ञान दिने गर्दछन् । यसका साथै उनीहरूले जिन्क ट्याब्लेट, भिटमिन ए दिने गर्दछन् र सुत्केरी भएका महिलाहरूको स्वास्थ्य स्थिति हेर्ने गर्दछन् ।

सक्नु पनि प्रशंसा योग्य रहेको छ। आम मानिसले स्थानीय सरकारद्वारा संचालित स्वास्थ्य चौकीले विभिन्न किसिमका जनचेतनामूलक कार्यक्रम संचालन गरेको, खोप कार्यक्रम संचालन गरेको र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको व्यवस्था गरेकोमा प्रशंसा गरेका छन्। तर केही हदसम्म स्वास्थ्य केन्द्रको गुणस्तर र सामान्य उपचारमा पनि राम्रो सेवा नपाउँदा आम मानिस केही निराश पनि छन्।

उत्तरदाता ३, एक ३१ वर्षीय ब्राह्मण पुरुष भन्छन्, "स्थानीय सरकारको पहलमा स्थापित स्वास्थ्य चौकीहरूले केही सामान्य औषधीहरू प्रदान गर्ने गरेका छन्, जसले गर्दा गरिब मानिसहरू जसले निजी स्वास्थ्य संस्थामा जाँच गराउन सक्दैनन् र औषधी किन्न सक्दैनन्,उनीहरूले सेवा लिन सकेका छन् ....। हामीले स्थानीय सरकारलाई यति गरेकोमा पनि धन्यवाद दिनुपर्ने आवश्यकता रहेको छ।"

६० वर्षीय जनजाति महिला (उत्तरदाता १४) भन्छिन्, " सेवा प्रदान गर्नु सरकारको प्रमुख दायित्व हो .....। स्थानीय सरकारले यसको सबै जिम्मेवारी लिनु पर्ने आवश्यकता रहेको छ र आम मानिसको जिन्दगी सुधार गर्नु सरकारको दायित्व हो"।

आम मानिस भन्छन् कि स्थानीय सरकारले अझ बढी प्रभावकारी रूपमा काम गनुपर्दछ, स्वास्थ्य तथा उप-स्वास्थ्य चौकीको नियमित रूपमा अनुगमन गर्नुपर्छ र औषधीहरू सजिलै प्रदान गर्नुपर्छ। स्थानीय स्वायत्त शासनले गाविस तथा जिविसलाई स्वास्थ्य तथा उप-स्वास्थ्य चौकीको अनुगमन गर्ने अधिकार दिएतापनि अभ्यासमा हेर्दा आम मानिसहरूले यस्तो अनुगमन गरेको आभास सेवा प्रयोजनमा पाउन सकेका छैनन्।

लिवाङ्ग निवासी उत्तरदाता ९, एक ५८ वर्षीय क्षत्री पुरुष भन्छन्, "गाविस तथा जिविसले समुदायको आवश्यकताको विषयमा जानकार हुनुपर्छ र विरामीहरूलाई चाहिने किसिमका सबै सेवाहरू प्रदान गर्न सक्षम हुनुपर्छ। यदि सरकारले हाम्रो कदर गर्छ भने, स्थानीय सरकारले स्वास्थ्य चौकीहरू किन उचित रुपमा संचालन गरिएको छैन भन्ने विषयमा अनुगमन र मूल्याङ्कन गर्न सक्नुपर्छ। हामीलाई चाहिएको मात्रामा औषधी किन दिइएको छैन त्यो छानविन हुनुपर्छ तर त्यस्तो भएको छैन। यदि अनुगमन हुँदो हो भने के स्वास्थ्य चौकीमा पर्याप्त मात्रामा औषधी हुँदैन थियो र ? यदि सरकारले साँच्चिकै गरिबहरूको हेरचाह गर्दछन् भने, किन त यी स्वास्थ्य चौकीहरूमा चाहिए बमोजिम स्वास्थ्य जाँचका उपकरणहरू छैनन् त ?

नेपाल सरकारले ल्याएको स्थानीय स्वायत्त शासनको कार्यान्वियन अन्तर्गत स्वास्थ्य सेवा सबै गाविसको जिम्मेवारीमा हस्तान्तरण गरिएको थियो तर गाविसको तर्फबाट मानिसहरूले कुनै पनि किसिमको अनुगमन भएको आभास पाउन सकेका छैनन्। स्थानीय स्वायत्त शासनको कार्ययोजना अनुसार जिल्ला विकास समितिको अधिकार जिल्ला स्तरीय स्वास्थ्य केन्द्र, जिल्ला अस्पताल, आयुर्वेदिक औषधालय, स्वास्थ्य केन्द्रहरू, स्वास्थ्य सचिवालयको व्यवस्थापन, स्वास्थ्य उपकरण तथा औषधीहरूको आपूर्ति गर्नु रहेको छ। जिल्ला विकास समितिको जिम्मेवारी यी सबैको अनुगमन गर्नु पनि रहेको छ। तर अभ्यासमा हेर्दा, अनुगमन, मूल्याङ्कन तथा जाँचपडताल गरिएको कुनै पनि किसिमबाट देखिएको छैन। स्थानीय सरकारी निकायहरूलाई पर्याप्त मात्रामा स्रोततहरू दिइएको हुँदैन जसका कारण यी निकायहरूले आफूले चाहेबमोजिम कार्यदक्षताका साथ काम सम्पन्न गर्न सक्दैनन् *(एसिया फाउन्डेसन, २०१२)* जबकि केन्द्रीय सरकार यसमा केही पनि गर्न असक्षम रहेको हुन्छ।

केन्द्रीय सरकारको विनियम तथा अनुगमनको कमीका कारणले गर्दा आम मानिसले सोच्ने गर्दछन् कि सरकार मानिसहरूलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न प्रतिबद्ध रहेका छैनन्। सन् २०१२ को अध्ययनले देखाए अनुसार मानिसहरू स्थानीय सरकारप्रति भन्दा केन्द्रीय सरकारप्रति बढी रुष्ट देखिन्छन्। उत्तरदाता ३९, एक ३१ वर्षीय ब्राह्मण महिला भन्छन्, "केन्द्रीय सरकार आम मानिसलाई प्रभावकारी सेवा प्रदान गर्न प्रतिबद्ध रहेको छैन किनभने ऊ अझै पनि राम्रा कार्यक्रमहरू बनाउन असक्षम रहेको छ।"

आम मानिसले बजेटमा रहेको अपारदर्शिताको विषयमा पनि गुनासो गरेका छन् जुन केन्द्रीय सरकारबाट त आउँछ तर यसको पहुँच कहिले पनि आममानिसमा पर्न सकेको हुँदैन, जसका कारण मानिसले केन्द्रीय सरकारको भूमिका मजबुत हुनुपर्ने तर्क गरेका छन् । एक ४२ वर्षीय दलित महिला (उत्तरदाता २४) यस्तो भन्छिन् : "मलाई पटक्कै विश्वास लाग्दैन कि केन्द्रीय सरकार आम मानिसप्रति प्रतिबद्ध रहेको छ .....। यहाँ अनुगमनको कमी छ, केन्द्रीय सरकारबाट जुन बजेट पठाइन्छ त्यो सबै पारदर्शी हुनुपर्ने आवश्यकता रहेको छ । बजेटबाट भएका कामहरूको प्रभावकारिताको मूल्याङ्कन गर्नु आवश्यक रहेको छ । अहिलेसम्म खर्च गरिएका बजेटहरूको खर्च विवरण, सबैको हिसाब किताव व्यवस्थित ढङ्गमा पेश गरिनुपर्नेछ । स्थानीय सरकारले सुनियोजित ढङ्गमा सेवा प्रदान गर्न सक्नु पर्छ किनभने उनीहरूले मात्रै स्थानीय स्तरमा कस्तो अवस्था र आवश्यकता रहेको छ भन्ने कुराको पहिचान गर्न सक्छन् .... । केन्द्रीय स्तरको मुख्य काम भनेको बजेट बनाउने, योजना बनाउने हो र सेवा सुविधा प्रदान गर्ने जिम्मा सबै स्थानीय सरकारको रहेको छ।"

आम मानिसले केन्द्रीय सरकारमा भएको भ्रष्टाचारका कारणले गर्दा सबै किसिमका समस्याहरू उत्पन्न भएको कुरा व्यक्त गर्दछन्, चाहे त्यो औषधी वितरणमा किन नहोस, मानव संसाधनको कमीमा किन नहोस् र स्वास्थ्य तथा उप-स्वास्थ्य चौकीमा हुने गरेको प्राविधिक प्रभावकारिताको कमीमा नै किन नहोस् । मानिसहरू यस्तो पनि सोच्ने गर्छन् कि जो व्यक्ति केन्द्रीय स्तरमा बसी नोकरशाहीको रूपमा काम गर्छन् उनीहरू कर्मचारीतन्त्रको काममा पनि पैसा आउने काममा नै व्यस्त हुन्छन् जसले गर्दा स्थानीय स्तरमा कामको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्न असक्षम हुने गर्दछन् । उत्तरदाता ४१ (एक ५० वर्षीय क्षत्री पुरुष) यस्तो भन्दछन्, : "काठमाडौँको सरकार राजनैतिक प्रतिनिधिहरूको भ्रष्टाचारको प्रमुख केन्द्र बनेको छ । सरकारमा कार्यक्रम तथा कामभन्दा पनि बढी भ्रष्टाचार रहेको छ "।

आम मानिसको धारणामा केन्द्रीय सरकारले सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य केन्द्रहरूको तथा औषधी पसलहरूको अनुगमन गर्नुपर्ने आवश्यकता रहेको विषय औँल्याउँछ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको प्रवेश सन् १९९१ को राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिसँगै भएको हो तर यी संस्थाहरूको नियन्त्रण र अनुगमन भने प्रभावकारी रूपमा हुन सकेको अवस्था भने छैन । स्वास्थ्यकर्मीहरू जसले आफ्नो निजी स्वास्थ्य चौकी चलाउँदै आएका छन् उनीहरूले सरकारी स्वास्थ्य चौकीको औषधी चलाउने गरेका छन् तर अहिलेसम्म कुनै पनि अनुसन्धान भने भएको छैन । यसका साथै रोल्पा जिल्लामा सरकारको स्वीकृति विना चलाउँदै आएका विभिन्न स्वास्थ्य चौकीहरू रहेका छन् जसलाई अहिलेसम्म कारवाहीको दायरामा ल्याइएको छैन । डाक्टरद्वारा दिइएको औषधीको बेचविखनको अनुगमन गर्ने कुनै पनि नियम रहेको छैन। केही उत्तरदाताहरूका अनुसार लिवाङ्गमा त्यस्ता पनि स्वास्थ्य चौकीहरू छन् जहाँका स्वास्थ्यकमीहरूलाई स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान छैन । तरपनि उनीहरू आफ्नो राजनैतिक पहिचान तथा चिनेजानेका मानिसहरूका कारणले कारवाहीबाट बञ्चित रहेका छन् । यति मात्र नभईकन निजी स्वास्थ्य चौकीहरूबाट मानिसलाई अनावश्यक रूपमा औषधी किनाइएका छन् जसले गर्दा आम मानिसले आर्थिक बोझ झेल्नुपर्ने आवश्यकता रहेको छ । साथै औषधीका नकारात्मक असरहरू पनि भोग्नुपर्ने सम्भावना रहेको छ । तर केही यस्ता निजी स्वास्थ्य चौकीहरू पनि छन् जसले आफ्नो कामको गुणस्तरको दावी गर्न सक्छन् र प्रभावकारी सेवा पनि प्रदान गर्दै आइरहेका छन् ।

स्थानीय स्वायत्त शासनको कानुन अनुसार, आम मानिसले स्थानीय सरकारका कुनै पनि कार्यक्रमहरूमा सहभागिता जनाउन सक्नुपर्छ तर यस्ता अभ्यासहरूको प्रमाण निकै कम भेटिएको छ । सरकारबाट स्वास्थ्य सुविधा संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको स्थापना गरी समग्र स्वास्थ्य सुविधाको व्यवस्थापनको जिम्मेवारी लिई महिला, दलित तथा सीमान्तीकृत वर्गलाई सेवा दिन खोजिएको थियो । तर स्थानीय स्तरमा जनताबाट चुनिएका प्रतिनिधिको कमीमा यस समितिले प्रभावकारी काम गर्न सकेको छैन र मानिसहरूले सहभागिता जनाई कुनै पनि किसिमको प्रभाव पार्न सकेका छैनन् । यस विषयमा हाम्रा कुनै पनि उत्तरदाताले समितिले उत्साहजनक काम गरी आफ्नो जिम्मेवारी पूरा गरेको कुरा प्रस्तुत गरेका छैनन् ।

यति मात्रै नभईकन उत्तरदाताहरूलाई कुनै पनि समिति (संस्था) को उपस्थितिको बारेमा ज्ञान थिएन जसले उनीहरूको आवाज सरकारसमक्ष पुऱ्याइदिन सक्छन् । आम मानिसहरूलाई आफ्ना गुनासाहरू कसरी सुनाउने भन्ने कुरा केही पनि थाहा थिएन । उत्तरदाता ५ (एक २० वर्षीय जनजाति पुरुष) भन्छन्, "म कहिले पनि गुनासो राख्ने गर्दिन । मलाई थाहा छैन कहाँ गएर गुनासाहरू राख्ने हो र कर्मचारीहरू पनि हामी समक्ष आएर तपाईँहरूको के समस्या रहेको छ भन्ने कुरा सोध्न आउने गर्दैनन्।" यस अध्ययनमा रहेका ५२ वटा अन्तर्वार्ता मध्ये कुनै पनि अन्तर्वार्तामा यहाँ स्वास्थ्य समितिको उपस्थिति रहेको छ जसले मानिसहरूका स्वास्थ्य समस्याहरू स्वास्थ्यमा कार्यरत कर्मचारीहरू समक्ष पुऱ्याउँछन् भन्ने कुरा उल्लेख भएको छैन ।

सन् २००२ देखि स्थानीय स्तरमा प्रत्यक्ष निर्वाचित प्रतिनिधिहरूको अभावमा आम मानिसले कहीँ पनि आफ्ना गुनासाहरू राख्ने निकाय नै रहेको छैन जसबापत स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी पार्न प्रभाव पार्न सकिन्छ (*एसिया फाउन्डेसन, २०१२*) । अध्ययनमा सहभागी गराइएका सबै ५२ जनै उत्तरदाताहरूका अनुसार स्थानीय स्तरमा निर्वाचित प्रतिनिधिहरू नहुनुका कारणले ग्रामीण भेगमा ठूलो समस्या उत्पन्न भएको छ ।

समग्रमा हेर्दा, आम सेवाग्राहीलाई प्रदान गरिने निशुल्क औषधी तथा निशुल्क स्वास्थ्य सेवाले मानिसहरूको सरकारप्रतिको दृष्टिकोण बदल्न सकेको छैन किनभने जुन सेवा सरकारले प्रदान गर्दै आएको छ त्यो अझै अपर्याप्त रहेको छ र सेवाको गुणस्तर बढाउन तथा जनताप्रति सेवाको उत्तरदायित्व कायम गर्न स्थानीय तथा केन्द्रीय सरकार असफल रहेका छन् । साथै, कुनै पनि किसिमको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन हुन नसकेका कारण मानिसहरू निराशजनक नै रहेका छन् । स्वास्थ्य क्षेत्रमा केही प्रगति भएतापनि मानिसहरूका आशाहरू अझै पनि पूरा गर्न सरकार असमक्ष रहेको छ । स्वास्थ्य तथा उप-स्वास्थ्य चौकीहरू अझै पनि प्रभावकारी रूपमा मानिसहरूका सामान्य समस्याहरूको पनि उपचार गर्न असफल रहेका छन् । यसका कारण मानिसहरूमा केन्द्रीय र स्थानीय सरकारप्रति निकै नै कम विश्वास रहेको छ र केन्द्रीय सरकारको स्वास्थ्य सेवा प्रयोजनमा कुनै पनि किसिमको भूमिकाको अनुभव मानिसहरूले गर्न सकेका छैनन् । स्वास्थ्यको गुणस्तरमा केन्द्रीय सरकारको नियमित अनुगमन तथा मूल्याङ्कनको अभावका कारण नै मानिसहरूको स्वास्थ्य सेवाप्रति असन्तुष्टि बढ्दै जानुको मुख्य कारण बन्न पुगेको छ ।

५. निष्कर्ष

यस अध्ययनले आम मानिसको स्वास्थ्य सेवाप्रतिको अवधारणा प्रस्तुत गरेको छ र उनीहरूले स्वास्थ्य सेवाको उपभोग कसरी गरिरहेका छन् र स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारिताको विषयमा उनीहरूको दृष्टिकोण कस्तो छ भन्ने कुरालाई समेटेको छ । यसका साथै स्वास्थ्य सेवाको उपभोगका कारण सरकारको काम प्रति रहेको उनीहरूको दृष्टिकोण र प्रभावलाई यस अध्ययनले देखाएको छ ।

नेपालको विकट भौगोलिक अवस्थाले गर्दा धेरै मानिसलाई स्वास्थ्य चौकीबाट स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्ने कुरा कठिन रहेको छ । यस सिलसिलामा स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न खर्च कुनै ठूलो समस्या होइन किनभने सरकारले सबै स्वास्थ्य चौकीहरूबाट निशुल्क रूपमा सामान्य स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको छ र केही औषधीहरू पनि प्रदान गर्दै आएको छ । केही वर्ष अगाडि जात-जातिका आधारमा स्वास्थ्य सेवामा हुने भेदभाव एक प्रमुख बाधाको रूपमा रहेको थियो । तर अहिले यस अध्ययनको परिप्रेक्ष्यमा प्रायःजसो उत्तरदाताले यस्ता किसिमका भेदभावहरू नरहेको र यसका कारण कुनै असर नपरेको जानकारी गराएका थिए । यस्तो प्रकारको परिवर्तन आउनुमा सरकारको लैङ्गिक समानता कार्यक्रम तथा माओवादी द्वन्द्वको प्रमुख भूमिका रहेको छ ।

आम मानिसको प्रमुख जिज्ञासा तथा आलोचना स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारिताको विषयमा रहेको थियो । स्वास्थ्य केन्द्रहरू केवल छोटो समयको लागि संचालन गरिन्छन्, औषधीहरू पर्याप्त मात्रामा पाइँदैनन्, उपकरणहरू सीमित

मात्रै रहेका छन् र मानिसहरूमा स्वास्थ्यकर्मीहरूप्रति पनि विश्वसनीयता कायम हुन सकेको छैन । यिनै कारणले गर्दा गरिब तथा अशिक्षित वर्गका व्यक्तिहरू प्रायः परम्परागत शैलीमा धामी, झाँक्री तथा जडिबुटी प्रयोग गरी उपचार गराउने गर्दछन् । यसले के सन्देश दिन्छ भने धनी वर्गका व्यक्तिहरू जसले निजी स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न सक्छन् उनीहरूले उच्च गुणस्तरको स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्दछन् र गरिब व्यक्तिहरू पनि विश्वसनीय नभएता पनि आवश्यक परेपछि निजी स्वास्थ्य केन्द्रमा जाने गरेको देखिन्छ ।

ग्रामीण भेगका गरिब व्यक्तिहरूको छनोटमा सरकारी स्वास्थ्य चौकी पहिलो प्राथमिकता हुने गरेको छ तर उनीहरूका समस्याहरू सामान्य नरहेको अवस्थामा उनीहरू निजी संस्थामा स्वास्थ्य सेवा लिन बाध्य रहेका छन् । यसैकारण मानिसहरूमा सरकारी स्तरमा संचालन गरिएको स्वास्थ्य सेवाप्रति कम गुणस्तर हुने गरेको धारणा धेरै व्यक्तिमा देखिएको छ । तर मानिसमा सरकारी स्वास्थ्य सेवामा पनि मातृ तथा शिशुको स्वास्थ्य उपचारप्रति भने धेरै सकारात्मक धारणा रहेको पाइन्छ किनभने धेरैजसो उत्तरदाताहरूले सरकारले प्रदान गरेको सुत्केरी सेवा तथा खोपहरूको उपभोग गर्दै आएका छन् र उनीहरू यसबाट सन्तुष्ट रहेका छन् ।

आम मानिसरूले सरकारको स्वास्थ्य सेवामा रहेको भूमिकाप्रति आफ्नो असन्तुष्टि जनाएका छन् । आम मानिसमा सरकारी स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरमा प्रगति हुने आशा रहेको थियो र सरकारले राम्रा स्वास्थ्यकर्मी तथा आवश्यक उपकरणहरू ल्याउन सक्ने आशा रहिरहेको थियो । तर उनीहरूको अवधारणा अनुसार सरकारले निजी स्वास्थ्य चौकीहरूलाई अनुगमन गर्न नसक्दा तथा एउटा विनियममा ल्याउन नसक्दा सरकारप्रति असन्तुष्टि व्यक्त गरेका थिए । उनीहरूले आफूहरूले सरकारको स्वास्थ्य नीति परिवर्तन गर्न तथा स्वास्थ्य समस्याहरूको विषयमा गुनासो गर्न कुनै पनि प्रभाव पार्न नसकेको विचार व्यक्त गरेका छन् । स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउने हिसाबले स्थापना गरिएको स्वास्थ्य सेवा संचालन तथा व्यवस्थापन समितिले आफ्नो लक्ष्य अनुरुप काम गर्न सकेको छैन । महिलाहरू तथा तल्लो वर्गका व्यक्तिहरू स्वास्थ्य सेवा प्रणालीबाट केही रूपमा अन्य व्यक्तिहरूभन्दा सन्तुष्ट त रहेका छन् तर अन्य जातका मानिसहरूले सरकारको ध्यान स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर वृद्धि तथा सहज पहुँचमा बढी केन्द्रित हुनुपर्ने कुरामा जोड दिएका थिए । स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउन भूमिका निर्वाह गरेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको काम विशेष गरी मातृ सेवा, शिशु सेवा र परिवार नियोजनामा सराहनीय रहेको छ । तसर्थ यी स्वयंसेविकाहरूको क्षमता वृद्धि गर्दा सरकारको स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा उल्लेखनीय सुधार ल्याउन सकिने सम्भावना रहेको छ । यसले सरकारको आम मानिसलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सहज रूपमा प्रदान गर्ने लक्ष्य पूरा गर्न मद्दत गर्न सक्छ ।

केन्द्रीय सरकारले नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका नीतिहरूको सही रूपमा कार्यान्वयन गर्नु आवश्यक रहेको छ जसका कारण मात्रै स्वास्थ्य क्षेत्रको गुणस्तर तथा प्रभावकारितामा वृद्धि गर्न सकिने सम्भावना रहेको छ । नेपालको निकै स्थिर गतिको विकेन्द्रीकरण, स्वास्थ्य क्षेत्रमा उपकरणहरूमा रहेको कमी, निशुल्क प्रदान गरिने औषधीहरूको कमी, अनुगमनको कमी तथा सीपमूलक स्वास्थ्यकर्मीहरूको अभाव परिपूर्ति एक प्रमुख आवश्यकता रहेको छ । नेपालको स्वायत्त शासन ऐन, १९९९ मा रहेको स्थानीय सरकारले स्वास्थ्य संस्थाहरूको अनुगमन तथा निर्देशन गर्ने अधिकारलाई अभ्यासमा ल्याउनुपर्ने आवश्यकता रहेको छ जसका कारणमात्रै स्थानीय सरकारको क्षमता वृद्धि गर्न सक्ने अवस्था रहेको छ । केन्द्रीय तथा स्थानीय स्तरमा प्रभावकारी तथा उत्तरदायी शासनको उपस्थिति विना स्वास्थ्य सेवा सीमित रूपमामात्रै प्रदान गर्न सकिन्छ र यसको वैधानिकता पनि सीमित नै रहन्छ ।।

६. सन्दर्भ सूची

अस्भिक, एस., जमिल, आई., र ढकाल, टि.एन. (२०११). सिटिजनस् ट्रष्ट इन पब्लिक एण्ड पोलिटिकल इन्स्टिट्यूसनस् इन नेपाल । इन्टरनेश्लन पोलिटिकल साइन्स रिभिउ, ३२ (४), ३९६–४१६ ।

भट्टचन, के.वी., सुनार, टि.वी. एण्ड भट्टचन, वाइ.के. (२००९) काष्ट वेस्ड डिस्क्रिमिनेसन इन नेपाल । वर्किङ्ग पेपर सिरिज ३ (८) । न्यू डेलि : इण्डियन इन्स्टिट्यूट अफ दलित स्टडिज ।

भट्टचन, के.वी, हेमचुरी, के., गुरुङ्ग, वाइ.वी., एण्ड विश्वकर्मा, सी.एम. (२००२) एक्जिस्टिङ्ग प्राक्टिसेस अफ काष्ट वेस्ड अनटचेविलिटि इन नेपाल एण्ड स्ट्रेटेजी फर अ क्याम्पेन फर इट्स इलिमिनेसन । फाइनल रिपोर्ट । काठमाडौँ, एक्सन ऐड ।

केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग (२०१२) नेपाल लिभिङ्ग स्ट्यान्डर्ड सर्भे २०११ । काठमाडौं : सिविएस ।

क्यामरन, एम.एम. (२००७) कन्सिडरिङ्ग दलितस् एण्ड पोलिटिकल आइडेन्टिटि इन इमेजिनिङ्ग अ न्यू नेपाल, हिमालय, द जर्नल अफ द एसोसिएसन फर नेपाल एण्ड हिमालयन स्टडिज २७ (१) ।

कोलिन्स, एस. (२००६) "एसेसिङ्ग द हेल्थ इम्प्लिकेसनस् अफ नेपालस् सिजफायर", द लेन्सेट ३६८(९५३९) : ९०७–९०८ ।

जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय–रोल्पा (२०१४) २०६९–२०७० वार्षिक प्रतिवेदन । काठमाडौं : जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय रोल्पा ।

जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय (२०१४) वार्षिक प्रतिवेदन २०१३ । काठमाडौं : जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय ।

देवकोटा, वी. (२००८) "एफेक्टिभ्नेस अफ एसेन्सियल हेल्थ केयर सर्भिसेस डेलिभरी इन नेपाल", जर्नल अफ नेपाल हेल्थ रिसर्च काउन्सिल ६(१३) : ७४–८३ ।

देवकोटा वी एण्ड भान तेजलिङ्गेन इ.आर. (२००९) "पोलिटिसियनस् इन एप्रोन : केस स्टडि अफ रिवेल हेल्थ सर्भिसेस इन नेपाल" । एसिया–पेसिफिक जर्नल अफ पब्लिक हेल्थ । २१(४):३७७–८४ ।

देवकोटा वी एण्ड भान तेजलिङ्गेन इ.आर. (२०१०) "अन्डरस्टेन्डिङ्ग इफेक्ट्स अफ आमर्ड कन्फ्लिक्ट अन हेल्थ आउटकमस् : द केस अफ नेपाल", कन्फ्लिक्ट एण्ड हेल्थ, ४:२० ।

डोलिडार (२००५) इन्टिग्रेटेड रुरल एक्सेसिविलिटी प्लालिङ्ग । ललितपुर : डिपार्टमेन्ट अफ लोकल इन्फ्रास्ट्रक्चर डिभलप्मेन्ट एण्ड एग्रिकल्चरल रोडस् ।

इन्गेल, जे., ग्लेनी, जे., अधिकारी, एस.आर., भट्टराई, एस.डब्लु., प्रसाई, डि.पी., एण्ड स्यामुएल्स, एफ. (२०१३) नेपालस् स्टोरी : अन्डर्स्टेन्डिङ्ग इम्प्रुभ्मेन्टस् इन म्याटर्नल हेल्थ । लन्डन : ओभरसिज डिभलप्मेन्ट इन्स्टिट्यूट ।

एफएओ (२०१०) एसेसमेन्ट अफ फूड सेक्युरिटी एण्ड न्युट्रिसन इन नेपाल । काठमाडौं : फूड एण्ड एग्रिकल्चरल अर्गनाइजेसन ।

घिमिरे एस (२००९) "द इन्टरसेक्सन विट्विन आमर्ड कन्फ्लिक्ट एण्ड हेल्थ सर्भिस सिस्टम इन द रोल्पा डिस्ट्रिक्ट अफ नेपाल : एन इथ्नोग्राफिक डिस्क्रिप्सन" सोसियल मेडिसिन ४(३) : १३९–१४७ ।

हेरिस, डि., वेल्स्, जे., जोन्स, एच., एण्ड राणा टी (२०१३) ह्युमन रिर्सोसेस फर हेल्थ इन नेपाल : द पोलिटिक्स अफ एक्सेस इन रिमोट एरियाज । लण्डन : ओभरसिज डिभलप्मेन्ट इन्स्टिट्युट ।

कार्की, आर., एण्ड झा, एन (२०१०) "प्राइमरी हेल्थ केयर डिभ्लप्मेन्ट : ह्वेर इज नेपाल आफ्टर ३० इयर्स अफ अल्मा अटा डिक्लेरेसन ?" जर्नल अफ नेपाल मेडिकल एसोसिएसन ४९ (१७८): १७८–१८४ ।

केभिलिट्झ, यु., एण्ड पोल्जर, टी. (२००२) नेपाल कन्ट्री स्टडी अन कन्फ्लिक्ट ट्रान्सफर्मेसन एण्ड पिस विल्डिङ्ग । इस्कभोम, जर्मनी, जिटिजेट ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्था मन्त्रालय, न्यु एरा, एण्ड आइसिएफ इन्टरनेसनल इन्क. (२०१२) नेपाल डेमोग्राफक एण्ड हेल्थ सर्भे २०११। काठमाडौं : स्वास्थ्य तथा जनसंख्था मन्त्रालय, न्यु एरा, एण्ड आइसिएफ इन्टरनेसनल।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्था मन्त्रालय, पिएमएनसिएच, डव्लुएचओ, एएचपिएसआर एण्ड पार्टिसिपेन्टस् इन द नेपाल मल्टिस्टेकहोल्डर पोलिसी रिभिउ (२०१४) सक्सेस फ्याक्टर्स फर हुमनस् एण्ड चिल्ड्रेन्स् हेल्थ : नेपाल। काठमाडौं : स्वास्थ्य तथा जनसंख्था मन्त्रालय।

निएल्सन, एल.सी. (२००४) इक्विटी इन हेल्थ एण्ड हेल्थ केयर इन नेपाल : एक्सपिरियन्स फ्रम नेपाल हेल्थ सेक्टर रिफर्म । कोपेनहेगन : इज इन्टरनेशनल ९धधधा।भबकभष्लता।अफरउयधरएइरु)भ्तग्क्स्थ)क्ष्ल)ज्म्बेत्ज)ल्भ्एबे। मयअ०

प्रताप, यू., एण्ड हिल्ल, डि.आर. (२०१२) " द माओइष्ट इन्सर्जेन्सी (१९९६–२००६) एण्ड चाइल्ड हेल्थ इन्डिकेटर्स इन नेपाल", इन्टरनेशनल हेल्थ ४(२) : १३५–१४२।

पेट्टिग्रिउ, जे., डेलफ्याब्रो, ओ., एण्ड शर्मा, एम. (२००३) कन्फ्लिक्ट एण्ड हेल्थ इन नेपाल : एक्सन फर पीस विल्डिङ्ग। काठमाडौं : डिएफआइडि, जिटिजेट एण्ड एसडिसि।

पिएमएनसिएच, डव्लुएचओ, वर्ल्ड बैंक एण्ड एएचपिएसआर (२०१४) सक्सेस फ्याक्टर्स फर हुमनस् एण्ड चिल्ड्रेन्स हेल्थ : पोलिसी एण्ड प्रोग्राम हाइलाइट्स फ्रम १० फास्ट ट्र्याक कन्ट्रिज। जेनेभा : वर्ल्ड हेल्थ अर्गनाइजेसन।

प्याकुरेल, युपी (२००७) माओइष्ट मुभमेन्ट इन नेपाल : अ सोसियोलोजिकल पर्सपेक्टिभस्, दिल्ली : एड्रोइट पव्लिसर्स

रिसोर्स सेन्टर फर प्राइमरी हेल्थ केयर (आरइसिपिएचइसी) (२०१०) ब्रिफिङ्ग पेपर अन एसेन्सियल हेल्थ केयर सर्भिसेस (इएचसिएस) इन नेपाल : स्टेटस, अचिम्मेन्टस्, कन्सर्नस् एण्ड फ्युचर डिरेक्सन्स। काठमाडौं : रिसोर्स सेन्टर फर प्राइमरी हेल्थ केयर।

रोज, पी., ग्रिली, एम (२००६) "एजुकेशन एण्ड फ्रेजाइल स्टेट्स : क्याप्चरिङ्ग लेशनस् एण्ड आइडेन्टिफाइङ्ग गुड प्राक्टिस " पेपर प्रिपेर्ड फर ओइसिडि डिएसी फ्रेजाइल स्टेट्स ग्रुप, (www.ids.ac.uk/files/Education_and_Fragile_States.pdf) .

द एसिया फाउन्डेसन (२०१२) पोलिटिकल इकोनोमी एनेलाइसिस अफ लोकल गर्भनेन्स इन नेपाल विथ इस्पेसल रिफरेन्स टु एजुकेशन एण्ड हेल्थ सेक्टर्स। काठमाडौं : द एसिया फाउन्डेसन।

तिवारी, डि.के. (२००८) जेन्डर डिस्क्रिमिनेशन इन हेल्थ अमङ्ग डिफ्रेन्ट काष्ट एण्ड इथनिक ग्रुपस् इन नेपाल। ललितपुर : सोसियल इन्क्लुजन रिसर्च फण्ड।

युएनडिपी (२००९) नेपाल ह्युमन डिभलप्मेन्ट रिपोर्ट २००९ : स्टेट ट्रार्न्सफर्मेसन एण्ड ह्युमन डिभलप्मेन्ट। काठमाडौं : युनाइटेड नेशन्स् डिभलप्मेन्ट प्रोग्राम।

युनिसेफ एण्ड डव्लुएचओ (२०१४) फूलफिलिङ्ग द हेल्थ एजेन्डा फर वुमेन एण्ड चिल्ड्रेन। द २०१४ रिपोर्ट। जेनेभा : युनिसेफ एण्ड वर्ल्ड हेल्थ अर्गनाइजेशन।

उप्रेती, वि.आर., केसी, एस., मालेटट्, आर., एण्ड वावाजानियन, वी., विथ प्याकुराल, के., घिमिरे, एस., घिमिरे, ए., एण्ड शर्मा, एस.आर. (२०१२) "लाइभिलिहुड्स, वेसिक सर्भिसेस एण्ड सोसियल प्रोटेक्सन इन नेपाल"। वर्किङ्ग पेपर ७। लण्डन : एसएलआरसी।

उप्रेती, वि.आर., उप्रेती, पी., ह्यागेन – ज्याङ्कर, जे., केसी, एस., एण्ड मालेटट्, आर. (२०१४) "सर्भेइङ्ग लाइभलिहुड्स, सर्भिस डेलिभरी एण्ड गर्भनेन्स : वेसलाइन एभिडेन्स फ्रम नेपाल"। वर्किङ्ग पेपर १३। लण्डन : एसएलआरसी।

डव्लुएचओ, युनिसेफ, युएनएफपिए, वर्ल्ड वैंक एण्ड युनाइटेड नेशन्स् (२०१४) ट्रेन्डस् इन म्याटर्नल मोर्टालिटी : १९९० टु २०१३। जेनेभा : डव्लुएचओ, युनिसेफ, युएनएफपिए, वर्ल्ड वैंक एण्ड युनाइटेड नेशन्स्।