

स्वास्थ्य क्षेत्रको
लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक
समावेशीकरण रणनीति
(Health Sector - GESI Strategy)



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
काठमाडौं, नेपाल

२०६६ (सन् २००९)

विषय-सूची

१	पृष्ठभूमि	१
१.१	स्वास्थ्य क्षेत्रको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको वर्तमान अवस्था	१
१.२	लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशीकरण सम्बन्धी विद्यमान नीतिगत व्यवस्था	३
१.३	प्रयास र उपलब्धीहरु	६
१.४	औचित्य	७
१.५	तयारी प्रकृया	७
२.	परिभाषा	८
३.	उद्देश्य	१०
४.	रणनीति तालिका	१०
५.	रणनीति कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवं मुल्यांकन	१८
५.१	रणनीति कार्यान्वयन प्रकृया	१८
५.२	लैससास रणनीति कार्यान्वयन संस्थागत संरचनाको व्यवस्था	१८
५.३	अनुगमन, प्रतिवेदन एवं मुल्यांकन	१९
६.	रणनीति कार्यान्वयनका चुनौतिहरु	२१
	अनुसूचीहरु	२२

अनुसूची - १: स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी रूपमा प्रदान गर्न र उपभोग गर्नमा बाधाहरु
(नेपालगञ्ज, विराटनगर तथा पोखरामा संचालित क्षेत्रीय गोष्ठीबाट प्राप्त निचोड)

अनुसूची - २: सन्दर्भ सामाग्री

अनुसूची - ३: क्षेत्रीय तथा केन्द्रीय गोष्ठीमा सहभागी व्यक्ति वा संस्थाको नामावली

अनुसूची - ४: स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको संस्थागत संरचना

प्राक्कथन

शब्दसंक्षेप

लैससास	लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण
स्वजमं	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
गैसस	गैरसरकारी संस्था
गाविस	गाउँ विकास समिति
जिविस	जिल्ला विकास समिति
जिजस्वाका	जिल्ला जन-स्वास्थ्य कार्यालय
जिस्वाका	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय
NHSP-IP	Nepal Health Sector Program – Implementation Plan (नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना)
GESI	Gender Equality and Social Inclusion
EHCS	Essential Health Care Service (अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा)
SBA	Skilled Birth Attendant
ANC	Antenatal Care
GoN	Government of Nepal
MDGs	Millennium Development Goal (सहश्राव्दी विकास लक्ष)
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper (गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र)
NDHS	Nepal Demographic and Health Survey (जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्भेक्षण)
IEC	Information, Education and Communication (सूचना, शिक्षा तथा संचार)
BCC	Behavior Change Communication
PAMS	Poverty Monitoring and Analysis System (गरिवी अनुगमन तथा विश्लेषण प्रणाली)
HMIS	Health Monitoring and Information System (स्वास्थ्य व्यवस्थापन तथा सूचना प्रणाली)
NLSS	National Living Standard Survey
e-AWPB	Electronic Annual Work Plan and Budgeting

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति २०६६

१. पृष्ठभूमि

नेपाल हाम्रो आफ्नै भौगोलिक विशिष्टता, बहुसांस्कृतिक एवं सामाजिक मूल्य मान्यता, धर्म तथा जाति/जनजातिका आधारमा विविधताले भरिपूर्ण छ। तरपनि नेपालमा विद्यमान सामाजिक संरचनात्मक विभेद (hierarchical structure), पितृसत्तात्मक सोच र मूल्य मान्यता, भौगोलिक तथा क्षेत्रगत विभेद एवं आर्थिक असमानताका कारणले गर्दा राज्यले दिँदै आएको सार्वजनिक सेवा/सुविधा तथा श्रोतमाथि विपन्न वर्ग, सिमान्तकृत जाति/जनजाति र विशेष गरी महिला तथा बालबालिकाहरुको समतामूलक पहुँच तथा उपभोगलाई प्रभावित पारेको छ। नेपालको हालको निम्न मानव विकास सूचकांक पनि प्रष्ट रूपमा अगाडि देखिएको क्षेत्रगत विभेद, लैङ्गिक असमानता तथा सामाजिक वन्चितकरणसंग गासिएको छ।

स्वास्थ्य क्षेत्र सामाजिक विकासको महत्वपूर्ण अंग मानिन्छ। राज्यले विभिन्न नीतिगत कार्यक्रमहरुको माध्यमबाट यस क्षेत्रको विकासको प्रत्याभूति गराउन खोजे तापनि कार्यान्वयन तहमा लक्षित वर्ग पहिचान गरी कार्यान्वयन हुन नसक्दा लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशीकरणको नारा केवल नारामा सिमित रहेको छ। वर्तमान परिवर्तित राजनैतिक अवस्थाले स्वास्थ्य क्षेत्रमा सबैको अधिकार स्थापित गर्न तथा राष्ट्रले अनुमोदन गरेका विभिन्न अन्तर्राष्ट्रिय घोषणापत्र र महासन्धिहरु (सहश्राव्दी लक्ष, सि.आर.सी., सिड, वैजिड महासन्धि आदि) को लक्ष हासिल गर्न यस विषयमा रणनीतिक कार्यक्रम शुरु गरेका छ।

सहश्राव्दी लक्षको घोषणाले गरिवी निवारणको लागि सहज वातावरण श्रृजना गर्नको लागि आठवटा सहश्राव्दी लक्ष तथा २१ वटा परिमाणात्मक लक्ष निर्धारण गरेकोमा धेरैजसो परिमाणात्मक लक्षले स्वास्थ्य क्षेत्रलाई समेटेको छ। ति लक्षलाई परिणाम मुखी बनाउन स्वास्थ्य क्षेत्रको अहम भूमिका हुने हुदाँ उपलब्ध श्रोत र साधनलाई विपन्न वर्गको घर दैलोमा लैजान लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीतिले महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्ने कुरा निर्विवाद छ।

१.१ स्वास्थ्य क्षेत्रको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको वर्तमान अवस्था

स्वस्थ्य रहनु मानव जीवनको नैसर्गिक अधिकार हो। नेपालको ३१ प्रतिशत जनसंख्या गरिवीको रेखा मुनि रहेका र त्यसमा महिला, दलित, जनजाति एवं पिछडा वर्गको बाहुल्यता रहेको देखिन्छ। विशेष गरी कर्णाली अञ्चल, सुदूर पश्चिम क्षेत्र, अन्य विकट पहाडी क्षेत्र र तराईका आदिवासी यो संख्या भित्र पर्दछन्। नेपालको जनसंख्या वृद्धिदर २.३ प्रतिशत रहेको हुँदा आउँदा दिनहरुमा स्वास्थ्य सेवाको माग पनि उच्च हुने देखिन्छ। (NLSS 2003)

नेपालको परिप्रेक्षमा धनी र गरिवि विच स्वास्थ्य सेवाको उपभोगमा असमानता देखिएको छ। सबभन्दा धनी वर्गले सबभन्दा गरिव वर्ग भन्दा २५ गुणा बढी स्वास्थ्यमा खर्च गर्ने गर्छन् (प्रसाई २००६)। सन् २००६ को तथ्यांक अनुसार गरिव वर्गको मृत्युदर र रोग लाग्ने दर (Morbidity) धनी वर्गको तुलनामा निकै बढी छ। त्यसकारण जातिय तुलना भन्दा आर्थिक अवस्थालाई मध्य नजर राखेर सामाजिक समावेशीकरणको विभेद छुट्टयाउनु पर्छ। अर्थात सामाजिक समावेशीकरणले वर्ग विभेदलाई छोड्न हुँदैन। (उदाहरणका लागि कर्णालीका ब्राम्हण गरिवीका कारणले अन्य क्षेत्रका जातजाति भन्दा जोखिमपूर्ण अवस्थामा रहेका छन्।)

आर्थिक हिसाबले नेपालमा जातजातिबीच ठूलो अन्तर पाइएको छ। जातजाति र आदिवासी जनजाति भित्रका धेरैजसो समूहहरु पछाडी पारिएका वा वन्चितमा परेका छन्। बहुसंख्यक दलितहरु गरिवीको रेखामुनि रहेका छन्। उनीहरुको औसत आयु बाहुन छेत्रीको भन्दा आधा र नेवारको भन्दा एक तिहाई देखिन्छ। सन् २००६ को राष्ट्रिय जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्भेक्षणले पनि दलितहरु र मुस्लिम समुदायको स्वास्थ्य सूचकहरु न्यून रहेको देखाएको छ।

सन् १९९६, २००१ र २००६ को राष्ट्रिय जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्भेक्षण (NDHS) लाई तुलना गरी हेर्दा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग, बाल बालिकाको खोप, भाडापखालामा नियन्त्रण तथा उच्च स्वास्थ्यप्रवास संक्रमण (Acute Respiratory Infection) को उपचारमा जाति, जनजाति, तथा धनी गरिव विचको असमानतामा कमी आएको देखिन्छ। त्यस्तै गरि पाँच वर्ष मुनीका र शिशु मृत्युदर पनि जाति, जनजाति र धनी गरिव विचको असमानतामा कमी आएको देखिन्छ। तथापी प्रसूती पूर्व हेरचार (Antenatal Care) तथा प्रसूती सेवामा दक्ष प्रसूतीकर्मीको सहयोग लिनेको संख्यामा भने असमानता देखिन्छ। उदाहरणको लागि प्रसूती पूर्व हेरचार (Antenatal Care) को उपभोगको सन्दर्भमा गरिव मा कम प्रतिशतले वृद्धि भएको पाइन्छ भने धनी वर्गमा अत्याधिक प्रतिशतले वृद्धि भएको पाइन्छ। सन् २००६ को जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्भेक्षण अनुसार दक्ष प्रसूतीकर्मीको सहयोग लिनेमा गरिव वर्गमा ४८ प्रतिशत देखिन्छ भने धनी वर्गमा ५७.८ प्रतिशत देखिन्छ। त्यस्तै गरि स्वास्थ्य सेवामा दलितको पहुँचमा निकै न्यून देखिन्छ। सुत्केरी हुँदा दक्ष प्रसूतीकर्मीको सहयोग (SBA) लिनेमा तराई दलितमा ५ प्रतिशत र पहाडी दलितमा १४ प्रतिशत छ जबकी पहाडी ब्राहमण (३८ %) र तराई उच्च जात (७० %) छ (वेनेट/दाहाल)। संस्थागत प्रसूती सेवा लिनेमा पनि धनी, गरिव वर्ग र जात/जनजाति विच निकै विभेद देखिन्छ। एवं प्रकारले मुस्लिम समुदाय अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा लिनमा अन्य समुदाय भन्दा पछाडी परेका छन्।

त्यस्तै गरि महिलाको सन्दर्भमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा छुट्टै प्रकारका समस्याहरु छन्। वास्तवमा हाम्रो पुरुष प्रधान समाजले महिलालाई दोश्रो दर्जाको नागरिकको रूपमा स्थापित गरेको छ। अझ पछाडि परेका वा पारिएका वर्ग भित्रका महिलाहरु स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने र अझ मातृ स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्नेमा त निकै पछाडि परेका छन्। स्वास्थ्यको दृष्टिकोणले महिलाहरु अति नै जोखिमपूर्ण रहेका र सेवा लिन सवालमा दाश्रो श्रेणीमा पर्ने गरेका छन्। परिवार/समाजले महिलाको स्वास्थ्यलाई महत्व नदिने र विशेष गरि गर्भ संग सम्बन्धित कुरा त उसको भाग्यको कुरा हो भन्ने गरिन्छ। परिवार/समाजद्वारा महिलालाई अवसरमा विभेद गरिएकाले उनीहरु शिक्षा, स्वास्थ्य तथा सूचनाको पहुँचमा पछाडी परेका छन्। भ्रूणको लिङ्ग परिक्षण गर्ने प्रचलन, परिवार/समाजमा छोरा र छोरीप्रति गरिने असमान व्यवहार आदिले पनि महिलाको स्वास्थ्यमा असर पारेको छ। साथै महिला र पुरुष विचको विभेद अन्त्य गर्न विभिन्न कानूनहरु ल्याइएपनि धर्म तथा सामाजिक रितीरिवाजमा भएको विभेदले कानूनलाई छायाँमा पारेकोले कार्यान्वयन पक्ष कमजोर छ। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले महिलाको स्वास्थ्यलाई लक्षित गरेर विभिन्न कार्यक्रमहरु ल्याउँदै आएको छ जसले गर्दा महिलाको स्वास्थ्यमा कमश सुधार आएको छ। भर्खर मात्र संचालन निःशुल्क प्रसूती सेवाले यो सेवा लिन आउने महिलाको संख्यामा वृद्धि भएको छ।

औसत आयु, मातृ मृत्युदर तथा बाल मृत्युदरमा ग्रामीण र शहरी क्षेत्र विच ठूलो अन्तर पाइन्छ। गरिव तथा असहाय वर्गले ग्रामिणस्तरको स्वास्थ्य सेवा उपयोग गरेको पाइन्छ भने धनी र शहर केन्द्रित वर्गले अस्पतालको सेवा बढि उपयोग गरेको पाइन्छ।

पर्वतीय विकटता तथा भौगोलिक अवस्थाले गरिवीको रेखामुनी रहेका ग्रामीण जनसंख्यालाई धेरैकुरावाट अलग्याउनुका साथै स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा थप चुनौतीहरु आइपरेका छन्। आर्थिक अवस्था कमजोर हुनेले सेवा निःशुल्कभएपनि टाढा सेवा लिन जानुपर्दा यातायात तथा अन्य खर्च जुटाउन समस्या र भौगोलिक हिसावले विकट क्षेत्रमा स्वास्थ्य संस्था लक्षित वर्गको पहुँच पुग्ने स्थानमा उपलब्ध नभएकाले ति वर्गले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्नमा कठिनाई भोग्नुपरेको छ। दुर्गम तथा ग्रामीण भेकमा स्वास्थ्यकर्मीहरुको न्यून उपस्थिति, औषधी तथा उपकरणको उचित आपूर्ति व्यवस्था हुन नसक्नु, अन्य गैह्र सरकारी संस्था तथा निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरु देशको सुविधा सम्पन्न स्थानहरुमा केन्द्रित हुने प्रवृत्ति आदिले गर्दा राज्यले ति क्षेत्रका जनसंख्यालाई उचित स्वास्थ्य सुविधा दिन नसकिरहेको अवस्था विद्यमान छ। राज्यले ति क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने कार्यलाई लागतसंग तुलना गरेको देखिन्छ। वास्तवमा स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्र मानव अधिकार भित्र पर्ने तथा यो राज्यको सामाजिक लक्ष्य पनि भएको हुँदा स्वास्थ्य सेवालालाई लागतसंग तुलना नगरि भौगोलिक विविधताको आधारमा यसको निर्धारण गर्नुपर्ने आजको आवश्यकता छ।

त्यस्तै लक्षित वर्ग प्रति स्वास्थ्यकर्मीको विभेदपूर्ण व्यवहार, कर्मचारीको स्वास्थ्य सेवा प्रतिको उतरदायित्व र जवाफदेहिताको कमी, स्वास्थ्यकर्मीमा लक्षित वर्गलाई परामर्श दिनसक्ने सीपको कमी, स्वास्थ्यकर्मी शहर केन्द्रित हुनु, सेवा प्रदायकमा आफ्नो पेशाप्रति उत्प्रेरणामा कमी हुनु, आदिले गर्दा ति वर्गको स्वास्थ्य संस्थाप्रतिको विश्वासमा कमी आएको र स्वास्थ्य संस्था प्रति समुदायको अपनत्वमा कमी भएको छ।

यसका अलावा गरिवी, अशिक्षा, सूचनाको कमी तथा प्राप्त सूचना उपयुक्त माध्यम तथा बुझ्ने भाषामा प्रचार प्रसार नहुनुका साथै स्वास्थ्यकर्मीसंगको भाषिक समस्याका कारण पछाडी परेका समुदाय स्वास्थ्य सूचना तथा सेवाबाट वन्चित हुने गरेका छन् । परम्परागत विचार, सामाजिक तथा धार्मिक वाधाहरू (जस्तै मुस्लिम समुदाय स्वास्थ्य उपचारप्रति निष्कृत्य), अन्धविश्वास र सामाजिक संस्कृति/कुरीतिहरू (धामी भक्तीमा विश्वास) आदिले पनि स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने कुरामा प्रभाव पारेको छ ।

अर्कोतर्फ, वन्चितमा परेका समुहको नीति निर्माणमा कम सहभागीता, स्वास्थ्य क्षेत्रको नीति तथा रणनीतिमा समावेशी अवधारणाको कमी, वनेका नीति तथा निर्देशिका प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन नहुनु र स्वास्थ्य नीतिको परिमार्जन सामाजिक समावेशी अनुसार नहुनु ले पनि स्वास्थ्य क्षेत्रलाई पूर्णरूपमा समावेशी बनाउन सकेको छैन ।

यसरी स्वास्थ्य क्षेत्रमा सामाजिक समावेशीकरणका सवालमा देखिएका अवरोध वा समस्याहरू मध्ये सामाजिक तथा सांस्कृतिक अवरोध, आर्थिक असमानता, स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने वाट भएको विभेद (जस्तै महिलाको चाहना अनुरूप महिला स्वास्थ्यकर्मीहरू निरन्तर उपस्थित नहुनु, प्राय जसो महिलालाई मात्र सहभागी गराएर प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालन गरेकोले यसमा पुरुषको कम सहभागिता हुनु) भौगोलिक विकटता, सूचना प्रवाहमा कमी, परम्परागत उपचार पद्धति, भाषाको समस्या तथा स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं सेवा लक्षित समूहसम्म प्रभावकारी रूपमा पुग्न नसक्नु रहेका छन् । अझ भनौं, बहुसांस्कृतिक र सामाजिक मूल्य मान्यता तथा कठिन भौगोलिक अवस्था हुँदाहुँदै पनि सेवा र सुविधाको प्रावधान एउटै प्रकृतिका भएकाले पनि अपेक्षित फाईदा पुग्न सकेको छैन ।

१.२ लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशीकरण सम्बन्धी विद्यमान नीतिगत व्यवस्था :

स्वास्थ्य क्षेत्रको वर्तमान ऐन नियम, रणनीति र योजनाहरूको प्रावधान देहाय वमोजिम छन् ।

क) संविधान ऐन नियमान भएको अवस्था :

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ : नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ ले “प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट कानूनमा व्यवस्था भए वमोजिम आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रूपमा पाउने हक हुनेछ” भनी स्वास्थ्य सेवालाई नेपाली नागरिकको आधारभूत हक अधिकार भित्र राखेको छ । यो कार्यादेश (Mandate) पुरा गर्नका लागि नेपाल सरकार प्रतिवद्ध रहेको र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले त्यही अनुरूप आफ्नो कार्यक्रमहरू अगाडि ल्याउनुका साथै सकेसम्म सबैलाई गुणस्तर सेवा प्रदान गर्न प्रयासहरू गरिरहेको छ । यसरी अन्तरिम संविधान २०६३ मा उल्लेख भएका कुरालाई मध्यनजर गरि वि.सं २०६३ मार्ग २९ गतेको मन्त्रीपरिषदको निर्णय अनुसार नेपाल सरकारले अति गरिव, असहाय, गरिव, वृद्ध, शारीरिक तथा मानसिक अशक्त र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा (आकस्मिक तथा अन्तरङ्ग सेवा) उप-स्वास्थ्य चौकी देखि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र र जिल्ला अस्पताल सम्म निःशुल्क प्रदान गर्ने निर्णय गरेको छ ।

स्थानीय स्वायत्त शासन ऐन २०५५: स्थानीय स्वायत्त शासन ऐनले महिला, आर्थिक तथा सामाजिक हिसावले पछाडी परेका जनजाति, समूह तथा आदिवासी समुदायलाई गा.वि.स. र वडा तहको विकास समितिमा समावेश गर्ने र स्वास्थ्य सेवा संचालन तथा व्यवस्थापन गर्ने जिम्मेवारी गाउँ स्तरको समितिलाई दिने व्यवस्था गर्ने कुरा उल्लेख गरेको छ । यो ऐनले सामाजिक समावेशीकरणको सन्दर्भमा प्रष्ट रूपमा केही उल्लेख गरेको छैन र असहाय वर्गको सहभागिताको लागि आउने वाधाहरू सम्बोधन गर्ने सम्बन्धमा मौन छ । तथापी यस ऐनले महिला तथा बालबालिकाको हित र कल्याण सम्बन्धी र महिला सशक्तिकरणको कार्यक्रम संचालन गर्ने कुरा उल्लेख गरेको छ ।

सूचनाको हक सम्बन्धी ऐन २०६५ : नेपालको संविधान २०४७ नै पहिलो संविधान हो जसले सूचनाको हकलाई आधारभूत अधिकारको रूपमा उल्लेख गरेको छ । यसरी संविधानले प्रष्ट बोलेपनि राज्यले यसको अभ्यास गर्नका लागि अग्रसरता लिएन । त्यसपछि अन्तरिम संविधान २०६३ ले पनि जनआन्दोलनको भावना र मर्म अनुरूप सूचनाको हकलाई आधारभूत अधिकारको रूपमा स्थापित गरेको छ, जसअनुसार धारा २७ मा प्रत्येक नागरिकको उसको व्यक्तिगत तथा सार्वजनिक महत्वका सूचना माग तथा प्राप्त गर्ने अधिकार हुनेछ भन्ने कुरा उल्लेख भएको

छ । साथै यसमा सार्वजनिक संस्थाको सूचनाहरुमा जनसमुदायको पहुँच हुनेछ भन्ने कुरा समेत उल्लेख गरेको छ ।

ख) नीति तथा रणनीति

नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८: नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०४८ ले ग्रामीण तहसम्म जनताले तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट आधुनिक स्वास्थ्य सेवाको सुविधा पाउन पर्ने कुरालाई उद्देश्यको रूपमा राखेको छ । यस अन्तर्गत सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि होस् भन्ने अभिप्रायले विभिन्न कार्यक्रमहरु जस्तै परिवार नियोजन, खोप, पोषण, औलो, कालाजार क्षयरोग, कुष्ठरोग जस्ता जन स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमहरु सञ्चालन गरेको थियो ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति २०६१ : नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति सुधारका लागि आधारपत्रले स्वास्थ्य क्षेत्रमा रहेका चुनौतीहरु सामना गर्ने उपाय र अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवामा गरिव, महिला र अन्य जोखिममा रहेका जनसमुदायको समानुपातिक पहुँच सुनिश्चित गर्ने कुरा समावेश गरेको छ ।

स्वास्थ्य सम्बन्धी १० वुँदे नीति तथा कार्यक्रम २०६३ : जनआन्दोलन २०६२/२०६३ पछि गठित नेपाल सरकारले जनआन्दोलनको भावना र मर्म अनुरूप स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका नीति र कार्यक्रम तथा यसका पदाधिकारीहरुका क्रियाकलाप र व्यवहार जनमुखी तथा समावेशी तर्फ निर्देशित हुनको लागि १० वुँदे आधारपत्र जारी गरेको छ । यी दश वुँदे आधारपत्रमा देहायका सातवटा वुँदाले समानता, समता तथा पहुँचमा वृद्धि नगरेसम्म सामाजिक समावेशीकरण पुरा हुन नसक्ने कुरा बोलेको छ । उक्त सातवटा वुँदाहरु निम्न प्रकारका छन् ।

- 'स्वास्थ्य जनताको आधारभूत अधिकार हो' भन्ने विश्वव्यापि मान्यता प्रति प्रतिवद्धता जनाउँदै सबै नेपालीहरुको लागि स्वास्थ्यको प्रत्याभूति गर्न हाम्रो विशेष प्रथमिकता सामाजिक आर्थिक रूपले विपन्न व्यक्ति, लिङ्ग, जाति, समुदाय र क्षेत्र प्रति रहनेछ ।
- प्रतिरोधात्मक, प्रवर्द्धनात्मक र उपचारात्मक सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवा विपन्न जनतामा पु-याउनु राज्यको प्रमुख जिम्मेवारी हुन्छ भन्ने हाम्रो दृढ मान्यता रहेको छ । प्राथमिक स्वास्थ्य सेवामा अल्मोटा घाटा घुसाउनुको सिद्धान्तहरु अनुरूप यी सेवाहरु संचालित हुनेछन् । आयुर्वेद र अन्य वैकल्पिक चिकित्सा प्रणालीहरुको संरक्षण र संवर्द्धन गरिनेछ ।
- ग्रामीण र दुर्गम क्षेत्रमा चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई काम गर्ने वातावरण सृजना गर्न विशेष पहल गरिनेछ । उनिहरुको वृत्ति विकास र उच्च शिक्षा अध्ययनको अवसर सुनिश्चित गरिनेछ । दोहोरो प्रेषण प्रणालीलाई क्रियाशील बनाईनेछ ।
- शिक्षा मन्त्रालय, विश्वविद्यालय र शिक्षण संस्थाहरूसंग समन्वय गरी चिकित्सा शिक्षालाई नेपालको आवश्यकता अनुरूपको मानव श्रोत विकास गर्ने अभिभारा विकास गर्न तथा शिक्षण केन्द्रहरुलाई जनताको स्वास्थ्य उपचारमा संलग्न गराउन आवश्यक कदमहरु उठाइनेछ ।
- निजी क्षेत्रलाई जनउत्तरदायी भएर संचालित हुन आवश्यक सहयोग, नीति निर्देशन र सुपरिवेक्षण गरिनेछ । जनसहभागिता र स्वामित्व सुनिश्चित गरिने प्रकारले स्वास्थ्य सहकारिताको नीतिलाई लागू गरिनेछ ।
- जिल्ला स्वास्थ्यलाई एकीकृत पद्धति (Integrated Approach) र विकेन्द्रिकरणको अवधारणा अनुरूप परिचालित गरिनेछ । स्वास्थ्य कार्य मार्फत जनतालाई शक्ति सम्पन्न बनाउन समुदायमा रहेका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सशक्तिकरण गरिनेछ । जनता र स्वास्थ्य केन्द्रहरुको बीचमा रहेका यी स्वास्थ्यकर्मी र स्वयं सेवकहरु भित्र अन्तर्निहित संभावनाहरुलाई प्रभावकारी ढंगले प्रयोग गर्न विशेष पहल गरिनेछ ।
- जनआन्दोलनका घाईतेहरु र शहीद परिवारलाई स्वास्थ्य सुरक्षा दिन स्वास्थ्य मन्त्रालयले तत्काल कदम उठाउनेछ ।

ग) योजना तथा कार्यक्रम

नेपालको दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना २०३२ : नेपालको दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना २०३२ अनुसार स्वास्थ्य सेवाको पहुँच स्थानीय स्तरसम्म पु-याउने लक्ष्य हासिल गर्न एकिकृत स्वास्थ्य सेवाको माध्यम अपनाई तदनुरूप कार्यान्वयन भएको छ ।

दोश्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना २०५४ - २०७४ : दोश्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना २०५४ - २०७४ ले महिला, बालबालिका तथा ग्रामीण जनसंख्यालाई असहाय (Vulnerable) समूहको रूपमा राखेको छ र लैङ्गिक संवेदशिलता र गुणात्मक स्वास्थ्य सेवामा समानुपातिक पहुँचमा देखा परेका असमानताहरु कम गर्दै लैजाने कुरालाई मूलरूपमा नै सम्बोधन गरेको छ ।

गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र / दशौं पञ्चवर्षीय योजना २०५९/६० - २०६३/६४ : : नेपाल सरकारको गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र / दशौं पञ्चवर्षीय योजनाले विशेषरूपमा गरिव तथा दुर्गम क्षेत्रका वासिन्दाहरुको स्वास्थ्य स्थिति सुधार गर्नमा कसरी योगदान पु-याउन सकिन्छ भन्ने कुरा समावेश गरेको छ । गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र पहिलो राष्ट्रिय दस्तावेज हो जसमा सामाजिक समावेशीकरणलाई यसका चार खम्बा मध्ये एक महत्वपूर्ण खम्बाको रूपमा राखिएको छ । यसमा स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरु कार्यान्वयन गर्दा विशेष गरेर गरिव, जोखिममा रहेका र उपेक्षित जनताको स्वास्थ्यलाई प्राथमिकता दिई उत्पादनशील जनशक्ति उत्पादन गर्दै हालको गरिवीको स्थितिमा सुधार ल्याउने रणनीति लिएको छ । साथै यस योजनाले सामाजिक समावेशीकरणलाई विशेष महत्व दिएको छ ।

त्रिवर्षीय अन्तरिम योजना (२०६४/६५ - २०६६/६७) : नेपाल सरकारको ३ वर्षे अन्तरिम योजना (२०६४/६५ - २०६६/६७) मा स्वास्थ्य जनताको आधारभूत अधिकार हो भन्ने विश्वव्यापी मान्यतालाई नेपालले स्वीकार गरेको र सामाजिक रूपले पछाडी परेका, गरिव, महिला तथा अपाङ्गको समतामूलक पहुँचमा विशेष जोड दिई सबैका लागि स्वास्थ्यमा समान अवसर प्रदान गर्ने कुरा उल्लेख गरेको छ । यसमा मानव श्रोत विकास, स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना र विस्तार, समुदायस्तरमा गठन गरिने संस्थागत संरचना र यसको परिचालनका बारेमा उल्लेख गरेको छ ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना २००४-२००९: नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना २००४-२००९ मा धेरै प्रकारका सुधारका कार्यक्रमहरु समावेश गर्नुको साथै समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले उच्च स्तरको प्रतिवद्धता देखाएको छ । गरिव तथा असहायलाई अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गर्ने कुरामा यसको प्रमुख जोड रहेको छ । तर पनि यस योजनामा दलित तथा जनजातिका आवश्यकता समावेश नभएको, असहायको बारेमा परिभाषित नगरेको तथा लिङ्ग, जात तथा उमेरसंग असहाय शब्दको सम्बन्ध वारे प्रष्ट उल्लेख भएको छैन । साथै यस योजनाका सूचकहरु लैङ्गिक, जाति, जनजातिको हिसावले छुट्टयाईएको छैन ।

असहाय सामुदायिक विकास कार्यक्रम (Vulnerable Community Development Plan) : : स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना २००४-२००९ अन्तर्गतको असहाय सामुदायिक विकास कार्यक्रमले पनि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयलाई सामाजिक समावेशीकरणको सम्बोधन गर्ने खालका कार्यक्रम गर्न गराउन मार्ग प्रशस्त गरेका छन् । तर यसको कार्यान्वयन हुन सकेको छैन ।

निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम : आर्थिक वर्ष २०६३/२०६४ मा अस्पताल तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रका अन्तरंग तथा आकस्मिक सेवामा लक्षित वर्गलाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने नीतिबाट शुरु भई आ.व.

०६४/६५को २०६४ माघ १ गते देखि सम्पूर्ण स्वास्थ्य चौकी र उपस्वास्थ्य चौकीहरुमा आम नागरिकलाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउँदै आएकोमा २०६५ मंसिर १ गते देखि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा समेत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क गरियो । यसै क्रममा २०६५ माघ १ देखि २५ शैया सम्मका अस्पतालमा आम नागरिकलाई सूचिकृत औषधीहरु निःशुल्क र लक्षित वर्ग (अति गरिव, असहाय, गरिव, अपाङ्ग, जेष्ठ नागरिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका) लाई अत्यावश्यक औषधी तथा उपलब्ध सबै सेवा निःशुल्क गरियो । त्यस्तै गरी २०६५ माघ १ देखि आम महिलाको लागि निःशुल्क प्रसूती सेवा लागु गरियो । यसरी आम नागरिकको आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको अधिकार प्रवर्धन गर्ने विशेषगरी गरिव, असहाय लगायत लक्षित वर्गका नागरिकका स्वास्थ्य सम्बन्धि अधिकार सुनिश्चित गर्दै उनीहरुको पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गर्नु यस कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य रहेको छ ।

१.३ प्रयास र उपलब्धीहरु

- स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय तहमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको विषयलाई नीतिगत र कार्यगत योजना तहमा समन्वय गर्न मन्त्रालयको योजना महाशाखा अन्तरगत तिन जना अधिकृतहरु भएको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण ईकाई खडा गरेको छ । यही ईकाईको अगुवाईमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति तयार भइरहेको छ ।
- स्थानीय स्वास्थ्य संस्था व्यावस्थापन समितिमा गरिव, महिला, दलित र जनजातिका लागि निश्चित कोटा को व्यवस्था गरेको हुँदा उनीहरुमा आत्मबल बढ्ने र समाजमा प्रतिष्ठामा वृद्धि भएको छ ।
- निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा र प्रसूति सेवाको उपलब्धताले गर्दा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सेवा लिनेको संख्यामा क्रमशः वृद्धि भएको पाइएको छ ।
- स्वास्थ्य सेवालार्ई (विशेष गरि विशेषज्ञ सेवाहरु) जनताको घरदैलो सम्म पु-याउने उद्देश्यले प्रत्येक वर्ष स्वास्थ्य सेवा नपुगेका जिल्लामा प्राथमिकताका आधारमा घुम्ती स्वास्थ्य शिविरहरु संचालन गर्दा दुर्गम तथा पछाडी परेका / पारिएका क्षेत्रमा बसोवास गर्ने जनतालाई केही फाईदा पु-याएको छ ।
- जातियताका आधारमा विभिन्न जाति/जनजातिको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच भए/नभएको सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्य सेवा सूचना प्रणालीमा सूचनालाई खण्डीकृत गर्ने परिपाटीको १० जिल्लामा परिक्षण भइरहेकोछ । यदि यो सफल भएमा ७५ वटै जिल्लामा लागु गरिने भएको छ ।
- गरिव, दलित तथा पछाडी परेका/पारिएका वर्गका लागि स्वास्थ्य सम्बन्धी उच्च शिक्षामा (विशेष गरी मेडिकल पाठक्रमहरुमा) निश्चित कोटा छुट्याएर छात्रवृत्ति प्रदान गर्ने परिपाटीको विकास भएको छ । यसले गर्दा उक्त वर्गको पहुँच उच्च शिक्षा सम्म पुग्ने अवसर प्रदान भएको छ ।
- महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुका लागि गा.वि.स. स्तरमा अक्षय कोष स्थापना गरि त्यसबाट उनीहरुले प्रदान गर्ने सेवामा सहयोग गर्नुका साथै आय आर्जनका क्षेत्रमा समेत राम्रो प्रभाव पार्ने प्रयास भएको छ । यसमा स्थानीय स्तरमा काम गर्ने अन्य सरकारी तथा गैह्र सरकारी निकायहरुको समेत सहभागीता बढ्दो रुपमा रहेको छ ।
- प्रसूतिका बेला कठिन अवस्था भोगी लामो अवधिको स्वास्थ्य समस्या भोगेका (विशेष गरि पाठेघरको) गरिव तथा पछाडी परेका / पारिएका महिलाहरुका लागि निःशुल्क परिक्षण तथा अप्रेसन सेवाको व्यवस्था गरिएको छ । जसबाट विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रका महिलाहरुले फाईदा पाइरहेका छन् ।

- प्रचलित विभिन्न स्थानीय भाषाहरु मध्ये केही स्थानीय भाषाहरुमा श्रव्य, दृश्य र छापा सामाग्रीहरु विकास गर्ने र प्रसारण गर्ने कामहरु नमुनाको रूपमा भएका छन् । जसअनुसार अवधी र थारु भाषामा रेडियो र छापा सामाग्रीको विकास भएको छ ।
- एस.एल.सी. पास गरेका मातृशिशु कार्यकर्तालाई स्तर वृद्धि गर्न अनमी तालिम दिने व्यवस्था विगतका केही वर्ष देखी शुरु भएको छ । यसले माथिल्लो स्तरको शिक्षा लिन र सेवा प्रदान गर्न मा.शि.का. हरुलाई उत्प्रेरणा मिलेको छ । यसबाट हाल सम्म करीव १२०० भन्दा बढि माशिकाले अनमी तालिम लिएर यथास्थानमा कार्यरत छन् ।
- निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाको अझ प्रभावकारी कार्यन्वयनका लागि स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तरगत एउटा छुट्टै महाशाखा हालसालै मात्र स्थापना भएको छ । जस्को नाम Revitalizing Primary Health Care राखिएको छ ।

१.४ औचित्य

स्वास्थ्य क्षेत्रका विभिन्न नीति तथा योजनाले निर्देशित गरेअनुसार स्वास्थ्य सेवामा पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि होस् भन्ने अभिप्रायले राज्यका विभिन्न नीति, कार्यक्रम तथा योजनाहरुले लैङ्गिक तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई विशेष महत्वका साथ सम्बोधन गर्दै लगेको र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले उक्त कार्यदेश (Mandate) लाई पुरा गर्न विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालन गर्दै आएको छ । यसरी विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालनमा आए पनि विभिन्न कारणले गरिव, असहाय, अपांग, जेष्ठ नागरिक तथा पछाडी परेका/पारिएका जाति/जनजातिहरुले उपलब्ध सेवाहरुको उपभोग गर्न नसकेको र स्वास्थ्य सेवामा राज्यको दायित्व बोध गरी दोश्रो जनआन्दोलन पछीको सरकारले स्वास्थ्य मन्त्रालयको नीति र कार्यक्रमलाई प्रभावकारी बनाउन १० बुँदे नीतिगत आधारपत्र जारी गरेको हो । यो १० बुँदे नीतिगत आधारपत्र तथा तीन वर्षिय अन्तरिम योजना निर्माण गर्दा स्वास्थ्य मन्त्रालयले समतामूलक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा उच्च स्तरको राजनैतिक प्रतिवद्धता देखाएको छ ।

तथापी स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैससास सम्बन्धमा हाल देखिएका थुप्रै सवालहरु छन् जसलाई सम्बोधन नगरेसम्म स्वास्थ्य क्षेत्रको लक्ष प्राप्त गर्न सकिदैन । अर्थात सबैका लागि गुणात्मक स्वास्थ्य सेवामा सर्वसुलभ पहुँच सुनिश्चित गर्ने स्वास्थ्य मन्त्रालयको लक्ष सामाजिक तथा आर्थिक रूपले पछाडि परेका/पारिएका समुदायको लागि निश्चित कार्यक्रम र रणनीति संचालन गरी मूलधारमा ल्याउन सकेमात्र प्राप्ती हुन सक्छ । यसरी लक्षित वर्गले सेवा प्राप्त गर्न, राज्यले सम्बोधन गरे अनुसार स्वास्थ्यलाई नैसर्गिक अधिकारको रूपमा सुनिश्चित गर्न तथा सरकारका विभिन्न कार्यक्रमहरु सही रूपमा संचालन गर्नको लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले लैङ्गिक तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति तर्जुमा गरेको हो । यो रणनीति लागू भएपछि सामाजिक समावेशीकरणप्रति बढ्दो प्रतिवद्धता तथा मानवीय र संस्थागत क्षमता सुदृढ भई दिगोरूपमा आन्तरिकीकरण हुनेछ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ ।

१.५ तयारी प्रकृया

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई स्वास्थ्यक्षेत्रमा मूलप्रवाहमा ल्याउन सन् २०६५ मा मन्त्रालयको कार्यक्रम योजना तथा अनतराष्ट्रिय समन्वय महाशाखा अन्तर्गत तिन सदस्यीय लैङ्गिक समता तथा सामाजिक समावेशीकरण इकाई गठन गरेको थियो । उक्त इकाईले रणनीति तयार गर्नका लागि महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गरेको छ ।

यो रणनीति तयार गर्दा सहभागितात्मक एवं परामर्शमूलक विधि अपनाइएको थियो । विभिन्न तहका सरोकारवालाहरूसँग गरेको परामर्श र अन्तर्क्रियाका आधारमा यो रणनीति तयार पारिएको हो । रणनीति तयार पार्ने क्रममा निम्न विधिहरुको अवलम्बन गरिएको थियो ।

- (क) सम्बन्धित दस्तावेजहरूको अध्ययन: स्वास्थ्य क्षेत्र अन्तर्गतका नीति नियम, रणनीति, निर्देशिका, अध्ययन प्रतिवेदनहरू, प्रगति प्रतिवेदनहरू आदिको शुद्ध अध्ययन गरिएको थियो। यस्तो अध्ययनबाट प्राप्त सूचना, जानकारी र सिकाइहरू यस रणनीति तयारीको महत्वपूर्ण आधार भएका छन्।
- (ख) त्यस्तै गरि मन्त्रालयको लैससास इकाई, स्वास्थ्य सेवा विभाग, पाटन हस्पिटल, स्वास्थ्य क्षेत्र अन्तर्गतका परियोजनहरूका प्रतिनिधिहरू, शिक्षा मन्त्रालयको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण शाखासंग अन्तर्वाता तथा छलफल गरि सुझावहरू संकलन गरिएको थियो।
- (ग) स्वास्थ्य क्षेत्रको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण रणनीति निर्माणका लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, राष्ट्रिय योजना आयोग, स्वास्थ्य सेवा विभाग, क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, अञ्चल तथा जिल्ला अस्पताल, जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालय, ग्रामीण स्तरमा काम गर्ने स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरू, गैह्र सरकारी संस्था, आदिवासी जनजाति एवं महिलाका प्रतिनिधिमूलक संस्थाहरू, नीजि क्षेत्र तथा स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्य गर्ने विकासका अन्य साभेदारहरू सम्मिलित पूर्वाञ्चल, पश्चिमाञ्चल र मध्यपश्चिमाञ्चल (विराटनगर, पोखरा र नेपालगञ्ज मा गरेर) तिन वटा क्षेत्रीय गोष्ठीको आयोजना गरि छलफल तथा परामर्श गरिएको थियो। यी गोष्ठीबाट प्राप्त सल्लाह तथा सुझावको आधारमा लैससास रणनीतिको पहिलो मस्यौदा तयार गरि मन्त्रालयमा सुझावको लागि वितरण गरिएको थियो।
- (घ) यस क्रममा प्राप्त सुझावको आधारमा रणनीतिको पहिलो मस्यौदामा परिमार्जन गरी पुन विभिन्न साभेदार (स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा विभाग, स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत परियोजना, राष्ट्रिय योजना आयोग, गैर सरकारी संघसंस्थाहरू, दलित, आदिवासी जनजाति एवं महिलाका प्रतिनिधिमूलक संस्थाहरूका प्रतिनिधिहरू) सम्मिलित केन्द्रिय गोष्ठीको आयोजना गरिएको थियो। यिनै गोष्ठीहरूबाट प्राप्त परामर्श तथा सुझावको आधारमा यो रणनीतिलाई अन्तिम रूप दिईएको हो।

२. परिभाषा

क) लैङ्गिक समानता: लैङ्गिक समानताले महिला र पुरुष बीच जीवनका भिन्नताहरू (Differences in Women's and Men's Lives) लाई ख्याल गर्दछ र समतामूलक परिणाम हासिल गर्नका लागि भिन्न भिन्न उपाय वा अवधारणाहरूको अवलम्बन गर्नु आवश्यक हुन सक्छ भन्ने मान्यता राख्दछ।

ख) सामाजिक समावेशीकरण: सामाजिक समावेशीकरण भन्नाले विकासका अवसरहरूमा भिन्न भिन्न व्यक्ति एवं समूहहरूको पहुँच वृद्धि गर्न आवश्यक संस्थागत (औपचारिक/अनौपचारिक) बाधा/अप्याराहरू हटाउन सेवा सुविधामा विस्तार गर्नु हो। (विश्व बैंकको श्रोत पुस्तिका)

समावेशीकरणले नीति निर्माता तथा सेवा प्रदान गर्ने संघसंस्थाहरूले वञ्चितमा परेकाहरूलाई गर्ने व्यवहारमा सुधार ल्याउने र नीति, नियम, मूल्य र मान्यतामा परिवर्तन गर्नुपर्दछ भन्ने मान्यता राख्दछ। यसकालागि :-

- वञ्चित समूहप्रति हेर्ने दृष्टिकोणमा सकारात्मकता ल्याउनुपर्दछ।
- उनीहरूलाई प्रदान गरिने सेवा र सुविधा उत्तरदायित्वपूर्ण हुनुपर्दछ।
- नीति नियममा सकारात्मकता हुनुपर्दछ र समतामूलक तरिकाले सेवा र सुविधा उपलब्ध गराउनुपर्दछ।

स्वास्थ्य क्षेत्रको सन्दर्भमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा समान तथा समतामूलक पहुँच हुनु नै सामाजिक समावेशीकरण हो।

ग) समानता: समानता भन्नाले सुविधा, इज्जत तथा अधिकारको अवस्थामा अन्तर नहुनु हो। लैङ्गिक र जातिगत समानताले यसका जैविक भिन्नतालाई मान्यता दिँदै समाजमा रहेका मूल्य, मान्यता, दृष्टिकोण र सोचाईमा परिवर्तन गरि महिला र पुरुष विचका साथै अगाडि रहेका र पछाडी पारिएका जातजाति विचमा समान स्तर कायम गर्नु हो भन्ने मान्यता राख्दछ।

घ) समता: समता भन्नाले निष्पक्ष तथा न्यायपूर्ण व्यवहार अपनाउने प्रकृया हो। समता तथा सामाजिक समावेशीकरणका मुद्दाहरू क्षेत्र अनुसार फरक फरक हुन सक्छन्। जनसमुदायका फरक फरक क्षमता हुन्छन्।

समानताका नाममा सबैलाई समान अवसर दिएको भन्दैमा सबैले ती अवसरहरू समानरूपले ग्रहण गर्दछन् भन्नु सकिदैन । त्यसैले पछाडि पारिएका निश्चित वर्ग र समुदायका विभेदलाई सम्बोधन गर्न अन्यलाई भन्दा बढि श्रोत र सहयोग चाहिन्छ । सबैलाई समावेशी गराउन निश्चित समुदायलाई छुट्टै खालको कार्यक्रम चाहिन्छ, जसमा राज्यको ठुलो आर्थिक हिस्सा लगानी पनि चाहिन्छ ।

ड) सामाजिक बन्धितकरण : सामाजिक बन्धितकरण समाजमा रहेका परम्परागत व्यवहारहरू विश्वास र मूल्य मान्यताहरूद्वारा उत्पन्न हुन्छ, जसमा पछाडी पारिएका वर्गहरू विकासको मुलप्रवाहबाट बाहिर पर्दछन् र प्रतिफलबाट बन्धित हुन्छन् ।

च) लैङ्गिक विभेद वा सामाजिक लिङ्गभेद : लैङ्गिक विभेद भन्नाले महिला र पुरुषहरू बीचको सम्बन्ध (Relationships) तथा समुदायमा तिनले खेल्ने भूमिकाहरूका सम्बन्धमा सांस्कृतिक र सामाजिक रूपमा निर्धारित भिन्नताहरू लाई जनाउँछ । महिला र पुरुषबीचका भिन्नताहरू समाजले बनाएको हुन्छ, जुन समय बित्दै जाँदा परिवर्तन पनि हुँदै जान्छन् । ठाउँ, परिवेश, जातजातिको संस्कृति अनुसार महिला र पुरुषबीचका भिन्नताहरू पनि फरक-फरक हुन्छन । धेरैजसो समाजमा महिलालाई पुरुषको भन्दा दोश्रो दर्जाको स्थान दिएको पाइन्छ । यसले गर्दा महिलाहरूले सेवाको उपभोग गर्न पाउनुपर्ने हक र अधिकारहरू जस्तै सूचना माथिको पहुँच, पर्याप्त पोषण, स्वास्थ्य सेवा, शिक्षा, आर्थिक र सम्पत्तिमाथिको पहुँच र नियन्त्रण, प्रजनन अंग माथिको अधिकार, परिवार नियोजन, आदि क्षेत्रमा उनीहरूलाई अधिकार विहीनताको स्थिति श्रृजना गरेको छ ।

छ) सशक्तीकरण: सशक्तीकरण भन्नाले बन्धित समूहलाई आर्थिक, सामाजिक तथा मनोवैज्ञानिकरूपले सशक्त बनाउनु हो जसको लागि उनीहरूको :

- सेवामा पहुँच बढाउने र स्रोत तथा साधनमा वृद्धि गर्ने ।
- सेवा प्रदान गर्ने संघसंस्थाको उद्देश्य, कार्यक्षेत्र र सेवाबारे जानकारी गराउने ।
- सेवा प्रदान गर्ने संघसंस्थासम्म आफ्ना कुरा पुऱ्याउन सक्षम बनाउने ।
- आत्मविश्वास र आत्मसम्मान जागृत गर्ने ।
- सामूहिक कार्यमा संगठित गर्ने ।

ज) लक्षित वर्ग : अन्तरिम संविधान २०६३ ले स्वास्थ्य क्षेत्रको लक्षित वर्गमा अति गरिव, असहाय, गरिव, जेष्ठ नागरिक, अपाङ्ग तथा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका लाई राखेको छ भने यस लैससास रणनीतिको लक्षित वर्ग निम्नानुसार परिभाषित गरिएका छन् ।

१. गरिव : महिला तथा बालबालिका सहितका सामाजिक, आर्थिक, भौगोलिक र सशक्तीकरणको हिसावले पछाडी परेका/ पारिएका विपन्न वर्ग ।
२. जोखिममा परेका समूह : महिला तथा बालबालिका सहितका असहाय, अपाङ्ग, ६० वर्ष माथिका जेष्ठ नागरिक, विस्थापित, ढन्ड पिडित, सुकुम्वासी तथा बेचबिखनमा परेकाहरू ।
३. सिमान्तकृत जाति जनजाति : महिला तथा बालबालिका सहितका दलित (पहाडी तथा तराईका) पछाडी परेका जनजाति, धार्मिक अल्पसंख्यक (मुस्लिम) तथा तेश्रो लिङ्गी ।

झ) विपन्न वर्ग (DAG)

विपन्न वर्गलाई निम्न अनुसार परिभाषित गरिएको छ । (साभार : LGCDP)

१. ३ महिना भन्दा कम खानपुग्ने घरधुरीहरू
२. सिमान्तकृत घरधुरीको भएको वस्ती
३. प्राथमिक शिक्षामा पहुँच नपुगेकाहरू

४. स्वास्थ्य चौकीसम्म पहुँच नपुगेकोहरू
५. योजना, कार्यान्वयन तथा निर्णयमा सहभागिता नभएका महिला, दलित तथा जनजातिहरू
६. लैङ्गिक विभेदमा परेकोहरू
७. जोखिममा परेका धरधुरीहरू

ज) लक्षित कार्यक्रम (Interventions): लक्षित कार्यक्रम भन्नाले लैङ्गिक विभेद तथा सामाजिक वन्चितिकरणको अन्त्य गर्न स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखापरेका अवरोधहरूलाई हटाई लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गर्नका लागि आवश्यक निर्दिष्ट कृयाकलाप लाई जनाउँछ ।

३. उद्देश्य

यस लैससास रणनीतिका उद्देश्यहरू निम्नानुसार छन् ।

- उद्देश्य १. नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा लै.स.सा.स.को पक्षलाई समावेश (मुलप्रवाहिकरण) गर्ने अनुकूल वातावरण तयार गर्नका लागि नीति, रणनीति, योजना तथा कार्यक्रम तयार गर्ने ।
- उद्देश्य २ सेवा प्रदायकको क्षमता अभिवृद्धि गरि अधिकारमा आधारित पद्धति अनुसार लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच र उपभोगको सुनिश्चित गर्ने ।
- उद्देश्य ३: लक्षित वर्गले अधिकारमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन खोज्ने बानी ब्यवहारमा सुधार ल्याउने ।

४. रणनीति तालिका

रणनीतिक ढाँचा/तालिका (Strategic Framework)

रणनीति	कार्यनीति
उद्देश्य १: नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैससासको पक्षलाई समावेश (मुलप्रवाहिकरण) गर्ने अनुकूल वातावरण तयार गर्नका लागि नीति, रणनीति, योजना तथा कार्यक्रम तयार गर्ने ।	
रणनीति १: स्वास्थ्य क्षेत्रका नीति, रणनीति, योजना र मापदण्ड तथा बजेट निर्धारणमा लैससास समावेशीकरण सुनिश्चित गर्दै सो लागु गर्नका लागि केन्द्रीय स्तरमा पहल गर्ने ।	
क) विद्यमान नीति नियम तथा निर्देशिकालाई लैससास का दृष्टिले विश्लेषण गर्ने ।	<ul style="list-style-type: none"> - विद्यमान स्वास्थ्य क्षेत्रका नीति/ नियमावली/निर्देशिका परिमार्जन गर्दा लैससास समावेशी र संवेदनशील बनाउने तथा नीतिलाई लैङ्गिक हिसावले विभेदपूर्ण नहुन सुनिश्चिता प्रदान गर्ने । - आगामी बन्ने नयाँ सम्वधानमा स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक अधिकारको रुपमा निरन्तरता दिन पहल गर्ने । - दोश्रो चरणको स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (२०११-२०१५) निर्माण गर्दा स्पष्ट रुपमा लैससासका आधारहरूलाई समावेश गर्ने । - नीतिगत सूधारका लागि नियमित पृष्ठपोषण पद्धतिको विकास गर्ने । - स्वास्थ्य क्षेत्र सूचना प्रणाली र प्रतिवेदनलाई समय सापेक्ष परिमार्जन गरि लैससासका लागि स्वास्थ्य अनुगमनलाई सुदृढिकरण गर्ने । - स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको वर्तमान अवस्थालाई पुनरावलोकन गरि

रणनीति	कार्यनीति
	अत्यधिक संख्यामा लक्षित समूह रहेका र सेवा नपुगेका स्थानमा स्वास्थ्य सुविधाको व्यवस्था गर्ने ।
<p>ख) योजना, कार्यक्रम तथा बजेट विनियोजनमा लैससासका विषयहरु समावेश गर्नका लागि आवश्यक नीतिगत व्यवस्था गर्ने ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (महिला र बालबालिका सहित गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) पहिचान गर्नका लागि स्पष्ट नीतिगत आधार तयार गरी लागु गर्ने - कुनै पनि नीतिगत निर्णय संगै यसको निर्देशिका जारी गरि कार्यान्वयनको सुनिश्चित गर्ने । - लैससासका लागि अनुकूल वातावरण तयार गर्न नीतिगत आधार तयार गर्ने, जस्तै स्वास्थ्य क्षेत्रको कर्मचारी भर्ना र स्तर वृद्धि गर्दा, महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको छनौट गर्दा तथा तालिम मा समावेश गर्दा सिमान्तकृत जाति तथा जनजातिको लागि कोटा वा प्राथमिकता दिने प्रणाली लागु गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) लाई आधारभूत सेवा भन्दा माथिको सेवा (Secondary and Tertiary Care) निःशुल्क प्रदान गर्नको लागि नीतिगत व्यवस्था गरी लागु गर्ने । - स्वास्थ्य सेवा समावेशी, पारदर्शी तथा जवाफदेही बनाउनका लागि यसको सामाजिक परीक्षण (Social Audit) लाई अनिवार्य गर्न नीतिगत व्यावस्था गर्ने । - स्वास्थ्य मन्त्रालयको विद्युतीय वार्षिक कार्ययोजना तथा बजेट (e- AWPB) मा समावेश प्रत्येक कार्यक्रम तथा कृयाकलाहरुमा आवश्यकता अनुसार लैससास समावेश गर्ने । - स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको वार्षिक योजना तथा बजेटमा लैससासका लागि नियमित बजेट विनियोजन गर्ने व्यवस्था गर्न अर्थ मन्त्रालय तथा राष्ट्रिय योजना आयोगमा पहल गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) का लागि स्वास्थ्य सेवाको पहुँच विस्तार तथा शशक्तिकरणका लागि स्वास्थ्य सहकारीको अवधारणाको नीतिगत व्यवस्था गरी लागु गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, दलित, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) को स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्य विमाको नीतिगत व्यवस्था गरी लागु गर्ने । - सरकारको स्वास्थ्य उपचार सेवा सम्वन्धी सन्देश, निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा, लक्षित वर्गका लागि कार्यक्रम आदिवारे जनसमुदायलाई जानकारी गराउन सञ्चार माध्यमसंग सहकार्य/साभेदारी गर्न नीतिगत व्यवस्था गर्ने ।
<p>रणनीति २: स्थानीय तह (जि.वि.स, जि.स्वा.का., जि.ज.स्वा.का तथा गा.वि.स.) को योजना, कार्यक्रम, बजेट तर्जुमा, अनुगमन तथा मूल्यांकन मा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई</p>	

रणनीति	कार्यनीति
प्राथमिकता दिई लक्षित वर्गमा स्वास्थ्य सेवाको उपलब्धता तथा पहुँच सुनिश्चित गर्ने ।	
क) कार्यक्रम योजनाकार, व्यवस्थापक तथा निर्देशकहरूले लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको दृष्टिकोणले योजना, कार्यक्रम, बजेट तर्जुमा, अनुगमन तथा मूल्यांकन कार्य गर्ने वातावरण तयार गर्ने ।	<ul style="list-style-type: none"> - सहश्राव्दी लक्ष तथा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रमको लक्ष प्राप्तीका लागि स्वास्थ्य सेवाको प्रत्येक योजना, कार्यक्रम तथा बजेटमा लैससासका सवालहरू सम्बोधन गर्ने । - आवश्यकतानुसार लैससासका थप सूचकहरू निर्धारण गर्ने, स्वास्थ्य अनुगमन तथा सूचना प्रणालीलाई लैससासको हिसावले खण्डीकृत गर्ने र त्यही अनुरूप कार्यसम्पादनको अनुगमन गरि स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सुधार गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) का लागि कार्यान्वयन गरिएका कृयाकलापको सम्पादनको अनुगमन तथा मूल्यांकनका लागि तहगत भूमिका तथा जिम्मेवारी स्पष्ट गरि लागु गर्ने । - प्रत्येक चौमासिक, अर्धवार्षिक तथा वार्षिक समिक्षाहरूमा लैससासको अभिप्राय अनुसार खण्डीकृत सूचना र त्यसको प्रभाव वारे छलफल गर्ने परिपाटीको विकास गरि लागु गर्ने ।
ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूले कार्यक्रम कार्यान्वयनमा लैससास विषयहरूलाई समावेश गर्ने ।	<ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) को स्वास्थ्य सेवामा पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गर्नका लागि तयार भएका निर्देशिकाहरू कार्यान्वयनमा ल्याउने । - प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा आफूले गरेका कामहरू लैससास केन्द्रित भए नभएको कुरा सुनिश्चित गर्ने परिपाटीको विकास गर्ने ।
ग) लैससासको प्रवर्द्धनका लागि सम्वन्धित संस्थाहरूसंग समन्वय तथा सहभागिताको विकास गर्ने ।	<ul style="list-style-type: none"> - गा.वि.स., जि.वि.स. तथा नगरपालिकाको बजेटबाट लैससास क्षेत्रमा थप प्रतिशत छुट्याउन स्थानीय विकास मन्त्रालय, अर्थ मन्त्रालय र राष्ट्रिय योजना आयोगसंग समन्वय गरि नितिगत व्यवस्था गर्न पहल गर्ने । - गा.वि.स, जि.वि.स तथा नगरपालिकाले वार्षिक विनियोजन गर्ने सामाजिक क्षेत्रको रकमलाई लक्षित वर्गको स्वास्थ्य क्षेत्रमा खर्च गर्न प्रोत्साहन गर्नका लागि वकालत गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) को समानुपातिक प्रतिनिधित्व हुनेगरि स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिलाई समावेशी बनाई यसको व्यवस्थापकीय क्षमतामा विकास गर्ने र यसलाई लैससास सम्बेदनशील बनाई स्वास्थ्य संस्था समुदायलाई हस्तान्तरणको प्रकृयालाई नियमितता दिने । - जिल्ला तथा ग्रामीण तहमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्य गर्ने गैह्र सरकारी संस्थासंग समन्वय तथा सहकार्य गरि लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवामा पहुँचमा वृद्धि गर्न उत्प्रेरित गर्ने । - लैससास समावेश गर्नका लागि मन्त्रालय, अन्तर्राष्ट्रिय तथा राष्ट्रिय गैह्र

रणनीति	कार्यनीति
	<p>सरकारी संघ संस्था तथा स्थानीय निकायसंग समन्वय र सहकार्य गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - स्वास्थ्यकर्मी र सेवाग्राही बीच समन्वय र अन्तर्क्रिया गरि विश्वासको वातावरण श्रृजना गर्ने । - स्थानीय स्तरका स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिमा लक्षित समूहलाई प्रत्यक्ष रूपमा सहभागी गराई माग र आवश्यकतामा आधारित स्वास्थ्य योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन मूल्यांकन गर्ने गरि स्थानीय निकायलाई नै जिम्मेवारी दिने नीतिगत व्यवस्था गर्ने । - स्थानीय निकायलाई लैससासको सवालमा आवश्यक ज्ञान, सिप, श्रोत तथा साधन उपलब्ध गराई लक्षित वर्गको आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने कार्यलाई प्रोत्साहन गर्ने ।
<p>रणनीति ३: लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको लागि मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा यसका महाशाखाहरु, क्षेत्रीय निर्देशनालय तथा जिल्ला स्वास्थ्य/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा लैससास ईकाई/डेस्क तथा केन्द्रीय, क्षेत्रीय, उप-क्षेत्रीय र अञ्चल अस्पतालसम्म सामाजिक सेवा ईकाईको स्थापना तथा संस्थागत विकास गर्ने ।</p>	
क) अस्पतालहरुमा सामाजिक सेवा ईकाईको स्थापना गर्ने	<p>लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) लाई आधारभूत तथा माथिल्लो तहको स्वास्थ्य सेवा (Secondary and Tertiary Care) को पहुँचमा वृद्धि गर्नको लागि केन्द्रीय, क्षेत्रीय, उप-क्षेत्रीय र अञ्चल तथा आवश्यकता अनुसार जिल्ला अस्पतालसम्म सामाजिक सेवा ईकाईको व्यवस्था गरी क्रियाशील गराउने ।</p>
ख) स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत विभिन्न तहमा लैससास ईकाई/डेस्कको स्थापना गर्ने ।	<p>स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैसासको अवधारणालाई सुनिश्चित गर्न स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा लैससास ईकाई र स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतका महाशाखा, पाँच विकास क्षेत्रका प्रत्येक क्षेत्रीय निर्देशनालय तथा जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा लैससास सम्पर्क विन्दुको स्थापना र क्रियाशील गराई लैससास आन्तरिकीकरणलाई सुनिश्चित गर्ने ।</p>
<p>उद्देश्य २: सेवा प्रदायकको क्षमता अभिवृद्धि गरि अधिकारमा आधारित पद्धति अनुसार लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवामा समतामूलक पहुँच र उपभोगको सुनिश्चित गर्ने ।</p>	
<p>रणनीति ४: लक्षित वर्गलाई समतामूलक किसिमले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको क्षमतामा अभिवृद्धि गर्ने तथा सेवाग्राहीप्रति उत्तरदायी बनाउने ।</p>	
क) लक्षित वर्गको लागि सेवा प्रदायकको सेवा प्रदान पद्धतिमा सुधार ल्याउने ।	<ul style="list-style-type: none"> - स्वास्थ्य क्षेत्रका स्वास्थ्यकर्मी, सामाजिक सेवा ईकाई र लैससास ईकाईका कर्मचारी तथा पदाधिकारीहरु, महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका, स्थानीय स्तरको स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिलाई लैससास सम्बन्धमा अभिमुखीकरण, तालिम तथा परामर्श सिप कार्यक्रम सञ्चालन गरि लैससास सम्बेदनशील बनाउने । - स्वास्थ्यकर्मी, महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका, स्थानीय स्तरको स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिलाई व्यवहारमा परिवर्तन गराउने सञ्चार

रणनीति	कार्यनीति
	<p>सीप तालिम कार्यक्रम संचालन गरि सेवा प्रवाहमा सुधार ल्याउने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, जोखिममा परेका र सिमान्तकृत जाति जनजाति) को स्वास्थ्य सेवामा पहुँच वृद्धि गर्न महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरु तथा स्थानीय गैह्रसरकारी संस्थालाई सम्बन्धित विषयमा अभिमुखिकरण, तालिम तथा क्षमता अभिवृद्धि गरि सेवाको प्रावधान वारे उपयुक्त सूचना उपलब्ध गराउन परिचालन गर्ने । - स्वास्थ्य सेवाको विभिन्न पाठ्यक्रम तथा तालिम विषयवस्तुमा लैससास विषयलाई समावेश गरी कार्यान्वयन गर्ने ।
<p>रणनीति ५: लक्षित वर्गको सहि पहिचान, दुर्गम क्षेत्रका समुदायमा सेवाको पहुँच सुनिश्चितता तथा कार्यक्रम कार्यान्वयनमा जोड दिई लैससास सम्बन्धि अवरोधहरु (दुरी, आर्थिक अवस्था, अज्ञानता, सूचनामा कमी, धार्मिक सांस्कृतिक, निर्णायक भूमिका) को सम्बोधन गर्ने र लक्षित वर्गको मृत्युदर तथा रोग लाग्ने दर घटाउने ।</p>	
<p>क) सवैका लागि निःशुल्कतथा लक्षित वर्गका लागि थप निःशुल्कस्वास्थ्य कार्यक्रममा उनीहरुको सर्वसुलभ पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गर्ने</p>	<ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) को पहिचान गर्ने आधारहरुको विकास गर्ने र साथै आधारभूत सेवा वाहेकका माथिल्ला सेवाहरुको पहुँचमा वृद्धि गर्न 'निःशुल्क स्वास्थ्य जाँच परिचय पत्र' (Health Card) प्रदान गर्ने । - स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिमा समतामूलक हिसावले लक्षित वर्ग तथा महिलाको अर्थपूर्ण सहभागिता गराउने । - स्वास्थ्य सेवाको सामाजिक परिक्षण (Social Audit) मा लक्षित वर्गको अर्थपूर्ण सहभागिता गराई कार्यक्रम जनमूखी र जनताप्रति उत्तरदायि बनाउने ।
<p>ख) लक्षित वर्गद्वारा मातृशिशु स्वास्थ्य तथा निःशुल्कप्रसूती सेवा उपभोगमा वृद्धि गर्ने ।</p>	<p>अ) लक्षित वर्गलाई मातृशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा निःशुल्कप्रसूती सेवा सहजरूपमा प्राप्त गर्नका लागि विशेष कार्यक्रम संचालन गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) को पहुँच राम्रोसंग नपुगेका वा सुधार हुन नसकेका सेवाहरु जस्तै पूर्व प्रसूती (Prenatal), प्रसूति तथा प्रसूति पछिको (Postnatal) सेवा, नवजात शिशु (Neonatal) सेवा, संस्थागत प्रसूति, पोषण तथा बालबालिकाको खोपको प्रयोगमा सुधार ल्याई मातृमृत्युदर, भर्खर जन्मेका शिशु तथा ५ वर्ष मुनीका बालबालिकाको मृत्युदर घटाउन सुरक्षित मातृत्व सेवा तथा मातृशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई विशेष जोड दिने । - स्वास्थ्य सेवामा लक्षित वर्गको पहुँचमा वृद्धि गर्न महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका तथा स्थानीय गैह्रसरकारी संस्थाको क्षमता वृद्धि गरि परिचालन गर्ने । - लक्षित वर्गका गर्भवती महिलाहरुलाई अन्य प्रकारका सहयोगहरु जस्तै लक्षित वर्ग केन्द्रित IEC/BCC र चेतनामूलक तथा गाउँघर क्लिनिक संचालन गरी संस्थागत प्रसूतिमा प्रोत्साहन गर्ने र सो हुन नसके दक्ष स्वास्थ्यकर्मीद्वारा घरमै गराईने प्रसूतिसेवा सुनिश्चित गर्ने ।

रणनीति	कार्यनीति
	<p>आ) लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) का महिलालाई स्वास्थ्य सेवामा पहुँच तथा उपभोगमा (विशेष गरेर संस्थागत प्रसूती मा) हुने गरेका विभेदहरु अन्त्य गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - परिवार तथा समाजमा हुने लैङ्गिक तथा सामाजिक विभेद कम गर्न महिला सामुदायिक/गैह्रसरकारी संस्थाहरु र साथै अन्य स्वास्थ्य क्षेत्रको विकासमा काम गर्ने समुहहरुसंग सहकार्य गर्ने । - पारिवारिक तथा समुदाय तहमा परामर्श गरि महिलाको स्वास्थ्यमा असर पार्ने खालका लैङ्गिक हिंसा (महिनावारी तथा प्रसूतिको अवस्थामा, स्कुल जाने महिलामा, कार्यक्षेत्र आदिमा हुने गरेका शारीरिक तथा मानसिक दुर्व्यवहार) तथा महिला र पुरुषमा शारीरिक तथा मानसिक असर पार्ने सामाजिक हिंसा कम गर्ने । - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) का महिलाको मातृ स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा वृद्धि गर्न स्थानीय स्वास्थ्य संस्थामा महिला स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितिलाई अनिवार्य गराउने ।
<p>ग) विद्यमान स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखिएका सवालहरु विश्लेषण गरी निश्चित लक्षित वर्ग र क्षेत्रलाई विषेश कार्यक्रम (Specific programme) संचालन गर्ने ।</p>	<p>अ) भौगोलिक हिसावले विकट क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवा विस्तारमा जोड दिने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - भौगोलिक हिसावले दुर्गम क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच पुऱ्याउनका लागि उक्त क्षेत्रको mapping गरी ती स्थानमा आवश्यकता अनुसार Outreach सेवा (घुम्ती शिविर तथा गाउँघर क्लिनिकको संख्या) वृद्धि गरि संचालन गर्ने । - नयाँ स्वास्थ्य चौकी तथा उप स्वास्थ्य चौकी स्थापना गर्दा गाउँका सवैको सर्वसम्मतिले लक्षित वर्गलाई पाएक पर्ने स्थानमा स्थापना गर्ने । <p>आ) कम मानव विकास सूचकांक भएको क्षेत्रमा कार्यक्रम विस्तार गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - कम मानव विकास सूचकांक भएका ३५ जिल्लामा अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न लक्षित कार्यक्रमको नीतिगत व्यवस्था गरी कायान्वयन गर्ने ती जिल्लामा काम गर्ने र कर्मचारीको मनोबल उच्च राख्न सेवा सुविधामा अतिरिक्त व्यवस्था गर्ने । - जनसंख्या कम भए पनि स्वास्थ्य सेवालार्ई ब्यक्तिको जन्मसिद्ध अधिकार प्रत्याभूति हुने खालको कार्यक्रम गरी सेवा सुनिश्चित गर्ने । <p>ई) सरकारले उपलब्ध गराएको नियमित स्वास्थ्य सेवाले सम्बोधन गर्न नसकेका स्वास्थ्यका सवालहरु क्षेत्र विशेष समेट्न नसकेका वर्गहरु (दलित, सुकुम्वासी, मुस्लिम, ढुन्ड पिडित) तथा तेश्रो लिङ्गी का लागि क्षेत्रगत कार्यक्रम तर्जुमा गरि कार्यान्वयन गर्ने ।</p> <ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) को स्वास्थ्य सेवामा पहुँच वृद्धि गर्नका लागि निःशुल्क सेवा सम्बन्धमा विशेष कार्यक्रमहरु जस्तै, प्रचार प्रसार (Campaign), Outreach सेवा, परामर्श सेवा तथा अभिमुखिकरण संचालनका गर्ने । - आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि गर्न दलितका

रणनीति	कार्यनीति
	<p>लागि विशेष कार्यक्रम (जस्तै सेवा प्रयोग गरेवापत आर्थिक सुविधा उपलब्ध गराउने, म.स्वा.स्व को विशेष परिचालन गरि उनीहरुलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवावारे सूचना प्रदान तथा प्रयोगमा प्रोत्साहन गर्ने) संचालन गर्ने</p> <ul style="list-style-type: none"> - दलितको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सुनिश्चित गर्नका लागि उनीहरुलाई आधारभूत सेवा प्रयोग गरेवापत आर्थिक सुविधा उपलब्ध गराउने जस्ता विशेष कृयाकलप संचालन गर्ने र उनीहरुलाई सेवावारे सूचना प्रदान गर्न तथा सेवा प्रयोगमा प्रोत्साहन गर्न म.स्वा.स्व को थप परिचालन गर्ने ।
<p>रणनीति ६: सामाजिक हैसियतका आधारमा नभई सबैलाई समतामूलक हिसाबले स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा एक रुपता ल्याउन लैससास सम्बेदनशील हुने गरी स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउने ।</p>	
<p>क) पर्याप्त र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन विशेष कृयाकलापमा जोड दिने ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> - स्वास्थ्य सेवाको कम्तिमा जिल्ला तहका अस्पतालमा १ जना महिला डाक्टरको उपस्थिति सुनिश्चित गर्ने । - नेपाली वाहेक अन्य भाषाभाषीको वाहुल्य भएको स्थानमा स्थानीय भाषा जान्ने स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था गर्ने । - भविष्यमा हुन गैरहेको राजनैतिक/भौगोलिक संरचना तथा जिल्लाको परिस्थिति हेरी आवश्यक परेमा जिल्ला तहले आफ्नो क्षेत्रगत लैससास रणनीति तर्जुमा गरि कार्यन्वयन गर्नसक्ने व्यवस्था गर्ने । - स्वास्थ्य कार्यक्रम र कर्मचारीलाई समुदाय प्रति उत्तरदायी बनाउन र कार्यक्रम समावेशी तथा पारदर्शी बनाउन अनिवार्य रुपमा सामाजिक परिक्षण (Social Audit) को व्यवस्था गरि लागु गर्ने ।
<p>उद्देश्य ३: लक्षित बर्गले अधिकारमा आधारित स्वास्थ्य सेवा लिन खोज्ने बानी ब्यबहारमा सुधार ल्याउने ।</p>	
<p>रणनीति ७: लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवा लिने व्यवहार परिवर्तन हुनेगरी सूचना, शिक्षा तथा संचार कार्यक्रमको विकास तथा कार्यान्वयन गर्ने ।</p>	
<p>क) लक्षित वर्गको स्वास्थ्य व्यवहार परिवर्तन गर्न उपयुक्त किसिमको सूचना, शिक्षा तथा संचार (IEC) सामाग्रीको विकास तथा प्रवाह गर्ने ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> - नेपाली भाषा वाहेक सबैले बुझ्ने वा स्थानीय मातृ भाषामा, चित्रलेखन, श्रव्यदृष्य आदिमा सूचना र संचार सामाग्री (अत्यावश्यक स्वास्थ्य सेवा, नीति तथा कार्यक्रममा समेत) तयार गरी पर्याप्त मात्रामा सबैको पहुँच पुग्ने गरि वितरण गर्ने । - स्वास्थ्य मन्त्रालयले प्रकाशन तथा प्रसारण गर्ने सूचना, शिक्षा र संचार सामाग्रीमा लक्षित वर्गको कार्यक्रमलाई प्रोत्साहन दिनुका साथै उनीहरुको पहुँचमा वृद्धि गर्ने । - स्थानीय स्तरमा (विशेष गरी अति दुर्गम पछाडि परेका स्थानमा) आवश्यकता अनुसारको सञ्चार सामाग्री उत्पादन गर्ने सीपको विकास गर्ने ।
<p>ख) उपयुक्त संचार माध्यमको प्रयोगमा वृद्धि गर्ने ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> - सबै प्रकारका संचार माध्यमले स्वास्थ्य सेवा सन्देश सामाग्रीको प्रचार प्रसारका लागि उपयुक्त समय र स्थानको सुनिश्चित गर्ने ।

रणनीति	कार्यनीति
	<ul style="list-style-type: none"> - स्थानीय स्तरका संचार माध्यम (रेडियो, एफ एम, पत्रपत्रिका, घरदैलो, होर्डिड बोर्ड, सडक नाटक, गोष्ठी, तालिम , च्याली आदि) तथा स्थानीय भाषाको प्रभावकारी प्रयोगमा जोड दिने । - स्वास्थ्य तथा सञ्चार माध्यम बीच एकआपसमा लैससास सम्बन्धमा सूचनाको आदान/प्रदानमा वृद्धि गर्ने । - भाषागत विविधता तथा कम मानव विकास सूचकांक भएका जिल्लाहरुमा स्थानीय भाषामा उपयुक्त संचार माध्यमद्वारा कार्यक्रम संचालन गर्ने । - स्वास्थ्य क्षेत्रका सम्बन्धित निकायद्वारा संचार सेवा प्रवाहको गुणस्तरियताको नियमित अनुगमन गर्ने गराउने ।
<p>रणनीति ८: लक्षित वर्गको सशक्तिकरण गरी अधिकारको माग गर्न सक्ने र कर्तव्य बोध गरी आफ्नो भूमिका निर्वाह गर्न सक्ने बनाउने ।</p>	
<p>कं) लक्षित वर्गलाई स्वास्थ्य अधिकार र निःशुल्क स्वास्थ्य/प्रसूति सेवा बारे सचेत गराउदै सशक्तिकरण का माध्यमबाट सेवा प्रदायकलाई जवाफदेही बनाउने ।</p>	<p>अ) सशक्तिकरण :</p> <ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) का अधिकार र कर्तव्य बोध गराउने खालका अभिमुखिकरण जस्ता कृयाकलाप संचालन गरि नेतृत्वदायी भूमिका निर्वाह गर्न सक्षम बनाउने । <p>आ. शिक्षा सूचना संचार</p> <ul style="list-style-type: none"> - लक्षित वर्ग (गरिव, असहाय तथा सिमान्तकृत जाति/जनजाति) लाई केन्द्रित गरेर उपयुक्त स्थान, पद्धति, समयलाई ध्यान दिई उपभोगमा वृद्धि गर्ने खालका चेतनामूलक तथा अभिमूखीकरण कार्यक्रम संचालन र प्रचार प्रसार (Campaign) मा जोड दिने । - घरदैलो उपभोक्ता समिति गठन तथा अभिमूखीकरण गरी उनीहरुद्वारा लक्षित समूहलाई स्वास्थ्य नीति, कार्यक्रम, स्वास्थ्य सम्बन्धि हक अधिकार, आधारभूत निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा, सम्बन्धमा जनचेतना/सूचना प्रभावकारी रुपमा पुऱ्याउने । - स्वास्थ्य संबन्धि अभिमूखिकरण तथा चेतनामूलक कार्यक्रम संचालन गरि लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवा लिने व्यवहारमा परिवर्तन ल्याउन जोड दिने । - स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापनमा महिलाको सहभागितामा वृद्धि गर्ने र महिला/आमा समूहलाई स्वास्थ्य सेवामा अभिमूखिकरण गरी शिशु तथा ५ वर्ष मुनीका बालबालिकामा लिङ्गको आधारमा विभेद नगरी छोरा र छोरीलाई स्वास्थ्य उपचार सेवा दिने, पोषण तथा अन्य महत्वपूर्ण पक्षमा समान व्यवहार गर्नमा अभिप्रेरित गर्ने । - महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारका वारेमा अभिमूखिकरण गर्ने ।

यो रणनीति तर्जुमा तथा कार्यान्वयन भएपछि लैससास प्रति स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको प्रतिवद्धता कार्यान्वयनमा परिमार्जन हुने तथा मानवीय र संस्थागत क्षमता सुदृढ भई स्वास्थ्य क्षेत्रको दिगो समावेशीकरणमा योगदान पुग्ने अपेक्षा गरिएको छ । यस रणनीतिमा समय सापेक्ष परिमार्जन गरिने छ ।

५. रणनीतिको कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवं मुल्यांकन

५.१ रणनीति कार्यान्वयन प्रकृया

यस रणनीति कार्यान्वयनका लागि निम्न कार्यक्रम संचालन गरिनेछन् ।

क) रणनीति कार्यान्वयन कार्ययोजना तयारी : प्रथम चरणमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले स्वास्थ्य क्षेत्रको यस लैससास रणनीतिले दिएको मार्गदर्शन अनुरूप तात्कालीन, मध्यकालीन तथा दीर्घकालीन अवधिमा गर्न सकिने कार्यहरु स्पष्ट रूपमा पहिचान गरि त्यही अनुरूप लैससास रणनीति कार्यान्वयन कार्ययोजना तयार गर्ने ।

ख) कार्य विवरणको परिमार्जन गर्ने: दोश्रो चरणमा रणनीति कार्यान्वयनका लागि मन्त्रालय अन्तर्गतका महाशाखा, विभाग, क्षेत्रीय तथा जिल्ला स्तरीय कार्यालय तथा कर्मचारीहरुको कार्यविवरण परिमार्जन गरि सम्बन्धित ठाउँमा पठाउने ।

५.२ लैससास रणनीति कार्यान्वयन संस्थागत संरचनाको व्यवस्था

केन्द्रियस्तर

क) स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण शाखाको व्यवस्था गर्ने । यो शाखा स्व.ज.म.को सांगठनिक तालिकामा अधिकार सहितको छुट्टै शाखाको रूपमा रहने छ जुन अनुसूची ४ मा राखिएको छ । ।

- यस शाखाले स्वास्थ्यका नीति, योजना र कार्यक्रमलाई समावेशी गराउने ।
- उपलब्ध गराइएको स्वास्थ्य सेवा लक्षित तथा विपन्न वर्ग सम्म पुगे नपुगेको अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्ने गराउने ।
- लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणका सम्बन्धमा क्षमता अभिवृद्धि तथा श्रोत परिचालन गर्ने ।
- लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण सूचना संचार प्रवाह र व्यवस्थापनका लागि समन्वयकारी भूमिका निर्वाह गर्ने ।
- राष्ट्रिय योजना आयोग, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय तथा यस अन्तर्गत विभागहरूसंग (आवश्यकता परेमा अन्य मन्त्रालय / विभागसंग समेत) समन्वय गरी लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणलाई लक्षित गर्ने कार्यक्रम कार्यान्वयन गराउन समन्वयकारी भूमिका निर्वाह गर्ने ।

ख) स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तर्गतका विभाग तथा महाशाखाहरुमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण इकाई / डेस्कको स्थापना गरि रणनीति कार्यान्वयन सम्बन्धि अनुगमन, सूचना तथा तथ्यांक संकलन र विश्लेषण गर्ने जिम्मेवारी दिने व्यवस्था गर्ने ।

ग) केन्द्रिय स्तरका अस्पतालहरुमा सामाजिक सेवा ईकाईको स्थापना र कृयाशील गराई लक्षित वर्गलाई आधारभूत तथा माथिल्लो तहको सेवा प्राप्त गर्न सहयोग गर्ने ।

- घ) सबै तहका स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र व्यवस्थापकहरूको कार्य विवरणमा लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको सवाललाई समावेश गर्ने ।

क्षेत्रीय तथा अञ्चल स्तर

- क) क्षेत्रीय स्तरमा क्षेत्रीय निर्देशकको संयोजकत्वमा महिला, दलित, जनजाति, आदिवासी आदिको प्रतिनिधिमूलक संस्थाहरू, स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्य गर्ने संघ संस्था/गैह्र सरकारी संस्था रहेको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण संजाल निर्माण गरी लैससासका सवालमा सम्पर्क समन्वय र अनुगमन गर्ने ।
- ख) उप-क्षेत्रीय, क्षेत्रीय र अञ्चल स्तरीय अस्पतालहरूमा सामाजिक सेवा इकाइको स्थापना गरी लक्षित वर्गलाई आधारभूत तथा माथिल्लो तहको सेवा प्राप्त गर्न सहयोग गर्ने ।

जिल्लास्तर (District Level)

- क) जिल्ला अस्पतालमा आवश्यकता हेरी सामाजिक सेवा इकाइको स्थापना गरी लक्षित वर्गलाई आधारभूत तथा माथिल्लो तहको सेवा प्राप्त गर्न सहयोग गर्ने ।
- ख) जिल्ला स्वास्थ्य समन्वय समितिलाई कृयाशील गराई रणनीति कार्यान्वयन गर्न संस्थाहरू विच समन्वय र सहकार्य गराउने ।
- ग) जिल्ला स्तरमा जिल्ला जन / स्वास्थ्य कार्यालय प्रमुखको संयोजकत्वमा महिला, दलित, जनजाति, आदिवासी आदिको प्रतिनिधिमूलक संस्थाहरू, स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्य गर्ने संघ संस्था/गैह्र सरकारी संस्था रहेको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण संजाल निर्माण गरी लैससासका रणनीति कार्यान्वयन, सम्पर्क, समन्वय, सहकार्य र अनुगमनको सुनिश्चिता गर्ने ।

समुदायस्तर (Health Facility level)

- क) स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिलाई लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण सम्वन्धी रणनीतिको अवधारण वारे अनुशिक्षण दिने र रणनीति कार्यान्वयन, अनुगमन र आवश्यकता अनुसार माथिल्लो निकायलाई सूचना सप्रेषण गर्ने ।
- ख) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको वारेमा अनुशिक्षण दिई आमा समूहहरूमा यसको प्रयोग गर्न लगाउने ।

५.३ अनुगमन, प्रतिवेदन एवं मुल्यांकन

स्वास्थ्य क्षेत्रमा लैससासको अवधारणालाई सुनिश्चित गर्न तथा गरिव, जोखिममा परेका तथा सिमान्तकृत जाति जनजाति (विशेष गरेर महिला तथा बालबालिका) को स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउने दिशातर्फ कार्यक्रमले योगदान पु-याएको छ वा छैन भन्ने कुरा हेर्नका लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, लैससास ईकाई र स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गतका महाशाखा, पाँच विकास क्षेत्रका प्रत्येक क्षेत्रीय निर्देशनालय, जिल्ला जन/ स्वास्थ्य कार्यालयका लैससास सम्पर्क विन्दु तथा समुदाय स्तरमा नियमित अनुगमन तथा मूल्यांकन गरिने छ । यसरी अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्दा माथि उल्लेखित स्वास्थ्य क्षेत्रका विभिन्न तहहरूको भूमिका एवं अनुगमन गर्ने विधि र तौर तरिकाहरूमा स्पष्ट पारिने छ ।

अनुगमन, प्रतिवेदन तथा मूल्यांकन यस स्वास्थ्य क्षेत्रको लैससास रणनीति अनुरूप मन्त्रालयले तयार गर्ने लैससास संवेदनशील सूचकहरू र गतिविधिहरूमा आधारित भइ गरिनेछ । अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्दा निम्न कुराहरूमा ध्यान दिइने छ ।

- लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको दृष्टिले मौजुदा अनुगमन फारम, स्वास्थ्य अनुगमन तथा सूचना प्रणाली र प्रतिवेदनलाई सुदृढीकरण गर्ने ।
- लैससास सूचकहरु निर्धारण गरी सबै स्वास्थ्य संस्थामा समाहित गर्ने र त्यही अनुरूप अनुगमन तथा सूधार गर्ने ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रका विभिन्न तहवाट अनुगमन गरि प्रतिवेदन तयार गर्ने गरी भूमिका तथा जिम्मेवारी स्पष्ट गर्ने र समयावधि तोक्ने ।
 - केन्द्रीय वा मन्त्रालय स्तरवाट हुने अनुगमन
 - विभाग स्तरवाट हुने अनुगमन
 - क्षेत्रीय स्तरवाट हुने अनुगमन
 - जिल्ला स्तरमा हुने अनुगमन
 - समुदाय तहमा हुने अनुगमन
- लैससासको हिसावले खण्डीकृत तथ्यांक संकलन प्रणालीको थप विकास गरि सुदृढीकरण गर्ने ।
- कार्यक्रम कार्यान्वयनको प्रकृया तथा सहभागिताको स्थिति, लक्षित वर्गका लागि स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर, सेवा प्रदायकको भूमिका तथा सेवा प्रदान गर्ने क्षमतामा सुधार, लक्षित वर्गको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार, निःशुल्क तथा लक्षित कार्यक्रमवाट लक्षित वर्गले पाएको फाईदा, लक्षित वर्गको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच तथा उपभोगमा वृद्धि भए/नभएको आदिवारे अनुगमन गर्ने ।
- लक्षित वर्गको समतामूलक सहभागितामा नियमित रूपमा समुदाय स्तरमा सामाजिक परीक्षण (Social Audit) गर्ने जसले गर्दा सेवाको पारदर्शिता, जवाफदेहिता तथा गुणस्तरमा सुधार आउने ।
- सेवाप्रदायक संस्थाहरूले एकअर्काको कार्यक्रमको समिक्षा गर्ने, स्व-मूल्याङ्कन गर्ने र सिकाइहरूको आदान-प्रदान गर्ने कुरालाई संस्थागत गर्ने । साथै लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको दृष्टिले राम्रा अभ्यास र सिकाइहरूको अभिलेख तयार गर्ने ।
- निश्चित अवधिमा स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै कृयाकलापको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणको दृष्टिले परीक्षण गरी आवश्यकता अनुसार कार्यक्रमहरूमा परिमार्जन गर्ने ।

अनुगमनका प्रकृयाहरु

अनुगमनका लागि उपयुक्त तरिका निम्नानुसार छन् ।

क. सहभागितामूलक अनुगमन (Participatory Monitoring)

यस किसिमको अनुगमनले सेवाग्राही लगायत सम्पूर्ण सरोकारवालाहरूलाई अनुगमन प्रक्रियामा सहभागिता गराउँछ । यो प्रक्रिया बैठक, कार्यशाला, विषय केन्द्रित समूह (Focus Group) मा आधारित अनुगमन तथा अन्य स्वरूपमा गरिने छ । यो नियमित प्रकृतिको हुन्छ र आवधिक आधारमा समेत यो पद्धतिद्वारा अनुगमन गरिनेछ ।

ख. प्रतिवेदनको आधारमा प्रगति अनुगमन (Progress Monitoring through Reporting)

निर्दिष्ट गरिए अनुसार चौमासिक, अर्धवार्षिक तथा वार्षिक रूपमा र प्रगति प्रतिवेदन तयार गरी सम्बन्धित व्यवस्थापन तहमा पेश गरिनेछ ।

ग. सेवाग्राही सम्पर्क अनुगमन (Beneficiaries Contact Monitoring)

सेवाग्राही सम्पर्क अनुगमनलाई धेरैले समग्र कार्यक्रम अनुगमनको निम्ति सफल पद्धति र मुख्य कडीको रूपमा लिएका छन् । यसले मागमा आधारित अवधारणा अपनाउँछ । स्वास्थ्य सेवाका क्रियाकलापहरु गरिब, जोखिममा परेका समुह तथा सिमान्तकृत जाति जनजातिहरु (विशेष गरेर महिला तथा बालबालिका) समक्ष पुगेका छन् वा छैनन् तथा उक्त क्रियाकलापहरूले तिनका स्वास्थ्य आवश्यकता पूर्ति गर्छन् वा गर्दैनन्, यसमा उनीहरूको पहुँच

तथा उपभोगमा वृद्धि भयो वा भएन भन्ने कुराको समग्र जानकारीका आधारमा यो अनुगमन गरिन्छ । जनसमुदायमा केही नमूनाहरू (Random Sample) संकलन गरी त्यसको आधारमा यो अनुगमन गरिनेछ ।

घ. मासिक, त्रैमासिक/चौमासिक तथा वार्षिक समीक्षा बैठक

लैससास समाहित प्रगति प्रतिवेदन मासिक, त्रैमासिक/चौमासिक, अर्धवार्षिक वा वार्षिक रूपमा अर्को तहको व्यवस्थापन समक्ष पठाइनु पर्दछ । ती प्रतिवेदनहरूलाई व्यवस्थापनका विभिन्न तहहरूले समीक्षा गर्नेछन् । यस अवसरलाई वर्षभरिको क्रियाकलापहरूको कार्यान्वयनबाट प्राप्त अनुभव र सिकाइलाई मूल्यांकन गर्ने अवसरको रूपमा लिइनेछ ।

६. रणनीति कार्यान्वयनका प्रमुख चुनौतीहरू

स्वास्थ्य क्षेत्रले अन्य क्षेत्रको तुलनामा सामाजिक समावेशीकरणको सवाललाई धेरै हदसम्म सम्बोधन गर्न खोजेको छ । त्यसैगरी नेपालको महत्वपूर्ण दस्तावेज, नेपालको अन्तरिम सम्वधान २०६३ र स्वास्थ्यका नीति निर्देशिकाले पनि यो सवाललाई प्राथमिकताका साथ सम्बोधन गरेका छन् । यति हुँदा हुँदै पनि स्वास्थ्य क्षेत्रलाई समावेशी बनाउनका लागि कार्यान्वयन पक्षमा विभिन्न कमी कमजोरी देखिएको छ । लैससास रणनीति कार्यान्वयन गर्नमा सम्भावित चुनौतीहरू निम्नानुसार छन् ।

- क) देशमा विद्यमान गरिवी र अशिक्षाले गर्दा स्वास्थ्य सेवाबाट वन्चित वर्गसम्म प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु चुनौतिको रूपमा रहेको छ । अशिक्षाले गर्दा अझै पनि स्वास्थ्य उपचारमा परम्परागत विचार अन्धविश्वास धारणा तथा कुरीतिहरूमा मौन विश्वास गर्ने हुँदा उपलब्ध स्वास्थ्य सेवा उपभोगमा बाधा पु-याएको छ ।
- ख) आर्थिक श्रोतको अभाव भएका कारण स्वास्थ्य मन्त्रालयलाई आवश्यकता अनुसारको बजेट विनियोजन हुन नसक्नाले आशा गरे अनुसार लैससासमा केन्द्रित गरी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गर्न / गराउन थप चुनौती श्रृजन गर्न सक्छ ।
- ग) नयाँ नेपाल निर्माणका सन्दर्भमा भविष्यमा हुन गैरहेको राज्य पुनसंरचनाले पनि यसको कार्यान्वयनमा अर्को चुनौति तथा अवसर समेत प्रदान गरेको छ ।
- घ) लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरणका सवालमा राजनैतिक प्रतिवद्धता तथा स्वास्थ्य क्षेत्रका नीति तथा कार्यक्रममा यो सवाललाई प्रमुखताका साथ संबोधन गरिएता पनि राजनैतिक हस्तक्षेप तथा कार्यान्वयन पक्षमा फितलो देखिएको र भविष्यमा पनि त्यस्तो वातावरणको श्रृजना हुनसक्छ ।
- ङ) सेवा प्रदायकहरूको लक्षित वर्ग प्रति विभेदपूर्ण व्यवहारले गर्दा सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रति सेवाग्राहीको अविश्वासको स्थिति रहनुले यो रणनीति कार्यान्वयनमा प्रभाव पार्न सक्दछ ।

**अनुसूचि- १: स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी रूपमा प्रदान गर्न र उपभोग गर्नमा बाधाहरू
(नेपालगञ्ज, विराटनगर तथा पोखरामा संचालित क्षेत्रीय गोष्ठीबाट प्राप्त निचोड)**

क) सेवा प्राप्त गर्नेका लागि बाधा व्यवधानहरू

- सचेतनाको कमी (भाषागत हिसावले सूचना नदिनु, चेतनामूलक कार्यक्रमहरूमा जनताको सहभागीता नहुनु/गराउन नसक्नु, स्थानीय आवश्यकतालाई सम्बोधन गरी सूचना स्पष्ट रूपमा दिन नसक्नु) ।
- परम्परागत विचार, सामाजिक तथा धार्मिक बाधाहरू (जस्तै मुस्लिम समुदाय स्वास्थ्य उपचारप्रति निष्कृत्य अन्धविश्वास र सामाजिक संस्कृति/कुरीतिहरू (धामी, भांकीमा विश्वास) ।
- गरिवी तथा अशिक्षा, सूचनाको कमी तथा प्राप्त सूचना उपयुक्त माध्यम तथा बुझ्ने भाषामा प्रचार प्रसार नहुनुका कारणले पछाडी परेका समुदाय स्वास्थ्य सूचनाबाट वन्चित भएका ।
- आर्थिक अवस्था कमजोर हुनेले सेवा निःशुल्क भएपनि स्वास्थ्य संस्था टाढा भएकाले सेवा लिन जाँदा यातायात तथा अन्य खर्च जुटाउन समस्या पर्ने ।
- भौगोलिक हिसावले विकट क्षेत्रमा स्वास्थ्य संस्था लक्षित वर्गको पहुँच पुग्ने स्थानमा उपलब्ध नभएकाले ति वर्गले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्नमा कठिनाई भोग्नुपर्ने ।
- लक्षित वर्गलाई स्वस्थ सेवामा माग जगाउन कम्ति मात्रामा सशक्तिकरणका कार्यक्रमहरू संचालन गरिएको । साथै लक्षित वर्गका लागि जारी भएका नीति नियम, उपलब्ध निःशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवा, माथिल्लो स्वास्थ्य उपचार सेवा (Secondary and Tertiary care) वारे जानकारी छैन ।
- स्वास्थ्य व्यवस्थापनमा पछाडि पारिएका वर्गको अर्थपूर्ण सहभागिता नहुँदा उनीहरूले स्वास्थ्य प्रदायकलाई विश्वास नगर्ने गरेको र अपनत्वमा कमी आउने गरेको ।
- सहयोग समिति, विकास समिति तथा स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिमा महिला दलित तथा पिछडा वर्गको सहभागिता अर्थपूर्ण नहुनु र सेवा प्रदान गर्ने निर्णयमा उनीहरूको आवाज नपुग्नाले स्वास्थ्य संस्था आफ्नो हो भन्ने भावनाको विकास नहुनु र स्वास्थ्य सेवाप्रति विश्वास नहुनु ।
- भाषिक समस्या - कतिपय अवस्थामा वा स्थानमा जनताले आफ्ना कुरा प्रष्ट रान्न नसक्नु, स्वास्थ्यकर्मीहरूले उनीहरूको भाषा प्रष्ट नबुझ्नु ।
- सूचना तथा संचार सामाग्रीहरू स्थानीय भाषामा उत्पादन, प्रसारण तथा प्रकाशन नगरिनुले स्वास्थ्य सम्बन्धी सूचनाहरूको प्रवाहमा प्रभावकारीता नभएको र सूचनाको अभावका कारण निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमले जनतामा माथिल्लो स्तरको (Secondary and Tertiary care) सेवा पनि उप-स्वास्थ्य चौकी/ स्वास्थ्य चौकीले दिन सक्छ भन्ने चाहान वढाएको ।

c

ग) सेवा प्रदान गर्नका लागि बाधा व्यवधानहरू

- स्वास्थ्य कर्मीको निरन्तरता नहुनु, स्वास्थ्यकर्मी कार्यालय समयमा कार्यालयमा नियमित उपस्थिति नहुँदा आवश्यक परेको समयमा उपचार प्राप्त नहुनु, लक्षित वर्ग प्रति स्वास्थ्यकर्मीको विभेदपूर्ण व्यवहार, कर्मचारीको स्वास्थ्य सेवा प्रतिको उतरदायित्व र जवाफदेहिताको कमी, स्वास्थ्यकर्मी शहर केन्द्रित हुनु, सेवा प्रदायकमा आफ्नो पेशाप्रति उत्प्रेरणामा कमी हुनु, आदिले गर्दा ति वर्गलाई स्वास्थ्य संस्थाप्रति विश्वासमा कमी आएको र यसप्रति समुदायको अपनत्वमा कमी ।
- कमजोर कर्मचारी व्यवस्थापन (Hire & Fire को अभाव), दक्ष जनशक्तिको कमी, सेवा प्रदायकको पेशागत व्यवहार नहुनु, गुणस्तरीय सेवाको कमी तथा उचित किसिमले स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिलाई पुरस्कारको व्यवस्था नहुनु आदिले गर्दा सेवा प्रदान गर्नमा सिथिलता देखिन्छ ।
- स्थानीय भाषा लैङ्गिक पक्ष तथा संस्कृतिलाई सम्बोधन गर्ने गरी स्थानीय कर्मचारीको व्यवस्था नहुनु ।

- स्वास्थ्य संस्थामा पर्याप्त पूर्वाधार (घर, फर्निचर, सूत्केरी गराउन कोठा र शैयाको व्यवस्था) को कमी ।
- निःशुल्क भनेपनि कतिपय ठाउँमा स्वास्थ्य संस्थाले माग बमोजिको औषधि नपाउनु ।
- राजनैतिक प्रतिवद्धताको अभाव र बढ्दो राजनैतिक हस्तक्षेपले कर्मचारी सरुवा हुँदा सेवा प्रवाहमा अशर पर्ने गरेको ।
- स्वास्थ्य संस्थाको स्थापना गर्दा जनसंख्या तथा भौगोलिक अवस्थालाई ख्याल नगरी सुगम र सुविधाभएको वजार वा शहर केन्द्रित हुनु र सवैलाई पायक पर्ने स्थानमा नहुनु, समानुपातिक बजेट व्यवस्था नहुनु (विशेष गरेर जिल्ला स्वास्थ्य संरचनालाई) ।
- सेवा लिने र दिने बीच समन्वय, अन्तर्क्रिया तथा सहभागिता को कमीका का कारण लक्षित वर्गमा प्रभावकारी ढंगले सेवा पुग्न सकेको छैन ।
- स्वास्थ्य संस्थासम्म पुग्न उपयुक्त यातायात साधनको अभाव तथा सुविधा लिने ठाउँसम्म सूचना आदानप्रदान गर्न संचारका साधनहरुको पहुँच नहुनु ।
- विशेषज्ञ सेवाहरु राजधानी र शहरमा मात्र केन्द्रित हुनु ।
- स्वास्थ्यकर्मीहरु समावेशी र लैङ्गिक समानताका आधारमा उपलब्ध नहुनु ।
- स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई दक्षता अभिवृद्धि गर्ने तालिम र समसामयिक सार्वजनिक विषयमा अभिमुखीकरणको कमी ।
- स्वास्थ्यकर्मीमा लक्षित वर्गलाई परामर्श दिनसक्ने सीपको कमी ।
- स्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा समिक्षा आदि कार्यक्रममा सेवाग्राहीको सहभागिता प्राय शुन्य हुनु ।

ख) लैङ्गिक विभेद

- नेपाल पुरुष प्रधान विचारवाट प्रभावित र लैङ्गिक विभेद भएको भएको कारण महिलाको स्वास्थ्यलाई प्राथमिकता दिएको पाईदैन ।
- घरको आर्थिक पक्षमा महिलाको नियन्त्रण नहुँदा आर्थिक समस्याका कारण महिलाहरु स्वास्थ्य उपचार गराउन नसक्ने र आफुलाई जहिले पनि न्यून प्राथमिकतामा राख्ने ।
- सेवा प्रदायकहरु अधिकांश पुरुषहरु हुनु र महिला स्वास्थ्यकर्मी नहुदा स्वास्थ्य सेवा लिन हिचकिचाउने ।

घ) नीतिगत बाधाहरु

- वन्चिमा परेका समुहको नीति निर्माणमा कम सहभागीता हुनु ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रको नीति तथा रणनीतिमा समावेशी अवधारणाको कमी र उपलब्ध नीति, रणनीतिको कार्यान्वयन पक्ष कमजोर हुनु ।
- स्वास्थ्य नीतिको परिमार्जन/सामाजिक समावेशी अनुसार नहुनु ।
- स्थानीयस्तरको माग र आवश्यकतामा आधारित योजना वन्न नसक्नु र योजना नीति निर्माणमा स्थानीय स्तरको सहभागिताको कमी ।
- स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी बनाउन अधिकारको विकेन्द्रीकरण नहुनु र विशेष पूर्वातयारी विना नीति रणनीति बनाएर कार्यान्वयनमा लैजानु (जस्तै स्वास्थ्य संस्थाको सुदृढिकरण तथा विस्तार नहुँदै निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम जस्ता महन्वकांक्षी योजना लागु गरिनु) ।

अनुसूचि- २ : सन्दर्भ सामाग्री (Bibliography)

- वार्षिक आयोजना / कार्यक्रम कार्यान्वयन कार्ययोजना, आ.व. २०६५ / २०६६, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति, सुधारका लागि कार्यपत्र, २०६१, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- दोश्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना, सन् २०५४ - २०७४, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- स्वास्थ्य सम्बन्धी १० बुँदे नीति तथा कार्यक्रम, २०६३, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- गरिवी न्यूनीकरण रणनीतिपत्र / दशौं पञ्चवर्षीय योजना, २०५९/६० - २०६३/६४, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- त्रिवर्षीय योजना २०६४/६५ - २०६६/६७, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम - कार्यान्वयन योजना, सन् २००४-२००९, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- असहाय सामुदायिक विकास कार्यक्रम (Vulnerable Community Development Plan), सन् २००६, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम : आर्थिक वर्ष २०६३/२०६४, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- स्थानीय स्वायत्त शासन ऐन, २०४९, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- नेपालको अन्तरिम संविधान, २०६३, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- राष्ट्रिय जनसांख्यिकी तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण, सन् २००६, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, काठमाडौं ।
- केन्द्रीय, क्षेत्रीय, उपक्षेत्रीय तथा अञ्चल स्तरीय अस्पतालमा गरीब, असहाय तथा अन्य लक्षित विरामीहरूलाई निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा संचालन. कार्यविधि निर्देशिका, २०६४, नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय ।
- राष्ट्रिय निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम, सञ्चालन निर्देशिका, २०६५, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, काठमाडौं ।
- नेपालको प्रारम्भिक बालविकास सम्बन्धी रणनीति पत्र. २०६१. नेपाल सरकार. शिक्षा तथा खेलकुद मन्त्रालय, UNESCO.
- National Living Standard Survey, 2003/04. Central Bureau of Statistics, National Planning Commission Secretariat, Government of Nepal, December 2004.
- Government of Nepal, HSR-SP, Ministry of Health and Population. Cost and Equity Implications of Public Financing for Health Services at District Hospitals in Nepal. 2009.
- GON, HSR-SP, Ministry of Health and Population. Examining the Impact of Nepal's Free Health Care Policy: First and Second Facility Survey Report. 2009.
- DFID. A DFID Policy Paper. 2005. Reducing Poverty by Tackling Social Exclusion.
- World Bank and DFID. Nepal Gender and Social Exclusion Assessment, 2005. Manuscript., Kathmandu, Nepal

- HSR-SP, MOHP. Health Sector Strategy for Social Inclusion in the Transitional Period, In coordination with the Interim 3-Year Health Plan and NHSP-IP, 2008 (Draft).
- DFID and World Bank. Summary on Gender, Caste and Ethnic Exclusion in Nepal, Unequal Citizens.
- GON and UNDP. 2005. Nepal Millennium Development Goals. Progress Report.
- GON, Ministry of Health and Population. Monitoring Strategy and Toolkit for Pro-Poor Essential Health Care Services. February 2008.
- HSR-SP, Operationalizing Social Inclusion in the Health Sector. Round Table Meeting Report. HSR-SP Report, 2007.
- GEWG, MFSC, GSELG. July 2004. Indicators Guideline, Gender, Poverty and Social Equity Monitoring in Natural Resource Management, Nepal.
- UNDP (2004). Nepal Human Development Report, 2004: Empowerment and Poverty Reduction.
- Social Inclusion Research Fund, Kathmandu, 2007. From Exclusion to Inclusion, Socio-Political Agenda for Nepal.
- HSR-SP, Ministry of Health and Population. Equity Analysis of Health Care Utilization and Outcomes, August 2008.
- Bennet L and Dahal, D.R., Govindasamy. Caste, Ethnic and Regional Identity in Nepal 2008. Further analysis of the 2006 Demographic and Health Survey.
- Bennet L and Dahal, D.R., Preliminary Exploration of Caste/Ethnic and Regional Identity Dimensions of the Nepal 2006 Demographic and Health Survey.

अनुसूचि- ३: क्षेत्रीय तथा केन्द्रीय गोष्ठीमा सहभागी व्यक्ति वा संस्थाका नामावली

क. केन्द्र स्तर भएको गोष्ठीका सहभागीहरु

सहभागीहरुको नामावली			
क्र.सं.	नाम	पद	संस्था
१	डा. दीर्घसिंह वम	सचिव	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
२	सुर्यप्रसाद आचार्य	सहसचिव	
३	डा. यशोवर्द्धन प्रधान	प्रमुख, नी.यो. तथा अ.स.	
४	डा. पदमवहादुर चन्द	प्रमुख, ज.स्वा.प्र.अ. तथा मू	
५	डा. वावुराम मरासिनी	स्वास्थ्य प्रशासक	
६	योगेन्द्र गौचन	उपसचिव, लेखा	
७	दीपेन्द्र काफ्ले	उपसचिव	
८	गिरीराज सुवेदी	व.ज.स्वा.प्र.	
९	मुकुन्दराज गौतम	व.ज.स्वा.प्र.	
१०	प्रभा वराल	तथ्याकं अधिकृत	
११	लिलाराज पौडेल	शाखा अधिकृत	
१२	राजेन्द्रप्रसाद दुङ्गना	शाखा अधिकृत	
१३	लोकनाथ गौतम	शाखा अधिकृत	
१४	डम्बरु द्याहाल	ले.प.	
१५	रोशन श्रेष्ठ	कम्प्यूटर सहायक	
१६	पारस श्रेष्ठ	कम्प्यूटर सहायक	
१७	ज्ञानेन्द्र श्रेष्ठ	उपसचिव	
१८	परशुराम श्रेष्ठ	वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय
१९	सिर्जना श्रेष्ठ	वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय
२०	विन्ज्वला श्रेष्ठ	उपप्राध्यापक	IOM
२१	ध्रुव थापा		NFHP
२२	ध्रुव कुंवर	शाखा अधिकृत	MOWCSW
२३	संजीव सिंह	Consultant	RTI
२४	निर्मला शर्मा		CARE
२५	सिताराम प्रसाई	परामर्शदाता	SSMP
२६	डा. राजेन्द्र वि.सी.		GTZ
२७	लक्ष्मी ढकाल	अध्यक्ष	म.स.स. नेपाल, लेखनाथ नगरपालिका
२८	डा. भलक शर्मा गौतम	प्रमुख	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, पर्वत
२९	डा. गोपाल खनाल	प्रमुख	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, नवलपरासी
३०	महेन्द्रध्वज अधिकारी	जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, कास्की
३१	गिता पाण्डे	सहजकर्ता	HSRSP/RTI
३२	होमनाथ सुवेदी	सहजकर्ता	SSMP

ख. क्षेत्र स्तरमा भएको गोष्ठीका सहभागीहरु

१. नेपालगञ्ज

सहभागीहरुको नामावली			
क्र.सं.	नाम	पद	कार्यालय
१	डा. यशोवर्द्धन प्रधान	प्रमुख, नी.यो. तथा अ.स.	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
२	डा. बाबुराम मरासिनी	स्वास्थ्य प्रशासक	
३	अनिलकुमार ठाकुर	उपसचिव	
४	गिरीराज सुवेदी	व.ज.स्वा.प्र.	
५	प्रभा वराल	तथ्याकं अधिकृत	
६	लिलाराज पौडेल	शाखा अधिकृत	
७	रोशन श्रेष्ठ	क.अ.	
८	ज्ञानेन्द्र श्रेष्ठ	उपसचिव	राष्ट्रिय योजना आयोग
९	डा. सविना श्रेष्ठ	मे.अ. (आठौं तह)	वर्दिया अस्पताल
१०	धीरजंग शाह	ज.स्वा.अ.	म.प.क्षे.स्वा.नि. सुर्खेत
११	रमेशप्रसाद अधिकारी	व.ज.स्वा.प्र.	जि.स्वा.का. सुर्खेत
१२	प्रभा श्रेष्ठ	म.वि. अ	म.वि का दाङ्ग
१३	डिल्लीराज पोखरेल	सि.अ.हे.व.	जि.स्वा.का. रोल्पा
१४	कृशल बिम्ब	मे.अ. (आठौं तह)	सेति अञ्चल अस्पताल
१५	लक्ष्मिनारायण देव	क्षे ता क प्रे	म.प.क्षे स्वा ता के
१६	भारती शाह	म.वि. अ	म.वि का सुर्खेत
१७	सकृन्तला सुवेदी	प.हे.न छैटौ	जि.स्व.का.प्युठान
१८	शिवदत्त भट्ट	ज.स्वा.अ.	जि.स्वा का.कैलाली
१९	केहरसिंह गोदार	ज.स्वा.अ.	जि.स्वा.का बाके
२०	रामबहादुर चन्द	सि.अ.हे.व.	जि.स्वा.का बाके
२१	जनकराज गिरी		
२२	होमनाथ सुवेदी	सहजकर्ता	SSMP
२३	गिता पाण्डे	सहजकर्ता	HSRSP/RTI

२. विराटनगर

सहभागीहरुको नामावली			
क्र.सं.	नाम	पद	संस्था
१	डा. यशोवर्द्धन प्रधान	प्रमुख, नी.यो. तथा अ.स.	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
२	गिरीराज सुवेदी	व.ज.स्वा.प्र.	
३	जीव नारायण वराल	उपसचिव (लेखा)	
४	प्रभा वराल	तथ्याकं अधिकृत	
५	लिलाराज पौडेल	शाखा अधिकृत	

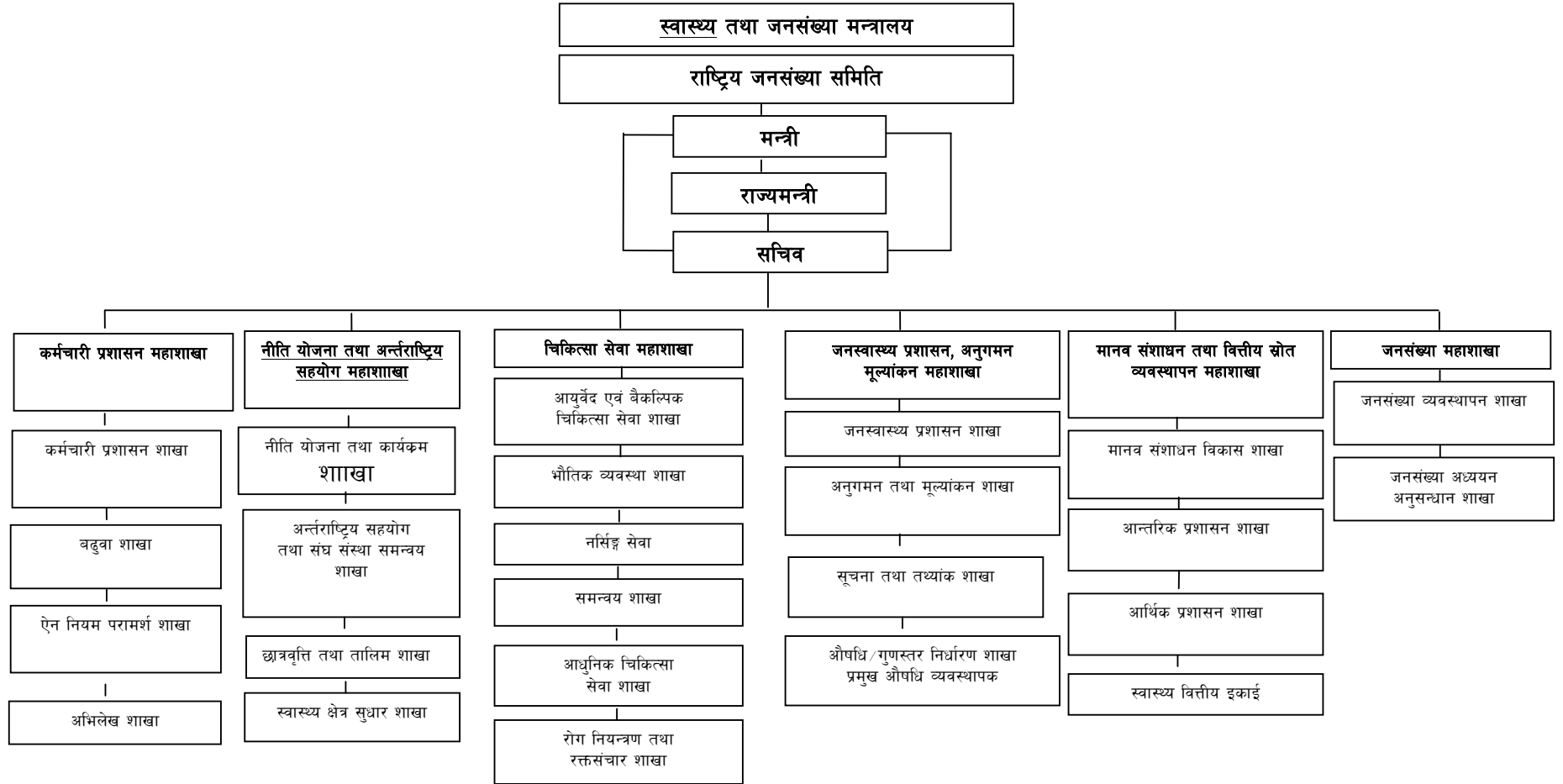
सहभागीहरुको नामावली			
क्र.सं.	नाम	पद	संस्था
६	पारस श्रेष्ठ	कम्प्युटर सहायक	
७	इन्दिरा गौतम	नसिङ्ग सातौ तह	कोशी अञ्चल अस्पताल
८	सरोज देवी मल्लिक	FCHV	
९	अर्पणा सुवेदी	FAA	SCDC
१०	मैया संजेल	PHN	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, सुनसरी
११	लक्ष्मी राई	अध्यक्ष	ने. न. संघ
१२	इन्द्रकुमार भट्टराई	Coordinator	NFHP
१३	सरिता खनाल	संयोजक	नारी विकास संघ
१४	ढेपी राजवंशी	FCHV	
१५	विश्वरमण न्यौपाने	Program Manager	Adra
१६	अशोक महारा	तथ्याकं अधिकृत	Eastern RHD
१७	दिलनाथ श्रेष्ठ	प.नि.सु.अ.	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, भापा
१८	सुबोध निरौला	सभापति	FPAN, Morang
१९	डा. नरेशप्रताप के.सी.	Director	Eastern RHD
२०	नवराज सुब्बा	व.ज.स्वा.प्र.	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, भापा
२१	दिनेशकुमार चापागाई	जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, मोरङ
२२	अनुजा वानिया	का.स.	
२३	शक्तिकमुर लामा		
२४	ध्रुव उराव	क्षयकुष्ठ अधिकृत	Eastern RHD
२५	शंकर थापा	अध्यक्ष	गैसस महासंघ
२६	दुर्गा बराल	म.वि.अ.	म.वि.का. मोरङ
२७	मोहम्मद इस्माइल	ज.स्वा.नि.	जि.ज.स्वा.का. मोरङ
२८	उद्धव तिमिल्सेना	स्थानीय विकास अधिकारी	जि.वि.स. मोरङ
२९	देवराम चौधरी	अध्यक्ष	ने.आ.प. महासंघ
३०	डा. श्रीराम प्र. शाह	प्रमुख,	जि.स्वा.का., सुनसरी
३१	राजेन्द्र बुढाथोकी	शाखा अधिकृत	जि.शि.का. मोरङ
३२	चन्द्रकला मैनाली	प.नि. प्रशिक्षक	Adra
३३	राजकुमारी भट्टराई	अध्यक्ष	एकल महिला
३४	हरि व. खत्री	का.स.	जि.वि.स. मोरङ
३५	अभि नारायण चौधरी	का.स.	जि.ज.स्वा.का. मोरङ
३६	गिता पाण्डे	सहजकर्ता	HSRSP/RTI
३७	होमनाथ सुवेदी	सहजकर्ता	SSMP

३. पोखरा

सहभागीहरुको नामावली			
क्र.सं.	नाम	पद	संस्था
१	डा. यशोवर्द्धन प्रधान	प्रमुख, नी.यो. तथा अ.स.	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
२	डा. बाबुराम मरासिनी	स्वास्थ्य प्रशासक	
३	दीपेन्द्र काफ्ले	उपसचिव	
४	गिरीराज सुवेदी	व.ज.स्वा.प्र.	

५	प्रभा वराल	तथ्याकं अधिकृत	
६	लिलाराज पौडेल	शाखा अधिकृत	
७	राजेन्द्रप्रसाद दुङ्गाना	शाखा अधिकृत	
८	लोकनाथ गौतम	शाखा अधिकृत	
९	रोशन श्रेष्ठ	कम्प्युटर सहायक	
१०	ज्ञानेन्द्र श्रेष्ठ	उपसचिव	राष्ट्रिय योजना आयोग
११	डा. विकास लामिछाने	निदेशक	पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय
१२	विन्दु गौतम	SIVP Specialist	AAN-EAP
१३	विष्णुप्रसाद सुवेदी	हे.अ.	जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, कास्की
१४	अम्बिका सुवेदी	महिला समुदासयिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता	किर्ति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, कास्की
१५	चुर्गा बहादुर सुनार	अ.ने.स.प.	
१६	डी.वी. नेपाली	Chairman	उत्पीडित समाज सरकोकर केन्द्र, पोखरा
१७	रामचन्द्र खनाल	वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, रुपन्देही
१८	सरस्वती नेपाली	कोषाध्यक्ष	उत्पीडित जनचेतना समिति, पोखरा
१९	नीता गुरुङ्ग	Senior ANM	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, स्याङ्जा
२०	हरिदेवी जोशी	Metron	पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल
२१	सरिता सिलवाल	PHN	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, तनहुँ
२२	हरिकाशी पालिखे	PHN	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, बागलुङ्ग
२३	कल्पना पौडेल	PHN	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, पाल्पा
२४	लक्ष्मी त्रिपाठी	सचिव	महिला न्यायिक मञ्च, ले.न.पा.
२५	ध्रुव थापा		NFHP
२६	नवराज अधिकारी	सुपरिवेक्ष	FPAN, Kaski
२७	शान्ति खनाल	अध्यक्ष	लेखनात महिला समूह ले.न.पा. ११
२८	सावित्री अधिकारी	सचिव	नारी सेवा केन्द्र, पोखरा
२९	कन्या गुरुङ्ग	महिला समुदासयिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता	लेखनाथ नगरपालिका २
३०	लक्ष्मी ढकाल	अध्यक्ष	म.स.स. नेपाल, लेखनाथ नगरपालिका
३१	डा. भलक शर्मा गौतम	प्रमुख	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, नवलपरासी
३२	डा. गोपाल खनाल	प्रमुख	जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, नवलपरासी
३३	महेन्द्रध्वज अधिकारी	जनस्वास्थ्य प्रशासक	जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, कास्की
३४	गिता पाण्डे	सहजकर्ता	HSRSP/RTI
३५	होमनाथ सुवेदी	सहजकर्ता	SSMP

अनुसूचि- ४: स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको संस्थागत संरचना



माथि उल्लेखित स्व.ज.म.को संस्थागत संरचनामा नीति योजना तथा अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग महाशाखा अन्तर्गत लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण शाखा प्रस्तावित गरिएको छ, जसमा उप सचिव १ जना, शाखा अधिकृत एक जना र ना.सु. १ जना रहनेछन्। मन्त्रालयको लैङ्गिक समानता तथा सामाजिक समावेशीकरण सम्बन्धी सम्पूर्ण कार्य यस शाखाले गर्नेछ।