

नेपालमा स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण (२०७५-२०८७)



चिकित्सा शिक्षा आयोग
सानोठिमी, भक्तपुर

नेपालमा स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण (२०७९-२०८७)



चिकित्सा शिक्षा आयोग
सानोठिमी, भक्तपुर

चिकित्सा शिक्षा आयोगको
मिति २०८०/०२/०८ को बैठकबाट पारित

नेपालमा स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण (२०७९-२०८७)

प्रकाशक : चिकित्सा शिक्षा आयोग, सानोठिमी, भक्तपुर

© सर्वाधिकार : चिकित्सा शिक्षा आयोग, सानोठिमी, भक्तपुर

प्रकाशन मिति : २०८० साउन

फोन नं. : ०१-६६३९४१३, ६६३९४१४, ६६३९४१५, ६६३९४१६

वेबसाइट : www.mec.gov.np

इमेल : info@mec.gov.np

भूमिका

नेपालको संविधानले प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त हुने र आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट कसैलाई पनि बञ्चित नगरिने, प्रत्येक नागरिकलाई स्वास्थ्य सेवामा समान पहुँचको हक हुने विषयलाई मौलिक हकको सूचीमा समावेश गरेको छ । संविधान प्रदत्त नागरिकको यी हकहरूको कार्यान्वयनका लागि स्वास्थ्य सेवा विस्तार र गुणस्तरीय सेवा प्रवाहका लागि चिकित्सा शिक्षा हासिल गरेका जनशक्ति अहम् भूमिका रहन्छ । व्यावसायिक सक्षमता सहितको सिपयुक्त चिकित्सा शिक्षाका लागि उपयुक्त सिकाइ वातावरण तयार गरी योग्य र क्षमतावान् जनशक्ति उत्पादनका लागि उपयुक्त सिकाइ थलोको रूपमा शैक्षिक संस्थाहरूलाई रुपान्तरण गर्नु नै स्वास्थ्य सेवा विस्तार र गुणस्तरीय सेवा प्रवाहका लागि आधार तयार गर्नु हो ।

नेपालको चिकित्सा शिक्षा क्षेत्रमा आवश्यक व्यावसायिक सक्षमतासहितको जनशक्ति विकासका लागि मार्गदर्शन गर्न र चिकित्सा शिक्षाको नियमनलाई थप व्यवस्थित बनाउन चिकित्सा शिक्षा आयोग क्रियाशील रहेको छ । राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नियमावलीले स्पष्टरूपमा चिकित्सा शिक्षाको जनशक्ति आकलन र उत्पादनको विषयमा प्रक्षेपण योजना तयार गरी उत्पादन र सेवा प्रवाहको सामञ्जस्यता कायम गर्ने जिम्मेवारीसमेत आयोगलाई दिएको छ । उचित मात्रामा गुणस्तरीय जनशक्तिको उत्पादन, सेवा प्रवाह विन्दुसम्म तिनको प्रभावकारी वितरण, परिचालन, निरन्तर पेसागत विकासको अवसरमार्फत पेसागत उन्नयन, उचित प्रोत्साहन तथा व्यवस्थापनमार्फत गुणस्तरीय सेवाको निमित्त उत्प्रेरित र उत्तरदायी बनाउने जस्ता विषयले गुणस्तरीय सेवाप्रवाहका निमित्त विशेष महत्त्व राख्दछन् । यो योजना मूलतः ती जनशक्तिको उत्पादन तथा निरन्तर पेशागत विकासको विषयमा केन्द्रित छ ।

सम्बन्धित क्षेत्रका प्रमाणिक सूचनाहरूलाई आधार मानेर जनशक्ति प्रक्षेपण गर्न ठोस धरातल विकास नभएको हालको अवस्था र आगामी दिनका लागि समेत यो प्रक्षेपण योजना चिकित्सा शिक्षा क्षेत्रको जनशक्ति प्रक्षेपणका लागि दिशा निर्देश गर्न कोशेढुङ्गा सावित हुने अपेक्षा राखेको छु । यो प्रक्षेपण योजनालाई आधार बनाई विशिष्टीकृत जनशक्तिको आवश्यकता पहिचान र उत्पादन गर्ने योजना तयार गर्न मद्दत पुग्नेछ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

अन्तमा यो दस्तावेज तयार गर्न योगदान दिनुहुने कार्यदलका सम्पूर्ण विज्ञ सदस्यहरू तथा विभिन्न तहका छलफलमा सहभागी भई सल्लाह सुझाव प्रदान गर्नुहुने सम्पूर्ण महानुभावहरू सबैमा आयोगको तर्फबाट हार्दिक कृतज्ञता ज्ञापन चाहन्छु ।

प्रा.डा. श्रीकृष्ण गिरी

उपाध्यक्ष

विषयसूची

परिच्छेद - एक

परिचय

१.१	पृष्ठभूमि	१
१.२	स्वास्थ्य जनशक्ति विकास सम्बन्धी नीतिगत व्यवस्थाको पुनरावलोकन	३
१.३	नेपालमा चिकित्सा शिक्षा आयोगको गठन र कार्यक्षेत्र	५
१.४	स्वास्थ्य जनशक्ति योजनाको आवश्यकता / महत्त्व	६
१.५	जनशक्ति प्रक्षेपण योजनाको कार्यक्षेत्र	७
१.६	अध्ययनको उद्देश्य	८
१.७	अध्ययनको सीमा	८

परिच्छेद - दुई

नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकास

२.१	चिकित्सा शिक्षामा निम्न र मध्यम स्तरको जनशक्ति उत्पादन प्राथमिकतामा	९
२.२	नयाँ शिक्षा योजना र चिकित्सा शिक्षा	१०
२.३	चिकित्सा शिक्षामा नयाँ संस्था र कार्यक्रमको आरम्भ	११
२.४	मध्यम र आधारभूत तहको जनशक्ति उत्पादनको अवस्था	११
२.५	कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था	१२
२.५.१	प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद्ले गरेको जनशक्ति प्रक्षेपण सम्बन्धी अध्ययन	१७
२.५.२	दिगो विकासका लक्ष्य प्राप्ति सन्दर्भमा विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्रतिवेदन, २०२२	२०

परिच्छेद - तीन

स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण तथा जनशक्ति विकास योजनाको सैद्धान्तिक अवधारणा

३.१	परिचय	२३
३.२	स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणको अभ्यास र विकासक्रम	२४
३.३	स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्तमान अवस्थाको विश्लेषण:	२६
३.४	स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्ति अवस्था विश्लेषण गर्ने आधारहरू	२८
३.५	स्वास्थ्य जनशक्ति मागको विश्लेषण: मागलाई प्रभावित पार्ने वा निर्धारणमा योगदान गर्ने पक्षहरू	२९

परिच्छेद - चार

स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण सम्बन्धी विधिहरू

४.१	परिचय	३२
४.२	सेवाको मागको निर्धारक पक्षहरू	३२
४.३	सेवाको आपूर्तिको निर्धारक पक्षहरू	३३
४.४	स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणका विधिहरू.....	३४
४.५	चयन गरेको विधिको उपयुक्तता / सान्दर्भिकता.....	३८
४.६	स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको वर्तमान अवस्था र सेवाप्रवाह मापदण्डको विश्लेषण	३९
४.७	न्यूनतम सेवा मापदण्ड र जनशक्ति	४१

परिच्छेद - पाँच

सन २०३० सम्मका निमित्त स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण आकलन

५.१	स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण विधि र मान्यताहरू	४२
५.२	स्वास्थ्य जनशक्तिको कुल उत्पादन	४४
५.२.१	कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्ति	४४
५.२.२	स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता	४५
५.२.३	स्वास्थ्य जनशक्तिको अन्तर (Gap)	४५
५.२.४	जनशक्ति प्रक्षेपण तथा वृद्धि दर	४६
५.२.५	जनशक्तिको संरचना	४६

परिच्छेद - छ

निष्कर्ष तथा आगामी कार्यदिशा

६.१	निष्कर्ष	४८
६.२	आगामी कार्यदिशा	४९

अनुसूचीहरू

अनुसूची १ : नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण २०७७/७८-२०८७/८८ (२०२१-२०३०)	५४
अनुसूची २ : सल्लाहकार समिति	५९
अनुसूची ३ : प्राविधिक समिति	६०
अनुसूची ४ : परामर्श बैठक/कार्यशालाका सहभागीहरू	६१
सन्दर्भ सामाग्रीहरू	६२

तालिका सूची

तालिका १ : विश्वकै स्वास्थ्य क्षेत्रमा विगतका दशकमा/वर्षमा आएका केही महत्त्वपूर्ण परिवर्तनहरू	२
तालिका २ : विगत ३ वर्षदेखि निर्धारित कार्यक्रमगत सिट सङ्ख्या सम्बन्धी विवरण	११
तालिका ३ : वि.सं. २०७८ मा प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद्को डिप्लोमा तहका विभिन्न कार्यक्रममा भर्नाको विवरण	१२
तालिका ४ : नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको विवरण (एम.बि.बि.एस. र बि.डि.एस.)	१३
तालिका ५ : नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको विवरण (विशेषज्ञ डाक्टरको विवरण)	१३
तालिका ६ : नेपालमा डाक्टर र जनसङ्ख्याको अनुपात (सन् १९६१ देखि २०२१)	१३
तालिका ७ : नेपाल नर्सिङ काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण	१४
तालिका ८ : आयुर्वेद मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण	१४
तालिका ९ : नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्मा स्थायी दर्ता भएको जनशक्ति विवरण	१४
तालिका १०: स्वास्थ्य जनशक्ति विवरण	१६
तालिका ११: स्वास्थ्य प्राविधिकहरूको आवश्यकताको आकलन	१७
तालिका १२: Density of Nursing by Range of HDI Value	१८
तालिका १३: Density of Nuring & midwives per 1000 population	१९
तालिका १४: स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचक तथा कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्तमान अवस्था	२०
तालिका १५: सन् २०३० सम्ममा स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता र आपूर्तिको अवस्थाको आकलन	२१
तालिका १६: भविष्यको आकलन दृष्टिकोण	२३
तालिका १७: जनशक्ति प्रक्षेपण र तथ्याङ्कको आवश्यकता	२५
तालिका १८: जनसङ्ख्यामा आधारित स्वास्थ्य जनशक्ति माग गणना	३३
तालिका १९: स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणका विधिहरूका विश्लेषण	३७
तालिका २०: पन्ध्रौं योजनाले अख्तियार गरेका केही रणनीति र कार्यनीतिहरू	३८
तालिका २१: स्वीकृति प्राप्त सार्वजनिक अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरू	४०
तालिका २२: स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सार्वजनिक तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको वितरणको अवस्था	४१
तालिका २३: नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण	४३
तालिका २४: प्रक्षेपण अवधिमा स्वास्थ्य जनशक्तिका सूचकमा आउने परिवर्तन	४७

चित्र सूची

चित्र १	: Density of Nursing/1000 versus the Human Development Index	१८
चित्र २	: Need of Nursing HR by fiscal year 2023	१९
चित्र ३	: A simple model of the dynamics of the stock of health workers.....	२८
चित्र ४	: रोगको प्रभाव अवस्था चित्र	२९
चित्र ५	: स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचका निमित्त स्वास्थ्य क्षेत्रको श्रमबजारको विश्लेषण ढाँचा.....	३१
चित्र ६	: स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था २०७७-७८.....	४५
चित्र ७	: स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण २०७७/७८-२०८७/८८	४६
चित्र ८	: स्वास्थ्य जनशक्तिको संरचना २०७७-७८ (%)	४७

परिचय

१.१ पृष्ठभूमि

स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारी व्यवस्थापन गर्ने क्रममा स्वास्थ्य जनशक्तिको व्यवस्थापन पक्ष निकै नै महत्त्वपूर्ण हुने देखिन्छ। पर्याप्त सङ्ख्यामा दक्ष जनशक्तिको व्यवस्थापन नभइकन संविधानले प्रत्याभूत गरेको स्वास्थ्य सेवाको हक कार्यान्वयन हुन सक्दैन। नेपालको सन्दर्भमा “राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क प्राप्त हुने”, “स्वास्थ्य सेवामा समान पहुँचको हक प्राप्त हुने”, “आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट कसैलाई पनि बञ्चित नगरिने” भन्ने संविधान प्रदत्त अधिकार र राज्यका तर्फबाट गरिएका प्रतिवद्धतालाई मूर्त रूपमा कार्यान्वयनमा लैजान विभिन्न तह र विधा क्षेत्रमा दक्ष जनशक्तिको उचित प्रवन्ध हुन अपरिहार्य देखिन्छ।

स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन र परिचालनका आफ्नै विशिष्ट विशेषताहरू छन्। उत्पादनमा समय र लागत धेरै लाग्ने, अनि अन्य प्राञ्जिक विधामा जस्तो सेवा परिवर्तन गरिरहने स्थिति प्रायः नदेखिने हुँदा यसप्रकारको जनशक्ति उत्पादन बारे ठोस योजना र तयारी हुन आवश्यक मानिन्छ। हुन त स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादनले मात्रै सेवाप्रवाहको सुनिश्चितता गर्न सक्दैन। उचित मात्रामा गुणस्तरीय जनशक्तिको उत्पादन, सेवा प्रवाह विन्दुसम्म तिनको प्रभावकारी वितरण/परिचालन, निरन्तर पेसागत विकासको अवसरमार्फत् पेसागत उन्नयन, उचित प्रोत्साहन तथा व्यवस्थापनमार्फत् गुणस्तरीय सेवाको निमित्त उत्प्रेरित र उत्तरदायी बनाउने विषय-यी हरेक पक्षले गुणस्तरीय सेवाप्रवाहका निमित्त विशेष महत्त्व राख्दछन्। तर यो योजना मूलतः ती जनशक्तिको उत्पादन तथा निरन्तर पेसागत विकासको विषयमा केन्द्रित छ।

जनशक्तिको उत्पादन सम्बन्धी योजनाको विषय किन पनि महत्त्वपूर्ण छ भने उत्पादन न्यून हुन जाँदा उपलब्ध जनशक्तिमा चाप पर्न जान्छ र नियमित स्वास्थ्य सेवाप्रवाह अवरुद्ध हुन सक्छ र संवैधानिक रूपमा प्रत्याभूत गरिएको नागरिकको अधिकार कुण्ठित हुनपुग्छ। यसप्रकार स्वास्थ्य सेवा अवरुद्ध भएर सेवा नपाउने अवस्था खासगरी दुर्गम क्षेत्र वा चुनौतीपूर्ण कार्य वातावरण हुने क्षेत्रमा सुरुमा देखिन्छ। चुनौतीपूर्ण कार्य वातावरणका कारण जनशक्तिको आकर्षण कम हुने सन्दर्भमा त्यस्ता क्षेत्रमा बसोबास गर्ने जनताको स्वास्थ्य सेवा प्राप्तिको हक कुण्ठित हुने खतरा रहन्छ र आपूर्ति अझै कम भए यस्तो समस्या अन्यत्र पनि क्रमशः देखिन सक्छ।

अर्कोतिर रोजगार बजारको मागको तुलनामा अधिक मात्रामा आपूर्ति हुन जाँदा बेरोजगारी वा अर्ध-बेरोजगारीको समस्या आउनुका साथै पेसामा गलत प्रकारका अभ्यासहरू देखिने र अन्ततः पेसाप्रतिको आकर्षणसमेत घट्ने खतरा रहन्छ। अर्थशास्त्रीय दृष्टिबाट हेर्दा र चिकित्सा शिक्षामा हुने प्रति विद्यार्थी उच्च लगानीलाई समेत विचार गर्दा अधिक उत्पादन हुँदा उत्पादित जनशक्तिलाई रोजगार बजारले ग्रहण गर्न नसक्ने र सोका कारण समग्र लागत प्रतिफलमा नकारात्मक असर पर्न सक्ने देखिन्छ। खासगरी हाम्रो जस्तो स्रोतको सीमितता भएका मुलुकले जनशक्ति विकासका क्षेत्रमा उपलब्ध स्रोतको उपयोग र परिचालन गर्ने निर्णय गर्दा उच्च-लागत हुने विषय क्षेत्रमा रोजगार बजारको मागसँगको तालमेल मिलाउने कुराले प्राथमिकता पाउनुपर्छ भन्नेमा दुईमत हुन सक्दैन।

विगतका दशकहरूमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा आएका परिवर्तनले स्वास्थ्य सेवाको संरचनागत सुधार, स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता बारे केही सङ्केतहरू गरेका छन्:

तालिका १: विश्वकै स्वास्थ्य क्षेत्रमा विगतका दशकमा/वर्षमा आएका केही महत्त्वपूर्ण परिवर्तनहरू

स्वास्थ्य सूचक	सन् २०००	सन् २०१९	कैफियत
१. जन्मको समयको औसत आयु (वर्ष)	६६.८	७३.३	उल्लेख्य सुधार, तर उच्च आय भएका र न्यून आय भएका मुलुकका बिच कम्तीमा दस वर्षको अन्तर; महिलाको हकमा करिब पाँच वर्ष बढी
२. स्वस्थ रूपमा बाँच्ने औसत आयु (वर्ष)	५८.३	६३.७	उल्लेख्य सुधार, तर उच्च आय भएका र न्यून आय भएका मुलुकका बिच कम्तीमा दस वर्षको अन्तर; महिलाको हकमा करिब २.४ वर्ष बढी
३. नसर्ने रोगका कारणले हुने मृत्युको हिस्सा	६१%	७४%	तर कोभिड-१९ को वैश्विक महामारीले स्थितिमा केही परिवर्तन आउने सङ्केत गरेको छ । यसले सेवाको विस्तारमा र नियमिततामा चुनौती थपेको, स्वास्थ्य सेवा लिन घरायसी लगानीमा चाप बढेको र स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्तिमा थप चुनौती थपेको छ ।

रोगभारको आधारमा जनशक्ति (स्वास्थ्य जनशक्तिमा परेको चाप)

सन् २०१६ मै विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन (WHO) ले स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न सन् २०३० सम्ममा एक करोड ८० लाख स्वास्थ्य जनशक्ति कम हुने आकलन गरेको र सोमध्ये पनि मूलतः अफ्रिका तथा दक्षिण पूर्वी एसियामा जनशक्ति अभाव हुने आकलन गरेको छ । रोगव्याधिको भार २४% रहेको यस क्षेत्रमा स्वास्थ्य जनशक्तिको हिस्सा तीन प्रतिशत मात्र रहेको अवस्थाले जनशक्तिको वितरण र सेवा-प्रवाहमा समता एउटा ठूलो चुनौती रहेको सिद्ध गरेको छ । कोभिड-१९ को महामारी पछि प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार सेवाको महत्त्वलाई थप उजागर समेत गरेको छ । (स्रोत: विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन, २०२२)

यस तालिकाले स्वास्थ्य जनशक्तिको वितरणको विश्वव्यापी चित्र देखाएको छ । यसले दुईओटा महत्त्वपूर्ण तथ्यहरूलाई उजागर गरेको छ । पहिलो, जनशक्तिको वितरणले स्वास्थ्य सेवामा समतामा गहिरो प्रभाव पार्न सक्छ र कम विकसित क्षेत्रले यसको पिडा व्यहोर्नुपर्छ । यो कुरा विश्वव्यापी रूपमा पनि लागु हुन्छ, एउटा मुलुकभित्र पनि विभिन्न क्षेत्रबिचको स्वास्थ्य सेवामा लागु हुनसक्छ । दोस्रो, प्राथमिक उपचार सेवामा पर्याप्त सुधार नगर्ने हो भने विशेषज्ञ सेवालै मात्र पनि नहुने रहेछ र सेवाको वितरणलाई केन्द्रमा राखी विभिन्न प्रकारको जनशक्तिको आवश्यकताको आकलन गर्नु व्यावहारिक हुने रहेछ ।

स्वास्थ्य सेवामा विशेषज्ञता क्षेत्रहरू बढदै गएका छन् । सेवाको मागले पनि केही बढाएको हुनसक्छ र केही चिकित्सा शिक्षामा विशिष्टीकरणको अभ्यासले समेत यसलाई बढावा दिएको हुनसक्छ । ज्ञानको विकासका दृष्टिले शिक्षामा विशिष्टीकरणको आफ्नै महत्त्व हुनेमा कुनै विवाद छैन । सेवाको प्रभावकारितामा विशिष्टीकरणले कसरी योगदान गरिरहेको छ, सेवाको योजना गर्दा 'विशिष्टीकरण' को आयामबाट समेत हेर्नुपर्ने अवस्था छ ।

त्यसैले चिकित्सा शिक्षाको योजना गर्दा विभिन्न विषयक्षेत्र र विधा तथा विशेषज्ञताका तह अनुसार पनि माग र आपूर्तिको अवस्था आकलन गर्नुपर्ने देखिन्छ, जुन त्यति सजिलो छैन। आकलनका क्रममा विशिष्टीकरणका दृष्टिले जति धेरै गहिराइमा गयो, उति धेरै प्रश्नहरू र अनुमान (Assumptions) प्रतिको निर्भरता बढ्ने देखिन्छ। यो कुरालाई छोड्न पनि कठिन छ। किनभने यस्तो अवस्था पनि आउन सक्छ वा आएको हुनसक्छ, जहाँ खास क्षेत्रमा जनशक्तिको चरम अभाव र अर्को विधामा अधिक आपूर्ति भएको होस् वा कुनै तहका जनशक्तिको आपूर्ति बेढी र अर्को तहका जनशक्तिको आपूर्ति अत्यन्त कम होस्। यसप्रकार विषयगत क्षेत्र, विधा वा विशेषज्ञताका आधारमा समेत जनशक्तिको आवश्यकतालाई आकलन गर्ने र प्रक्षेपण गर्ने विषय सान्दर्भिक हुनजान्छ।

वर्तमानमा चिकित्सा शिक्षाको जनशक्तिको माग र आपूर्तिको कुरा गर्दा एउटा देशको सीमाभित्रको विषयका रूपमा मात्र हेर्न मिल्ने देखिन्छ। देशबाहिरको संस्थाबाट भित्रिने जनशक्ति वा भित्र उपलब्ध जनशक्ति तथा देशबाट बाहिरिने दरलाई समेत गणनामा समावेश गर्नुपर्ने देखिन्छ। त्यसैगरी उपलब्ध चिकित्साकर्मीको सेवा छाड्ने दर (Attrition rate) लाई समेत गणनामा समावेश गरिनुपर्ने देखिन्छ। यस दृष्टिले हेर्दा जनशक्तिको योजनाको विषयलाई देशभित्रको सेवा मागको अवस्था, जनशक्ति आपूर्तिको स्थिति तथा देश बाहिरको शैक्षिक बजार वा रोजगार बजार र सो विषयसँग सम्बन्धित सरकारको नीति तथा बाह्य परिवेशको नीति र अवस्थालाई समेत उचित रूपमा विश्लेषण गरिनुपर्ने देखिन्छ। फेरि यी विविध पक्षहरूको अवस्था एकैनास रहन्न र परिवर्तन भइरहन्छ। त्यसैले हरेक पक्षलाई समेटेने मोडल बनाउन र आकलन गर्न सहज छैन। यस्तो अवस्थामा कुनै न कुनै तर्कपूर्ण अनुमान (Assumptions) मा भरपर्नु पर्ने वाध्यता प्राय यस्ता योजनामा हुने गर्दछन्।

१.२ स्वास्थ्य जनशक्ति विकास सम्बन्धी नीतिगत व्यवस्थाको पुनरावलोकन

१) संवैधानिक व्यवस्था

नेपालको संविधानको भाग ३ अन्तर्गत मौलिक हक र कर्तव्य बारे व्यवस्था भएको र सो अन्तर्गत धारा ३५ मा स्वास्थ्य सम्बन्धी हकको उल्लेख भएको छ। यस धाराको उपधारा (१) मा “प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट वञ्चित गरिने छैन।” भन्ने उल्लेख भएको छ।

त्यसैगरी संविधानको भाग-४ मा राज्यका निर्देशक सिद्धान्त, नीति तथा दायित्वको अन्तर्गत धारा ५१ (ज) मा नागरिकका आधारभूत आवश्यकता सम्बन्धी नीति उल्लेख गरिएको छ। यस अन्तर्गत “गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबैको सहज, सुलभ र समान पहुँच सुनिश्चित गर्ने” भनेर नीतिगत मार्गदर्शन गरेको देखिन्छ। यसका साथै नेपालको परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको संरक्षण र प्रवर्द्धन गर्ने, स्वास्थ्य क्षेत्रमा राज्यको लगानी अभिवृद्धि गर्दै यस क्षेत्रमा भएको निजी लगानीलाई नियमन र व्यवस्थापन गरी सेवामूलक बनाउने जस्ता स्वास्थ्य सेवाको प्रवन्धबारे उल्लेख गरेको छ। स्वास्थ्य सेवालार्ई सर्वसुलभ र गुणस्तरीय बनाउन स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या वृद्धि गर्दै जाने नीतिमा समेत संवैधानिक मार्गनिर्देश प्राप्त भएको देखिन्छ।

संघीयताको कार्यान्वयनको सन्दर्भमा राज्यको शक्तिको बाँडफाँड बारे व्यवस्था गर्दै अनुसूची ५ मा स्वास्थ्य नीति मापदण्ड, गुणस्तर र अनुगमनलाई संघको जिम्मेवारीमा राखेको छ भने आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र सरसफाइ स्थानीय तहको जिम्मामा परेको छ।

२) राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६

जनशक्तिको आवश्यकता मूलतः सेवा प्रकार तथा सेवा प्रवाहको ढाँचासँग सम्बन्धित हुन्छ । सेवा कतिलाई, कुन सर्तमा दिने, कसरी वितरण गर्ने र सोको उपभोगमा के कस्ता बाधाहरू हुनसक्छन् ? अनि उपभोगको दर कस्तो रहला भन्ने जस्ता विषयमा यकिनसाथ भन्न नसकिए पनि सो बारेमा निश्चित आधारलाई टेकेर अनुमान गर्ने गरिन्छ । मुलुकको स्वास्थ्य सेवाको प्रवाहबारे भविष्यको मार्गलाई निर्देशित गर्न सक्ने आधिकारिक दस्तावेजहरूमा सम्भवतः स्वास्थ्य सेवा नीति निकै महत्त्वपूर्ण मानिन्छ । यसकारण राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७६ का प्रावधानहरूको समीक्षा गर्नु सान्दर्भिक हुने देखिन्छ ।

यस नीतिले “गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच, अविच्छिन्न पर्याप्तता, पारदर्शिता र व्यापकता” सुनिश्चित गर्ने विषयलाई निर्देशक सिद्धान्तका रूपमा अङ्गिकार गरेको छ र “स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा व्यावसायिकता, इमानदारी, पेसागत नैतिकताको प्रवर्द्धन”लाई समेटिएको छ ।

उक्त नीति दस्तावेजमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न आयामलाई समेटेने २५ ओटा नीति वाक्य समाविष्ट छन् । यसले “स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal health coverage) को अवधारणा अनुरूप प्रवर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, उपचारात्मक, पुनर्स्थापनात्मक तथा प्रशामक (Palliative) सेवालालाई एकीकृत रूपमा विकास तथा विस्तार गरिनेछ” । भनेर सेवाको बृहत दायरालाई समेट्दै “स्वास्थ्य सेवालालाई सर्वसुलभ, प्रभावकारी तथा गुणस्तरिय बनाउन जनसङ्ख्या, भूगोल र संघीय संरचना अनुरूप सिप मिश्रित दक्ष स्वास्थ्य जनशक्तिको विकास तथा विस्तार गर्दै स्वास्थ्य सेवालालाई व्यवस्थित गरिनेछ” भनेर जनशक्ति विकासमा एकीकृत दृष्टिकोण अँगालेको देखिन्छ । यसका अतिरिक्त “जनसङ्ख्याको वितरण, भौगोलिक अवस्थिति, एवं आवश्यकताको आधारमा संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तहमा अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरू, स्वास्थ्य सेवा तथा जनशक्तिको विकास तथा विस्तार गरिनेछ” भन्ने रणनीति लिएकाले जनशक्तिको प्राप्ति र उपयोगलाई स्वास्थ्य संस्थासँग आवद्ध गरेर हेरेको रूपमा बुझ्न सकिन्छ । यसैगरी “सेवाको पहुँच विस्तार गर्नका लागि सरकारी अस्पतालहरूमा आर्थिक लगायत अतिरिक्त सुविधासहितको विस्तारित अस्पताल सेवा (extended hospital services) कार्यान्वयन गरिनेछ” भनेर सेवा विस्तारको विकल्पका बारेमा समेत ध्यान दिएको देखिन्छ ।

सबै स्थानीय तहमा रहने प्राथमिक अस्पतालमा एक एमडिजिपी चिकित्सकीय सेवा रहने गरी आकस्मिक उपचार, ल्याब सेवा, फार्मसी सेवा, नर्सिङ सेवा तथा जनस्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक दरबन्दी सिर्जना गरी सेवा प्रवाह गरिनेछ भनेर सेवाको प्रवन्धका सन्दर्भमा जनशक्तिको परिचालनका बारेमा समेत सोच राखेको देखिन्छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको लागि समयानुकूल विविध विधाहरू (मिडवाइफ, अस्पताल व्यवस्थापन, मेडिकल लिडरसिप, स्वास्थ्य अर्थशास्त्र आदि) मा विशिष्टीकृत जनशक्ति उत्पादनका लागि आवश्यक प्रवन्ध गरिनेछ भनेर जनशक्ति उत्पादनमा विविधीकरण गर्ने रणनीति लिएको देखिन्छ ।

यसै नीतिको कार्यान्वयनका सन्दर्भमा जनस्वास्थ्य सेवा ऐनको दफा २६ ले स्वास्थ्य सेवाको “आवश्यकतालाई विश्लेषण र नक्साङ्कन गरी जनशक्ति, प्रविधि तथा उपकरणको प्रक्षेपणका आधारमा तोक्नु पर्नेछ” भनेर उल्लेख गरे अनुसार अनुसार र राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति तथा विश्वव्यापी मार्गदर्शनले “स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी

पहुँच” लाई मूल लक्ष्य माने अनुरूप त्यसलाई व्यवहारमा रूपान्तरण गर्ने उद्देश्यका साथ नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयबाट नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीति, २०७८ (२०७७/७८ देखि २०८६/८७) जारी भएको देखिन्छ ।

३) राष्ट्रिय शिक्षा नीति, २०७६

चिकित्सा शिक्षालाई सेवामूलक तथा गैरनाफामूलक बनाउन गुणस्तरीय बनाउन गुणस्तरीय, विवेकशील तथा सामाजिक दायित्वबोध भएका चिकित्साकर्मीहरूको उत्पादन गर्न चिकित्सा शिक्षा आयोगको सुदृढीकरण गर्ने र चिकित्सा शिक्षामा सक्षमतामा आधारित (Competency based) पाठ्यक्रम लागू गर्ने लगायत चिकित्सा शिक्षा लगायत प्राविधिक विषयहरूमा सरकारले उपलब्ध गराएको छात्रवृत्तिमा अध्ययन गरेका विद्यार्थीहरूले अध्ययन पूरा गरे पश्चात् कानुन बमोजिमको अवधिभर अनिवार्य सेवा गर्नुपर्ने व्यवस्थासमेत उल्लेख गरेको देखिन्छ ।

१.३ नेपालमा चिकित्सा शिक्षा आयोगको गठन र कार्यक्षेत्र

राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५ को प्रस्तावनामा मुख्य उद्देश्य उल्लेख गर्दै भनिएको छ: “..चिकित्सा शिक्षालाई नेपालको राष्ट्रिय आवश्यकता अनुरूप विकास गरी चिकित्सा शिक्षाको नियमनलाई एकीकृत तथा चुस्त बनाउन.. चिकित्सा शिक्षा आयोगको गठन गर्न वाञ्छनीय भएकाले..” भनेर आयोग स्थापनाको निमित्त नै ऐन जारी भएको स्पष्ट देखिन्छ ।

सम्माननीय प्रधानमन्त्रीले अध्यक्षता गर्ने यस उच्चस्तरीय आयोगको कार्यक्षेत्रमा चिकित्सा शिक्षाका सबै विधा र तहका शिक्षा (हेल्थ प्रोफेसनल एजुकेशन) पर्दछन् । यसका काम, कर्तव्य र अधिकार अन्तर्गत चिकित्सा शिक्षाका क्षेत्रमा राष्ट्रिय नीति तय गर्ने जस्तो वृहत विषयदेखि कार्यक्रम सञ्चालन, एकीकृत परीक्षा, आशय पत्र, प्रत्यायन जस्ता विषयमा, नीति, मापदण्ड तय गर्ने जस्ता विषयहरू समेटिएका छन् ।

आयोगको कार्यकारी निकायको रूपमा काम गर्न आयोगका उपाध्यक्षको अध्यक्षतामा एक कार्यकारी समिति रहने व्यवस्था गरिएको छ । शिक्षण संस्था स्थापनाका लागि नक्साङ्कन तयार गर्नेदेखि विद्यार्थी सिट सङ्ख्याको विषयमा आयोग समक्ष सिफारिस गर्ने काम, कर्तव्य यस समितिको भएको देखिन्छ । स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणको विषयलाई यही कामसँग आवद्ध गरेर हेर्न सकिन्छ ।

राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नियमावली, २०७७ को नियम ३ बाट ऐनमा तोकिएका विषयका अतिरिक्त आयोगले योजना तयार गर्ने तथा मापदण्ड विकास गर्ने अधिकार समेत प्राप्त गरेको छ । उक्त नियमावलीको नियम २८ को योजना, समन्वय तथा प्राज्ञिक उन्नयन निर्देशनालयको काम, कर्तव्य र अधिकार अन्तर्गत २८ (ख) मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवा तथा चिकित्सा शिक्षा प्रणालीका लागि आवश्यक पर्ने जनशक्तिको आवधिक आकलन, प्रक्षेपण तथा आपूर्तिको योजना सम्बन्धी कार्य गर्ने प्रावधान रहेको छ ।

स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी संविधानको व्यवस्थालाई कार्यरूपमा लैजान जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ जारी भई कार्यान्वयनमा रहेको छ । यस ऐनको दफा २६ ले जनशक्तिको विकास, वितरण, उपयोगको नीति तथा मापदण्ड बनाउने तथा आवश्यकताको विश्लेषण र नक्साङ्कन गरी जनशक्ति प्रविधि तथा उपकरणको प्रक्षेपणका आधारमा तोक्नुपर्ने व्यवस्था गरेको छ । यसै सन्दर्भमा

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीति, २०७७/७८-२०८६/८७ जारी गरेको छ । यस रणनीतिपत्रले सन् २०२१ देखि २०२५ सम्मको कार्ययोजना (अनुसूची २ बुँदा १.१ र बुँदा १.३) प्रस्तुत गरेको छ । प्रस्तुत कार्ययोजनामा 'स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन तथा विकास सम्बन्धी आवधिक र अल्पकालीन योजना तर्जुमा गरी कार्यान्वयनको नियमित अनुगमन र समीक्षा गर्ने' भन्ने रणनीति कार्यान्वयन गर्ने जिम्मेवार तथा सहयोगी निकायमा यस आयोगको भूमिका उल्लेख भएको देखिन्छ । यसका अतिरिक्त निरन्तर अध्ययन र पेसागत उन्नयनका माध्यमद्वारा स्वास्थ्य जनशक्तिको कार्य दक्षताको अभिवृद्धि गर्ने विषयमा योजना तर्जुमा गर्ने क्षेत्रमा समेत आयोगको भूमिका रहने देखिन्छ ।

१.४ स्वास्थ्य जनशक्ति योजनाको आवश्यकता / महत्त्व

स्वास्थ्य जनशक्ति तयारीको विशिष्ट प्रकृतिले गर्दा यस क्षेत्रमा जनशक्ति योजनाको विशेष आवश्यकता र महत्त्व हुने मानिन्छ । यस क्षेत्रमा जनशक्तिको प्रक्षेपण र योजना गर्ने कार्यलाई खास महत्त्व दिनुका कारणलाई देहाय अनुसार बुँदागत रूपमा उल्लेख गर्न सकिन्छ:

- क) लामो तयारी काल: अन्य कतिपय पेसामा जस्तो स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनशक्ति खाँचो परेका बखत न्यूनतम शैक्षिक योग्यता भएकालाई छोटो तालिम वा अभिमुखीकरण दिएर सेवामा परिचालन गर्न सम्भव हुँदैन । यस क्षेत्रका आफ्ना पेसागत मापडण्ड (Standard) छन्, अधिकांशमा कुनै न कुनै प्रकारको लाइसेन्सिङको व्यवस्था छ र यी सबै व्यवस्थामार्फत् सेवा प्रवाहमा स्तरीकरण गर्ने उद्देश्य राखिएको देखिन्छ । यसकारण आवश्यक परेका बखत स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्ति गर्न निकै पहिलेदेखि नै योजना गर्न आवश्यक हुने देखिन्छ । विषयगत ज्ञान र पेसागत अभ्यासमार्फत् सिप र सक्षता विकास गर्न पर्ने हुँदा यस क्षेत्रमा जनशक्ति तयारी (उत्पादन) को निमित्त निकै लामो समय (तीनदेखि दस वर्ष) लिने देखिन्छ । साथै यस क्षेत्रमा उत्पादन लागत पनि व्यक्ति र प्रणाली दुवैको दृष्टिले सापेक्षिक रूपमा धेरै नै पर्ने देखिन्छ । त्यसकारण यस क्षेत्रको जनशक्ति योजना गर्दा कम्तीमा दसवर्षको समयक्रमलाई हेरेर योजना गर्ने गरेको पाइन्छ (Asamani et al., 2021) ।
- ख) अनिवार्य सार्वजनिक सेवा: स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह प्रत्यक्षतः जनसरोकारको विषय हो । त्यसैले यो सार्वजनिक चासोको विषय हो । त्यसैगरी सामान्यतः स्वास्थ्य जनशक्ति स्वास्थ्य सेवा प्रवाह कार्यमा नै संलग्न रहने अनुमान गर्दा स्वास्थ्य सेवाको योजना र स्वास्थ्य जनशक्तिको योजना घनिष्ठ रूपमा सम्बन्धित रहन पुग्दछन् । अनि, जनशक्तिको कुरा आउँदा सेवाको सुरक्षा र सम्मानपूर्ण ज्याला, मर्यादित र उचित कार्य वातावरण, पेसागत उन्नयन र वृत्ति विकास जस्ता विषय स्वास्थ्यकर्मीहरूको चासो र स्वार्थ गाँसिएको विषय हो र कतिपय अवस्थामा यी विषयलाई जनशक्ति आपूर्ति व्यवस्थाले समेत प्रभाव पार्नसक्ने देखिन्छ । त्यसैले स्वास्थ्य जनशक्तिको योजना गर्ने विषय आम जनसरोकारको विषय पनि हो र यो यसक्षेत्रमा रहेका वा भविष्यमा रहन चाहने, हाल सो विधामा अध्ययनरत वा भविष्यमा सो विषयमा आउन चाहनेहरूको स्वार्थ र चासो गाँसिएको विषय हो । यसरी यस पेसामा आवद्ध रहेका वा रहन चाहनेहरूका चासोलाई पनि मनन गर्दै स्वास्थ्य सेवा पाउने जनअधिकारको सुनिश्चितता गर्ने राष्ट्रिय अभिभारसँग गाँसिएको हुँदा यस्ता योजनालाई विशेष महत्त्वका साथ हेर्ने गरेको देखिन्छ ।
- ग) स्वास्थ्य सेवामा नवीन विकास र जनशक्ति विकासमा यसको प्रभाव: स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी ज्ञानमा निरन्तर सुधार र परिमार्जन भएका छन् । चाहे त्यो रोगका बारेमा हाम्रा ज्ञानलाई माथिल्लो श्रेणीमा पुऱ्याउने विषय होस्, चाहे रोगको निदानको क्षेत्रमा होस् वा प्रतिरक्षा वा उपचारका पद्धति हुन् । यसप्रकार सेवा दिने प्रविधिमा आएको सुधार र परिवर्तनले सेवा प्रवाहको पद्धतिमा समेत प्रभाव पार्न सक्ने देखिन्छ । कार्यरत जनशक्तिलाई नवीनतम विकासबारे अद्यावधिक

गर्ने र नयाँ प्रविधिको उपयोग गर्न सक्षम बनाउने, यस्ता प्रविधिको प्रभावकारी ढङ्गले र अधिकतम उपयोग गरेर सेवा प्रवाहमा कुशलता आर्जन गर्ने; नयाँ उत्पादन हुने जनशक्तिलाई यसप्रकारका विकासबारे समयमै जानकारी हुन र उपयोग गर्न सक्षम बनाउने गरी पाठ्यक्रमलाई गतिशील बनाउने, यी सबै रणनीतिहरू प्रविधिको उपयोगका सन्दर्भमा जनशक्ति विकाससँग सिधा सम्बन्ध राख्दछन् ।

घ) भएकालाई टिकाउने, उत्प्रेरित गर्ने र अधिकतम सेवा लिने: उत्पादनले मात्र पनि सेवा प्रवाहमा जनशक्तिको उपस्थिति र प्रभावकारी सेवाको सुनिश्चित गर्दैन । उपलब्ध जनशक्तिको कुशलतम रूपमा परिचालन गर्ने विषयले उत्तिकै संवेदनशिल छ । निश्चित वर्षको अनिवार्य सेवा पश्चात्मात्र माथिल्लो तहमा अध्ययन अवसर, दुर्गम र न्यून सुविधा क्षेत्रमा काम गर्न-वृत्ति विकाससँग जोडिएका प्रोत्साहन, देशबाट बाहिरिने विषयमा नियमन जस्ता नीतिहरूले जनशक्तिलाई टिकाउन र उत्प्रेरित राख्न र अन्ततः सेवा प्रवाहमा प्रभावकारी परिचालन गर्न सहयोग पुग्ने देखिन्छ ।

१.५ जनशक्ति प्रक्षेपण योजनाको कार्यक्षेत्र

जनशक्ति प्रक्षेपण दायरामा के कस्ता जनशक्तिलाई समावेश गर्ने र आगामी कति वर्षलाई दृष्टिमा राखेर प्रक्षेपण गर्ने भन्ने प्रश्न पनि उत्तिकै सान्दर्भिक देखिन्छ । पहिलो प्रश्नमा विचार गर्दा जनशक्तिको परिभाषालाई कसलाई समेट्ने वा नसमेट्ने भन्ने प्रश्न पनि सजिको छैन । यसप्रकारको सेवाको डिजाइनदेखि प्रवाहसम्मका काममा पाँचप्रकारका जनशक्ति समूहको संलग्नता देख्न सकिन्छ । कुनै अस्पतालको कुरा गर्ने हो भने त्यहाँ सोझो रूपमा सेवा प्रवाहमा संलग्न हुने जनशक्ति समूह (चिकित्सक, नर्स, चिकित्सा विधाका टेक्निसियन वा प्यारामेडिक्स) पहिलो समूह हो भने, तिनको कामलाई सहजीकरण गर्ने, व्यवस्थापन र खटन पटन गर्ने दोस्रो प्रकारको समूह हुन्छ । स्वास्थ्य-सेवाको प्रशासनमा रहने मध्यम तहका व्यवस्थापकहरू यस वर्गमा पर्दछन् । कामको प्रकृतिका दृष्टिले यस्ता काम चिकित्सा विधाको प्रोफेसनल काम नदेखिन सक्छ- किनभने व्यावसायिक अभ्यास(प्राक्टिस) भन्दा पनि व्यवस्थापकीय प्रकृतिको काम गरिरहेका हुन्छन् । अनि, तेस्रोमा सेवाको जिम्मेवारी लिने नीति निर्माण तह वा उच्च तहको व्यवस्थापन समूह रहेको हुन्छ । यो समूह- आकारमा सानो हुन्छ, सोझै सेवा प्रवाहमा संलग्न नहुने हुँदा सोझो अर्थमा 'प्राक्टिस' नगरेको लागे पनि सेवाको डिजाइन र प्रवाहमा महत्वपूर्ण योगदान पुऱ्याइरहेका हुन्छन् । चौथोमा, सहयोगी सेवाहरू- कर्मचारी प्रशासन, लेखा, यातायात सेवा, सरसफाइ लगायतका सेवाका जनशक्ति पर्दछन् । यसका अतिरिक्त सेवाका बारेमा निरन्तर अनुसन्धान गर्ने वा प्रविधिको विकासमा संलग्न रहने अर्को प्रकारको जनशक्ति खटिरहेको हुनसक्छ । कुनै अस्पतालको तहमा यस्ता जनशक्ति भएको नदेखिए पनि राष्ट्रियस्तरको सेवा व्यवस्थापनका दृष्टिले सोच्दा यो समूहको अलग्गै अस्तित्व देख्न सकिन्छ । यसप्रकार सेवाको व्यवस्थापनमा फरक फरक भूमिकासहित संलग्न रहने यी विभिन्न प्रकारका जनशक्तिहरूमध्ये कुन कुनलाई प्रक्षेपणका निमित्त समेट्ने भन्ने प्रश्न पनि सान्दर्भिक हुन आउँछ । जनशक्ति उत्पादनको पाटोबाट हेर्दा चिकित्सा शिक्षासँग सम्बन्धित मात्रै पर्छन भने, त्यो पनि टेक्निसियन र उच्च शिक्षाका दृष्टिले सोच्दा यी मध्ये सानो समूह मात्र जनशक्ति प्रक्षेपणको दायरामा पर्ने देखिन्छ ।

स्वास्थ्य सेवा भन्ने बित्तिकै प्रायः उपचारात्मक सेवालाई सम्झने र स्वास्थ्य जनशक्ति भन्ने बित्तिकै चिकित्सकलाई बुझ्ने गरेको पाए पनि यो बुझाई अत्यन्त सीमित बुझाइ हो । तर यसको दायरा वृहत छ र यसअन्तर्गत प्रतिकारात्मक सेवा (Preventive), प्रवर्द्धनात्मक सेवा (Promotive), निदानात्मक सेवा (Diagnostic), उपचारात्मक सेवा (Curative), पुनस्थापनात्मक सेवा (Rehabilitative) का साथै प्रशामक ((Palliative) सेवाहरू पर्दछन् । यी हरेक प्रकारका सेवामा विभिन्न प्रकारका जनशक्तिको भूमिका रहने गर्दछ । नेपालमा प्राथमिक स्वास्थ्य उपचार सेवामा संलग्न जनशक्तिको कुरा गर्दा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको विशेष योगदान रहेको विषयलाई सम्झनामा राख्नु जरुरी छ ।

नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीतिले पाँचवर्षको कार्ययोजनाका साथै वार्षिक क्रियाकलापको तहमा योजना गरेको छ । दिगो विकासको लक्ष्यसँग आवद्ध गर्दा सन् २०३० सम्मको अवधिलाई समेट्नु पर्ने देखिन्छ । लामो समयवधिलाई समेट्ने योजना (Perspective Plan) का आफ्नै उद्देश्य हुन्छन् । तर, योजना कालमा गरिएका कतिपय अनुमान (Assumptions) हरूमा परिवर्तन आउने र योजनाको सान्दर्भिकता कमजोर हुने जोखिम पनि त्यत्तिकै हुन्छ । यसलाई दृष्टिगत गरी आगामी दशक अर्थात्, सन् २०३० सम्मको अवस्थामा जनशक्ति आपूर्ति तथा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको सम्भाव्य अवस्थालाई ध्यानमा राखेर जनशक्ति प्रक्षेपण योजना तयार गरिएको छ । यसक्रममा हरेक वर्ष यस योजनालाई समयानुकूल अद्यावधिक गर्नुपर्ने आवश्यकतालाई समेत ध्यानमा राखिएको छ ।

१.६ अध्ययनको उद्देश्य

यस अध्ययनको मूल उद्देश्य भनेको चिकित्सा शिक्षा आयोगको स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन सम्बन्धी विभिन्न निर्णयका निमित्त ठोस आधार प्रदान गर्ने नै हो । अध्ययनका उद्देश्यहरू देहायअनुसार रहेका छन् :

- (१) वर्तमानमा स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था, उत्पादन स्थिति तथा श्रमबजारको मागलाई विश्लेषण गर्ने,
- (२) आगामी वर्षहरूमा स्वास्थ्य सेवाका कुन विधा र विषय क्षेत्रमा के कति जनशक्ति चाहिन्छन् भन्ने प्रक्षेपण गर्ने ।

१.७ अध्ययनको सीमा

अध्ययनका क्रममा कार्यदलले पेसागत काउन्सिल, एसोसियसन, तथा विषय विज्ञहरूसँग धेरै ओटा परामर्श बैठकहरू सञ्चालन गरेको थियो । खासगरी प्रक्षेपणका निमित्त समयक्रममा आएको परिवर्तनको प्रवृत्ति विश्लेषण गर्न विगतका वर्षदेखिको समयक्रममा आएका परिवर्तन देखिने तथ्याङ्क आवश्यक पर्नेमा सोको अभावमा प्रक्षेपणको मोडलको उपयोग गर्न सम्भव भएन । अध्ययन टोलीलाई दिइएको सीमित समयका कारणले प्राथमिक तथ्याङ्क सङ्कलन समेत सम्भव नभएको हुँदा द्वितीय तथ्याङ्कको उपयोग तथा विज्ञहरूसँगको छलफल र राय (Expert judgement) लाई आधार मान्नुपर्ने अवस्थालाई स्वीकार गरिएको छ । फलस्वरूप, यी सीमाभित्र बसेर र खासगरी सेवा-प्रवाह गर्ने संस्थाहरूको देशभरमा रहेको संरचनागत प्रवन्धलाई आधार मानेर प्रक्षेपण कार्य गरिएको छ ।

यस अध्ययनमा मूलतः द्वितीय स्रोतबाट प्राप्त तथ्य/तथ्याङ्कहरू प्रयोग गरिएका छन् । विभिन्न औपचारिक अभिलेख, प्रकाशित सूचना, जनसाङ्ख्यिक तथ्याङ्कका अलावा सूचना दिन सक्ने मुख्य व्यक्ति/विशेषज्ञ (Key informant) हरूबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई प्रयोग गरेर वर्तमान अवस्थाका साथै भविष्यमा हुने सेवाको मागको आकलन गरिएको छ ।

निजी क्षेत्रले सेवाप्रवाहमा उल्लेख्य योगदान रहेको देखिन्छ । तर निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको विस्तार सार्वजनिक सेवाको माग धान्ने र विश्वासमा लिन क्षमतामा समेत निर्भर गर्दछ । त्यसकारण योजनाका दृष्टिले निजी क्षेत्रमा हुनसक्ने सेवा विस्तारलाई आकलन गर्न त्यति सहज हुने देखिन्न ।

सार्वजनिक सेवा प्रवाहमा संलग्न जनशक्ति नै निजी क्षेत्रको सेवाप्रवाहमा समेत सहभागी हुने गरेको सन्दर्भमा पूर्ण समय काम गर्दाको अवस्थामा कति जनशक्ति सेवामा रहेको भनेर छुट्टै गणना गर्नपर्ने देखिन्छ । विशेषज्ञ जनशक्तिको हकमा त यो अझ बढी मात्रामा अभ्यासमा रहेको देखिन्छ । तर सो विषयलाई गणना गर्ने आवश्यक तथ्याङ्कका अभावमा यस प्रतिवेदनमा सो विषयलाई विश्लेषणमा समावेश गर्न सकिएको छैन ।

नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकास

नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकासको इतिहास धेरै लामो छैन । आयुर्वेदलगायत परम्परागत शिक्षा वा त्यसमा आधारित स्वास्थ्य सेवाको परम्परा निकै लामो भए पनि वर्तमानमा विश्वभर प्रचलित पाश्चात्य चिकित्सा पद्धति नेपालमा पहिलो पटक जङ्गवहादुर राणाको प्रवेश गरेको देखिन्छ (अधिकारी, २०७०, पे. ४८) । अधिकारी (२०७०) का अनुसार सन् १८५० को दशकमा नेपालमा रहने ब्रिटिस रेसिडेन्सीका सदस्यहरूलाई चिकित्सा सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले उक्त टिममा एकजना चिकित्सकलाई समेत समावेश गरेको र पछि उनै चिकित्सकले तत्कालीन राणा शासकहरूलाई चिकित्सकीय सेवा पुऱ्याउन सुरु गरेको चर्चा भेटिन्छ ।

वैद्यखाना तथा आयुर्वेद सेवाकेन्द्रहरू तथा स्वतन्त्र वैद्यहरूमार्फत् परम्परागत चिकित्सा पद्धतिको विस्तार गाउँगाउँसम्म कुनै न कुनै रूपमा पुगेको भए पनि एलोप्याथिक चिकित्सा पद्धतिको नामले चिनिने पाश्चात्य पद्धतिको सेवा दिने गरी वीर शमशेरको पालामा खुलेको पहिलो अस्पताल 'पृथ्वी-वीर अस्पताल' नै हो भन्ने देखिन्छ । यो पृथ्वी-वीर अस्पताल (हालको वीर अस्पताल)को स्थापना- सन् १८८९ (विसं १९४६ श्रावण १२) भएको देखिन्छ (अधिकारी, २०७०, पे. ४९) ।

यसप्रकार स्वास्थ्य सेवाका निमित्त अस्पताल खुले पनि यसमा काम गर्ने जनशक्तिको आपूर्ति गर्न शिक्षण संस्था नखुलेकाले विदेशबाट शिक्षित जनशक्तिमा भर पर्नुपरेको देखिन्छ । पछिल्ला दिनहरूमा केही विद्यार्थीहरूलाई अध्ययनका निमित्त छात्रवृत्तिमा भारतमा र वेलायतमा पठाउने गरेको देखिन्छ । सन् १९०१ मा सर्वप्रथम देव शमसेरको पालामा नेपालमा 'नेपाल मेडिकल स्कुल' को स्थापना भए पनि करिब ३० वर्षपछि मात्र कम्पाउण्डर र ड्रेसर उत्पादन गर्ने गरी सन् १९३४ मा सिभिल मेडिकल स्कुलको स्थापना भएको तथा सन् १९५६ बाट मात्रै नर्सको उत्पादन सुरु भएको भन्ने उल्लेख भएको पाइन्छ । (अधिकारी, २०७०)

२.१ चिकित्सा शिक्षामा निम्न र मध्यम स्तरको जनशक्ति उत्पादन प्राथमिकतामा

चिकित्सा शिक्षाको विस्तारमा ग्रामीण र दुर्गम भेगमा सेवा विस्तार कि विशेषज्ञ सेवाको विकास भन्ने विषय अहिले पनि वहासको विषय बन्ने गरेको सन्दर्भमा सुरुका दिनमा यो विषयले निकै महत्त्व पाउने गरेको देखिन्छ । गाउँ नै गाउँले भरिएको देश, तथा अधिकांश जनता गाउँमा बसोबास गर्ने अवस्थामा केही विशेषज्ञ डाक्टर उत्पादन गर्ने कि जनतालाई स्वास्थ्य सेवा सर्वसुलभ बनाउन ठूलो सङ्ख्यामा अ.हे.व, अ.न.मि, हे.अ. उत्पादन गरेर गाउँसम्म स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गर्ने भन्ने प्रश्न निकै अहम् बनेको देखिन्छ । त्यसबेलाको आवश्यकतालाई सम्झँदा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई विस्तार गर्ने र गाउँगाउँसम्म स्वास्थ्यसेवा पुऱ्याउने विषयले प्राथमिकता पाउनुलाई अन्यथा मान्न सक्ने कुरै भएन । त्यसै अनुरूप स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादनमा मध्यम तथा निम्न स्तरका प्राविधिकको आपूर्तिले पहिलो प्राथमिकता पाउँदै गएको देखिन्छ । यसक्रममा सन् १९५५ मा स्वास्थ्य सहायक तालिम स्कुल सन् १९५६ मा नर्स तालिम स्कुल, र १९६२ मा अ.न.मि. तथा अ.हे.व. तालिम स्कुल खुलेका देखिन्छन् ।

२.२ नयाँ शिक्षा योजना र चिकित्सा शिक्षा

नेपालमा जनशक्ति विकास केन्द्रित शिक्षा योजनाको सुरुवात राष्ट्रिय शिक्षा पद्धतिको योजना २०२८-२०३२, (सन् १९७१-७६) बाट भएको मानिन्छ। नेपालको सन्दर्भमा सायद यो नै पहिलो योजना हो, जसले शिक्षालाई राष्ट्रिय विकाससँग जोड्ने र जनशक्ति आपूर्तिको वृहत फ्रेमवर्कलाई मूल आधार बनाएर शिक्षाको योजना गरेको थियो। विद्यालय शिक्षादेखि उच्च शिक्षासम्म समग्रतामा गरिएको यस योजनाले “वैज्ञानिक तथा प्राविधिक शिक्षाको विस्तारमार्फत् विकासका निमित्त जनशक्ति आवश्यकता पूर्ति गर्ने” विषयलाई मूल उद्देश्य बनाएको देखिन्छ।

यस योजनाले हरेक तहको विशिष्ट उद्देश्यसहित तीन तहको उच्च शिक्षाको सिफारिस गरेको देखिन्छ। योजनाअनुसार-सर्टिफिकेट लेभल (निम्नस्तरीय प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादन), डिप्लोमा लेभल (मध्यमस्तरीय प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादन), तथा डिग्री लेभल (उच्चस्तरीय प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादन) गर्ने सामान्य व्यवस्था गरेको पाइन्छ। यस योजनाको कार्यान्वयनकै क्रममा सन् १९७२ मा त्रिभुवन विश्वविद्यालय अन्तर्गत रहने विभिन्न १६ ओटा अध्ययन संस्थानमध्ये चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानको स्थापना भएको थियो। चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानको स्थापना भएपछि सरकारी क्षेत्रमा- स्वास्थ्य मन्त्रालयअन्तर्गत त्यसबेला सञ्चालित चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी सबै १२ ओटै शैक्षिक कार्यक्रमहरू उक्त संस्थानलाई हस्तान्तरण गरेको भन्ने उल्लेख भएको पाइन्छ।

राष्ट्रिय योजना आयोगसँगको परामर्शमा जनशक्ति आवश्यकताको अनुमान गर्ने जिम्मेवारी शिक्षा मन्त्रालयलाई दिइएको तथा सोही आधारमा जनशक्ति उत्पादन गर्ने जिम्मेवारी विश्वविद्यालयलाई दिइएको देखिन्छ।

यसै सन्दर्भमा कुन अध्ययन संस्थानले कुन तहसम्मको कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सक्ने भन्ने सीमा तोक्ने व्यवस्था भएअनुसार, चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानलाई प्रमाणपत्र तहसम्म मात्र सञ्चालन गर्ने गरी सीमा तोकिएको देखिन्छ। अर्थात् सुरुमा चिकित्सा शिक्षामा निम्नस्तरीय जनशक्ति विकासमा नै योजनासीमित रहेको देखिन्छ। निम्नतहका प्राविधिकले प्रवेश परीक्षा उत्तीर्ण गरेका अवस्थामा उच्च तहमा अध्ययनको अवसर दिइने, तर उच्च तहमा प्रवेश गर्नु अघि सेवा अनिवार्य गर्ने नीति अख्तियार गरेबाट उच्च शिक्षाका हरेक तहलाई आफैमा पूर्ण हुने गरी श्रमबजारको मागसँग आवद्ध गर्ने र ‘शिक्षा’ र ‘स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन’लाई एकीकृत रूपमा योजनामा समावेश गरिएको मान्न सकिन्छ। यसरी कुनै तहको शिक्षा पूरा गर्ने बित्तिकै माथिल्लो तहको शिक्षा प्राप्तमा प्रेरित हुँदा तत्कालको सेवा प्रवाहमा सहयोग नपुग्ने विषयलाई ध्यानमा राखी प्रत्येक तह पूरा गर्ने बित्तिकै श्रमबजारको निश्चित आवश्यकता पूरा गर्ने गरी आवद्ध गरेको र यसलाई हरेक तह आफैमा पूर्ण हुने व्यवस्थाका रूपमा परिभाषित गरेको देखिन्छ।

डाक्टर र विशेषज्ञ स्तरको जनशक्ति आपूर्तिको निमित्त मित्रराष्ट्रहरूसँगबाट प्राप्त हुने छात्रवृत्तिमा निर्भर रहने नीति लामो समयसम्म अख्तियार गरेको मान्न सकिन्छ। सायद यसै कारणले होला सन् १९६० मै नेपालमा मेडिकल कलेज खोल्ने विषय चर्चामा आए पनि सन् १९७८ मा मात्र पहिलो मेडिकल कलेज खुल्न अर्थात् पहिलोपटक नेपालमा एम.बि.बि.एस. को पढाइ गर्न भर्ना सुरु गर्न सम्भव हुन पुगेको इतिहासले देखाउँछ।

आवधिक योजनाहरूको समीक्षा गर्दा हरेक योजनाले जनशक्ति प्रक्षेपण गर्ने र सो अनुसार प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादनमा प्राथमिकता दिँदै आएकोमा बहुदलपछिको पहिलो योजना अर्थात्, आठौँ योजना काल (सन् १९९२-१९९७) देखि सायद उदारीकरणको नीतिले हुनसक्छ, जनशक्ति प्रक्षेपण गर्ने विषयले कम महत्त्व पाएको प्रस्ट देख्न सकिन्छ।

सुरुका वर्षमा चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानमा भएको कार्यक्रमगत विविधीकरण र जनशक्ति उत्पादन

- सन् १९७८ (२०३५ श्रावण ३२) देखि संस्थानले एम.बि.बि.एस. कार्यक्रम प्रारम्भ गर्‍यो। पहिलो पटक २२ जना भर्ना गरेको- १९८४ मा मुलुकभित्रै पहिलो व्याच डाक्टर उत्पादित) भएको
- सन् १९८२ मा क्यानडाको University of Calgary को सहकार्यमा MD (GP)- कार्यक्रम सुरु गरी पोस्ट ग्राजुएट कार्यक्रमको सुरुवात
- सन् १९८४ मा एनेस्थियामा डिप्लोमा कार्यक्रमको सुरुवात
- सन् १९९४ देखि स्वास्थ्य मन्त्रालय र उपत्यकाभित्रका प्रमुख अस्पतालहरूको सहकार्यमा MD/MS तहको अध्यापन कार्यको सुरुवात। (अधिकारी, २०७०)

२.३ चिकित्सा शिक्षामा नयाँ संस्था र कार्यक्रमको आरम्भ

चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानबाट कार्यक्रम सुरु भएको १५ वर्षपछि अर्थात् सन् १९९३ मा बि.पी. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानको स्थापना भई सुरुको वर्षमा ३० जना विद्यार्थीलाई एम.बि.बि.एस. मा भर्ना गरेपछि चिकित्सा शिक्षामा विस्तारको सुरु भएको मान्न सकिन्छ। सन् १९९४ को डिसेम्बरमा काठमाडौं विश्वविद्यालयको अस्थायी सम्बन्धनमा पोखरामा मणिपाल कलेज अफ मेडिकल साइन्सेजको स्थापना भएपश्चात् नेपालमा चिकित्सा शिक्षामा निजी क्षेत्रको प्रवेश भएको देखिन्छ। हाल त्रिभुवन विश्वविद्यालय, काठमाडौं विश्वविद्यालय, पूर्वाञ्चल विश्वविद्यालय, पोखरा विश्वविद्यालय, नेपाल संस्कृत विश्वविद्यालय, राजर्षि जनक विश्वविद्यालय अन्तर्गत आंगिक तथा सम्बन्धनमा सञ्चालित शैक्षिक संस्थाहरू र बि.पि. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठान, कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, राप्ती स्वास्थ्य प्रतिष्ठान, प्रादेशिक विश्वविद्यालयहरू गण्डकी विश्वविद्यालय, मनमोहन बहुप्राविधिक विश्वविद्यालय साथै प्रादेशिक प्रतिष्ठानहरू मधेश स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, मदनभण्डारी स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान गरी स्नातक वा सो भन्दा माथिका ८६ वटा संस्थाहरूमार्फत् जनशक्ति उत्पादनका लागि शैक्षिक कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेका छन्।

तालिका २: विगत ३ वर्षदेखि निर्धारित कार्यक्रमगत सिट सङ्ख्या सम्बन्धी विवरण

क्र.सं.	तह	२०२१	२०२२	२०२३
१	स्नातक	८२५१	८५६०	७६५९
२	स्नातकोत्तर	१५६७	१७१८	१६८४
३	स्नातकोत्तर तह भन्दा माथि		८३	१०९

२.४ मध्यम र आधारभूत तहको जनशक्ति उत्पादनको अवस्था

सुरुवाती दिनहरूमा स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य क्षेत्रका मध्यम र आधारभूत तहको जनशक्तिको उत्पादन सम्बन्धी कार्यक्रमहरू राष्ट्रिय शिक्षा पद्धतिको योजना, २०२८ लागु भएपछि शिक्षा मन्त्रालय मातहत, त्यसमा पनि त्रि.वि.को चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान मातहत आएको देखिन्छ। वि.सं. २०४५ सालमा ऐनद्वारा प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद् गठन भएपश्चात भने यो जनशक्ति उत्पादनको कार्यभार यस परिषद्मा गएको देखिन्छ। ऐनको प्रस्तावनामा उल्लेख भएको यस व्यवस्थाले परिषद्को कार्यक्षेत्र बारे स्पष्ट गरेको छ:

“आधारभूत, मध्यमस्तरीय तथा उच्चस्तरीय प्राविधिक जनशक्ति उत्पादन गर्न सुनियोजित रूपमा प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिमको व्यवस्था तथा सिपको स्तर निर्धारण एवं प्रमाणीकरण गर्नको लागि” । यद्यपी क्षमताको कारण लामो समय यी कार्यक्रम विश्वविद्यालय मातहत नै रहँदै आएको देखिन्छ । राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५ लागु भएपश्चात् टिएसएलसी (TSLC) का शैक्षिक कार्यक्रम खारेज भएको वर्तमान परिवेशमा यस परिषद्मार्फत् स्वास्थ्य क्षेत्रका प्राविधिक डिप्लोमा तहका प्राविधिक जनशक्ति उत्पादन हुँदै आएको अवस्था छ ।

तालिका ३: वि.सं. २०७८ मा प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद्को डिप्लोमा तहका विभिन्न कार्यक्रममा भर्नाको विवरण

S.N.	Program	Student Enrolled
1	PCL Nursing	4,053
2	Ophthalmic Science	310
3	General Medicine	2,737
4	Medical Lab Technology	1,863
5	Diagnostic Radiography	512
6	Dental Science	328
7	Ayurveda Health Science	89
8	Acupuncture and Moxibustion	20
9	Physiotherapy	66
10	Yoga and Naturopathy	17
11	Pharmacy	2,107
	Total	12,102

Source: CTEVT official website

२.५ कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था

नेपाल वा विदेशमा अध्ययन गरेका स्वास्थ्य जनशक्तिहरू नेपालमा कति कार्यरत छन् तथा वर्तमानको सेवा प्रवाहको अवस्था कस्तो छ भन्ने बारेमा सूचना उपलब्ध हुन सके भविष्यमा आवश्यक पर्न सक्ने सङ्ख्याको आकलनमा समेत आधार उपलब्ध हुनसक्छ । कार्यरतको विवरणको कुरा गर्दा कति सार्वजनिक सेवामा र खासगरी सरकारी सेवामा छन् भन्ने विवरण मूलतः स्वास्थ्य मन्त्रालयअन्तर्गतको जनशक्तिको तथ्याङ्कले केही आधार दिनसक्छ । तर निजी क्षेत्रमा कार्यरत जनशक्तिबारे सो सूचनाले भरपर्दो आधार नदिन सक्छ । तर वर्तमानमा कति सङ्ख्यामा पेसागत काउन्सिलमा दर्ता भएका छन् भन्ने बारेमा उपलब्ध सूचनाले केही मद्दत गर्ने अपेक्षा गर्न सकिन्छ । यी सूचनाले कति कार्यरत छन् भन्ने यकिन नगरे पनि यो भन्दा भरपर्दो अर्को सूचनाको स्रोत नभएको अवस्थामा मोटामोटी आकलन गर्ने आधार प्रदान गर्ने विश्वास गर्न सकिन्छ । यस सन्दर्भमा स्वास्थ्य जनशक्तिभित्रका केही समूहहरूमा पेसागत काउन्सिलमा दर्ताको वर्तमान सङ्ख्यात्मक विवरण तल उल्लेख गरिएको छ:

(क) मेडिकल अफिसर र डेन्टिस्टको विवरण

नेपालमा स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था खासगरी मेडिकल अफिसर, डेन्टिस्ट र विशेषज्ञ डाक्टरको काउन्सिलको दर्ता विवरण अनुसार वर्तमान अवस्थाबारे नेपाल मेडिकल काउन्सिलबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई देहाय अनुसार प्रस्तुत गर्न सकिन्छः

तालिका ४: नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको विवरण (एम.बि.बि.एस. र बि.डि.एस.)

विषय क्षेत्र	पुरुष	महिला	जम्मा
मेडिकल (विशेषज्ञ समेत)	१७,३८१	८,६७१	२६,०५२
डेन्टल (विशेषज्ञ समेत)	१,५४६	२,५३५	४,०८१
जम्मा	१८,९२७	११,२०६	३०,१३३

स्रोत: नेपाल मेडिकल काउन्सिल वेबसाइट: <https://nmc.org.np/>, डिसेम्बर २०२१ सम्मको अद्यावधिक

तालिका ५: नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको विवरण (विशेषज्ञ डाक्टरको विवरण)

विषय क्षेत्र	पुरुष	महिला	जम्मा
एम.डी. /एम.एस.	५,९६०	२,२४३	८,२०३
एम.डी.एस.	३५५	३०४	६५९
जम्मा	६,३१५	२,३४७	८,६६२

स्रोत: नेपाल मेडिकल काउन्सिल वेबसाइट: <https://nmc.org.np/>, डिसेम्बर २०२१ सम्मको अद्यावधिक

माथि चर्चा गरिए जस्तै जनशक्ति आपूर्तिको अवस्थालाई आकलन गर्न कति जनसङ्ख्यामा एउटा स्वास्थ्यकर्मी वा कति जनसङ्ख्यामा एउटा डाक्टर पर्न आउँछ भनेर हिसाब गर्ने गरिन्छ । यो एकदमै सरल विधि हो, जसले केही हदसम्म उपयोगी सूचना प्रदान गर्दछ । विभिन्न मुलुकको स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था तुलना गर्न अझै सजिलो मानिन्छ । नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका चिकित्सकको सङ्ख्या र कुल जनसङ्ख्यालाई आधार मानेर गरिएको विश्लेषण यहाँ प्रस्तुत गरिन्छ । हुन त ती चिकित्सक मध्ये कति नेपालमा छन् र कति सेवा दिनसक्ने अवस्थामा छन् वा कति आफ्नै पेसामा क्रियाशील छन् भन्ने सूचना यसले दिँदैन, दर्ता भएका चिकित्सकको आधारमा विगत ६० वर्षमा यस क्षेत्रमा उल्लेखनीय प्रगति भएको बारे भने यसले अवश्य नै सङ्केत गर्छः

तालिका ६: नेपालमा डाक्टर र जनसङ्ख्याको अनुपात (सन् १९६१ देखि २०२१)

सन्दर्भ वर्ष (सन्)	डाक्टरको सङ्ख्या (MBBS)	जनसङ्ख्या	डाक्टर: जनसङ्ख्या	कैफियत
१९६१	६७	९४,१२,९९६	१,४०,४९२	
१९७१	२८६	१,१५,५५,९८३	४०,४०५	
१९८१	६८५	१,५०,२२,८३९	२१,९३१	
१९९१	१,५७६	१,८४,९१,०९७	११,७३३	
२०११	१०,६१९	२,६४,९४,५०४	२,४९५	
२०२१	२६,०५२*	२,९१,९२,४८०	१,१२०	

(स्रोत: नेपाल मेडिकल काउन्सिलको आधिकारिक वेबसाइट: <https://nmc.org.np/> Registration status up to December, २०२१)

(ख) नेपालमा नर्सहरूको दर्ता विवरण

नेपाल नर्सिङ काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण हेर्दा अ.न.मि. देखि विशेषज्ञ नर्ससम्म गरी एक लाखभन्दा बढी जनशक्ति उपलब्ध छन्। तर यी मध्ये कति नेपालमा छन् र सम्बन्धित पेसामा छन् भन्ने यकिन विवरण उपलब्ध छैन।

तालिका ७: नेपाल नर्सिङ काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण

सि.न.	तह	दर्ता सङ्ख्या	कैफियत
१	विशेषज्ञ नर्स	५९८	नर्स, विशेषज्ञ नर्स तथा मिडवाइफको सङ्ख्या- दर्ता भएका समूहमा पर्छन् र सो सङ्ख्या र ६८,९४२ छ।
२	नर्स	६८,३१६	
३	मिडवाइफ	२८	
४	अ.न.मि.	३६,७५४	अ.न.मि.को सङ्ख्या निकै ठूलो छ र सो समूहको उत्पादन हाल बन्द गरिएको छ।
जम्मा		१,०५,६९६	

(स्रोत: नेपाल नर्सिङ परिषद्, २०७९ असार ८ सम्मको अद्यावधिक)

(ग) आयुर्वेद मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण

तालिका ८: आयुर्वेद मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएका जनशक्तिको विवरण

सि.न.	तह	दर्ता सङ्ख्या	कैफियत
१	विद्यावारिधि	१	
२	स्नातकोत्तर (MD/ MS)	१३७	
३	स्नातक (BAMS)	८५०	
४	बि. फार्मसी- आयुर्वेद	७	
५	आयुर्वेद स्वास्थ्य सहायक (AHA)	१,६३३	
६	आयुर्वेद अ.हे.व. (AAHW)	२,९६८	
७	परम्परागत उपचारकर्ता (Traditional healers)	१९	

(स्रोत: नेपाल आयुर्वेद मेडिकल परिषद्, २०७९ असार सम्मको अद्यावधिक)

(घ) नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्मा स्थायी दर्ता भएको जनशक्ति विवरण

तालिका ९: नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्मा स्थायी दर्ता भएको जनशक्ति विवरण

सि.न.	विषय (Subject)	विशिष्ट (Specialization)	पहिलो (First)	द्वितीय (Second)	तृतीय (Third)
१	जनस्वास्थ्य (Public Health)	१,४१४	५,०४४	-	-
२	हेल्थ एजुकेशन (Health Education)	४०	७७	१६	-
३	जनस्वास्थ्य (Primary Health Care)	-	१	-	-

सि.न.	विषय (Subject)	विशिष्ट (Specialization)	पहिलो (First)	द्वितीय (Second)	तृतीय (Third)
४	चिकित्सा (Medicine)	-	-	१९,५१५	६४,७५४
५	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला मेडिकल माइक्रोबायोलोजी (Medical Microbiology)	१५८	१७०	-	-
६	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला	४५	३,१४७	८,७३६	२१,४६८
७	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला (साइटोलोजी) (Cytology)	२	३	-	-
८	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला (हेमाटोलोजी) (Hematology)	१९	८	-	-
९	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला (बायोकेमिस्ट्री) (Biochemistry)	२३५	१००	-	-
१०	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला (भाइरोलोजी) (Virology)	१०	-	-	-
११	चिकित्सा विज्ञान प्रयोगशाला (Nuclear Medicine)	-	१	-	-
१२	रेडियोलोजी रेडियोग्राफी (Radiography)	५०	७८९	२,३१२	-
१३	रेडियोलोजी (रेडियोथेरापी) (Radiotherapy)	१	८	९	-
१४	आयुर्वेद (Ayurved)	-	-	१८१	११६१
१५	विविध होमियोप्याथी (Homeopathy)	-	१६४	४७	-
१६	युनानी (Unani)	-	२१	-	-
१७	अकूपन्चर (Acupuncture)	३	११	११३	५१
१८	फिजियोथेरापी (Physiotherapy)	२६८	१,७५४	९८	७५
१९	कम्युनिटी बेस रिहाबिलिटेसन (Community Base Rehabilitation)	-	१	-	-
२०	प्रोस्थेटिक आर्थिटिक (Prosthetic & Arthritic)	-	१२	-	१
२१	दन्त सहायक (Dental Assistant)	-	-	१,६५९	७८७
२२	प्राकृतिक चिकित्सा (Naturopathy)	१	६१	-	-
२३	योगा (Yoga)	३	९	-	१
२४	नेत्र विज्ञान (Ophthalmology)	४२	१,१३१	१,५७१	-
२५	Operation Theater and Allied Health Sciences	-	१५	८९	-
२६	क्लिनिकल साइकोलोजी (Clinical Psychology)	३०	-	-	-
२७	Speech and Hearing	१३	८०	१	-
२८	Forensic Medicine	-	-	३	-
२९	Perfusion Technology	४	८	-	-
३०	Anaesthesia	१	६६	१	-

सि.न.	विषय (Subject)	विशिष्ट (Specialization)	पहिलो (First)	द्वितीय (Second)	तृतीय (Third)
३१	Cardiology Tech.	-	४	-	-
३२	TCM AMT	३	-	-	-
३३	Occupational Therapy	-	२	-	-
३४	Renal Dialysis	-	४	-	-
३५	Embryology	१	-	-	-
जम्मा		२,३४३	१२,६९१	३४,३५१	८८,२९८
कुल जम्मा		१,३७,६८३			

(स्रोत: नेपालस्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्, २०७९ असार ७ सम्मको अद्यावधिक)

स्वास्थ्य मन्त्रालयबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई आधार बनाएर आर्थिक सर्वेक्षण २०७९/८० ले उल्लेख भए अनुसार २०७८ फागुनसम्म डाक्टर, नर्स /अ.न.मि., कविराज, वैद्य, स्वास्थ्य सहायक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका गरी जम्मा स्वास्थ्य जनशक्ति ९७ हजार ४ सय ४९ रहेको अवस्था छ ।

तालिका १०: स्वास्थ्य जनशक्ति विवरण

विवरण	२०७१ असार	२०७२ असार	२०७३ असार	२०७४ असार	२०७५ असार	२०७६ असार	२०७७ असार	२०७८ असार	२०७८ फागुन
१. जम्मा स्वास्थ्य संस्था	४,४८५	४,५०५	४,५९९	४,५०३	४,५१३	५,७१७	७,१५४	७,५६६	७,५९८
क. अस्पताल	१०७	११६	११६	११६	१२३	१२५	१२५	१२५	१५४
ख. प्राथमिक स्वास्थ्य	२१५	२१५	२१६	२००	२०३	२०३	२०३	२०५	१९६
ग. स्वास्थ्य चौकी	२,१७५	३,७९०	३,८८३	३,८०३	३,८०३	३,८०५	३,८०५	३,८७०	३,८५३
घ. आयुर्वेदिक औषधालय	२९३	३८४	३८४	३८४	३८४	३८४	३९५	३९५	४२४
ड. उप-स्वास्थ्य चौकी / आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	१,६९५					१,२००	२,६२६	२,९७१	२,९७१
२. अस्पताल शैया	७,५५०	७,६४०	७,७४८	८,१७२	८,१७२	८,१७२	८,१७२	११,६४०	१५,७९०
३. जम्मा जनशक्ति	८७,३२०	७६,८९४	७७,२५८	८८,८८२	९०,०८०	९०,९४६	९०,९४६	९०,३६९	९७,४४९
क. डाक्टर	२,१५४	२,४५७	२,५५०	२,५५०	२,६४०	२,६४०	२,६४०	२,६४०	४,६६०
ख. नर्स/ अ.न.मि.		२०,३४६				२०,६५३		२०,६५३	२४,६९३
ग. कविराज	३९४	४८५	५७०	५७०	६१३	६१३	६१३	६१३	६१३
घ. वैद्य	३६०	४५१	४५१	६९३	६९३	६९३	६९३	६९३	६९३
ड. स्वास्थ्य सहायक (हे.अ., अ.हे.व.)	११,५५१			१२,६४६	१४,३४७			१४,३४७	१५,३६७
च. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	६३,३२६	५२,०००	५२,०००	५२,०००		५२,०००		५१,४२३	५१,४२३

स्रोत:- आर्थिक सर्वेक्षण, २०७८/७९, अर्थ मन्त्रालय

२.५.१ प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदले गरेको जनशक्ति प्रक्षेपण सम्बन्धी अध्ययन

मध्यम स्तरको जनशक्ति उत्पादनको जिम्मेवारी पाएको प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदले सन् २०१४ मा आवश्यकता र साविक अवस्थामा उत्पादनको अवस्थालाई विश्लेषण गरी जनशक्ति प्रक्षेपण सम्बन्धी अध्ययन गरेको देखिन्छ। (CTEVT, 2014). सो अध्ययनअन्तर्गत स्वास्थ्य क्षेत्रको जनशक्तिको प्रक्षेपण गर्ने क्रममा स्वास्थ्य नीति र स्वास्थ्य जनशक्तिको घनत्व (Density of health professionals) लाई आधार बनाएको देखिन्छ। उक्त अध्ययनले नेपालमा स्वास्थ्य सेवामा सार्वजनिक र निजी क्षेत्रको योगदानको समेत समीक्षा गरेको देखिन्छ, जस अनुसार सो समयमा नेपालमा उपलब्ध कुल ८,२६२ बेड मध्ये ५४% सार्वजनिक र बाँकी निजी क्षेत्रमा रहेको देखाएको छ। अर्कोतिर, कार्यरत जनशक्तिको हिसाबले सार्वजनिक क्षेत्र निकै वृहत् देखाइएको छ, किनभने कुल स्वास्थ्य जनशक्तिको ७७% सार्वजनिक क्षेत्रमा रहेको देखिन्छ। सन् २०१४ मा सो अध्ययन गरे पश्चात् यस अवस्थामा केही परिवर्तन आएको हुनसक्छ। तर पनि यसले अनुमानको निमित्त एउटा आधार प्रदान गरेको मान्न सकिन्छ। स्वास्थ्य मन्त्रालयको सन् २००९ को अध्ययनलाई आधार मानेर उक्त अध्ययनले विभिन्न प्रकारका स्वास्थ्य प्राविधिकहरूको आवश्यकताको आकलन गरेको छ, जुन तलको तालिकामा देखाइएको छ:

तालिका ११: स्वास्थ्य प्राविधिकहरूको आवश्यकताको आकलन

S.N	Name of Programs	Projected Number	Level
1	Radiography Assistant	5,000	TSLC
2	Physiotherapy Assistant	5,000	TSLC
3	Optical Fitting and Dispensing	1,600	TSLC
4	Ophthalmic Science	7,000	Diploma
5	Operation Theater Assistant	2,000	Diploma
6	Homeopathy	1,000	Diploma
7	ECG/Echo	3,000	Diploma
8	Orthopedic Assistant	3,000	Diploma
9	Dental Mechanics	3,000	Diploma
10	Acupuncture	5,000	Diploma
11	Physiotherapy	3,000	Diploma
12	OT Technician	1,500	Diploma
13	Dialysis Technician	1,500	Diploma

Source : MoHP, 2009

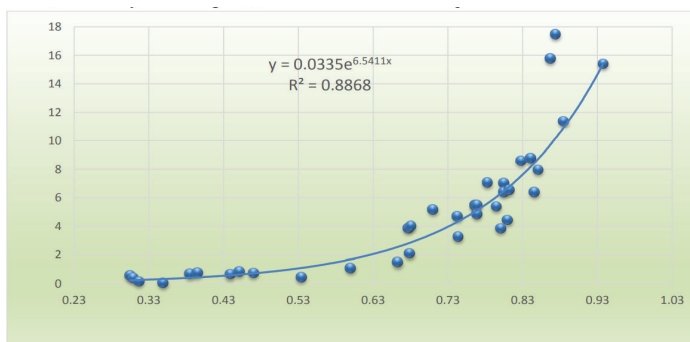
स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतना, राष्ट्रको आर्थिक अवस्था, आफैँले लागत व्यहोर्नु पर्ने अवस्थामा सो धान्न सक्ने आर्थिक अवस्थाले समेत माग प्रभावित गर्ने हुँदा उक्त प्रतिवेदनले सेवाको आवश्यकतालाई आधार मानेर गरिने प्रक्षेपण आदर्श अवस्थामा मात्र कार्यान्वयन हुन सक्ने विश्लेषण गरेको छ। यसै अनुसार देशको आर्थिक अवस्थामा आउने सुधारले नर्सिङ सेवाको माग प्रभावित गर्ने र नर्सिङ जनशक्तिको प्रक्षेपणको निमित्त स्थिर घनत्वलाई आधार मान्न उपयुक्त नहुने बरु, गतिशील अनुपातलाई उपयोग गर्न उपयुक्त हुने ठहर गर्दै आर्थिक विकास वा मानव विकास सूचकाङ्कमा हुने परिवर्तनसँगै मागमा आउने परिवर्तनलाई देहायको सूत्र अनुसारको ग्राफमार्फत् प्रस्तुत गरेको देखिन्छ:

$$\frac{Nupro}{1000 \text{ pop.}} = 0.0335e^{6.541HDI} \dots\dots\dots 1$$

Where, Nupro: Nursing professionals

Pop.: Population

चित्र १: Density of Nursing/1000 versus the Human Development Index



Source: WHO, 2010 and UNDP 2010.

यस ग्राफले जनशक्ति प्रक्षेपणमा कुनै समयमा ठिक मानिएको एउटा स्थिर अनुपातले चलायमान परिस्थिति अनुरूपको वास्तविक आवश्यकतालाई प्रतिविम्बन गर्न नसक्ने तथ्यलाई उजागर गरेको देखिन्छ । यसका साथै मानव विकास सूचकाङ्कको विभिन्न श्रेणीमा रहेका मुलुकका निमित्त घनत्वको अङ्क कसरी फरक हुनसक्छ भन्ने समेत विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको प्रतिवेदनलाई आधार मानेर तलको तालिकामा देखाइएको छ :

तालिका १२: Density of Nursing by Range of HDI Value

S.N	Category of Country by HDI Value	Mean of Density of Nursing/1000	Number	Std. Deviation
1	Countries with HDI Value <0.400	0.4512	6	0.28463
2	Countries with HDI Value >0.401 & <0.500	0.7650	3	0.08954
3	Countries with HDI Value >0.501 & <0.600	0.7710	2	0.44972
4	Countries with HDI Value >0.601 & <0.700	2.8890	4	1.26792
5	Countries with HDI Value >0.701 & <0.800	5.2159	9	0.98950
6	Countries with HDI Value >0.801 & <0.900	8.7257	12	4.20510
7	Countries with HDI Value >0.901	15.4070	1	0.0
	Total	5.0043	37	4.45546

Source: WHO Global Atlas, 2010

यसप्रकार मुलुकको मानव विकासको अवस्थाले पार्न सक्ने महत्त्वपूर्ण प्रभावलाई स्वीकार गरेर उक्त प्रतिवेदनले नेपालले आगामी एक दशकमा मानव विकासमा के कसरी फडको माला र सोको कारणले नर्सिङ र मिडवाइफको मागमा के कसरी फरक पर्न जाला भन्ने आकलन गरेको छ । साथै भावी दिनको अनुमान गर्ने क्रममा दुई प्रकारको चित्रलाई आधार मानिएको समेत देखिन्छ- (क) सामान्य अवस्था र (ख) अपेक्षित अवस्था । वर्तमानको विकासको सामान्य रेखिय वृद्धिलाई आधार

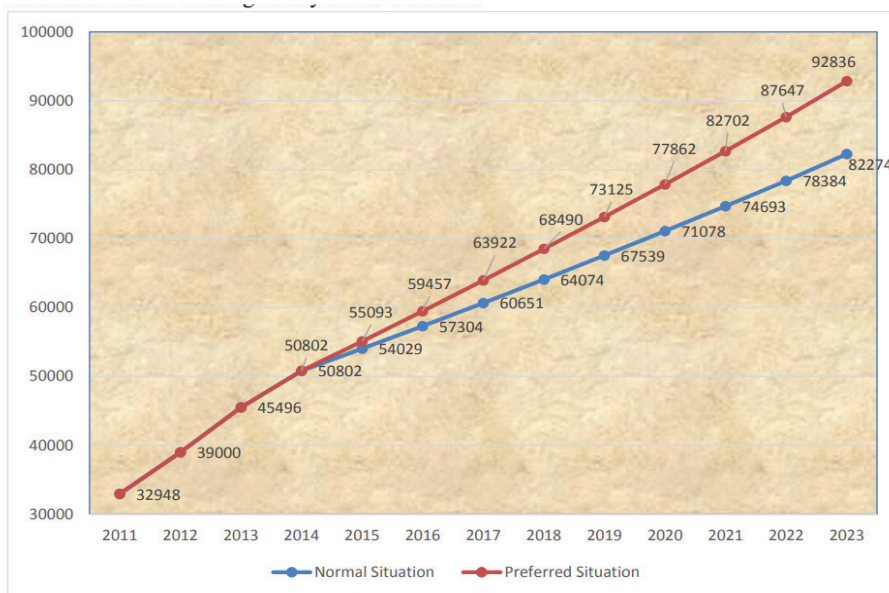
मानेर पहिलो चित्र तयार गरिएको छ भने चाहेको, मुलुका विकासका आकाङ्क्षाहरू अनुरूप अघि बढ्न सकेको अवस्थामा के हुने भन्ने दोस्रो चित्रसमेत संलग्न छ । पहिलो अवस्थाले सन् २०२३ सम्ममा ७६,७१७ जना नर्सिङ जनशक्ति आवश्यक पर्ने आकलन गरेको छ भने दोस्रो चित्रलाई टेकेर हेर्दा सोही अवधिमा ९२,८३६ जना आवश्यक पर्ने आकलन गरेको छ ।

तालिका १३: Density of Nurisng & midwives per 1000 population

S.N	Fiscal Year	Population in Million	Normal Situation			Preferred Situation		
			HDI	Den./1000	Total Need	HDI	Den./1000	Total Need
1	2011	26.49	0.458	1.24	32848	0.458	1.24	32948
2	2012	26.85	0.461	1.45	38933	0.461	1.45	39000
3	2013	27.21	0.463	1.67	45441	0.463	1.67	45496
4	2014	27.56	0.475	1.84	50710	0.484	1.84	50802
5	2015	27.92	0.486	1.84	53389	0.505	1.97	55093
6	2016	28.27	0.498	1.84	56100	0.526	2.10	59457
7	2017	28.62	0.510	1.97	58862	0.547	2.23	63922
8	2018	28.98	0.521	2.10	61695	0.568	2.36	68490
9	2019	29.33	0.533	2.10	64559	0.589	2.49	73125
10	2020	29.68	0.545	2.23	67472	0.610	2.62	77862
11	2021	30.04	0.556	2.36	70460	0.631	2.75	82702
12	2022	30.4	0.568	2.36	73500	0.652	2.88	87647
13	2023	30.81	0.580	2.49	76717	0.688	3.01	92836

माथि तालिकामा देखाइएको दुई प्रकारको अवस्था अनुसार हुनसक्ने मागलाई तल ग्राफमा प्रस्तुत गरिएको छ:

चित्र २: Need of Nursing HR by fical year 2023



Source: Current Analysis, 2014

यो विश्लेषणले जनशक्तिको प्रक्षेपण गर्दा कुनै निश्चित स्थिर घनत्वले भोलिको आवश्यकतालाई सही ढङ्गले प्रतिनिधित्व गर्न नसक्ने र गतिशील मोडलको उपयोग गरेर मात्र वास्तविकताको नजिक पुग्न सकिने कुरा उजागर गरेको छ ।

२.५.२ दिगो विकासका लक्ष्य प्राप्ति सन्दर्भमा विश्व स्वास्थ्य संगठनको प्रतिवेदन, २०२२

विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले दिगो विकासका लक्ष्य प्राप्ति सन्दर्भमा विभिन्न सूचकहरूमा आधारित भई आफ्ना १९४ सदस्य राष्ट्रहरूको वर्तमान अवस्थाको वार्षिक प्रतिवेदन, २०२२ प्रकाशनमा ल्याएको छ । उक्त प्रतिवेदनले औंल्याए अनुसार नेपालमा स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचक तथा कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्तमान अवस्थालाई तलको तालिकामा तुलनात्मक रूपमा प्रस्तुत गरिएको छ:

तालिका १४: स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचक तथा कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्तमान अवस्था

Country / Region	Life expectancy (2019)	Healthy life expectancy (2019)	Maternal Mortality ratio (per 1,00,000) (2017)	Density of medical doctors (per 10,000 population)	Density of nursing and midwifery personnel (per 10,000 population)	Density of dentists (per 10,000 population)	Density of Pharmacists (per 10,000 population)
Afghanistan	६३.२	५३.९	६३८.०	२.५	४.५	०.७	०.३
Bangladesh	७४.३	६४.३	१७३.०	६.७	४.९	०.७	१.८
Bhutan	७३.१	६३.४	१८३.०	५.०	२०.८	०.९	०.७
India	७०.८	६०.३	१४५.०	७.४	१७.५	१.६	८.७
Maldives	७९.६	७०.०	५३.०	२०.५	४६.६	०.९	६.५
Nepal	७०.९	६१.३	१८६.०	८.५	३३.४	१.३	१.७
Pakistan	६५.६	५६.९	१४०.०	११.२	४.८	१.२	१.५
Sri-Lanka	७६.९	६७.०	३६.०	१२.३	२५.०	१.१	१.०
China	७७.४	६८.५	२९.०	२२.३	३०.८	४.५	३.२
Japan	८४.३	७४.९	५.०	२४.८	११९.५	८.०	१८.९
Global	७३.३	६३.७	२११	१६.४	३९.५	३.३	४.७

स्रोत: World health Organization. (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.

विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनको यस प्रकाशनले नेपालमा स्वास्थ्य सेवाका उपलब्धि तथा स्वास्थ्य जनशक्तिका बारेमा देहायका तथ्यहरू प्रकाशमा ल्याएको छः

- औसत आयु (७०.९ वर्ष) र स्वस्थ रूपमा जीवन बिताउने औसत वर्ष (६१.३ वर्ष) का दृष्टिले नेपाल सार्कका आठ मुलुकमा पाचौँ स्थानमा छ। चीन, जापान, र विश्वव्यापी अवस्थासँग तुलना गर्दा नेपालको अवस्था निकै पछाडि छ। विश्वव्यापी रूपमा तुलना गर्दा उच्च आय हुने र न्यून आय हुने मुलुकहरूका बिचमा औसत आयुमा ठूलो असमानता देख्न सकिन्छ। त्यसैगरी एकै मुलुकभित्र पनि ग्रामीण र दुर्गम भेग, आर्थिक दृष्टिले कमजोर क्षेत्र, तथा विकासका अन्य सूचकमा पछि परेका क्षेत्रमा औसत आयु राष्ट्रिय औसत भन्दा निकै कम हुने अनुमान गर्न सकिन्छ।
- प्रति एकलाख जीवित जन्ममा १८६ जना मातृ मृत्यु हुने गरेको तथ्याङ्क छ। यस सूचकका आधारमा नेपाल छैठौँ स्थानमा छ। सार्कमै पनि श्रीलङ्का र माल्दिभ्सको अवस्था नेपालको अपेक्षा निकै राम्रो रहेको देखिन्छ।
- प्रति १०,००० जनसङ्ख्यामा सामान्य चिकित्सक, नर्स तथा मिडवाइफ, दन्त-चिकित्सक र फार्मासिस्टको अनुपात क्रमशः ८.५, ३३.४; १.३ र १.७ हुनुले कुल जनसङ्ख्याको सापेक्ष स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था नेपालको स्थान सार्कमा तेस्रो वा चौथोतिर वा करिब बिचतिर भएको सङ्केत गर्दछ।

विश्वव्यापी रूपमा स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता तथा आपूर्ति अवस्था बारे विभिन्न अध्ययन भएका छन्। यी अध्ययनले खासगरी दक्षिण पूर्वी एसियालगायतका क्षेत्रहरूमा सन् २०३० सम्म पुग्दा पनि आपूर्तिमा ठूलो खाडल बाँकी नै रहने देखिन्छ। तेसैगरी मुलुकको आयको अवस्थाले आपूर्तिलाई प्रभावित गर्ने र न्यून आय भएका मुलुकहरूमा निकै लामो समयसम्म स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्ति न्यून नै रहने देखाएको छ। यसको अवस्थालाई तालिकामा देखाइएको छ।

तालिका १५: सन् २०३० सम्ममा स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता र आपूर्तिको अवस्थाको आकलन

Table 5 Estimated health workforce supply versus “need” by regions and income group, 2013 and 2030

WHO Region	2013 (165 countries)			2030 (165 countries)			# Countries in Category
	Supply (S)	Need (N)	Diff (S–N)	Supply (S)	Need (N)	Diff (S–N)	
Africa	1,874,830	5,891,071	–4,016,241	3,066,666	8,910,473	–5,843,806	43
Americas	8,385,480	5,439,623	2,945,857	12,742,856	6,246,463	6,496,393	28
Eastern Mediterranean	2,690,443	3,797,769	–1,107,326	4,611,408	5,055,625	–444,217	15
Europe	12,692,401	5,628,533	7,063,868	16,803,264	5,786,268	11,016,996	50
South-East Asia	5,772,250	12,433,083	–6,660,833	10,168,591	14,712,987	–4,544,397	8
Western Pacific	10,294,627	11,538,553	–1,243,926	17,261,342	12,270,476	4,990,867	21
WB income groups							
Low	692,757	4,861,904	–4,169,147	1,384,576	7,049,048	–5,664,472	29
Lower middle	9,867,919	17,605,293	–7,737,374	17,958,943	21,940,256	–3,981,313	44
Upper middle	13,764,139	14,617,189	–853,050	21,362,033	15,934,777	5,427,256	46
High	17,385,217	7,644,247	9,740,970	23,948,576	8,058,211	15,890,364	46
World	41,710,032	44,728,633	–3,018,601	64,654,127	52,982,292	11,671,836	165

Health worker “need” refers to the WHO SDG threshold density of 4.45 health workers per 1000 population [31]

स्रोत:- Liu et al., 2017, p.10

यो अध्ययनबाट तल उल्लेख गरिए अनुसार संश्लेषण गर्न सकिन्छः

- सन् २०१३ मा दक्षिण पूर्वी एसियामा आपूर्ति र मागको अन्तर झण्डै ६७ लाख रहेको देखिन्छ । अर्थात्, माग धान्नका निमित्त झण्डै ६७ लाख स्वास्थ्य कर्मीको कमी देखिन्छ । सन् २०३० सम्ममा सो अवस्थामा केही सुधार आए पनि सो माग पूरा हुनसक्ने देखिन्न र यो अन्तर ४५ लाखभन्दा भन्दा बढी कायमै रहन्छ । जब कि सो अवधिमा अमेरिका, युरोपमा भने माग धान्न आवश्यक भन्दा बढी स्वास्थ्यकर्मी उपलब्ध हुनेछन् ।
- मुलुकको आयको आधारमा विश्ववैकले गरेको वर्गीकरणलाई आधार मानेर हेर्दा निम्न र निम्न-मध्यम आय हुने मुलुक नै त्यस्ता मुलुक हुनेछन्, जहाँ स्वास्थ्यकर्मीको माग धान्ने गरी आपूर्ति हुने छैन । अर्थात् स्वास्थ्यकर्मीको न्यून आपूर्तिको कारण सेवा प्रवाहमा सम्झौता गर्नुपर्ने मुलुकहरूमा मूलतः न्यून वा निम्न-मध्यम आय भएका एसिया वा अफ्रिकाका मुलुकहरू पर्ने देखिन्छ ।
- यसले स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन, आपूर्ति, वितरण तथा टिकाउने उद्देश्यका साथ नीतिगत सुधारको निमित्त तत्काल केही गर्न प्रस्ट सङ्केत दिएको छ ।

स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण तथा जनशक्ति विकास योजनाको सैद्धान्तिक अवधारणा

३.१ परिचय

स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपणको विषयलाई निकै चुनौतीपूर्ण कार्य मान्ने गरेको पाइन्छ। भविष्यका थुप्रै अनिश्चितता र पूर्वानुमान नै गर्न नसकिने परिस्थितिका निमित्त कुशलतम रूपमा उच्चतम प्रतिफल दिने गरी स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता पूरा गर्ने उद्देश्यका साथ जनशक्तिको बारेमा योजना गर्नु सानो चुनौतीको विषय होइन। सार्वजनिक नीतिमा भविष्यका अनिश्चिततालाई बुझ्न र सोको निमित्त तयार रहन के कसरी काम गर्न सक्छ भन्ने प्रश्नसँग यो विषय गाँसिएको मान्न सकिन्छ। खासगरी वर्तमान अध्ययनको केन्द्रीय प्रश्न भनेको- उपयुक्त दक्षतासहितका आवश्यक जनशक्तिको उचित सङ्ख्यामा र निर्धारित स्थान र समयमा आपूर्ति गरी लक्षित समूहसम्म स्वास्थ्य सेवाको प्रवन्ध गर्ने विषय नै हो। तर भविष्यले थुप्रै अनिश्चितता लिएर आउने र सो बारेमा वर्तमानमा उपलब्ध ज्ञानको सीमाले ठिक ढङ्गले पर्गेल्न कठिनाइ हुने हुँदा भविष्य बारेको अध्ययन आफैमा चुनौतीपूर्ण हुने मानिन्छ।

यसप्रकारको भविष्यको आकलन गर्ने अध्ययनलाई (क) पूर्वानुमान (Forecasting), (ख) भविष्यदृष्टि (Foresight); तथा (ग) निश्चित मानक (Norms) लाई टेकेर भविष्यको दृश्य निर्माण गर्ने अध्ययन (Normative Futures Studies) गरी तीन प्रकारमा हेरेको पनि पाइन्छ (Veenman, 2013)। भविष्यका बारेमा गरिने अध्ययन बारे उनले प्रस्तुत गरेको यस दृष्टिकोणलाई सारांशमा तलको तालिकामा देखाइएको छ:

तालिका १६: भविष्यको आकलन दृष्टिकोण

प्रकार	विवरण	समय अवधि	जनशक्ति योजनासँग सम्बन्ध
पूर्वानुमान (Forecasting)	उपलब्ध तथ्य र विगतको प्रवृत्ति विश्लेषणका आधारमा लगभग किटान गरेर भविष्यको पूर्वानुमान गर्ने	पाँच वर्षसम्म, (लामो हुँदा अनिश्चितता बढ्ने)	सेवाको योजना गरेर सो अनुरूप आवश्यक जनशक्तिको निर्धारण
भविष्यदृष्टि (Foresight)	अनिश्चितता बढ्ने कारणले सम्भाव्य भविष्य बारे दुई वा दुईभन्दा बढी दृष्टिहरू प्रस्तुत गर्ने	पाँचदेखि दस वर्षसम्म	अनिश्चितताका कारणले जनशक्तिको भावी अवस्थाका बारेमा के प्रभाव पार्छ भन्नेमा उन्नत बुझाइ निर्माण
मानक (Norms) मा आधारित भविष्यको दृश्य निर्माण गर्ने अध्ययन (Normative Futures Studies)	कस्तो भविष्य देख्न चाहेको भन्ने दूरदृष्टि निर्माण गरेर सो प्राप्ति गर्न के के गर्ने भनेर रणनीति र क्रियाकलापको निर्धारण गर्ने	दसदेखि बिस वर्षसम्म	भविष्यको स्वास्थ्य सेवाको निमित्त जनशक्तिका बारेमा दूरदृष्टि निर्माण

(स्रोत: Veenman, २०१३ का आधारमा संश्लेषित)

यस तालिका विश्लेषणलाई चिकित्सा शिक्षा आयोगले गरेको यो प्रक्षेपण पूर्वानुमान (Forecasting) को कोटीसँग बढी नजिक भएको देखिन्छ ।

३.२ स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणको अभ्यास र विकासक्रम

स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनशक्ति प्रक्षेपणमा विकासक्रमको अध्ययन गर्दै यसमा के कस्ता उद्देश्यका साथ के कस्ता विधिको प्रयोग हुँदै आयो भनेर अध्ययन गर्ने क्रममा Amorim र साथीहरू (२०१५) मा प्रकाशन गरेको विश्लेषणात्मक अध्ययनले यसको विकासक्रमलाई मूलतः तीन चरणमा बाँडेको देखिन्छ । उक्त अध्ययन अनुसार १९५० को दशकमा सुरु भएको मानिएको पहिलो चरणमा जनशक्तिलाई एउटा लगानी (input factor) का रूपमा उल्लेख गर्दै स्वास्थ्य सेवा बजारमा जनशक्तिको माग र आपूर्तिको विश्लेषण गरेको देखिन्छ । विकसित मुलुकमा पर्याप्त सङ्ख्यामा स्वास्थ्य जनशक्ति उपलब्ध गराउने चिन्ताले ती अध्ययनहरू भएका देखिन्छन् ।

सन् १९७० पछि सुरु भएको प्रवृत्तिका रूपमा हेरिएको दोस्रो चरणमा स्वास्थ्य सेवालाई आर्थिक क्रियाकलापका दृष्टिले व्याख्या गर्दै जनशक्तिलाई मुख्य कर्ताका रूपमा हेरेर उनका लाइसेन्स, सुरक्षा, प्रोत्साहनमार्फत् उत्पादकत्व बढाउने र कुशलता प्रवर्द्धन गर्न सिप-मिश्रण (skill mix) गर्ने जस्ता प्रश्नले प्राथमिकता पाएको देखिन्छ ।

सन् २००० पछि सुरु भएको प्रवृत्तिका रूपमा हेरिएको तेस्रो चरणमा स्वास्थ्य जनशक्तिलाई आधारभूत स्रोतका रूपमा हेर्ने सेवाको सुनिश्चितताका निमित्त वितरणका विषयमा समेत विशेष चासो राख्ने गरेको देखिन्छ । यसका साथै योजनामा हरेका पेसाकर्मीको अलग अलग विश्लेषण गर्नुको बदलामा एकीकृत र वृहत् दृष्टिकोण लिनेतर्फ जोड दिन थालिएको देखिन्छ ।

यी सबै विश्लेषणमा जनशक्तिको आपूर्ति र माग, मौज्जातको अवस्थालाई मूल आधारका रूपमा उपयोग गरेको भेटिन्छ । आपूर्तिको कुरा गर्दा सो विषय अध्यापन गर्ने शिक्षण संस्थाको सङ्ख्या, भर्ना गर्न सक्ने अधिकतम सीमा (Numerus Clauses), भर्ना हुन आवश्यक न्यूनतम योग्यता जस्ता विषयहरूले भर्ना सङ्ख्यालाई प्रभाव पार्न सक्ने देखिन्छ । यसका अतिरिक्त कतिपय विषयमा विद्यार्थीको आकर्षण कम भएर उपलब्ध सिट पनि खपत नहुने स्थिति हुनसक्छ । यस्ता अवस्थामा सिट बढाउने विकल्पले केही सहयोग गर्दैन । आकर्षण बढाउन रोजगारीको र वृत्ति शृङ्खलाको सुनिश्चितता जस्ता व्यवस्थापन केन्द्रित विकल्प प्रभावकारी हुनसक्छन् । त्यस्तै विद्यार्थीका लागत कम गराउने विभिन्न विकल्पले सहयोग गर्न सक्छन् ।

माग पक्षबाट हेर्दा सेवा वा जनशक्तिको मागको विषय सोझै उपभोग गरिने वस्तुको जस्तो माग हुने होइन । स्वास्थ्यमा सुधार वा स्वस्थ जीवन बाँच्ने उद्देश्य पूरा गर्नाका निमित्त उपाय वा माध्यमका रूपमा स्वास्थ्य सेवाको माग हुने हो । जनसङ्ख्याको आकार र बनौट (रोगव्याधिको भार, उमेरगत वितरण लगायत), सामाजिक- सांस्कृतिक मान्यता, सामाजिक व्यवहार, यी सबै पक्षले स्वास्थ्य सेवाको माग प्रभावित हुनसक्छ । फेरि आवश्यक पर्दमा माग हुन्छ भन्न सकिन्न । सेवा चाहिए पनि लागतको पूरै वा ठूलो हिस्सा आफैँ व्यहोर्नु पर्ने मुलुकहरूमा सेवाको खाँचो भए पनि मागका रूपमा व्यक्त नहुन सक्छ । अर्थात् देखिने माग र साँचो माग एउटै नहुन सक्छ । साँचो माग धेरै भएर पनि उपयोगको तहमा पुग्ने माग निक्कै सानो हुनसक्छ । त्यसैले अस्पताल भर्ना हुने बिरामी सङ्ख्या वा अस्पताल बेडको उपयोग दरले मात्र पनि स्वास्थ्य सेवा मागको सही प्रतिविम्बन नगरेको हुनसक्छ ।

जनशक्ति प्रक्षेपणमा मोडलिङको प्रयोग गर्ने सन्दर्भमा कालक्रममा कति जनशक्तिको आपूर्ति हुन्छ र कति जगोडा रहन्छन् भनेर गणना गरेर सो आधारमा पूर्वानुमान गर्ने गरेको पाइन्छ । यसका साथै स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह र जनशक्ति आवश्यकतालाई

हेर्ने दृष्टिकोणमा निकै ठूलो परिवर्तन आएको देख्न सकिन्छ । खासगरी रोगविशेषसँग सम्बन्धित खण्डित प्रकृतिको सेवाको बदलामा एकीकृत, समग्र चरित्रको र मानव केन्द्रित सेवामा जोड दिन थालिएको छ (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>) । स्वास्थ्य सेवाको बारेमा आएको यसप्रकारको अवधारणागत परिवर्तनको प्रभाव स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन र त्यसको योजनामा पर्नेसक्ने देखिन्छ ।

स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण र तथ्याङ्कको आवश्यकता

प्रक्षेपणको विभिन्न विधिमा तथ्याङ्कको आवश्यकता पनि फरक फरक हुने गर्दछ । सरल विधिहरूमा धेरै तथ्याङ्क चाहिँदैन । जस्तै, जनशक्ति र जनसङ्ख्याको अनुपातलाई आधार मान्दा कुल जनशक्ति र कुल जनसङ्ख्याबारे तथ्याङ्क उपलब्ध भए बाँकी गणना गर्न सकिन्छ । तर यस्ता प्रक्षेपण गर्न सहज भए पनि भविष्यमा हुन आउने सम्भाव्य अवस्थाहरूमा प्रभाव पार्ने विभिन्न पक्षहरूबारे पर्याप्त विश्लेषण नहुँने हुँदा विश्वसनियता कमजोर हुनसक्छ । त्यसैगरी सेवा लक्ष्यलाई आधार मान्ने हो भने पनि आवश्यक तथ्याङ्कको सूची त्यति लामो हुन्न । तर सेवाको माग र खासगरी यथार्थ मागलाई निरूपण गर्नाका निमित्त धेरै पक्षहरूको एकसाथ विश्लेषण गर्नुपर्ने हुँदा तथ्याङ्कको आवश्यकता स्वाभाविक रूपमा धेरै हुन्छ । प्रायशः विकशित मुलुकहरूमा सापेक्षिक रूपमा विस्तृत र एकीकृत तथ्याङ्क उपलब्ध हुने हुँदा विधिको छनौटमा बढी लचकता हुने र विकासोन्मुख मुलुकमा सो आधार बलियो नहुँदा सीमित विधिहरू मात्र उपलब्ध हुने देखिन्छ ।

Amorim र साथीहरू (२०१५) ले विभिन्न प्रक्षेपण विधिहरूमा तथ्याङ्कीय आवश्यकता बारे विश्लेषण गरेका छन् । सो विश्लेषणको सार यहाँ प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका १७: जनशक्ति प्रक्षेपण र तथ्याङ्कको आवश्यकता

विधि	सूचक	तथ्याङ्कको आवश्यकता
आपूर्ति (Supply)	<ul style="list-style-type: none"> जनशक्तिको मैज्दात, वृद्धिको प्रक्षेपण: लाइसेन्स प्राप्त जनशक्ति थपिने दर जनशक्ति उत्पादन/ थप: विभिन्न शैक्षिक कार्यक्रमबाट वार्षिक उत्पादन, विदेशबाट भित्रिने दर, भर्ना दर, पूरा गर्न लाग्ने वर्ष, पढाई पूरा नगरी विचैमा छाड्ने दर, लाइसेन्स लिएकाहरू सेवा निवृत्त हुने दर (सेवाबाट बाहिरिने) 	उच्च
उत्पादकत्व (Productivity)	<ul style="list-style-type: none"> श्रम बजार सम्बन्धी सूचना पेसागत रोजगारीको अवस्था र भविष्यको प्रक्षेपण; छाड्ने दर, नयाँ भर्ना खुल्ने दर, ज्याला दर, बैकल्पिक रोजगारीका अवसर र सुविधा अन्तर रोजगार स्थिति (पूर्ण काल, आंशिक); पूर्णकालीन सेवासँग तुलनीय आँकडा बिरामीसँग सोझै काममा विताउने समय र जम्मा कार्य घण्टा अभ्यास गर्न छाडेका जनशक्तिको विवरण 	उच्च
सिप-मिश्रण (Skill mix)	<ul style="list-style-type: none"> सरकारी नीतिगत चलहरू (policy variables)- स्वास्थ्य शिक्षामा लगानी; वैकल्पिक सेवा प्रवाह विधि; लाइसेन्समार्फत् नियम प्रणाली; भर्ना, सेवा सर्त, सरुवा र बढुवा नीति; बाहिरिन दिने बारे नीति क्षमता विकासका नीति 	उच्च

विधि	सूचक	तथ्याङ्कको आवश्यकता
जनशक्ति र जनसङ्ख्या अनुपात	<ul style="list-style-type: none"> पेसागत रूपमा सक्रिय रहेका र रोजगारमा रहेका चिकित्सक र अन्य जनशक्ति: जनसाङ्खिक विवरण- जम्मा जनसङ्ख्या, वृद्धिदर; खण्डीकृत तथ्याङ्क 	न्यून
आर्थिक (Economic)	<ul style="list-style-type: none"> सामाजिक आर्थिक चलहरू: स्वास्थ्यमा खर्च गर्न उपलब्ध हुने आय (disposable income); GDP को वृद्धिदरको प्रक्षेपण, सामाजिक पक्ष 	उच्च
आवश्यकता (Needs)	<ul style="list-style-type: none"> जनसङ्ख्याको स्वास्थ्य अवस्था उमेरगर, लिङ्गत वितरण, रोगव्याधिको भार, ईत्याडी रोग संक्रमण स्थिति महामारीको स्थिति- सङ्क्रमण दर, अस्पतालबाट फर्कने दर, जनसङ्ख्यामा रहेका स्वास्थ्य अवस्था सम्बन्धी विवरण 	उच्च
सेवाको लक्ष्य (Service Targets)	<ul style="list-style-type: none"> सेवा उपयोगको प्रवृत्ति- बिरामीसहितका बेडको सङ्ख्या, प्रतिशत, बहिरङ्गमा जचाउन आउने बिरामी र भर्ना हुने दर, सामान्य जाँच, परामर्श र शल्यक्रिया सेवा वितरणको अवस्था 	न्यूनदेखि उच्च

स्रोत:- Amorim र साथीहरू (२०१५)

३.३ स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्तमान अवस्थाको विश्लेषण:

स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपणको सन्दर्भमा वर्तमानमा जनशक्ति कति छन् वा दरबन्दी कति छ भन्ने विश्लेषण गर्ने पक्ष एउटा हो । तर त्यतिले मात्रै वर्तमान अवस्था यथार्थ चित्र प्रस्तुत गर्न सक्दैन । तिनको क्षमताको प्रश्न, वितरणको प्रश्न र कार्य-वातावरण, उत्प्रेरणा, उत्तरदायित्व र कार्यसम्पादनको स्तरले मात्रै सेवाको गुणस्तरका बारेमा अनुमान गर्न आधार प्रदान गर्न सक्दछ र यहाँ यस बारेमा केही तथ्यगत विश्लेषण प्रस्तुत गरिएको छ:

- (१) सेवाको वितरणका निमित्त कति जनशक्ति उपलब्ध छ? त्यो जनशक्तिको क्षमता कस्तो छ? अर्थात् सक्षम जनशक्तिको आपूर्तिको अवस्था कस्तो छ?
- (२) त्यसको वितरणको अवस्था के छ? केन्द्र वा सहर तथा गाउँ र दुर्गममा वितरणको अवस्था कस्तो छ? कुनै विषय क्षेत्रमा उच्च र अर्कोमा न्यून आपूर्ति छ कि? खासगरी सबैभन्दा बढी खाँचो भएको ठाउँमा जनशक्ति आपूर्तिको अवस्था के छ? त्यस्ता ठाउँमा काम गर्ने गरी सक्षम जनशक्तिलाई भर्ना गर्ने र टिकाउने विषयमा के कस्ता समस्याहरू छन्? यी सबै प्रश्नले जनशक्तिको वितरणको समीकरणलाई निर्धारण गर्दछन् ।
- (३) सेवा प्रदायक संस्था कार्य-वातावरण र उत्प्रेरणा तथा कार्यसम्पादनको स्तर के छ? उत्प्रेरणा, उत्पादकत्व, उत्तरदायित्व, सेवाको गुणस्तर जस्ता पक्षमा गरिने विश्लेषणले समस्याको चुरोमा पुग्न मद्दत गर्दछ । यो पक्ष कार्य वातावरणसँग बढी सम्बन्धित छ, हुन त यसको सम्बन्ध तयारीसँग पनि छैन भन्न सकिन्न ।

परम्परागत रूपमा जनशक्तिको योजना गर्दा मूलतः आवश्यकतामा आधारित विधिलाई उपयोग गर्ने गरिएको देखिन्छ । यस विधिमा कुल बिरामी वा स्वास्थ्य सेवा माग गर्ने जनसङ्ख्यामा कुन रोगसँग सम्बन्धित सेवाको मागको हिस्सा कति (Disease

burden) छ भनेर सो भारलाई 'माग'को निर्धारक मानी प्रक्षेपण गर्ने गरेको देखिन्छ ।

यसैलाई सघाउने गरी विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले स्वास्थ्य जनशक्ति र कुल जनसङ्ख्या अनुपात (Health workforce Density) को गणना गर्ने विधिलाई अपनाउँदै आएको छ । सामान्यतया स्वास्थ्यसेवामा सर्वव्यापी पहुँच (Universal Health Coverage) को लक्ष्य हासिल गर्न सफल राष्ट्रहरूको औसत (मध्यिका) लाई आधार मान्दै प्रति एक हजार जनसङ्ख्यामा ४.४५ जना स्वास्थ्य जनशक्ति आवश्यक पर्ने भनेर मागको आकारको मोटामोटी रूपमा निर्धारण गर्ने सजिलो बाटो दिएको छ । सोही आधारमा विभिन्न मुलुकमा स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादनको लक्ष्य निर्धारण गर्ने, त्यसका लागि आवश्यक लागतको अनुमान गर्ने जस्ता योजनाका अरु चरणका कामहरू गर्ने गरेको देखिन्छ ।

तर माग र आपूर्तिको समीकरण त्यति सोझो र स्पष्ट छैन र हुँदैन पनि । अरु थुप्रै तत्त्वहरूको माग र आपूर्तिलाई प्रभावित गर्ने गर्दछ । सुविधा, सरकारी भर्ना नीति, बाह्य आकर्षण/ विकर्षण जस्ता अरु धेरै तत्त्वले यो समीकरणलाई प्रभावित गर्दछन् । तत्कालमा देखिएको मागको अवस्था दीर्घकालसम्म रहिरहन्छ भन्ने पनि छैन । सरकारी नीति वा जनसाङ्ख्यिक परिवर्तन, चेतनास्तरमा र स्वास्थ्य सम्बन्धी वानी व्यवहारमा आएको परिवर्तन, राष्ट्रिय आयको अवस्थामा आएको सुधार आदि विभिन्न अवस्थाले स्वास्थ्य सेवाको मागमा प्रभाव पार्न सक्ने देखिन्छ ।

स्वास्थ्य जनशक्तिको तयारीको क्रममा भर्नालाई नियमन गरिने अवस्थामा भोलिको मागको सम्भाव्य अवस्था र स्वास्थ्य सेवा नीतिलाई आधार बनाएर जनशक्ति प्रक्षेपण गर्ने गरिएको पाइन्छ । यस अभ्यास अनुसार कतै धेरै प्रकारका स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन योजना बनाउने र प्रक्षेपण गर्ने गरिन्छ भने अन्य कतिपय मुलुकले मूलतः डाक्टरको उत्पादनलाई नियमन गर्न भर्नामा निश्चित सङ्ख्या तोक्ने पद्धति (Numerus clauses) लाई अपनाउने गरेको देखिन्छ । नेपालका सन्दर्भमा चिकित्सा शिक्षाका विभिन्न तह र विधामा भर्नालाई नियमन गर्ने कार्य हुँदै आएको छ ।

भविष्यका निमित्त आवश्यक स्वास्थ्य जनशक्तिको सङ्ख्या विभिन्न तत्त्वहरूले प्रभावित गर्ने हुँदा निश्चित अनुमानमा आधारित रहेर सम्भाव्य सङ्ख्या आकलन गर्ने वा कस्तो परिदृश्य भए कति सङ्ख्या भनेर- विभिन्न सम्भाव्य परिदृश्यका आधारमा फरक फरक अनुमानहरू प्रस्तुत गर्ने चलन रहँदै आएको देखिन्छ । यसप्रकार परिस्थितिमा आएको परिवर्तनले कुनै प्रक्षेपणलाई असान्दर्भिक पनि बनाउन सक्छ र त्यसैले यसको नियमित समीक्षा र अद्यावधिक गर्ने विधिलाई स्वीकार गर्ने गरेको देखिन्छ ।

Kirch र साथीहरू, २०१२, (पे. ४३९) ले स्वास्थ्य सेवाको आपूर्तिका सम्बन्धमा मूलतः चारओटा पक्षहरूको विश्लेषण गरेका छन्-

- (क) वर्तमानमा फिजिसिएनको उपलब्धता (कति घण्टा सेवा उपलब्ध छ? जस्तै ५०० जनाले औसतमा दिनको १० घण्टा दिनसक्ने हो भने ५००० घण्टा उपलब्ध छ भन्न सकिन्छ) ।
- (ख) नयाँ उत्पादन अवस्था (वार्षिक कति भर्ना हुन्छन र कति उत्तीर्ण हुन्छन्?);
- (ग) कति वर्षमा बाहिरिन्छन् (कुन उमेरमा, अर्थतन्त्रले आकर्षण गर्ने अवस्था); र
- (घ) सेवाको कुशलता (समूहमा काम गर्ने संस्कृति, सेवा संरचना, र सेवाका निमित्त साधनको प्राप्यता र प्रयोगको स्थिति) ।

माथि उल्लेखित तत्त्वहरूको सम्बन्ध र तिनीहरूको समग्र प्रभावलाई तल देखाइएको छ :

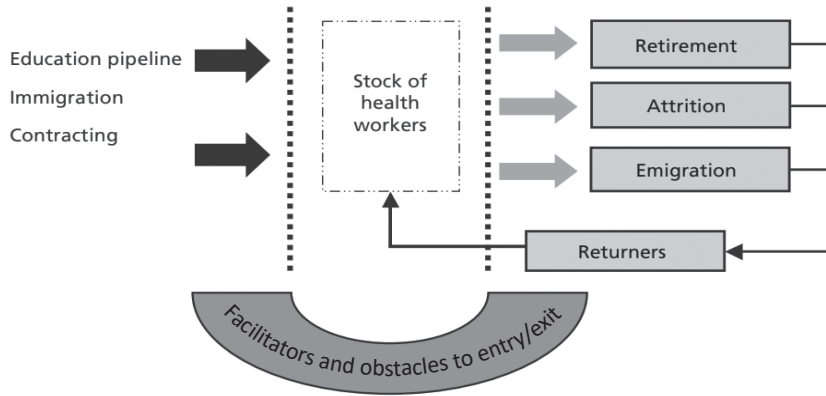
$$(\text{वर्तमान सङ्ख्या} + \text{नयाँ भित्रिने सङ्ख्या} - \text{बाहिरिने सङ्ख्या}) \times \text{कुशलता}$$

यस विश्लेषणबाट सेवाको आपूर्तिमा सुधार गर्नका निमित्त जनशक्तिको उत्पादन र आपूर्तिको साथै उपलब्ध जनशक्तिबाट सेवा प्रवाहमा कुशलता हासिल गर्ने कुराले प्राथमिकता पाउनु पर्ने देखिन्छ ।

३.४ स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्ति अवस्था विश्लेषण गर्ने आधारहरू

ओनो (Ono) र साथीहरू (२०१३) ले स्वास्थ्य जनशक्तिको आपूर्ति र मागको वर्तमान र भविष्यमा हुनसक्ने अवस्थालाई प्रभावित गर्न सक्ने विभिन्न तत्त्वहरूको चर्चा गरेका छन्, जस अनुसार आपूर्तिलाई निर्धारण गर्ने तीनओटा मुख्य पक्षहरू चर्चा गरेका छन्:

चित्र ३: A simple model of the dynamics of the stock of health workers



स्रोत:- Ono र साथीहरू, २०१३, पेज ४

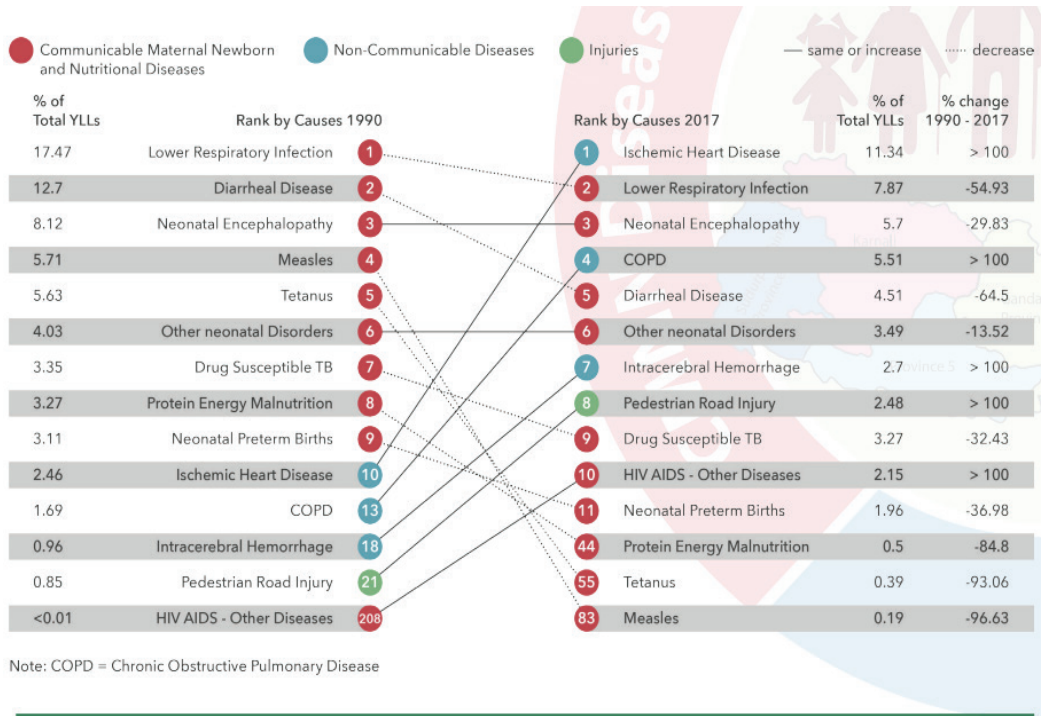
- (क) सेवामा जनशक्ति आउने दर (Inflows): देशभित्र वा बाहिरबाट अध्ययन गरेर आउने नागरिक वा विदेशबाट काम गर्न आउने जनशक्ति ।
- (ख) सेवाबाट जनशक्ति बाहिरिने दर (Outflows): स्वास्थ्य सेवामा काम गर्न छाडेर अन्य सेवामा जाने, अन्यत्र जाने, विदेशिने वा अवकाश भएर सेवाबाट बाहिरिने जनशक्तिको अवस्था ।
- (ग) जनशक्तिको मौज्जात (Stock): सेवामा रहेका जनशक्तिको विवरणले स्टकको अवस्था जनाउँछ । तर कतिजना काममा छन् भनेर गोटा गन्ति गर्दा एकैजनाले धेरैतिर काम गरेको अवस्था वा दर्ता भएर काम छाडिसकेको अवस्था वा अन्य पेसामा गएको अवस्थाले यथार्थभन्दा अन्यथा अर्थ दिन सक्छ । त्यसैले एकजना स्वास्थ्यकर्मीले दिनमा कति घन्टा सेवा दिन सक्छन् भन्ने मानकका आधारमा पूर्ण समय काम गर्ने सङ्ख्या (Full Time Equivalent) मा रूपान्तरण गरेर कार्यरत जनशक्तिको खास अवस्था आकलन गर्न उपयुक्त हुने मानिन्छ । तर हरेक स्वास्थ्यकर्मीले कुन ठाउँमा कति घन्टा काम गर्छन् भन्ने तथ्याङ्क पाउन सहज नहुने हुँदा योजनामा यसको प्रयोग गर्न त्यति व्यावहारिक नहुन सक्छ ।

३.५ स्वास्थ्य जनशक्ति मागको विश्लेषण: मागलाई प्रभावित पार्ने वा निर्धारणमा योगदान गर्ने पक्षहरू

Ono et. Al. (2013) का अनुसार स्वास्थ्य जनशक्तिको मागलाई प्रभावित गर्ने तत्त्वहरू धेरै भए पनि मुख्य निर्धारकहरूलाई पाँच प्रकारमा राखेर हेर्न सकिन्छ:

- (क) जनसाङ्ख्यिक अवस्था (Demography)- जनसङ्ख्याको आकार र संरचनाले स्वास्थ्यसेवाको मागलाई प्रभावित गर्ने देखिन्छ ।
- (ख) बिरामीपन (Morbidity)- कुनै समाजमा रोगको व्यापकताको अवस्थाले स्वास्थ्यसेवाको मागलाई निर्धारित गर्दछ । धुम्रपान जस्ता कुलतको अवस्था, खानपान, आहार विहार, जीवनशैली, वातावरणीय स्वच्छता, खाद्य र पोषणको अवस्था, सो सम्बन्धी सांस्कृतिक मान्यता लगायतका धेरै पक्षहरूको प्रभावले बिरामीपनको अवस्थालाई निर्धारण गर्ने गर्दछन् । यस्तो अवस्थामा सुधार गर्न सक्ने हो भने स्वास्थ्यसेवाको मागलाई निश्चय नै नियन्त्रित गर्न सकिन्छ ।
- (ग) रोगको भार (Disease burden): यस सन्दर्भमा विश्वव्यापी जनस्वास्थ्यको अवस्थामा रोग अनुसारको प्रभावको अवस्था हेर्ने अध्ययनअन्तर्गत स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयले तयार गरेको नेपालको प्रतिवेदन, २०१७ ले देखाएका केही बुँदाहरू उल्लेख गर्न लायक देखिन्छ (MOHP, 2017) ।

चित्र ४: रोगको प्रभाव अवस्था चित्र



स्रोत: Burden of diseases in Nepal, 2017 (<https://mohp.gov.np/attachments/article/449/4.%20NBOD%20Poster%202019.pdf>)

(घ) स्वास्थ्यसेवाको उपयोगको स्थिति: सबै उमेरको जनसङ्ख्याले स्वास्थ्यसेवाको उपयोग समान रूपमा गर्दैनन् । कुनै उमेर समूहमा खास प्रकारको सेवा आवश्यक पर्न सक्छ, जुन अरुमा पर्दैन । यसकारण स्वास्थ्यसेवाको उपयोग दरको गणना गर्दा उमेरगत जनसङ्ख्यालाई त्यस समूहको सेवाको मागको आकलन गर्ने गरेको देखिन्छ । भारतको यसै प्रकारको एउटा अध्ययनले एकजना दन्त चिकित्सकले दिनमा, महिनामा र वर्षमा कति समय सेवा गर्न सक्छन, कुन उमेर समूहले दन्तचिकित्सकको कति समयको सेवा उपयोग गर्छ भन्ने विगतका तथ्याङ्कलाई टेकेर भविष्यमा हुने जनसाङ्ख्यिक संरचना अनुसार कति जना जनशक्ति आवश्यक पर्ला भनेर आकलन गरेको देखिन्छ ।

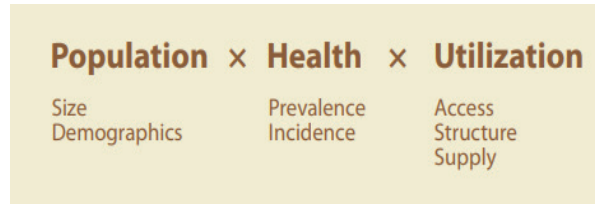
Kirch र साथीहरू, २०१२, (पे. ४३९) ले स्वास्थ्य सेवाको मागका सम्बन्धमा मूलतः तीनओटा पक्षहरूको विश्लेषण गरेका छन्-

(अ) जनसङ्ख्या (आकार र विशेषता);

(आ) स्वास्थ्य अवस्था (रोगको व्यापकता र घटना); र

(इ) स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको अवस्था (पहुँच, सेवा संरचना, र सेवाको आपूर्ति व्यवस्था) ।

यी तत्त्वहरूको सम्बन्ध र तिनीहरूको समग्र प्रभावलाई तल देखाइएको छ :



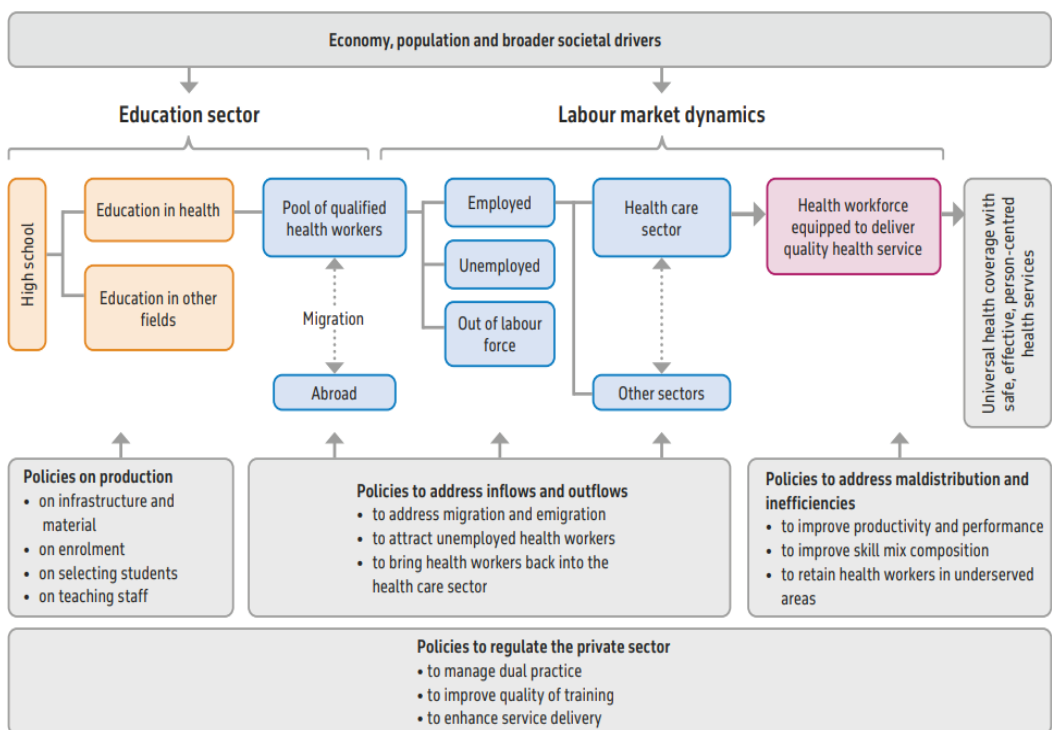
यसमा के देखिन्छ भने- ती तीन तत्त्वहरूमध्ये कुनै एक शून्य हुन गयो भने समग्र फल शून्य हुन पुग्दछ । अर्थात् जनसङ्ख्या र स्वास्थ्य स्थितिको मान जति भए पनि उपयोग शून्य भयो भने अन्ततः स्वास्थ्य सेवाको माग पनि शून्य हुन पुग्दछ ।

(ड) स्वास्थ्यसेवा प्रवाहको मोडल: स्वास्थ्यसेवाको संचरना कसरी गरिएको छ? कस्तो सेवा कुन संस्था मार्फत? त्यसमा कस्ता जनशक्ति रहने? विशेषज्ञ सेवालार्ई कसरी परिचालित गर्ने? कुन कुन काम विशेषज्ञ डाक्टरले नगरेर अरु स्वास्थ्यकर्मीमार्फत् गराउन (विशेषज्ञ डाक्टरको समय अन्यत्र उपयोग गर्न) सम्भव छ ? प्रविधिको प्रयोगले सेवा प्रवाहमा के परिवर्तन ल्याउन सक्छ (जस्तै, टेलिमेडिसिन)? यसप्रकार सेवाप्रवाहको पुनर्संरचना गर्ने विषयसमेत जनशक्तिको माग पक्षसँग घनिष्ठ रूपमा जोडिन आउँछ । यसरी सोच्दा हरेक पेसाकर्मीको मागबारे अलगअलग नसोचेर एकीकृत दृष्टिकोणसहित योजना गर्ने विषयले प्राथमिकता पाउने देखिन्छ ।

(च) आर्थिक वृद्धि तथा सो सँगै स्वास्थ्यमा हुने खर्चमा वृद्धिको अवस्था: आर्थिक वृद्धिले स्वास्थ्यमा गर्न सकिने सम्भाव्य लगानीलाई प्रभावित गर्दछ- चाहे त्यो लगानी राज्यका तर्फबाट हुने होस्, चाहे व्यक्ति वा परिवारका तर्फबाट । यसले माग समेत वृद्धि गर्न सघाउँछ । धेरै पहिले (१९६७ मा) दक्षिण पूर्वी एसियाली मुलुकका निमित्त उच्चस्तरका जनशक्तिको माग प्रक्षेपण गर्दा राष्ट्रिय आयको वृद्धिदरको दुईगुणा आवश्यक भनेर आधार लिइएको देखिन्छ (NESP, 1971) ।

यसका अतिरिक्त हालका दिनहरूमा विभिन्न प्रकारका संक्रमण बढनुमा जलवायु परिवर्तनलाई समेत कारण मान्ने गरेको देखिन्छ । विश्वव्यापी रूपमा पृथ्वीको तापक्रम वृद्धिले जीवाणुको वृद्धिका निमित्त अनुकूल वातावरण पाएर पनि हुनसक्छ वा भेक्टरले सार्ने रोगको कुरा गर्दा तापक्रममा कारण भेक्टरको वृद्धिका लागि अनुकूल भएर हुनसक्छ, अनेक कारणले अनेक प्रकारका संक्रमण हुने दर बढेको र फलस्वरूप स्वास्थ्य सेवाको मागमा अप्रत्याशित रूपमा वृद्धि हुन पुगेको अनुभव गर्न थालिएको छ ।

चित्र ५: स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचका निमित्त स्वास्थ्य क्षेत्रको श्रमबजारको विश्लेषण ढाँचा



(Source: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348069/9789240035546-eng.pdf>)

स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण सम्बन्धी विधिहरू

४.१ परिचय

स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण गर्ने विषय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको योजनासँग सम्बन्धित छ । त्यसकारण भविष्यमा सो सेवाको माग कस्तो होला, वर्तमानमा भइरहेको मागमा सामान्य वा ठूलो कस्तो परिवर्तन होला? सो सेवा आपूर्तिको बन्दोबस्त कस्तो कस्तो होला? प्रविधिका कारणले सेवाको माग र प्रवाहमा के कस्तो फरक पर्न सक्ला? जनशक्तिको उत्पादन कुन रूपमा अगाडि बढ्छ होला? ति जनशक्तिमध्ये कति मात्रामा आन्तरिक श्रमवजारमा खपत होलान् वा बाह्य श्रमवजारले आकर्षित गर्ने अवस्था के कस्तो रहला? यी सबै प्रश्नहरूले वर्तमानमा भएको सेवा प्रवाहको अवस्थालाई ध्यानमा राखेर भावी दिनमा सम्भाव्य दृश्यहरूको आकलन गर्न माग गर्दछन् ।

यी प्रश्नमा एकदमै धेरै फ्याक्टर छन् जसले जनशक्ति प्रक्षेपणको विश्वसनियतालाई प्रभाव पार्न सक्दछन् । कतिपय विषय सेवाको मागसँग सम्बन्धित छन् भने अरु कतिपय पक्षहरू सेवाको आपूर्तिसँग सम्बन्धित छन् । यी सबै तत्वहरूलाई नियन्त्रण गर्न वा निश्चित सीमामा राखेर प्रक्षेपण गर्न पनि सम्भव हुन्न । यसैकारण यसप्रकारका जनशक्ति प्रक्षेपणको कार्यमा एउटा निश्चित विधि पनि छैन र कुनै पनि विधिले भविष्यमा शत-प्रतिशत मिल्ने किसिमको प्रक्षेपणको सुनिश्चित गर्दैन । त्यसैले उपलब्ध तथ्य र प्रमाणलाई आधार मानेर, केही स्थापित विधिहरूको अनुसरण गरेर, सेवा प्रवाहमा रहेका अभ्यासकर्ता, पेसागत स्ट्यान्डर्डसको नियमनमा रहेका काउन्सिल सम्बद्ध अधिकारीहरू तथा यस क्षेत्रका विज्ञहरूको निर्णयलाई समेत आधार मानेर यथार्थको सकेसम्म नजिक हुने गरी प्रक्षेपणको कार्य सम्पादन गर्ने प्रचलन रहेको देखिन्छ ।

४.२ सेवाको मागको निर्धारक पक्षहरू

कुनै स्थान विशेषका निमित्त स्वास्थ्य सेवाको माग मूलतः त्यहाँ रहने जनसङ्ख्याले निर्धारण गर्दछ । त्यसैकारण पनि दिगो विकासको लक्ष्यको प्राप्तिका सन्दर्भमा र आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा सर्वव्यापी पहुँचको विश्वव्यापी लक्ष्य हासिल गर्न विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले जनसङ्ख्यामा आधारित स्वास्थ्य जनशक्ति माग गणना गर्न एउटा मानक (WHO SDG Threshold density) को विकास गरेको छ, जस अनुसार प्रति हजार जनसङ्ख्यामा न्यूनतम ४.४५ स्वास्थ्य जनशक्ति हुनुपर्ने गरी निर्धारण गरेको छ र सो सङ्ख्याभित्र चिकित्सक, नर्स र मिडवाइफलाई अटाएको देखिन्छ । अन्य प्रकारका स्वास्थ्य जनशक्तिलाई समेट्ने हो भने यो सङ्ख्या निश्चय नै माथि जाने देखिन्छ ।

इरानको प्रदेश तहमा गरेका अध्ययनमा प्रति एक लाख जनसङ्ख्यामा कुन प्रकारका स्वास्थ्यकर्मी कति सङ्ख्यामा चाहिन्छन् भनेर एकप्रकारको मानक प्रयोग भएको देखिन्छ ।

तालिका १८: जनसङ्ख्यामा आधारित स्वास्थ्य जनशक्ति माग गणना

क्र.सं.	विषय क्षेत्र	प्रति एकलाख जनसङ्ख्यामा आवश्यक स्वास्थ्यकर्मी
१	सामान्य चिकित्सा	९०
२	दन्त चिकित्सा	३०
३	फार्मसी	३२
४	नर्सिङ	२७०
५	मिडवाइफरी	४५

स्रोत:- (Bazyar र साथिहरू, २०२०)

जनसङ्ख्यालाई आधार लिंदा पनि सरदर र औसतमा मात्र गणना गरिएको छ । स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता सबै जनसङ्ख्या समूहमा एकनास हुँदैन, उमेर अनुसार सेवाको माग फरक पर्न सक्छ । पैँसट्टी वर्ष माथिका जनसङ्ख्याको हिस्साको गणना गरेर उमेरगत रूपमा स्वास्थ्य सेवाको मागमा पर्नसक्ने विषयलाई प्रक्षेपणमा समावेश गरेको पनि देख्न सकिन्छ । त्यसैगरी समाजमा रोगव्याधिको अवस्था वा समुदायको आहार-विहार लगायत सांस्कृतिक पक्ष र स्वास्थ्य चेतनाले फरक पार्न सक्छ । अन्य आनुवांशिक अवस्थाले प्रभाव पारेको हुनसक्छ । जस्तै: नेपालको सन्दर्भमा थारु समुदायमा देखिने गरेको सिकलसेल एनेमियालाई यसप्रकारको रोगको उदाहरणका रूपमा हेर्न सकिन्छ । जनसङ्ख्याजन्य तत्त्वका अतिरिक्त त्यस स्थान वा भूगोल विशेषको तापक्रम लगायत मौसमी प्रणालीले गर्दा जीवाणुको वृद्धिमा प्रभाव पार्ने हुँदा रोगव्याधिको प्रकोपको सम्भावना पनि सो अनुसार प्रभावित हुनसक्छ र सो अनुरूप स्वास्थ्य सेवाको माग समेत प्रभावित हुनसक्छ ।

स्वास्थ्य सेवाको माग घर-परिवारको आयको स्थिति तथा मुलुकका आर्थिक अवस्था र आर्थिक नीति सम्बन्धी कतिपय पक्षहरूले समेत निर्धारण गर्दछन (Liu et. al., 2017) । घरपरिवारको औसत आयले स्वास्थ्यमा खर्च गर्नसक्ने क्षमतालाई प्रभावित गर्दछ र परिणामतः स्वास्थ्य सेवाको माग निर्धारण गर्दछ । मुलुकको वित्तीय अवस्था र स्वास्थ्यमा लगानी गर्न उपलब्ध स्रोत जनाउने सूचक (fiscal space) ले स्वास्थ्य क्षेत्रमा खर्च गर्नसक्ने तागत दर्साउँछ र निर्धारण गर्दछ । यसले कति जनशक्तिलाई रोजगार प्रदान गरेर सेवाको पहुँच विस्तार गर्न सम्भव छ भन्ने पनि देखाउँछ । यसरी घर-परिवार र मुलुकको आर्थिक अवस्थाले स्वास्थ्य सेवाको मागलाई प्रभावित गर्न सक्ने देखिन्छ ।

स्वास्थ्य विमा जस्ता सामाजिक सुरक्षामा सरकारको नीति तथा लगानीले पनि सेवाको माग प्रभावित हुन्छ । यसप्रकार सेवा प्राप्तिसमा सामाजिक सुरक्षा तथा जोखिम बहन गर्ने व्यवस्थाले सेवाको बेला आफैं तिर्नुपर्ने र खर्च धान्नुपर्ने अवस्थामा केही सहज हुने हुँदा सेवाको माग बढ्न सक्छ र यस्ता पक्षले समेत सेवाको माग प्रभावित हुने गर्दछ ।

४.३ सेवाको आपूर्तिको निर्धारक पक्षहरू

सेवाको आपूर्तिमा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको वितरण, सेवा प्रदान गर्ने जनशक्तिको सङ्ख्या, दक्षता र उत्प्रेरणा र उत्तरदायित्वको अवस्था, सेवा-प्रवाहमा सहयोगी वातावरण जस्ता पक्षहरू महत्त्वपूर्ण हुनसक्छन् । सेवाप्राप्तिको लागत अर्को महत्त्वपूर्ण पक्ष हो । यो लागत कसले व्यहोर्ने ? अस्पताल, उपकरण र स्वास्थ्य जनशक्तिमा लगानी गरेर मात्रै पनि गुणस्तरीय सेवामा पहुँच र समतामूलक सेवाप्रवाह सुनिश्चित गर्दैन भनेर नयाँ सार्वजनिक व्यवस्थापन (New Public Management) का पक्षधरहरूले भौचर प्रणाली जस्ता सेवाग्राहीले नै सेवा-प्रदायक छान्न पाउने र सेवा-प्रदायकलाई सेवाग्राहीप्रति उत्तरदायी

बनाउने प्रकारका लगानी प्रणालिको वकालत गरेको देखिन्छ । अर्थात् लगानी कसले गर्ने मात्रै होइन कुन आधारमा लगानी गर्ने भन्ने नीतिले समेत सेवाको आपूर्ति र सेवाको प्रभावकारितालाई निर्धारण गर्न सक्ने देखिन्छ ।

४.४ स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणका विधिहरू

भावि दिनमा स्वास्थ्य जनशक्ति कति आवश्यक पर्ला भन्ने आकलन गर्नाका निमित्त सबैले स्वीकार गर्नसक्ने वा सबैतिर उपयोग गर्न सकिने एउटै मोडल पाउन मुस्किल छ । यो आकलन गर्ने आधार के भन्नेमा नै थुप्रै प्रश्नहरू छन् । जस्तै: वर्तमानमा सेवा उपयोगको दर अथवा मागलाई मूल आधार मान्ने? वा सेवाको आवश्यकतालाई टेकेर गणना गर्ने? माग र आवश्यकता एउटै नहुन सक्छन् वा आवश्यकता भएर पनि माग नआएको पनि हुनसक्छ । सेवालालाई अधिकारका रूपमा हेर्दा माग नआए पनि आवश्यक हो भने अधिकारको प्रत्याभूत गर्ने गरी सेवाको आपूर्तिको योजना गर्नुपर्ने हुनसक्छ ।

कतिपय अवस्थामा आपूर्तिले पनि माग सिर्जना गर्न सक्दछ । सहजै सेवाको पहुँच नभएको कुनै गाउँमा स्वास्थ्य केन्द्र वा अस्पताल खुलेपछि सेवा लिने मान्छे थपिनु अस्वाभाविक होइन । वर्तमानमा सेवा उपयोगको दरलाई मूल आधार मान्ने भनियो भने स्वास्थ्य सेवा नभएका दुर्गम गाउँमा माग नभएको भन्ने लाग्न सक्छ । स्वास्थ्य चौकी नहुँदा जसोतसो धानेर बस्ने नागरिक चौकी आएपछि सेवा खोज्दै आउनु अत्यन्त स्वाभाविक हुनजान्छ । त्यसैले पहिला कति माग थियो भनेर हेरेर मात्र पनि यकिन आवश्यकता निर्धारण गर्न सकिने देखिन्छ ।

आवश्यकतालाई आधार मानेर गणना गर्ने सन्दर्भमा कुल जनसङ्ख्यालाई मूल आधार मानेको देखिन्छ । तर पातलो र छरिएको बस्तीमा बस्तीमा जनसङ्ख्या सानै भए पनि सेवा विन्दुहरू बढाउन पर्ने हुनसक्छ । अर्थात् जनसङ्ख्याको आकारले मात्रै निर्धारण गर्न सक्ने देखिएन । जनस्वास्थ्यको अवस्था र रोगको व्याप्ति, जनचेतनाको अवस्था लगायतका पक्षहरूले समेत प्रभाव पार्न सक्ने देखिन्छ ।

Pamela र साथीहरू (२००८) ले देहाय अनुसार स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणका विभिन्न छ ओटा उपागमहरू को चर्चा गरेका छन् :

(क) आवश्यकतामा आधारित उपागमहरू (Needs Based Approaches): उमेर, लिङ्ग जस्ता पक्षहरूमा आवश्यक समायोजन गरेपछि वर्तमानमा पूरा भएका वा हुन नसकेका आवश्यकतालाई समेत ख्याल गरी भविष्यमा हुने कुल जनसङ्ख्यामा के कस्ता प्रकारका स्वास्थ्य सेवा आवश्यक पर्ला भन्ने स्वास्थ्य सेवाको अवस्था आकलन गरी लागत प्रभावकारी रूपमा सो सेवा प्रवाह गर्न के कति सङ्ख्यामा र के कस्ता दक्षता भएका स्वास्थ्य जनशक्ति आवश्यक पर्ला भन्ने आकलन गरिने विधिहरू यस अन्तर्गत पर्दछन् । यसप्रकार सबै प्रकारका स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकतालाई गणना गरेर सो अनुरूप उपलब्ध स्रोतलाई परिचालन गरिने भन्ने मान्यताको जगमा यी विधिहरू निर्धारण गरिएको देखिन्छ । यी विधिहरूले उपलब्ध जनशक्तिको कुशलतम रूपमा उपयोग गर्दै सेवा प्रवाहको लक्ष हासिल गर्नेमा जोड दिएको देखिन्छ । कुन सिप र दक्षता भएका जनशक्तिले कुन तहमा के कस्तो सेवा प्रवाह गर्ने भनेर सिप-मिश्रणसहित कुशलतामा जोड दिने र सरल रूपमा आवश्यकतामा केन्द्रित गर्ने हुँदा यसका केही सबल पक्षहरू छन् । तर सेवाको वितरणभित्र विस्तार र गुणस्तरलाई समायोजन गर्ने विषयले 'आवश्यकता' को आकलनलाई जटिल बनाउन सक्छ । प्रविधिमा आउनसक्ने परिवर्तनलाई ख्याल नगर्दा व्यावहारिक उपयोग समेत सीमित हुनसक्छ । त्यो भन्दा ठूलो समस्या के हुनसक्छ भने जनसङ्ख्याका आधारमा 'आवश्यकता' आकलन गर्ने तर सुविधाविहीन समूह र क्षेत्रमा सेवाको

प्रवाहबारे उचित विश्लेषण नहुँदा “सबैका लागि स्वास्थ्य” को अन्तिम उपलब्धि प्राप्तिको सुनिश्चितता नगर्ने जोखिम रहन्छ ।

- (ख) सेवा उपयोगमा आधारित उपागमहरू (Utilization Based Approaches): मूलतः वर्तमानमा सेवाको माग पक्ष र उपयोगको अवस्थामा आधारित भविष्यको सेवा मागलाई निर्धारण गर्ने विधिहरू यसअन्तर्गत पर्दछन् । वर्तमानमा रहेका जनशक्ति, तिनको उमेर, सेवा छाड्ने दर, पेसागत दक्षताको अवस्था र पेसागत उन्नयनका प्रयत्नहरू जस्ता पक्षहरूलाई विश्लेषणमा मूल आधार बनाउने गरेको पाइन्छ । वर्तमानमा भएको जनशक्ति उपयोगको अवस्थालाई टेकेर जनसङ्ख्या वृद्धिको विषय सामेल गरेर भावी जनशक्ति आवश्यकता आकलन गर्ने मान्यतामा यी विधिहरू प्रचलनमा रहेका देखिन्छन् । वर्तमानको सेवा उपयोगको अवस्थालाई टेकेर गरिने प्रक्षेपण हुँदा सेवाको मागमा ठूलो फड्को मार्ने कुरा कल्पना गरिन्न र त्यसैले यस्तो प्रक्षेपणले सामान्य वृद्धिलाई सङ्केत गर्ने र लगानीका दृष्टिले धान्न सकिने सीमामा आउने देखिन्छ । तर यथास्थितिलाई बढावा दिने प्रकृतिको मान्यता बोकेर गरिने प्रक्षेपणले वर्तमानमा रहेका असमानतालाई सम्बोधन नगर्ने र वातावरणमा आउन सक्ने परिवर्तनप्रति निरपेक्ष रहने कारण यसको व्यावहारिक उपयोगमा निक्कै नै धेरै प्रश्नहरू रहने गरेका छन् ।
- (ग) स्वास्थ्य जनशक्ति र जनसङ्ख्याको अनुपातमा आधारित उपागमहरू (Health workforce to Population Ratio Based Approaches): मूलतः वर्तमानमा रहेको डाक्टर र जनसङ्ख्याको अनुपातलाई आधार मान्दै भविष्यको डाक्टरको सङ्ख्या प्रक्षेपण गर्ने र डाक्टरको सो सङ्ख्याको आधारमा अन्य स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण गर्ने गरिन्छ । फिजिसिएनको सङ्ख्या अनुमान गरेपछि नर्स र मिडवाइफको सङ्ख्या अनुमान गर्न निश्चित अनुपातलाई मानकका रूपमा उपयोग गर्ने गरिएको पाइन्छ । जस्तै, WHO Global Observatory Data लाई आधार मानेर प्रति फिजिसिएन २.५१७ नर्स तथा मिडवाइफको सङ्ख्या आकलन गर्ने मानक उपयोग गरेको देखिन्छ (Liu et. al., 2017, p. 5) । यस्तै गरी अन्य स्वास्थ्य जनशक्तिको गणना गर्न पनि निश्चित अनुपातलाई आधार मान्ने गरेको देखिन्छ । आगामी दिनमा सो अनुपात कति पुन्याउन आवश्यक छ? सो अनुपातमा पुग्न कति जनशक्ति थप्नुपर्छ र सोका निमित्त कति स्रोत चाहिन्छ? वर्तमानमा उपलब्ध स्रोतका हिसाबले भविष्यमा कति स्रोत उपलब्ध होला? सो स्रोतले कति जनशक्ति व्यवस्था गर्न सकिएला? यिनै प्रश्नमा केन्द्रित भएर प्रक्षेपण गर्ने गरिन्छ । सेवा प्रवाह उपलब्ध गराउने विषयमा जनशक्तिलाई नै मुख्य निर्धारक मान्ने मान्यतामा टेकेर बनेको यो उपागमले निश्चित अनुपातलाई आधार मानेर एक अर्का मुलुक, क्षेत्र वा कालक्रमको तुलना गर्ने र सो आधारमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको मूल सर्त कति पूरा भएको छ भनेर विश्लेषण गर्ने गरेको पाइन्छ । गणना गर्न सजिलो हुने भएर स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपणमा कुल जनसङ्ख्यालाई आधार मान्ने मोडल अरु मोडलभन्दा अलिक बढी उपयोगमा आएको हुनसक्छ । तर यसले बोकेको मान्यताहरू सजिलै सत्य नहुन सक्छन जस्तै यसको आधारभूत मान्यता के हो भने (i) ‘सामान्यतया जनसङ्ख्यामा स्वास्थ्यसेवाको माग समान रूपमा वितरण हुन्छ’, (ii) ‘स्वास्थ्य जनशक्ति सेवा वितरणमा उत्तिकै कुशल र दक्ष हुन्छन्’, (iii) ‘भावी दिनमा पनि सेवाको मागको अवस्था अहिलेको जस्तै रहन्छ’ । यी सर्तहरू पूरा हुन सजिलो छैन र त्यसकारण गणना र प्रयोगमा सरल भएर पनि यो मोडलको उपयोगितामा निक्कै सीमाहरू छन् । तर प्रविधिमा आएको परिवर्तन, सेवा प्रवाहको पर्यावरणका कतिपय पक्षहरूमा आएका अन्य परिवर्तनलाई यसले गणनामा नलिने हुँदा कतिपय अवस्थामा यसको सान्दर्भिकता नै सीमित हुने गरेको देखिन्छ । त्यसैगरी आधार वर्षमा स्वास्थ्य जनशक्तिको वितरणमा रहेको असमानतालाई कम गर्ने योजना र रणनीतिका अभावमा सो असमानताले निरन्तरता पाउन सक्छ ।

- (घ) सेवाको अपेक्षित स्तर र लक्ष्यमा आधारित उपागमहरू (Service Target Based Approaches): मूलतः वर्तमानमा उपलब्ध रहेको सेवालाई आधार मानेर भविष्यमा- पाँच वा दस वर्षको अवधिमा- सेवाको लक्ष्य भेट्टाउन पूर्वाधारमा कति विस्तार गर्ने भनेर लक्ष्य तय गर्ने र सोही लक्ष्य अनुरूप प्रविधिमा आउन सक्ने परिवर्तन र अपेक्षित कुशलता दर समेतलाई ध्यानमा राखेर जनशक्तिको प्रक्षेपण गर्ने गरिन्छ । गम्भीर प्रकृतिका उपचार सेवा चाहिने अवस्था भएका वा निश्चित संस्थाले मात्रै सेवा दिने सानो समूहको सेवाको योजना गर्न यो विधि प्रभावकारी भएको देखिन्छ । यसप्रकारका विधिहरूमा पनि थुप्रै अनुमान गरिने हुँदा सो अनुमान र यथार्थ बिचको फरकले आकलनको विश्वसनियता निर्धारण गर्दछ ।
- (ङ) सेवाको समायोजित अपेक्षित स्तर र लक्ष्यमा आधारित उपागमहरू (Adjusted Service Target Based Approaches): खास खास प्राथमिकतामा परेका स्वास्थ्य सेवाको सन्दर्भमा जनशक्ति प्रक्षेपण गर्न यो उपागम अन्तर्गतका विधिहरू उपयोगी हुनसक्छन् । यस अनुरूप अपेक्षा गरिएका कार्य सम्पादन गर्न आवश्यक ज्ञान, सिप वा दक्षता, तथा सक्षमताहरू निक्यौल गरिन्छ र पूर्ण समय काम गर्ने जनशक्तिको अनुमान गरी सेवा दिन कति जनशक्ति चाहिन्छ भनेर प्रक्षेपण गरिन्छ । अनावश्यक दोहोरोपना हटाउने, कुशलता प्रवर्द्धन गर्ने गरी जनशक्ति योजना सम्भव हुने देखिन्छ । तर यो विधिको उपयोगमा वर्तमानमा जनशक्तिको सङ्ख्या, दक्षता, छाडने दर लगायतका विषयमा विस्तृत सूचना हुन आवश्यक हुन्छ ।
- (च) सेवा प्रवाहको निमित्त उपलब्ध संरचनामा आधारित उपागमहरू (Facilities Based Approaches): खास गरी स्वास्थ्य सेवाको प्रवाहमा संलग्न संस्थागत संरचनाको वितरण र व्यवस्था तथा सावजनिक र निजी क्षेत्रका संरचनालाई आधार मानेर आवश्यक जनशक्ति प्रक्षेपण गर्न यी विधिहरू उपयोग गरिन्छन् । प्रत्येक संरचनामा सेवा प्रवाहका निमित्त न्यूनतम सुविधा र जनशक्ति सम्बन्धी मापदण्डलाई आधार मानेर आवश्यक जनशक्तिको आकलन गरिन्छ । जनसङ्ख्या लगायतको आधारमा स्वास्थ्य सेवाको प्रवन्ध गर्न संस्थागत संरचना निर्धारण गरिसकेपछि सो संरचनामा जनशक्ति प्रवन्ध गर्ने मापदण्डलाई टेकेर वर्तमानको आवश्यकता निर्धारण गर्नुका साथै भविष्यमा त्यस्ता के कति सङ्ख्यामा र कस्तो कस्तो स्वास्थ्य सेवा दिने संस्थाहरू कहाँ कहाँ रहनेछन् र जनसङ्ख्या वृद्धिका कारण जनशक्तिको मागमा के फरक पर्छ भन्ने समेतका आधारमा जनशक्तिको प्रक्षेपण गरिन्छ । युगान्दामा यसप्रकारको विधि उपयोग गरेको भन्ने उल्लेख भएको पाइन्छ (Pamela र साथीहरू, २००८) । आपूर्ति पक्षलाई टेकेर गरिने यसप्रकारको प्रक्षेपणमा सेवाको गुणस्तर वा बिरामीका आवश्यकताका विविधता बारे निरपेक्ष रहने भनेर आलोचना हुने गरेको छ । यी छ ओटा उपागमहरूको मान्यता, सबल पक्ष र कमजोर पक्षहरूलाई तलको तालिकामा विश्लेषण गरिएको छ ।

तालिका १९: स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपणका विधिहरूका विश्लेषण

Approach	Assumptions	Strengths	Limitations
१. Needs Based Approaches	<ul style="list-style-type: none"> Projected health service needs लाई गणना गर्ने, सो आधारमा जनशक्तिको अनुमान गर्ने 	<ul style="list-style-type: none"> कुशलतापूर्वक उपयोग; अरुलाई बताउन र विश्वासमा लिन सजिलो 	<ul style="list-style-type: none"> सेवाप्रवाहको प्रणालीमा आउनसक्ने परिवर्तनलाई गणना नगर्ने; त्यस्तै 'आवश्यकता' अमूर्त अवधारणा
२. Utilization /demand-based approaches	<ul style="list-style-type: none"> उपयोग अवस्था र छाड्ने दर हेरिने हाल उपयुक्त mix मा काम भएको मानेर-जनसाङ्ख्यिक परिवर्तनलाई टेकेर प्रक्षेपण 	<ul style="list-style-type: none"> आर्थिक रूपले धान्न सकिने 	<ul style="list-style-type: none"> यथास्थितिलाई मात्र धान्ने व्यवहारमा आउने सम्भाव्य परिवर्तनलाई सम्बोधन नगर्ने
३. Workforce to Population ratio	<ul style="list-style-type: none"> जनसङ्ख्याले सेवाको माग निर्धारण गर्छ भन्नेमा मान्यतामा आधारित 	<ul style="list-style-type: none"> गणना गर्न र बुझाउन सजिलो 	<ul style="list-style-type: none"> अन्य तत्त्व र परिस्थितिमा आउने परिवर्तनलाई गणना नगर्ने
४. Service Target Approaches	<ul style="list-style-type: none"> वर्तमानमा दिइएको सेवा, प्रविधिको प्रयोग, सेवाको मागलाई ध्यानमा राखिने विज्ञको भनाइलाई समेत आधार मानिने 	<ul style="list-style-type: none"> एउटा कुनै संस्थामार्फत् प्रदान हुने क्रिटिकल स्वास्थ्य सेवाको बारेमा योजना गर्न उपयोगी 	<ul style="list-style-type: none"> योजना तयार गर्दा प्रयोग गरिने मान्यता त्यति भरपर्दो नहुने
५. Adjusted Service Target Approaches	<ul style="list-style-type: none"> सेवाको मागको अवस्थालाई ध्यानमा राखी, सोमा आउन सक्ने परिवर्तनलाई समेत गणनामा सामेल गरिने 	<ul style="list-style-type: none"> विशिष्ट प्रकारका स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्नका निमित्त योजना गर्दा उपयोगी 	<ul style="list-style-type: none"> वृहत योजना गर्दा खासै लाभ लिन नसकिने
६. Facilities Based Approaches	<ul style="list-style-type: none"> स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थालाई आधार मानेर त्यस्ता संस्थाको आकार, सङ्ख्या, वितरण, विशिष्टता, निजी र सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाको अनुपातलाई आधारमा लिएर प्रत्येक संस्थामा आवश्यक जनशक्ति व्यवस्थालाई निश्चित मानकका आधारमा गणना गरिने। स्वास्थ्य शिक्षण संस्था भए फ्याकल्टी र विद्यार्थी अनुपातलाई आधार मानिने। (जस्तै- युगान्डामा यसैमा टेकेर प्रक्षेपण गरिएको) जनशक्ति व्यवस्थामा उचित प्रकारको सुधार गरेर स्वास्थ्य सेवा वितरणमा सुधार गर्न सकिन्छ भन्ने मान्यता 	<ul style="list-style-type: none"> सेवाप्रवाहको आवश्यकतालाई टेकेर प्रक्षेपण गरिने हुनाले विस्तृत र सापेक्षिक रूपमा भरपर्दो हुने 	<ul style="list-style-type: none"> बिरामीको प्रकार अनुसार हुने सेवाको माग वा सेवाको गुणस्तरलाई खासै ध्यान नदिइने, सेवा क्षमताको आकलन गर्न मात्र उपयोगी

(स्रोत: https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/attachment-files/techbrief_12.pdf)

यी चर्चा गरिएका विधिहरू उपयोग गर्न विभिन्न समयक्रमदेखिको सेवाको माग र आपूर्ति, सेवा-प्रवाहको अवस्था र चुनौतीहरू, जनशक्ति उत्पादनको अवस्थामा आएको परिवर्तन लगायतका तथ्याङ्कको प्राप्ति महत्त्वपूर्ण सर्त हो। यसप्रकारका तथ्याङ्क अभाव भएको अवस्थामा छनौटका विकल्पहरू सीमित हुन पुग्दछन्। नेपालको सन्दर्भमा समेत तथ्याङ्कको कारणले जनशक्ति प्रक्षेपणका निमित्त उपलब्ध सबै विधिहरू प्रयोग गर्न सकिने अवस्था रहेन। फलस्वरूप: स्वास्थ्यसेवा प्रवाह गर्ने संस्था/इकाइलाई आधार मानेर गरिने प्रक्षेपण (Facilities based approaches) नै छनौटको विकल्प बन्न पुगेको छ।

यस विधिलाई प्रयोग गर्दा पनि स्वास्थ्यकर्मी जनसङ्ख्या अनुपात वा अन्य उपयुक्त विधिलाई समेत उपयोग गर्न सकिने देखिन्छ। यस विधिको प्रयोग गर्दा अस्पतालको हकमा कुल बेडसङ्ख्याको आधारमा आवश्यक जनशक्तिको अनुमान गर्ने गरिन्छ। नेपालमा न्यूनतम सेवा मापदण्ड (Minimum Service Standards- MSS) को तय गर्ने क्रममा पनि कुल बेडलाई आधार मानेको देखिन्छ। यहाँनिर बेडको सङ्ख्याका आधारमा जनशक्ति तोक्ने तर बेड रिक्त रहने अवस्था हो भने जनशक्तिको उपयोग न्यून हुन गई सेवामा अकुशलता बढ्ने जोखिम रहन्छ। यसको निवारणका निमित्त बेडको उपयोग हुने औसत दर (average occupancy rate) लाई आधार मान्ने विकल्प पनि उपलब्ध छ (Keith Hurst, 2000)। फेरि ज्यादै जटिल अवस्थाका र सघन उपचार चाहिने बिरामीका निमित्त सेवाको माग उच्च हुने हुँदा औसत जनशक्तिले पुग्दैन भनेर भन्ने हो भने पेसाकर्मीहरूको निर्णयले सो विषयलाई समेत औसत निर्धारण गर्दा हिसाबमा लिन सकिने देखिन्छ। तर वर्तमानमा सेवा मागको अवस्था साँच्चैको खाँचोको तुलनामा निकै कम (धेरै जसो बिरामी अस्पतालसम्म नपुग्ने अवस्था) भएको अवस्था हो भने वेड सङ्ख्यालाई वा उपयोग दरलाई आधार मान्दा पनि सचेत हुनुपर्ने देखिन्छ।

४.५ चयन गरेको विधिको उपयुक्तता / सान्दर्भिकता

यो विधि नेपाल सरकारको स्वास्थ्य र शिक्षा क्षेत्रको समग्र नीतिसँग पनि मेल खाने देखिन्छ। खासगरी पन्ध्रौं योजना (२०७६/७७ – २०८०-८१) ले अपेक्षित उपलब्धि अन्तर्गत स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको विस्तार र पहुँच सम्बन्धी एउटा सूचकलाई समावेश गरेको र यस अनुसार “३० मिनेटको दूरीमा स्वास्थ्य संस्थामा पहुँच भएको घर परिवार ८० प्रतिशत पुगेको हुनेछ” भनेर उल्लेख छ। यसले सेवा प्रदायक संस्थाकै आधारमा सेवाको वितरण र सेवामा पहुँच निर्धारण गर्ने तथ्यलाई स्वीकार गरेको मान्न सकिन्छ। त्यसैगरी “स्वास्थ्य संस्थाको सङ्ख्या, प्रकार, स्थान तथा आवश्यक स्वास्थ्य जनशक्तिको निर्धारण गर्न एक गुरुयोजना तयार गरी लागु गरिनेछ” भन्ने व्यहोरा समेत उल्लेख गरेबाट स्वास्थ्य संस्थाको वितरणलाई प्राथमिक आधार बनाई सो आधारमा जनशक्ति आवश्यकताको आकलन गर्ने विषय नेपाल सरकारको नीतिगत व्यवस्थासँग सङ्गतिपूर्ण हुन आउँछ।

पन्ध्रौं योजनाले अख्तियार गरेका केही रणनीति र कार्यनीतिहरू यहाँ उल्लेख गर्नु सान्दर्भिक नै हुने देखिन्छ :

तालिका २०: पन्ध्रौं योजनाले अख्तियार गरेका केही रणनीति र कार्यनीतिहरू

रणनीति	कार्यनीति
जनसङ्ख्याको वितरण, भौगोलिक अवस्थिति एवम् आवश्यकताका आधारमा सरकारका तीनै तहमा, अस्पताल र स्वास्थ्य संस्थाहरू विस्तार गर्ने,	देहाय अनुसार स्वास्थ्यसंस्थाको स्थापना वा स्तरोन्नति गर्ने - <ul style="list-style-type: none"> वडा तहमा कम्तीमा एउटा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्थानीय तहमा आधारभूत आकस्मिक शल्यक्रिया तथा प्राथमिक ट्रमा केयरसहितको कम्तीमा एउटा प्राथमिक अस्पताल,

रणनीति	कार्यनीति
	<ul style="list-style-type: none"> • प्रदेशमा द्वितीय तहको अस्पताल तथा प्रादेशिक अस्पताल, • संघमा अति विशिष्टीकृत अस्पताल तथा संघ मातहत हरेक प्रदेशमा विशिष्टीकृत अस्पताल; तथा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान ।
स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सिप-मिश्रित सामाजिक उत्तरदायित्व वहन गर्न सक्ने दक्ष जनशक्तिको व्यवस्था गर्ने ।	<ul style="list-style-type: none"> • सेवा प्रवाहमा आवश्यक पर्ने दक्ष जनशक्तिको व्यवस्था; • एक स्वास्थ्यकर्मीले एउटा मात्र स्वास्थ्य संस्थामा काम गर्ने गरी “एक स्वास्थ्यकर्मी- एक स्वास्थ्य संस्था” को कार्यनीति लागू गर्ने, • एक विद्यालय- एक स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था गर्ने ।

४.६ स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको वर्तमान अवस्था र सेवाप्रवाह मापदण्डको विश्लेषण

स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको अवस्था

नेपालमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका निमित्त आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्रदेखि विशिष्टीकृत अस्पतालसम्मको सञ्जाल सञ्चालनमा रहेको देखिन्छ ।

- (क) आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र: आधारभूत स्वास्थ्यसेवामा सर्वव्यापी पहुँच पुऱ्याउने सन्दर्भमा वडा तहसम्म सञ्जाल विस्तार भएका यसप्रकारका सेवा केन्द्रको भूमिका महत्त्वपूर्ण हुने देखिन्छ । यस प्रकारको सञ्जालमा (अ) सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइ, (आ) सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, (इ) सहरी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन केन्द्र, (ई) स्वास्थ्य चौकी र (उ) आधारभूत आयुर्वेद सेवा केन्द्र रहेका देखिन्छन् । जनशक्ति आकलन गर्ने प्रयोजनका निमित्त देशभरमा सार्वजनिक रूपमा सञ्चालनमा रहेको यस्ता ६,७४३ ओटा स्वास्थ्य संस्थाको गणना गर्ने गरेको देखिन्छ (स्वा. ज. मं., २०७८, पे. २९) । यस बाहेक नेपालका सन्दर्भमा हरेक गाउँ र टोलमा सेवा स्वास्थ्य चेतना वा अत्यन्त आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने क्रममा ५० हजार भन्दा बढीको सङ्ख्यामा रहेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका को भूमिका महत्त्वपूर्ण रहेको देखिन्छ ।
- (ख) प्राथमिक अस्पताल: हरेक स्थानीय तहमा एउटा रहने (कुल ७५३) यसप्रकारका अस्पतालमा पाँचदेखि १५ सम्म बेड सङ्ख्या रहेको देखिन्छ ।
- (ग) दोस्रो तहको अस्पताल
- (घ) तेस्रो तहको अस्पताल
- (ङ) विशिष्टीकृत अस्पताल
- (च) शिक्षण अस्पताल
- (छ) स्वास्थ्य मन्त्रालयभन्दा बाहिर अन्य मन्त्रालयको समन्वयमा सञ्चालित अस्पतालहरू (निजामती कर्मचारी अस्पताल, नेपाल प्रहरी अस्पताल, नेपाल सशस्त्र प्रहरीबल अस्पताल, श्री वीरेन्द्र सैनिक अस्पताल)
- (ज) सहकारी, निजी एवं गैरसरकारी क्षेत्रबाट सञ्चालित अस्पतालहरू
- (झ) विभिन्न क्लिनिक र पोलिक्लिनिकहरू
- (ञ) विकास समितिअन्तर्गत सञ्चालित अस्पतालहरू (सिंहदरवार वैद्य खाना; राष्ट्रिय आयुर्वेद तथा अनुसन्धान केन्द्र, काठमाडौँ;
- (ट) स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्थापन र नियमनमा रहने संस्थाहरू: स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय र स्वास्थ्य सेवा विभाग; औषधि व्यवस्था विभाग; आयुर्वेद तथा वैकल्पिक चिकित्सा विभाग;

- (ठ) प्रदेश तहका स्वास्थ्य निकायहरू: सामाजिक विकास मन्त्रालय र स्वास्थ्य महाशाखा; स्वास्थ्य निर्देशनालय; आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र; स्वास्थ्य तालिम केन्द्र; जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
- (ड) जिल्लास्थित स्वास्थ्य कार्यालयहरू
- (ढ) नगरपालिका र गाउँपालिकाको स्वास्थ्य महाशाखा/ शाखा, इकाइ

नेपालमा बेड सङ्ख्याका आधारमा न्यूनतम ५ बेडदेखि बढीमा ५०० बेडसम्म भएका अस्पतालहरूले स्वीकृति पाएको देखिन्छ । स्वीकृतिप्राप्त अस्पतालहरूमध्ये केही अझै पनि सञ्चालनको तयारीको चरणमा रहेका छन् । स्वीकृति प्राप्त सार्वजनिक अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरू देहायअनुसार रहेका छन् :

तालिका २१: स्वीकृति प्राप्त सार्वजनिक अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाहरू

स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	सङ्ख्या
आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	६,५५७
आधारभूत अस्पताल (५ बेड)	१९६
आधारभूत अस्पताल (१० बेड)	१४८
आधारभूत अस्पताल (१५ बेड)	४५१
सामान्य अस्पताल (२५ बेड)	१५
सामान्य अस्पताल (५० बेड)	५३
सामान्य अस्पताल (१०० बेड)	२
सामान्य अस्पताल (२०० बेड)	११
सामान्य अस्पताल (२५० बेड)	२
सामान्य अस्पताल (३०० बेड)	१
सामान्य अस्पताल (५०० बेड)	१
विशिष्टीकृत अस्पताल (Specialized Hospital) (५०० बेड)	६
विशेषज्ञ सेवा सहितको अस्पताल (Specialty Hospital)	१४
शिक्षण अस्पताल	६
आधारभूत आयुर्वेद स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	३४८
आधारभूत आयुर्वेद अस्पताल	६१
सामान्य आयुर्वेद अस्पताल (२५ बेड)	१३
निदानात्मक सेवा केन्द्रहरू (Diagnostic Centre)	४
कुल जम्मा	७,८८९

स्रोत:- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको अप्रकाशित HMIS 2079 बाट

४.७ न्यूनतम सेवा मापदण्ड र जनशक्ति

स्वास्थ्य सेवा संस्थामा न्यूनतम सेवा मापदण्ड (Minimum Service Standards)

प्रभावकारी स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह गर्ने प्रयोजनका निमित्त तथ्य र प्रमाणमा आधारित योजना निर्माण गर्न विभिन्न तहका स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने निकायमा के कस्ता मापदण्ड पुग्नुपर्छ भनेर समान धारणा निर्माण गर्ने, सो मापदण्ड पूरा गर्न उत्प्रेरित गर्ने, तथा कुन कुन निकाय / संस्थाले के कति मापदण्ड पूरा गर्न सके भनेर प्रतिवेदन गर्ने आधार तयार गर्ने उद्देश्यका साथ स्वास्थ्य मन्त्रालयले यो मापदण्ड जारी गरेको छ । यसले अस्पतालहरूलाई आफ्नो सेवाको गुणस्तरको बारेमा स्व-मूल्याङ्कनको निमित्त आधार प्रदान गर्ने समेत अपेक्षा गरिएको छ ।

संघीयताको कार्यान्वयनसँगै स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको कतिपय जिम्मेवारी प्रदेश र स्थानीय तहमा निक्षेपण भएको छ । खासगरी १५ शैयासम्मको अस्पतालबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने जिम्मा स्थानीय तहमा गएको छ । यस सन्दर्भमा सेवाको डिजाइन र प्रवाहमा संलग्न सबैलाई सहज हुनेगरी यो मापदण्ड आएको छ ।

यो मापदण्डले मूलतः तीनओटा क्षेत्रलाई समेटेको देखिन्छः (क) सेवाको प्रवन्ध र व्यवस्थापन सम्बन्धी, (ख) उपचारात्मक चिकित्सा सेवा (clinical service) को व्यवस्थापन र (ग) सहयोगी सेवाको व्यवस्थापन ।

अस्पतालको तह अनुसार विभिन्न क्षेत्रलाई दिइएको भार फरक फरक हुनसक्छ । जस्तै, प्राथमिक अस्पतालका निमित्त 'उपचारात्मक चिकित्सा सेवा' शीर्षकमा ६० प्रतिशत भार कायम गरी अरु दुई क्षेत्र प्रत्येकमा २०, २० प्रतिशत भार छुट्याइएको देखिन्छ । यो समग्र स्केलमा मूल्याङ्कन गर्दा प्राप्त स्कोरको आधारमा विभिन्न रङ्गमार्फत् सेवाको स्तर जनाउने गरी रिपोर्ट गर्ने व्यवस्था समेत गरिएको देखिन्छ । उक्त व्यवस्थाअनुसार (क) ५० भन्दा तलको प्राप्ताङ्कमा सेतो, (ख) सत्तरी सम्मको प्राप्ताङ्कमा पहेंलो, (ग) पचासीसम्मको प्राप्ताङ्कमा निलो र (घ) ८५ माथिको प्राप्ताङ्कमा हरियो रङ्ग दिने व्यवस्था गरेको देखिन्छ । यसरी सर्वसाधारणले संस्थाले मूल्याङ्कनमा पाएको रङ्गबाट नै सेवाको स्तर बारे जानकारी पाउने अवस्था देखिन्छ ।

जनशक्ति सम्बन्धी विषयलाई सेवाको प्रवन्ध र व्यवस्थापन अन्तर्गत समावेश गरिएको छ । सेवाको प्रवन्ध र व्यवस्थापन अन्तर्गत रहेका कुल १०५ मापदण्डले १०९ अङ्क पाउनेमा जनशक्ति अन्तर्गत १७ मापदण्ड र १९ अङ्क छुट्याएको देखिन्छ ।

तालिका २२: स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा सार्वजनिक तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको वितरणको अवस्था

	कुल	सरकारी (सङ्ख्या)	सरकारी (प्रतिशत)	सरकारी बाहेकका अन्य (सङ्ख्या)	सरकारी बाहेकका अन्य (प्रतिशत)
स्वास्थ्य सेवा संस्था सङ्ख्या	१०,१३९	७,८८९	७७.८	२,२५०	२२.२

स्रोत:- स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयको अप्रकाशित HMIS 2079 बाट

स्वास्थ्य क्षेत्रको जनशक्ति उपयोग सम्बन्धमा नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी प्रोफाइल २०१३ का अनुसार सरकारी संस्थामा ६१ प्रतिशत र सरकारी बाहेकका संस्थाहरूमा कार्यरत जनशक्ति ३९ प्रतिशत रहेको उल्लेख गरेको छ ।

सन २०३० सम्मका निमित्त स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण आकलन

५.१ स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण विधि र मान्यताहरू

स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपणको लागि प्रयोग गरिएको प्रमुख मान्यता, आधार तथा चरणहरू यस प्रकार रहेका छन्:

- स्वास्थ्य जनशक्तिको कुल उत्पादनमा विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय शैक्षिक तथा तालिम प्रदान गर्ने संस्थाहरूबाट उत्तीर्ण भई सम्बन्धित पेसागत काउन्सिलमा दर्ता भएका जम्मा जनशक्ति पर्दछन्। यस अन्तर्गत सबै किसिम र तहका स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने जनशक्ति समावेश गरेर कुल उत्पादित जनशक्तिको आकलन गरिएको छ।
- उत्पादित जनशक्तिमध्ये विविध कारणहरू – बेरोजगार, मृत्यु, अवकाश, सिप नमिल्ने (skill mismatch) भएबाट काममा नरहेको जनशक्ति घटाई आधार वर्ष २०७७/७८ मा वास्तविक रूपमा काम गरिरहेका स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन गरिएको छ। जनशक्तिको कुल सङ्ख्याको सेवाबाट अलग रहने दर (Attrition rate) समायोजन गरी कार्यरत जनशक्तिको अनुमान गरिएको छ। विभिन्न पेसागत समूह अनुसार सेवाबाट अलग रहने दर फरक फरक रहेको देखिएको छ। यो दरको आकलन गर्ने क्रममा सम्बन्धित विषय विज्ञहरूसँगको परामर्शलाई मूल आधार मानिएको छ।
- नेपालभर सञ्चालित सार्वजनिक र निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको बेड सङ्ख्यासहितको विस्तृत सूची र यस्ता स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाको लागि आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन गरिएको छ। स्वास्थ्य संस्थाको सेवा प्रदान गर्ने क्षमता वा बेड सङ्ख्याका आधारमा विभिन्न विधा र तहका स्वास्थ्य जनशक्तिको हिसाब गरी आधार वर्ष २०७७/७८ मा यस्ता जनशक्तिको मागको पहिचान वा अनुमान गरिएको छ।
- आधार वर्ष २०७७/७८ मा कार्यरत जनशक्ति र आवश्यक पर्ने जनशक्तिको बिचको अन्तरलाई आधार मानी चाहिने जनशक्तिको प्रक्षेपण गरिएको छ।
- आधार वर्ष २०७७-७८ लाई मानक (Benchmark) मानी द्वितीय तथ्याङ्क स्रोतहरूबाट प्राप्त सूचना तथा प्रशासनिक अभिलेखहरू प्रयोग गरी तथ्याङ्कलाई अद्यावधिक तथा परिष्करण गरिएको छ।
- आधार वर्ष २०७७-७८ सम्ममा देशभर सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीको^१ आधारमा स्वास्थ्य संस्थाहरू-सरकारी, निजी तथा गैह्र सरकारी अस्पताल, मेडिकल कलेज, नर्सिङ होम, क्लिनिकहरूको सूची तथा बेड सङ्ख्या आकलन गरिएको छ।
- नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयबाट २०७९ सालमा गरिएको अस्पतालहरूको सङ्गठन तथा व्यवस्थापन सर्वेक्षणलाई (नमुना सङ्गठन संरचना) पनि आधार मानेर स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन र प्रक्षेपण गरिएको छ।
- स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन सम्बन्धी मापदण्ड (पहिलो संशोधन) २०७७ को आधारमा देशभर सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्वास्थ्य जनशक्तिको माग आकलन गरिएको छ।

- स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता आकलनको आधारमा आगामी वर्षहरूको (२०८७-८८ सम्म) लागि जनशक्तिको मागको प्रक्षेपित अनुमान गरिएको छ । यस अन्तर्गत जनसङ्ख्यालाई आधार मानी अनुपात विधिको (Ratio estimates) प्रयोग गरी आगामी १० वर्षका लागि स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकताको प्रक्षेपण गरिएको छ ।
- स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपणको लागि नेपालको पेसागत वर्गीकरण र स्वास्थ्य जनशक्तिको वर्गीकरण^२ लाई प्रयोग गरिएको छ ।
- विशेषज्ञ डाक्टरहरूको संरचना तथा सङ्ख्या अनुमान गर्न रोगहरूको भार (Burden of disease)^३ समेतलाई आधार लिइएको छ ।
- नेपाल सरकारले लिएको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीति २०७७/७८ देखि २०८६/८७, दीर्घकालीन सोचसहितको पन्ध्रौँ योजना (२०७६/७७-२०८०/८१) को स्वास्थ्य क्षेत्रको सोच उद्देश्य तथा जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७ र स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड, २०७७ (पहिलो संसोधन) र दिगो विकास लक्ष्य स्थानीयकरण २०७७ को व्यवस्थालाई समेत ध्यानमा राखी हाल कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा आगामी वर्षहरूको (२०७७/७८-२०८७/८८) प्रक्षेपण गरिएको छ ।
- उल्लिखित सरकारका स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति योजना तथा कार्यक्रमको अध्ययन मूल्याङ्कनको अतिरिक्त स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत विज्ञहरू तथा स्वास्थ्य सेवाका विविध विधाका पेसागत सङ्गठनका पदाधिकारीहरूसँगको ब्यापक छलफल र अन्तरक्रियाबाट आएका विचार तथा उपलब्ध गराइएको आँकडाहरू समेतको प्रयोग गरी आधार वर्ष २०७७/७८ को सङ्ख्यात्मक आकलन र २०७७/७८ -२०८७/८८ को प्रक्षेपण गरिएको छ । यहि आधार वर्षको मानक (benchmark) प्रयोग गरी स्वास्थ्य जनशक्तिको माग जनसङ्ख्या बढे अनुसारनै समानुपातिक रूपमा हुन्छ भन्ने मान्यता राखिएको छ ।
- आधार वर्ष २०७७/७८ मा स्वास्थ्य जनशक्तिको प्राप्यता (आपूर्ति) र सोही वर्षको जनशक्तिको वास्तविक आवश्यकताको बिच फरक पत्ता लगाई जनशक्तिको अन्तर (gap) निर्धारण गरिएको छ । अतः स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा उपलब्ध संरचनालाई आधार मानी गरिएको जनशक्तिको प्रक्षेपण आवश्यकतामा आधारित रहेको छ ।

तालिका २३: नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण

नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण २०७७/७८-२०८७/८८ (२०२१-२०३०)											
नं.	कोड	पेसागत वर्गीकरण	२०७७/७८ सम्मको उत्पादन	२०७७/७८ मा कार्यरत	२०७७/७८ मा आवश्यक र कार्यरत विचको अन्तर (Gap)	२०७७/७८ मा आवश्यक	२०८२/८३ को प्रक्षेपण	२०८७/८८ को प्रक्षेपण	वार्षिक औषत वृद्धि दर (%)	कार्यरत जनशक्तिको संरचना (%)	आवश्यक जनशक्तिको संरचना (%)
१	२२११	मेडिकल अफिसर (एम.वि.वि.एस.)	१७७०८	१२२९६	२९०४	१२२००	१६०२५	१६७८४	२.०८	५.८५	५.५६
२	२२१२	विशेषज्ञ चिकित्सक कन्सल्टन्ट (स्नातकोत्तर)	८७६२	८२९१	५७७१	१४०७०	१४७३७	१४४३२	६.४१	३.९१	५.११
३	२२२१	नर्सिङ पेसाविद्हरू (स्नातकोत्तर)	१४०	१२३	२४२	३७५	३९३	४११	११.९५	०.०६	०.१४
४	२२२२	नर्सिङ सहायक पेसाविद्हरू (स्नातक)	१२२८	१४५२	६९८	२१५०	२२५२	२२५९	४.९७	०.६८	०.७८
५	२२२३	नर्सिङ तथा प्रसूति सम्बन्धी सहायक पेसाविद्हरू (प्रमाणपत्र तह)	११०१५५	७७२१६	२९२५	८०२४२	८४०४३	८६०२४	१.३१	३६.४७	३९.१६
६	२२३१	परम्परागत तथा वैक्रीयक चिकित्सा प्रदान गर्ने पेसाविद्हरू (स्नातक, स्नातकोत्तर)	२३७	२२५	१६७४	१८९९	१९८९	२०८३	२४.९२	०.११	०.६९
७	२२३१	परम्परागत तथा सहायक चिकित्सा प्राविधिकहरू (प्रमाणपत्र तह)	१४६२	१२८९	५४२	१९३१	२०२२	२११८	४.३१	०.६६	०.७०

नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रयोग २०७७/७८-२०८०/८१ (२०२१-२०२०)											
नं.	कोड	पेसागत वर्गीकरण	२०७७/७८ सम्मको उत्पादन	२०७७/७८ मा कार्यरत	२०७७/७८ मा आवश्यक र कार्यरत विचको अन्तर (Gap)	२०७७/७८ मा आवश्यक	२०८२/८३ को प्रक्षेपण	२०८७/८८ को प्रक्षेपण	वार्षिक औषत वृद्धि दर (%)	कार्यरत जनशक्तिको संरचना (%)	आवश्यक जनशक्तिको संरचना (%)
८	२२६१	श्रम्य स्वास्थ्य सम्बद्ध पेसाविद्हरू (स्नातकोत्तर)	१४४४	१३८२	१०६८	२४४०	२४६६	२६८८	६.८८	०.६४	०.८९
९	२२६२	श्रम्य स्वास्थ्य सम्बद्ध सहायक पेसाविद्हरू (स्नातक)	१८११६	१७२११	३८९२	२११०३	२२१०३	२२१४०	३.०१	८.१२	७.६७
१०	३२४१	श्रम्य स्वास्थ्य सम्बद्ध सहायक पेसाविद्हरू (प्रमाणपत्र तह, तालिम)	६१४९४	४८४१४	३६३२६	१४८४१	१९३३४	१०४०३९	४.९२	२७.६०	२४.४६
११	३२४२	श्रेणीबिहीन कार्यालय सदस्योर्गी, सर सफाई कर्मचारी, सवारी चालक आदि	३४४४०	३३६६८	७१७४	४०८४२	४२७७७	४४८०४	२.९०	१४.८८	१४.८४
		जम्मा	२४६४९७	२११९७७	६३२२६	२७४२०३	२८८२४०	३०१८९४	३.६०	१००.००	१००.००
१२	३२४३	सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक (FCHV)	४१४१६	४१४१६	४८४	४२०००	४४४६३	४७०४३	१.०४		

ⁱ Nepal Health Facility Registry (nhfr.mohp.gov.np)

ⁱⁱ नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति संबन्धी राष्ट्रिय रणनीति, नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय - २०७८

ⁱⁱⁱ Nepal Burden of disease 2017, A Country Report based on the Global Burden of Disease. 2017 Study, Ministry of Health and Population, Nepal health Research Council, IHME, UKaid

५.२ स्वास्थ्य जनशक्तिको कुल उत्पादन

मानव स्वास्थ्य सम्बन्धी विविध विधाहरूमा कार्यरत जनशक्तिलाई प्रमुख १२ तह तथा क्षेत्रमा विभाजन गरी वर्गीकरण गरिएको छ । यसमा विभिन्न स्वास्थ्य कर्मीहरू जस्तै: विशेषज्ञ चिकित्सक, मेडिकल अफिसर (एम.बि.बि.एस), नर्सिङ पेसाका पेसाविद्हरू, नर्स तथा अ.न.मि.हरू, परम्परागत तथा बैकल्पिक चिकित्सा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरू, स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने व्यवस्थापक तथा सहायक कर्मचारीहरू पर्दछन् । देशभित्र तथा देश बाहिरका शैक्षिक संस्थाहरूबाट योग्यता हासिल गरी नेपाल मेडिकल काउन्सिल तथा सम्बन्धित पेसागत संस्थाहरूमा दर्ता भएका भएका कुल उत्पादित जनशक्तिको विवरण तालिका ५.१ मा प्रस्तुत गरिएको छ, यस अनुसार वर्ष २०७७-७८ मा जनरल मेडिकल प्राक्टिसनरहरू १७,७०८ र विशेषज्ञ चिकित्सक ८,७६२ जना उत्पादन भएको देखिन्छ । यस सेवामा सबैभन्दा बढी नर्सिङ तथा प्रसूति सम्बन्धी सहायक पेसाविद्हरू १,१०,१५५ (श्रावण २०७९) उत्पादन भएको देखिन्छ । त्यसैगरी अन्य स्वास्थ्य सम्बद्ध सहायक पेसाविद्हरूको (प्रमाणपत्र तह र तालिम) उत्पादन पनि उल्लेखनीय ६१,५९४ रहेको पाइएको छ । यसरी वर्ष २०७७/७८ मा सबै तह र विधाका गरी जम्मा २,५६,५९७ स्वास्थ्य जनशक्ति उपलब्ध रहेको देखिन्छ ।

यसको अतिरिक्त आधारभूत तालिम प्रदान गरी स्थानीय तहमा सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक (FCHV) तयार गरी परिचालन गर्ने गरिएको छ ।

५.२.१ कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्ति

कुल उत्पादित जनशक्तिमध्ये विविध कारणहरू जस्तै: मृत्यु, अवकाश, वेरोजगार, सिपको बेमेल (skill mismatch), विदेश गएको आदि कारणबाट काममा सम्बद्ध हुन नसकेको जनशक्तिलाई घटाई वर्तमान अवस्थामा आधार वर्ष २०७७-७८मा वास्तविक रूपमा काम गरिरहेका स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन गरिएको छ । जनशक्तिको उत्पादनको कुल सङ्ख्याबाट सेवाबाट अलग रहने दर (Attrition rate) समायोजन गरी सबै तह र विधाका स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन गरिएको छ ।

उक्त आकलनअनुसार कुल कार्यरत जनशक्तिको अनुमान २११९७७ रहेको छ । यसको विस्तृत विवरण अनुसूची १ मा देखाइएको छ ।

५.२.२ स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता

हाल देशभर सञ्चालित सरकारी, गैरसरकारी र निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरू निम्न प्रकृतिका रहेका देखिन्छन्:

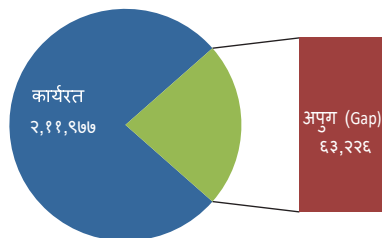
१. केन्द्रीय अस्पताल
२. प्रादेशिक अस्पताल
३. विशिष्ट सेवा प्रदान गर्ने अस्पताल
४. शिक्षण अस्पताल
५. अञ्चल अस्पताल
६. जिल्ला अस्पताल
७. नगर अस्पताल
८. नगर स्वास्थ्य केन्द्र
९. परम्परागत तथा बैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने अस्पताल
१०. स्थानीय तहका अस्पताल ५, १०, १५ शैयाका (प्राथमिक अस्पताल)
११. द्वितीय अस्पताल
१२. नर्सिङ होम
१३. स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाइ
१४. क्लिनिक, स्वास्थ्य संस्था तथा औषधालय

नेपाल सरकारको स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति योजना तथा कार्यक्रमको आधारमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाह संयन्त्रको आवश्यकता पहिचान गरी स्वास्थ्य संस्थाहरूको क्षमता तथा शैल्या सङ्ख्याको आधारमा विविध विधा र तहका स्वास्थ्यकर्मीहरूको आवश्यकता आकलन गरी जनशक्तिको प्रक्षेपण गरिएको छ, जस अनुसार वर्ष २०७७/७८ मा कुल २७५२०३ स्वास्थ्यकर्मीको आवश्यकता पर्ने देखिन्छ ।

५.२.३ स्वास्थ्य जनशक्तिको अन्तर (Gap)

हाल कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्ति र आधार वर्ष २०७७/७८ का लागि आवश्यक पर्ने जनशक्तिबिचको अन्तरलाई विश्लेषण गर्दा देखिएको अवस्था देहायको चार्टमा प्रस्तुत गरिएको छ :

चित्र ६: स्वास्थ्य जनशक्तिको अवस्था (२०७७-७८)

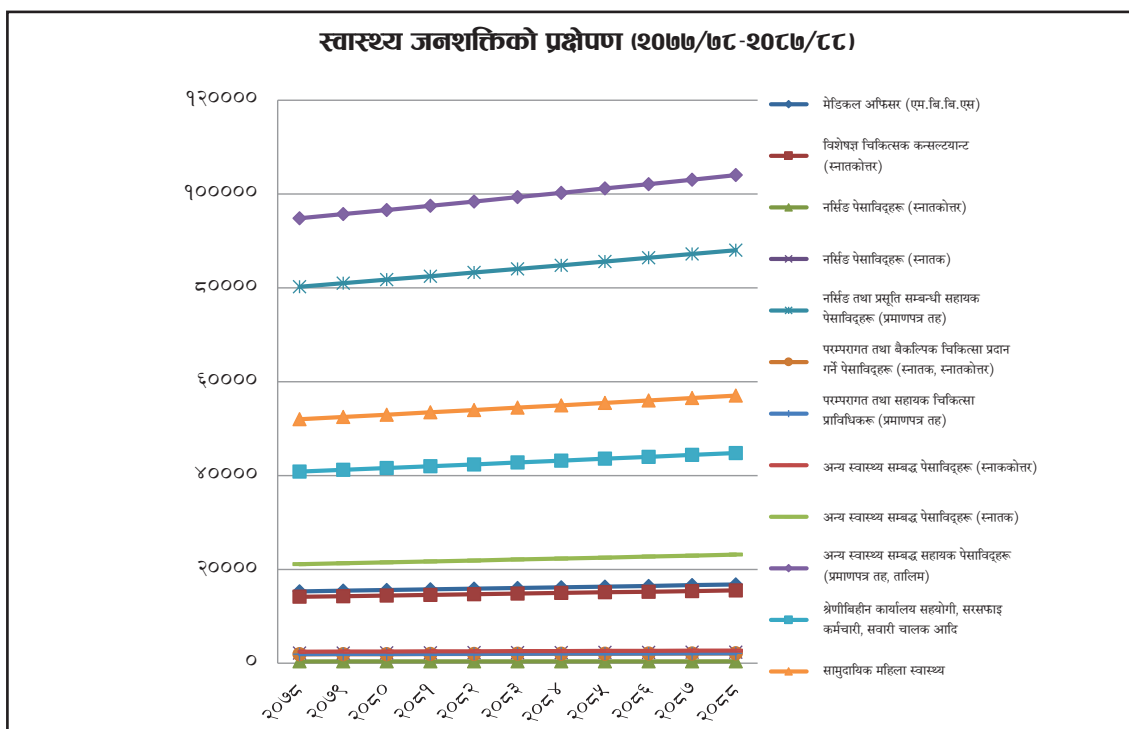


वर्ष २०७७/७८ मा स्वास्थ्य जनशक्तिको कुल आवश्यकता २,७५,२०३ हुने अनुमान गरिएकोमा कार्यरत जनशक्ति २१,९७७ मात्र भएकाले विभिन्न क्षेत्रमा ६३,२२६ जनशक्ति थप हुन आवश्यक देखिन्छ । यसअन्तर्गत स्नातक तहका चिकित्सक (एम. बि.बि.एस.) २,९०४ र स्नातकोत्तर (विशेषज्ञ) तहका विभिन्न बिधाका चिकित्सकहरू ५,७७९ थप हुन आवश्यक देखिन्छ । अतः यी जनशक्तिलाई क्रमशः पूरा गर्दै वास्तविक आवश्यकता र हालको कार्यरत जनशक्ति बिचको फरकलाई सम्बोधन गर्नु पर्ने देखिन्छ ।

५.२.४ जनशक्ति प्रक्षेपण तथा वृद्धि दर

स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकताको आधारमा गरिएको २०८७/८८ सम्मको प्रक्षेपण अनुसार सो अवधिमा स्वास्थ्य जनशक्तिको औसत वार्षिक वृद्धिदर समग्रमा ३.६० प्रतिशत हुन आँउछ तर पेसागत विविधता अनुसार सो वृद्धि दर एकनास रहेको पाइन्छ । जस्तै; परम्परागत तथा बैकल्पिक चिकित्सा प्रदान गर्ने पेसाविद्हरूको औसत वार्षिक वृद्धि दर २४.९२ प्रतिशत रहेको छ भने नर्सिङ तथा प्रसूति सम्बन्धी सहायक पेसाविद्हरू (प्रमाणपत्र तह) को १.३१ प्रतिशत रहेको छ। स्वास्थ्य जनशक्तिको विधागत प्रक्षेपण र यसको प्रवृत्ति ग्राफमा देखाइएको छ ।

चित्र ७: स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण (२०७७/७८-२०८७/८८)

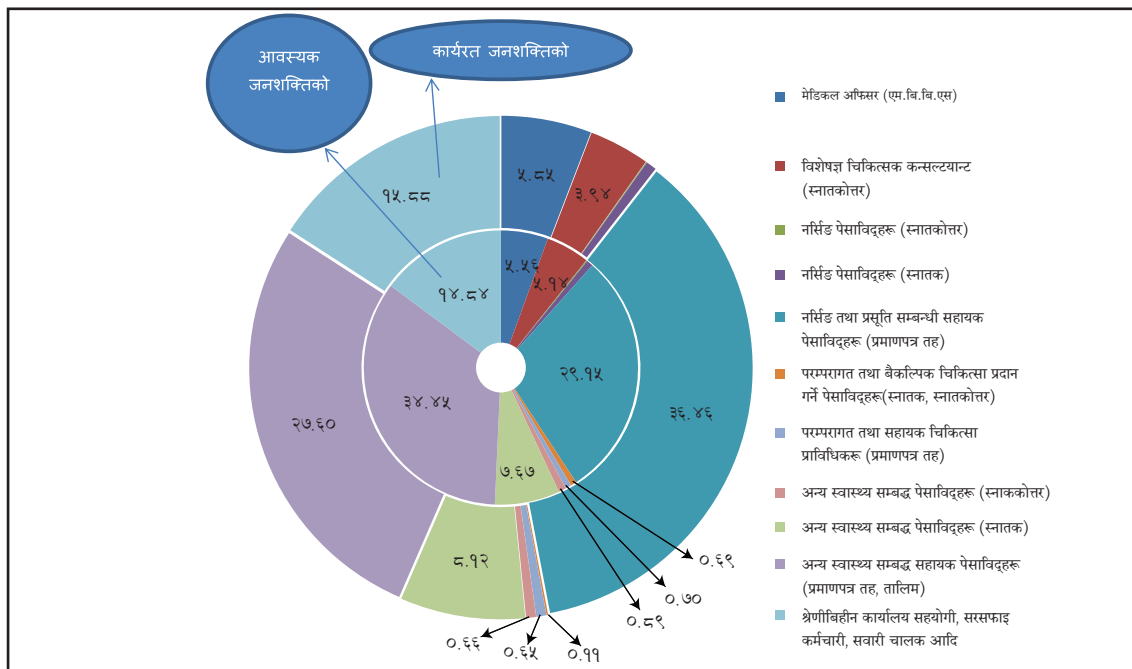


५.२.५ जनशक्तिको संरचना

प्रक्षेपणको आधार वर्ष २०७७/७८ मा कार्यरत स्वास्थ्य जनशक्ति र स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकताको आधारमा गरिएको प्रक्षेपित जनशक्तिको संरचनाको बिच तुलना गरेर हेर्दा केही संरचनागत परिवर्तन आउने देखिन्छ । उच्च तहको स्वास्थ्य

जनशक्ति खास गरी विशेषज्ञ चिकित्सक र जनरल मेडिकल प्राक्टिसनर (स्नातक) को हिस्सा क्रमशः ५.८५ प्रतिशतबाट ५.५६ प्रतिशत र ३.९१ प्रतिशतबाट बढेर ५.११ प्रतिशत पुग्ने अवस्था रहेको छ । त्यस्तै प्रकारले अन्य स्वास्थ्य सम्बद्ध सहायक पेसाविदहरू (प्रमाणपत्र र तालिम) पनि २७.६० प्रतिशतबाट बढेर ३४.४५ प्रतिशत पुग्ने र नर्सिङ तथा प्रसूति सम्बन्धी सहायक पेसाविदहरू (प्रमाण पत्र र तालिम) भने ३६.४७ प्रतिशतबाट परिवर्तन भएर २९.१६ प्रतिशत पुग्ने अवस्था देखिएको छ । यसको अतिरिक्त अन्य तह तथा विधामा काम गर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको संरचनामा खासै परिवर्तन नहुने देखिन्छ ।

चित्र ८: स्वास्थ्य जनशक्तिको संरचना, २०७७-७८ (%)



आधार वर्ष २०७७/७८ मा चिकित्सक प्रति हजार जनसङ्ख्याको अनुपात ०.७१ रहेकोमा २०८७/८८ मा सो अनुपात बढी १.०० पुग्ने प्रक्षेपित अनुमान गरिएको छ । प्रति १०,००० जनसङ्ख्यामा कुल स्वास्थ्य जनशक्ति अनुपात वर्ष २०७७/७८ मा ४१.०४ अनुमान गरिएकोमा वर्ष २०८७/८८ मा सो अनुपात बढी ४७.३५ हुने प्रक्षेपित अनुमान गरिएको छ ।

तालिका २४: प्रक्षेपण अवधिमा स्वास्थ्य जनशक्तिको सूचकमा आउने परिवर्तन

सूचक	आधार वर्ष २०७७-७८	प्रक्षेपण २०८७-८८
प्रति हजार जनसङ्ख्यामा चिकित्सक	०.७१	१.००
प्रति हजार जनसङ्ख्यामा नर्स	२.७०	२.८१
प्रति दस हजार जनसङ्ख्यामा स्वास्थ्य जनशक्ति	४१.०४	४७.३५

त्यस्तै प्रकारले आधार वर्ष २०७७/७८ मा चिकित्सक र नर्सको अनुपात १:२.६९ रहेको छ भने वर्ष २०८७/८८ मा सो अनुपात १:२.८१ हुने अनुमान गरिएको छ ।

निष्कर्ष तथा आगामी कार्यदिशा

६.१ निष्कर्ष

१. स्वास्थ्य क्षेत्रमा अत्यन्त छिटो छिटो ज्ञान र प्रविधिको विकास भइरहेको सन्दर्भमा जनशक्ति उत्पादन, रोजगारी र परिचालन तथा निरन्तर पेसागत विकास नीति र कार्यक्रममा समेत सोही अनुरूप नवीनता माग गर्दछ । त्यसका निमित्त सबैभन्दा पहिला विकास भएका नयाँ ज्ञान र प्रविधि अनुरूप शैक्षिक कार्यक्रमहरूको विकास र विविधीकरण हुन आवश्यक देखिन्छ । अधिकांश विश्वविद्यालय तथा प्रतिष्ठानहरूमा यसै अनुरूप नयाँ ज्ञानको विकास तथा सो अनुरूप शैक्षिक कार्यक्रमहरूको विस्तारमा सहयोगी हुने गरी संरचनागत विकास गर्न सकिएको छैन ।
२. परम्परागत तथा वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका सन्दर्भमा विशेषज्ञ जनशक्तिको अभावले सामान्य सेवा प्रवाहका साथै सेवासम्बन्धी ज्ञानको विकास विस्तारसमेत सीमित भएको अवस्था छ । यसका साथै यस क्षेत्रमा शिक्षाको विकासका निमित्तसमेत दक्ष जनशक्तिको अभाव समस्याका रूपमा रहेको छ । शिक्षणका निमित्त विशेषज्ञ जनशक्तिको अभावले गर्दा सञ्चालनमा रहेका कार्यक्रमको गुणस्तर कायम गर्नमा चुनौती छ भने नयाँ कार्यक्रम सञ्चालनमा ल्याउनमा समेत अवरोध खडा भएको अवस्था छ ।
३. विदेशमा अध्ययनका लागि गएका स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी विषयका विद्यार्थी वा स्वास्थ्य जनशक्तिको सङ्ख्या उल्लेख्य रहेको अनुमान गरिए पनि त्यस्तो सङ्ख्याबारे यकिन तथ्याङ्क उपलब्ध छैन । त्यसैगरी विदेशमा अध्ययन गरेर फर्कने सङ्ख्या र त्यसको दर न्यून रहेको भन्ने गरिए पनि फर्केको जनशक्तिको तथ्याङ्कसमेत व्यवस्थित नरहेको अवस्था छ । यसले गर्दा भविष्यको स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादनको आवश्यकता आकलनमा समेत कठिनाइ महसुस भएको छ ।
४. स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादनमा हुने ठूलो लगानी पछि सो व्यक्तिबाट के कति समय सेवा लिन सकिन्छ भन्ने विषयलाई आर्थिक लगानीको निर्णयमा आधार लिइनु युक्तिसंगत हुने देखिन्छ । यस अध्ययनका क्रममा सेवा छाड्ने दर चिकित्सक समूहको हकमा उच्च हुने देखिएको छ र यसप्रकारको उच्च दरमा सेवा छाड्ने अवस्था मुलुकले धान्न सक्ने समेत देखिन्न । सामान्यतया उच्च शिक्षामा सामाजिकभन्दा व्यक्तिगत तहमा लाभ बढी हुने र चिकित्सा शिक्षातर्फ यो अझ बढी सत्य हुने सन्दर्भमा सार्वजनिक लगानीबाट सार्वजनिक तहले उच्चतम लाभ लिने गरी उत्पादित जनशक्तिको रोजगारी, वृत्तिविकास र परिचालनको योजना हुन सकेको देखिँदैन ।
५. स्वास्थ्य सेवाका निमित्त पेसागत तयारी निकै लामो अवधिको हुने यथार्थलाई विचार गर्दा सो लामो तयारी पछिको आफ्नो वृत्ति विकासका श्रृङ्खलाबारे अपेक्षा राख्नु स्वाभाविकै देखिन्छ । नेपालमा स्वास्थ्य सेवामा र खासगरी सरकारी सेवामा भर्ना हुने र वृत्ति श्रृङ्खला (Career Ladder) मा आफ्नो भविष्य सुनिश्चित देख्ने अवस्था सिर्जना गर्न नसक्दा निकै ठूलो धनराशि खर्च गरेर तयार गरिएका जनशक्ति पलायन हुने अवस्थामा नियन्त्रण गर्न सजिलो देखिएको छैन । यसप्रकार जनशक्ति उत्पादनको नीतिलाई जनशक्ति व्यवस्थापनको समग्र नीतिसँग एकसाथ समीक्षा गर्नुपर्ने आवश्यकता देखिन्छ ।

६. स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका निमित्त विभिन्न प्रकारका जनशक्ति आपूर्ति अवस्था तथा तट्टु जनशक्तिको उत्पादन बिचमा राम्रो तालमेल र कसिलो सम्बन्ध राख्ने गरी संरचनागत प्रवन्ध गर्न नसकिएकाले रोजगार बजारको मागको तुलनामा कुनै शैक्षिक कार्यक्रममा उत्पादन बढी र कुनै कार्यक्रममा न्यून उत्पादन देखिएको अवस्था छ।
७. नेपाल सरकारले “एक स्वास्थ्य कर्मी- एक स्वास्थ्य संस्था” को नीति अङ्गीकार गरेको भए तापनि सो नीतिको कार्यान्वयन बारे यकिन साथ भन्न सकिने अवस्था छैन। एउटै स्वास्थ्यकर्मी (विशेषज्ञ, स्नातक तथा प्राविधिक) एकभन्दा बढी सार्वजनिक वा निजी स्वास्थ्य संस्थामा सेवा दिने विषय सामान्य जस्तै छ। यसरी आंशिक रूपमा केही घण्टा एकातिर, बाँकी समय अर्कोतिर काम गर्ने अभ्यासले गर्दा कुल कति जनशक्ति सेवा प्रवाहमा संलग्न छन भनेर गणना गर्ने काम समेत चुनौतीपूर्ण बनेको छ। अर्कोतिर रोजगार बजारको जनशक्ति माग निक्यौल गर्न कठिन हुने हुँदा उत्पादन र रोजगारीमा तादत्म्यता कायम गर्न समेत कठिनाइ भएको छ।
८. चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरको विषय प्रकारान्तरले रोजगारीको विषयसँग जोडिन पुग्ने देखिन्छ। खासगरी प्रतिस्पर्धात्मक रोजगार बजारमा न्यून गुणस्तरका जनशक्ति उत्पादन हुँदा बजारको विश्वास जित्न नसक्ने र उत्पादित जनशक्ति बेरोजगार देखिँदा नयाँ भर्ना हुन चाहनेहरूको आत्मविश्वास कम भै शिक्षाका निमित्त न्यून माग हुन जाने अवस्था रहन सक्ने देखिन्छ। यसप्रकार गुणस्तरीय जनशक्ति उत्पादन गर्न शिक्षण सिकाइको प्रभावकारिता बढाउने विषयलाई समेत एकसाथ हेर्नुपर्ने देखिन्छ।
९. चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरको कुरा गर्दा शिक्षण जनशक्तिको उत्पादन, तिनको गुणस्तर र उत्प्रेरणा समेत नजिकबाट जोडिने देखिन्छन्। खासगरी, बेसिक मेडिकल साइन्स (Basic Medical Science) लगायतका विषयका शिक्षकहरूको पर्याप्त आपूर्ति नहुँदा शिक्षणको गुणस्तरमा नकारात्मक प्रभाव परेको विषय सतहमा आएको छ। यसै कारण कतिपय अवस्थामा एकैजना शिक्षकले धेरै कलेजमा पढाउने, एक हप्तामै कोर्स पूरा गर्ने गरी कोर्स करार गर्ने वा अनुगमनका बखत नक्कली शिक्षक उपस्थित गराउने जस्ता विकृतिको मूल जड शिक्षक आपूर्तिसँग गाँसिएको छ।
१०. स्वास्थ्य जनशक्तिको व्यवस्थापन स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको व्यवस्थापनसँग पनि सम्बन्धित हुने देखिन्छ। खासगरी त्यस्ता संस्थाहरूमा आवश्यक उपकरण र आधारभूत सुविधा नहुँदा आधुनिक सेवा प्रवाहमा कठिनाइ पर्ने कारणले समेत नयाँ भर्ना भएका जनशक्तिहरूलाई ग्रामीण र दुर्गम भेगमा टिकाउन नसक्दा सेवा प्रवाहमा नकारात्मक असर पर्नुका साथै सहर केन्द्रित बेरोजगारी बढेको पनि देखिन्छ।

६.२ आगामी कार्यदिशा

१. जनशक्ति प्रक्षेपणले औँल्याएअनुसार २०८७/८८ सम्ममा स्वास्थ्य जनशक्तिको आवश्यकता र उत्पादनका बिचमा सन्तुलन कायम गर्ने गरी उत्पादन नीतिमा प्राथमिकीकरण गर्न आवश्यक देखिन्छ। योजनाले उल्लेख गरे अनुरूप क्रमिक रूपमा जनशक्ति उत्पादन गर्ने गरी विभिन्न वर्षहरूमा लक्ष्य निर्धारण गर्ने र कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्ने देखिएको छ। माग र उत्पादनको सन्तुलन गर्ने उद्देश्यका साथ सञ्चालनमा रहेका शैक्षिक कार्यक्रमहरूको पुनरावलोकन गर्ने तथा आवश्यक भएका क्षेत्रमा भर्ना सङ्ख्या बढाउने र आवश्यक परेमा त्यस्ता विषय क्षेत्रमा भर्ना बढाउन आवश्यक प्रोत्साहन नीतिलाई समेत अङ्गीकार गर्नुपर्ने देखिन्छ।
२. स्वास्थ्य विज्ञान र प्रविधिमा भएका विकाससँगै जनशक्ति उत्पादनका क्षेत्र ज्यादै व्यापक हुँदै जाने स्पष्ट छ। तर हरेक विशेषज्ञताका क्षेत्रमा एकैपटक नेपालमा उत्पादन गर्ने कुरा महत्वाकांक्षी देखिन सक्छ। उपलब्ध जनशक्ति

र प्रविधिले धान्ने तथा खर्चका दृष्टिले समेत कुशलता प्राप्त हुने विकल्पलाई विचार गर्दै उत्पादनका विषयक्षेत्रमा विस्तारको नीति अख्तियार गरिनुपर्ने देखिन्छ। यस उद्देश्यलाई विचार गर्दा ज्यादै सानो सङ्ख्यामा जनशक्ति माग हुने विषय क्षेत्रमा र विज्ञताको तहमा तत्काल नेपालभित्रै उत्पादन गर्न सम्भव नहुने स्थितिमा छात्रवृत्ति वा अन्य विधिबाट वैदेशिक अध्ययनको अवसर दिएर जनशक्ति आवश्यकता पूरा गर्न सकिने देखिन्छ।

३. स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह त्यसका निमित्त संलग्न जनशक्तिको व्यवस्थापनको अवस्था सम्बन्धी यथार्थ तथ्याङ्क पाउन निक्कै कठिनाइ परेको अवस्था छ। पेसागत काउन्सिलमार्फत् दर्ताको विवरण पाउन सकिन्छ तर दर्ता भएकामध्ये कति सेवा प्रवाहमा संलग्न छन्, कति सार्वजनिक र कति निजीमा कार्यरत छन्, निजीमा पूर्णकालिक समय काम गर्ने कति र आंशिक समय काम गर्ने कति सङ्ख्यामा छन् वा दोहोरो काम गर्नेहरूको तथ्याङ्क के छ? पूर्णकाल काम गरेको बराबर (Full time equivalent) मानेर हिसाब गर्दा निजी स्वास्थ्य संस्थामा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या कति होला? यी विषयमा यथार्थ अवस्था दर्साउने तथ्याङ्कको अभावले सेवाको व्यवस्थापन, जनशक्ति योजना तथा व्यवस्थापनका रणनीतिक पक्षहरूको निर्णय निर्माण प्रक्रियामा नकारात्मक असर परेको स्थिति छ। तसर्थ स्वास्थ्य सेवा तथा संलग्न स्वास्थ्य जनशक्ति बारे तथ्याङ्कको व्यवस्थापनमा थप प्रयत्न गर्नुपर्ने देखिन्छ।
४. स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा भावी दिनमा आवश्यक पर्ने जनशक्तिलाई सङ्ख्या मात्र होइन सक्षमताका दृष्टिले समेत लेखाजोखा गर्नुपर्ने अवस्था छ। सो अनुसार उपलब्ध जनशक्ति र सेवा प्रवाहका निमित्त आवश्यक सक्षमताका दृष्टिले मूल्याङ्कन गरी के कति सङ्ख्यामा लामो पेसागत तयारीमार्फत् र के कति सङ्ख्यामा छोटो अवधिका निरन्तर पेसागत विकास कार्यक्रमले सम्बोधन गर्नुपर्ने भन्ने बारेमा योजना तयार गर्नुपर्ने देखिन्छ। यसका निमित्त सेवा प्रवाह गर्ने संस्थाको तह तथा पेसागत विकासको जिम्मेवारी लिएको लिएको निकायमार्फत् अलग्गै योजना र व्यवस्थापन हुनुपर्ने देखिन्छ। यसै अनुरूप चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्ने शिक्षण संस्थाहरूहरूको संस्थागत तथा संलग्न जनशक्तिको क्षमता विकासको योजना बन्नु आवश्यक देखिन्छ।
५. स्वास्थ्य सेवामा जनशक्ति उत्पादन निकै खर्चिलो विषय हो भन्ने तथ्यहरूले स्थापित गरेका छन्। केही वर्षदेखि चिकित्सा शिक्षामा सार्वजनिक लगानी अत्यन्त उच्च गतिमा बढेको विषयलाई दृष्टिगत गर्दै आगामी दिनमा चिकित्सा शिक्षामा दिगो लगानी तथा लागत साझेदारीको विकल्पबारे विस्तृत अध्ययन हुन आवश्यक देखिन्छ।
६. यसैगरी छात्रवृत्तिमा अध्ययन पूरा गरेर आउने स्वास्थ्यकर्मीलाई निश्चित वर्ष करारमा काममा लगाउने अभ्यासले नियमित स्थायी भर्ना तथा सो सेवाभित्र प्रवेश गरेपछि वृत्ति विकासका सम्भावनाबारे समेत असर पारेको भन्ने भनाइलाई आधार मान्दा यसप्रकारको छात्रवृत्ति पूरा गरेर आउने जनशक्तिलाई उपयोग गर्ने वर्तमान अभ्यासको समग्र मूल्याङ्कनका साथै ती जनशक्तिलाई नियमित सेवामा समाहित गर्नेबारे अध्ययन हुनसमेत आवश्यक देखिन्छ।
७. स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन, लाइसेन्सिङ तथा सेवामा भर्ना जस्ता विषयहरू एक आपसमा घनिष्ठ रूपमा सम्बन्धित हुने हुँदा यी विषयसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने विषयगत मन्त्रालय र निकायहरूबिच निरन्तर सञ्चार र सहकार्य हुनु आवश्यक देखिन्छ। स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालयबाट सेवा प्रवाह बारेको विस्तृत सूचना तथा जनशक्ति आवश्यकता बारे अद्यावधिक जानकारी प्राप्त हुने संयन्त्र स्थापना गर्न सक्दा 'उत्पादन' र 'माग' पक्षबिचको सहकार्यलाई लक्ष्यपरक बनाउन सहयोग पुग्ने देखिन्छ। यस्तो सहकार्यले चिकित्सा शिक्षा, नर्सिङ

लगायतका विधामा कुन कुन विषय क्षेत्रमा विशिष्टीकरण आवश्यक छ? छात्रवृत्तिमा अध्ययन पूरा गर्नेबाट कसरी अधिकतम सेवा प्राप्त गर्न सकिन्छ? विशिष्टीकरण गरेकालाई कसरी परिचालन गर्न सकिन्छ? ज्ञानको निर्माणमा जनशक्तिलाई कसरी सङ्गठित गर्न सकिन्छ? जस्ता प्रश्नमा यथार्थपरक समाधानका लागि पहल गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

८. जनशक्ति प्रक्षेपणको विषय एकपटक सम्पन्न गरेपछि सो अकार्य रूपमा लागु हुने भन्दा पनि परिस्थितिमा आएको परिवर्तन अनुरूप यसलाई सामयिक रूपमा अद्यावधिक गर्दै र सँगसँगै कार्यान्वयन गर्दै जाने गतिशील दस्तावेजका रूपमा स्वीकार गर्नु उचित हुने देखिन्छ ।

अनुसूचीहरू

अनुसूची १

नेपालको स्वास्थ्य जनशक्तिको आकलन तथा प्रक्षेपण २०७७/७८-२०८७/८८ (२०२१-२०३०)

कोड	जम्मा स्वास्थ्य जनशक्ति	अनुमानित आवश्यकता												अन्तर (diff)		
		अनुमानित आवश्यकता						अनुमानित आवश्यकता								
		२०२०/२१	२०२०/२१	२०२१/२२	२०२२/२०२३	२०२३/२०२४	२०२४/२०२५	२०२५/२०२६	२०२६/२०२७	२०२७/२०२८	२०२८/२०२९	२०२९/२०३०	२०३०/२०३१		२०२०/२१	
२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८	२०७७/७८
कुल उत्पादन	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता	वर्षभरि	अनुमानित आवश्यकता
२४६४९७	२११९७७	२७७७२३	२८०३४६	२८२९४३३	२८५५४०४	२८८१३७१	२९०७३३८	२९३३३०५	२९५९२७२	२९८५२३९	३०११२०६	३०३७१७३	३०६३१४०	३०८९१४७	३११५१५४	३१४११६१
१७७०८	१२३९६	१४३००	१४५८६	१४८७३	१५१६०	१५४४७	१५७३४	१६०२१	१६३०८	१६५९५	१६८८२	१७१६९	१७४५६	१७७४३	१८०३०	१८३१७
१७७०८	१२३९६	१४३००	१४५८६	१४८७३	१५१६०	१५४४७	१५७३४	१६०२१	१६३०८	१६५९५	१६८८२	१७१६९	१७४५६	१७७४३	१८०३०	१८३१७
८७६२	८२९९	१४०७०	१४३३३	१४६०१	१४८६६	१५१३१	१५३९६	१५६६१	१५९२६	१६१९१	१६४५६	१६७२१	१६९८६	१७२५१	१७५१६	१७७८१
३६७	३४९	१११४	११३४	११५४	११७४	११९४	१२१४	१२३४	१२५४	१२७४	१२९४	१३१४	१३३४	१३५४	१३७४	१३९४
६६८	६२४	१४६०	१४९४	१५२८	१५६२	१५९६	१६३०	१६६४	१६९८	१७३२	१७६६	१८००	१८३४	१८६८	१९०२	१९३६
१	१	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३८
३१	२९	१२९	१३१	१३३	१३५	१३७	१३९	१४१	१४३	१४५	१४७	१४९	१५१	१५३	१५५	१५७
७००	६३४	९९७	१०१६	१०३५	१०५४	१०७३	१०९२	११११	११३०	११४९	११६८	११८७	१२०६	१२२५	१२४४	१२६३
४	४	३४	३६	३८	४०	४२	४४	४६	४८	५०	५२	५४	५६	५८	६०	६२
१९९	१८९	२६३	२६९	२७५	२८१	२८७	२९३	२९९	३०५	३११	३१७	३२३	३२९	३३५	३४१	३४७
२९०	२७६	३७४	३८०	३८६	३९२	३९८	४०४	४१०	४१६	४२२	४२८	४३४	४४०	४४६	४५२	४५८
१२४	११९	१४३	१४४	१४५	१४६	१४७	१४८	१४९	१५०	१५१	१५२	१५३	१५४	१५५	१५६	१५७
२४	२४	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
२६	२४	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
४४	४२	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
२	२	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०	१०
२४	२४	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
२	२	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
७	७	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९
२२	२१	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९	४९
६४०	६०८	१४६७	१४९४	१५२१	१५४८	१५७५	१६०२	१६२९	१६५६	१६८३	१७१०	१७३७	१७६४	१७९१	१८१८	१८४५
२०	१९	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
६७६	६३२	१२३२	१२५९	१२८६	१३१३	१३४०	१३६७	१३९४	१४२१	१४४८	१४७५	१५०२	१५२९	१५५६	१५८३	१६१०
२३	२२	१०६	१०७	१०८	१०९	११०	१११	११२	११३	११४	११५	११६	११७	११८	११९	१२०
१४	१४	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२
४७	४४	९०	९३	९६	९९	१०२	१०५	१०८	१११	११४	११७	१२०	१२३	१२६	१२९	१३२

2222	नर्सिंह अधिकृत	१४९७	१४२२	१८२८	१९१५	१९३३	१९५१	१९६९	१९८७	२००५	२०२३	२०४१	२०५९	२०७७	२०९५	२११३	२१३१	२१४९	
नर्सिंह तथा प्रसूतिसेवा समन्वयी अधिकृतहरू	११०१२५	३६७७४	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	०	
3221	सहायक नर्स (अ.न.मि.)	३६७७४	२७७४२	२०२२७	२०४०५	२०५९६	२०७८९	२०९८३	२११७६	२१३७०	२१५६३	२१७५६	२१९५०	२२१४३	२२३३६	२२५२९	२२७२२	२२९१५	
3221	प्रसूतिसेवा समन्वयी प्राविधिकहरू (मिडवाइफ)	०	०	८०००	८००४	८०१९	८०३४	८०४९	८०६४	८०७९	८०९४	८१०९	८१२४	८१३९	८१५४	८१६९	८१८४	८१९९	८२१४
3221	सहायक नर्स मिडवाइफ (१८ महिना तालिम) अ.न.मि.	०	०	२७०५	२७३०	२७५६	२७८१	२८०७	२८३३	२८५९	२८८५	२९११	२९३७	२९६३	२९८९	३०१५	३०४१	३०६७	३०९३
3221	स्टाफ नर्स	७२४४०	४०७८४	३९२४९	३९९१४	४०५७९	४१२४४	४१९०९	४२५७४	४३२३९	४३९०४	४४५६९	४५२३४	४५८९९	४६५६४	४७२२९	४७८९४	४८५५९	४९२२४
3221	पब्लिक हेल्थ नर्स	८३१	७८९९	३०००	३०२८	३०५६	३०८४	३११३	३१४१	३१६९	३१९७	३२२५	३२५३	३२८१	३३०९	३३३७	३३६५	३३९३	३४२१
3221	विद्यालय नर्स तथा अन्य गैर स्वास्थ्य सस्थाहरू	०	०	७०००	७०६५	७१३०	७१९५	७२६०	७३२५	७३९०	७४५५	७५२०	७५८५	७६५०	७७१५	७७८०	७८४५	७९१०	७९७५
परम्परागत तथा बैकल्पिक चिकित्सा प्रदान गर्ने पेशाविद्हरू (स्नातक, स्नातकोत्तर)		२३७	२३९	१८९९	१९१७	१९३५	१९५३	१९७१	१९८९	२००७	२०२५	२०४३	२०६१	२०७९	२०९७	२११५	२१३३	२१५१	२१६९
2230	आयुर्वेद चिकित्सा विज्ञ	२५	२४	३५	३५	३६	३६	३६	३७	३७	३७	३७	३८	३८	३८	३८	३८	३८	३९
2230	भेषज विज्ञ	२	२	१६	१६	१६	१६	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१७	१८
2230	काय चिकित्सक	२	२	२२	२२	२२	२२	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२४
2230	स्त्री तथा प्रसूति रोग (आयुर्वेद)	२	२	२४	२४	२४	२४	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२६
2230	क्रीमपूरुष चिकित्सक	२	२	२२	२२	२२	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२४	२४	२४	२४	२४	२४	२४
2230	शालक्य चिकित्सक	३	३	१०	१०	१०	१०	१०	१०	११	११	११	११	११	११	११	११	११	११
2230	शाल्य	२	२	२०	२०	२०	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१	२१
2230	पञ्चकर्म विज्ञ	२	२	२५	२५	२५	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६	२६
2230	आयुर्वेद स्वास्थ्य प्रशासक	०	०	२४	२४	२४	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५	२५
2230	स्वस्थकृत विज्ञ	२	२	१५	१५	१५	१५	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६	१६
2230	अगत विज्ञ	२	२	१२	१२	१२	१२	१२	१३	१३	१३	१३	१३	१३	१३	१३	१३	१३	१३
2230	रोग निदान तथा विकृति विज्ञान	२	२	१०	१०	१०	१०	१०	१०	११	११	११	११	११	११	११	११	११	११
2230	अक्षुभकर विज्ञ	०	०	१४	१४	१४	१४	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५	१५
2230	परम्परागत चिकित्सा प्रदान गर्ने पेशाविद्हरू (स्नातक)	१०	१०	३४०	३४३	३४७	३५०	३५३	३५७	३६०	३६३	३६७	३७०	३७३	३७६	३७९	३८२	३८५	३८८
2230	आयुर्वेद चिकित्सक	१७०	१६२	१२४०	१२६२	१२८४	१३०६	१३२८	१३५०	१३७२	१३९४	१४१६	१४३८	१४६०	१४८२	१५०४	१५२६	१५४८	१५७०
2230	होमियोप्याथिक चिकित्सक	७	७	२१	२१	२१	२१	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२	२२
2230	युनानी चिकित्सक	२	२	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७	७
2230	प्राकृतिक चिकित्सक	२	२	२०	२०	२०	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३	२३
परम्परागत तथा सहायक चिकित्सा प्राविधिकहरू (प्रमाणपत्र तह)		१४६२	१३८९	१९३१	१९४९	१९६७	१९८५	२००४	२०२२	२०४१	२०६०	२०७९	२०९८	२११७	२१३६	२१५५	२१७४	२१९३	२२१२
2231	वैद्य, सहायक आयुर्वेद स्वास्थ्य कार्यकर्ता	७७०	७३२	७३१	७३८	७४५	७५२	७५९	७६६	७७३	७८०	७८७	७९४	८०१	८०८	८१५	८२२	८२९	८३६
2231	कविराज, आयुर्वेद हेल्थ असिस्टेंट	६९२	६५७	१२००	१२११	१२२२	१२३४	१२४५	१२५६	१२६७	१२७८	१२८९	१२९९	१३१०	१३२१	१३३२	१३४३	१३५४	१३६५
अन्य स्वास्थ्य सम्बन्ध पेशाविद्हरू (स्नातकोत्तर)		१४४५	१३८२	२४४०	२४७३	२५०६	२५३९	२५७२	२६०५	२६३८	२६७१	२७०४	२७३७	२७७०	२८०३	२८३६	२८६९	२९०२	२९३५
2261	अस्पताल प्रशासक	११४०	१०९३	१४४०	१४५५	१४७०	१४८५	१५००	१५१५	१५३०	१५४५	१५६०	१५७५	१५९०	१६०५	१६२०	१६३५	१६५०	१६६५
2261	जनस्वास्थ्य प्रशासक	१६२	१४४	२०४	२०६	२०८	२१०	२१२	२१४	२१६	२१८	२२०	२२२	२२४	२२६	२२८	२३०	२३२	२३४

3251	इ. सि. जि. ट्रेनिंगसिधन	५०	४८	१७३६	१७३३	१८०९	१८२६	१८४३	१८६०	१८७८	१८९५	१९१३	१९३१	१९४९	१९६९
3251	आकस्मिक चिकित्सा ट्रेनिंगसिधन	०	०	२८४२	२८६८	२८९५	२९२२	२९४९	२९७७	३००४	३०३२	३०६०	३०८९	३११८	३१४२
3251	सहायक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (अ.हे.ब.)	५०५०	४७४८	९०२०	९१०४	९१८८	९२७४	९३६०	९४४७	९५३५	९६२४	९७१३	९८०४	९८९५	९९८२
3251	ल्याब असिस्टेंट	४०५०	३८४८	८१४८	८२७४	८३५१	८४३९	८५०७	८५८६	८६६६	८७४७	८८२८	८९१०	८९९३	९०७९
3251	डाकूम असिस्टेंट	५५०	५२३	७५८	७६५	७७२	७७९	७८६	७९४	८०१	८०९	८१६	८२४	८३१	८३५
3251	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक कार्यकर्ता	७६१७	७२३६	८१४०	९०२३	९१०७	९१९२	९२७७	९३६४	९४५१	९५३९	९६२७	९७१७	९८०७	९९१
3251	मॉडकल रेकॉर्ड तथा स्वास्थ्य सूचना प्राविधिकहरू	११०	१०५	१०६६	१०७६	१०८६	१०९६	११०६	१११६	११२७	११३७	११४८	११५८	११६९	११७४
	श्रेणिबर्हीन कार्यालय सहयोगी, सरसफाइ कर्मचारी, सवारी चालक आदि	३५४४०	३३६६८	४०८९९	४१९२२	४२९०६	४३९१३	४४९२३	४६०७७	४७१७५	४८२५७	४९३४९	४९३९१	४९४०४	४९४४
	सामुदायिक महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवक (FCHV)	५१४१६	५१४१६	५२०००	५२४८४	५२९७२	५३४६४	५३९६३	५४४६३	५४९७०	५५४८१	५५९९७	५६५१८	५७०३३	५८४

अनुसूची २
सल्लाहकार समिति

प्रा. डा. श्रीकृष्ण गिरी , उपाध्यक्ष, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- संयोजक
डा. पुष्परमण वाग्ले, सदस्य, राष्ट्रिय योजना आयोग	- सदस्य
श्री यादव प्रसाद कोइराला, सचिव, शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय	- सदस्य
डा. रोशन पोखरेल, सचिव, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय	- सदस्य
प्रा. डा. शेखरबाबु रिजाल, सदस्य, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य
प्रा. डा. भगवान कोइराला, सदस्य, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य
प्रा. डा. आरती खनाल शाह, निर्देशक, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य
प्रा. डा. दिलिप शर्मा, निर्देशक, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य
प्रा. डा. संघरत्न बज्राचार्य, निर्देशक, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य
प्रा. डा. शरदराज वन्त, विज्ञ	- सदस्य
डा. भोजराज शर्मा काफ्ले, सदस्य-सचिव, चिकित्सा शिक्षा आयोग	- सदस्य-सचिव

अनुसूची ३
प्राविधिक समिति

प्रा. डा. रमेश प्रसाद आचार्य, चिकित्सा शिक्षा आयोग	– संयोजक
डा. तुलसी प्रसाद थपलिया, विज्ञ	– सदस्य
डा. रूद्र सुवाल, विज्ञ	– सदस्य
डा. होमनाथ चालिसे, विज्ञ	– सदस्य
श्री खिलराज राई, राष्ट्रिय योजना आयोग	– सदस्य
डा. बट्टी रिजाल, नेपाल चिकित्सक संघ	– सदस्य
श्री पुष्पराज खनाल, नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्	– सदस्य
श्री घनश्याम अर्याल, शिक्षा, विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय	– सदस्य
श्री विनोद भट्टराई, विश्वविद्याय अनुदान आयोग	– सदस्य
श्री खेमराज पोखरेल, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालीम परिषद्	– सदस्य
श्री मेघनाथ शर्मा, चिकित्सा शिक्षा आयोग	– सदस्य
श्री सावित्रा पौडेल, चिकित्सा शिक्षा आयोग	– सदस्य-सचिव

अनुसूची ४
परामर्श बैठक/कार्यशालाका सहभागीहरू

क्र सं	नाम थर	संस्था
१	श्री अनुपमचन्द्र श्रेष्ठ	चिकित्सा शिक्षा आयोग
२	श्री अनुपमा न्यौपाने	चिकित्सा शिक्षा आयोग
३	डा. अम्बिका प्रसाद ज्ञवाली	अल नेपाल होमियोप्याथिक एसोसिएसन
४	श्री अमृत खनाल	नेपाल फार्मसी संघ
५	श्री अविनाश झा	नेपाल रेडियोलोजिकल सोसाइटी
६	प्रा. डा. अरूण मास्के	सोसाइटी अफ इन्टर्नल मेडिसिन अफ नेपाल (SIMON)
७	डा. अशेष दुङ्गाना	NAMS
८	प्रा. डा. उत्तम कुमार शर्मा	NAUS (Nepal Association of Urological Surgeons)
९	श्री कविता सिटौला	क्रिटिकल केयर नर्सस एसोसियशन अफ नेपाल
१०	श्री कल्पना श्रेष्ठ	सरकारी सेवामा आबद्ध नर्सहरूको संघ नेपाल
११	डा. कोपिला अधिकारी	नेपाल आयुर्वेद चिकित्सक संघ
१२	डा. कौशल पोखरेल	नेपाल अण्ठ्याल्मिक सोसाइटी
१३	डा. गालब अधिकारी	नेपाल डेन्टल एसोसियशन
१४	डा. गिशुपनिख प्रसिको	NESTRO
१५	श्री गोपाल नारायण श्रेष्ठ	चिकित्सा शिक्षा आयोग
१६	श्री गंगाबहादुर क्षेत्री	चिकित्सा शिक्षा आयोग
१७	प्रा. चन्द्रकला शर्मा	काठमाण्डौ
१८	डा. जनक बहादुर बस्नेत	योग तथा प्राकृतिक चिकित्सक संघ
१९	श्री जमुना ताम्राकार सायमी	कार्डियोथोरासिक भास्कुलर समाज नेपाल
२०	श्री दिपक कुमार साह	Nepalese Association of Optometrist
२१	श्री धर्मलक्ष्मी श्रेष्ठ	सोसाइटी अफ इमर्जेन्सी नर्सज अफ नेपाल
२२	प्रा. डा. नरमाया थापा	सोसाइटी अफ ओटोल्यारिङ्गोलोजिष्ट अफ नेपाल
२३	प्रा. डा. निर्जु रञ्जित	NCHPE
२४	श्री प्रकाश परियार	हेल्थ असिस्टेन्ट एसोसिएसन नेपाल
२५	प्रा. डा. प्रबोध रिसाल	काठमाण्डौ विश्वविद्यालय
२६	डा. प्रमोद कुमार क्षेत्री	नेपाल सोसाइटी अफ नेफ्रोलोजी
२७	डा. प्रेरक रेग्मी	नेपाल आयुर्वेद चिकित्सक संघ
२८	श्री बसन्त कुमार श्रेष्ठ	नेपाल स्वास्थ्य प्राविधिक संघ

क्र सं	नाम थर	संस्था
२९	प्रा. डा. बालकृष्ण एम. आचार्य	PAHS
३०	श्री बिमल पौड्याल	नेपाल नेत्र सहायक परिवार
३१	श्री भीम प्रसाद सापकोटा	स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय
३२	डा. मधुर बस्नेत	मनोचिकित्सक संघ
३३	प्रा. मन कुमारी राई	Nursing Association of Nepal
३४	श्री ममता बस्नेत	चिकित्सा शिक्षा आयोग
३५	डा. महेन्द्र प्रसाद भट्ट	NAMLS
३६	श्री माइकल देवकोटा	NDSHA
३७	डा. रमेश कुमार महर्जन	नेपलीज सोसाइटी अफ इमर्जेन्सी फिजिसियन्स
३८	श्री रविलाल शर्मा	चिकित्सा शिक्षा आयोग
३९	श्री राज कुमार तामाङ	नेपाल डेन्टल हाइजेनिष्ट एसोसिएसन
४०	श्री राजेन्द्र खड्का	मेडिकल ल्याबोरेटरी एसोसियसन अफ नेपाल
४१	श्री राजेश प्रसाद यादव	नेपाल रेडियोलोजिकल सोसाइटी
४२	डा. रामहरि श्रेष्ठ	अल नेपाल होमियोप्याथिक एसोसिएसन
४३	डा. रुना झा	एसोसिएसन अफ क्लिनिकल प्याथोलोजिष्ट अफ नेपाल
४४	डा. रूपेश कुमार यादव	नेशनल ट्रमा सेन्टर
४५	डा. रोहित सैजु	नेपाल अप्ठ्याल्मिक सोसाइटी
४६	डा. लव श्रेष्ठ	Basic Medical Science Association
४७	श्री लक्ष्मण अधिकारी	नेपाल फिजियोथेरापी एसोसिएसन
४८	श्री लक्ष्मी के. सी.	CCNAN
४९	डा. लक्ष्मी तामाङ	मिडवाइफ्री सोसाइटी अफ नेपाल
५०	डा. लोचन कार्की	Nepal Medical Association
५१	डा. वाइ. पी. सिंह	नेपाल अंकोलोजी सोसाइटी
५२	डा. विकल घिमिरे	सोसाइटी अफ सर्जन्स अफ नेपाल
५३	प्रा. डा. विधान निधि पौडेल	NSG (Nepalese Society of Gastroenterologist)
५४	डा. विनोद श्रेष्ठ	नेपाल अर्थोपेडिक एसोसिएसन
५५	डा. विश्व प्रकाश ठाकुर	नेपाल डेन्टल एसोसियशन
५६	डा. विष्णुरथ गिरी	कान्ति बाल अस्पताल
५७	डा. शान्ता सापकोटा	SAN
५८	डा. सन्तोष उपाध्याय	NMA, JDC
५९	डा. सन्ध्या चापागाईं	NESTRO
६०	श्री सिताराम कोइराला	चिकित्सा शिक्षा आयोग

क्र सं	नाम थर	संस्था
६१	श्री सुन्दर तरामु	राष्ट्रिय स्वास्थ्यकर्मी महासंघ
६२	श्री सेमन्त कोइराला	चिकित्सा शिक्षा आयोग
६३	प्रा. डा. संजय पोखरेल	नेपाल संस्कृत विश्वविद्यालय
६४	श्री हरि बहादुर श्रेष्ठ	NHTC
६५	डा. हेन्सन खड्का	नेपाल रेडियोलोजिष्ट एसोसिएसन
६६	डा. हेमराज पनेरू	नेपलीज सोसाइटी अफ क्रिटिकल केयर मेडिसिन

सन्दर्भ सामाग्रीहरू

- १) Adhikari, S. (2070 BS). चिकित्सा शिक्षामा फड्को: नेपालमा मेडिकल कलेजको प्रारम्भ, विस्तार र सम्बन्धन सम्बन्धी वृत्तान्त, काठमाडौं: शिक्षक मासिक।
- २) जनशक्ति प्रक्षेपण तथा मानव संशाधन विकास योजना तर्जुमा कार्यदल, (२०७६), जनशक्ति प्रक्षेपण तथा मानव संशाधन विकास योजना, २०७६- प्रतिवेदन, (अप्रकाशित)
- ३) Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), “Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries”, OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcvb-en>
- ४) MOHP. (2017), Nepal Burden of disease 2017, A Country Report based on the Global Burden of Disease. Ministry of Health and Population
- ५) स्वा. ज. मं. (२०७८). नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीति, २०७८ (२०७७/७८ देखि २०८६/८७)
- ६) <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm> (2021)
- ७) Kirch, D. G., Henderson, M. K., & Dill, M. J. (2012). Physician Workforce Projections in an Era of Health Care Reform. *Annual Review of Medicine*, 63(1), 435–445. doi:10.1146/annurev-med-050310-134634
- ८) Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2017). Global Health Workforce Labor Market Projections for २०३०. *Human Resources for Health*, 15(1). doi:10.1186/s12960-017-0187-2
- ९) Bazyar, M., Noori Hekmat, S., Rafiei, S., Mirzaei, A., Otaghi, M., Khorshidi, A., ... Jalilian, M. (2020). Supply-and-demand projections for the health workforce at a provincial level from 2015 to 2025 in Ilam, Iran. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 30(1), 18–27. doi:10.1177/2010105820943239
- १०) James Avoka Asamani, Christmal Dela Christmals, and Gerda Marie Reitsma. (2021). In *Health Policy and Planning*, 2021, 1-19 doi: 10.1093/heapol/czab022.
- ११) Pamela McQuide, Julie Stevens and Dykki Settlel. (2008). An Overview of Human Resources for Health (HRH) Projection Models. Capacity Project: Knowledge Sharing. USAID. (https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/attachment-files/techbrief_12.pdf).
- १२) Veenman SA. Futures studies and uncertainty in public policy: a case study on the ageing population in the Netherlands. *Futures* 2013; 53: 42-52.
- १३) Amorim Lopes Mario, Santos Almeida Alvaro; Almada-Lobo Bernardo. (2015). Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand? In *Human Resources for Health* (2015) 13:38 DOI 10.1186/s1260-015-0028-0.
- १४) Nepal Health Facility Registry (nhfr.mohp.gov.np)

- १५) नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति संबन्धी राष्ट्रिय रणनीति, नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय – २०७८
- १६) Nepal Burden of disease 2017, A Country Report based on the Global Burden of Disease. 2017 Study, Ministry of Health and Population, Nepal health Research Council, IHME, UKaid.
- १७) नेपाल सरकार (२०७८), स्वास्थ्य संस्था, शैथ्या र जनशक्तिको विवरण, आर्थिक सर्भेक्षण, काठमाडौं ।
- १८) नेपाल मेडिकल काउन्सिल (२०७८), एसोसिएसनमा दर्ता भएका चिकित्सकहरूको विवरण ।
- १९) नेपाल सरकार, राष्ट्रिय नर्सिङ्ग तथा मिडवाइफरी रणनीति (२०७७/७८-२०८७/८८), स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, काठमाडौं
- २०) NAMC (2078), Registered Human Resources in Ayurveda Medical Council, Nepal Ayurveda Medical Council.
- २१) NHPC (2078), Nepal Health Professional Council, Kathmandu
- २२) नेपाल सरकार, नेपालको स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी राष्ट्रिय रणनीति २०७७/७८ – २०८६/८७, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, काठमाडौं
- २३) नेपाल सरकार (२०७८), स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड, २०७७, स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन मापदण्ड २०७७, स्वास्थ्य सञ्चालन ऐन (पहिलो संशोधन)
- २४) UGC (2019), Education Management Information System, University Grant Commission, Bhaktapur
- २५) CBS (2018), Nepal Labor Force Survey, Central Bureau of Statistics, Kathmandu
- २६) MoHP (2021), Health Management Information System (HMIS), Ministry of Health and Population.
- २७) MoHP (2022), List of Health Institutions in Nepal, Ministry of Health and Population.
- २८) नेपाल सरकार, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१, स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, काठमाडौं
- २९) नेपाल सरकार, जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७
- ३०) CTEVT, Research and Monitoring Division. (2014). National Skilled Human Resource Projection in Health and Engineering Profession. CTEVT
- ३१) एसोसिएसनमा दर्ता भएका पेसाकर्मीहरूको विवरण ।
- ३२) राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐन, २०७५ ।
- ३३) राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नियमावली, २०७७ (संशोधन सहित) ।

