शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२

नीति पुनरावलोकन अध्ययन प्रतिवेदन

नेपाल सरकार
राष्ट्रिय योजना आयोग
सिंहदरबार, काठमाडौं, नेपाल
फोनः +९७७-१-४२११९७०
फ्याक्सः +९७७-१-४२११७००
Email: npcs@npc.gov.np

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२
नीति पुनरावलोकन अध्ययन प्रतिवेदन

नेपाल सरकार

राष्ट्रिय योजना आयोग

सिंहदरबार, काठमाडौं, नेपाल

फोनः +९७७-१-४२११९७०

फ्याक्सः +९७७-१-४२११७००

Email: npcs@npc.gov.np

नेपाल सरकार, **राष्ट्रिय योजना आयोग**, सिंहदरबार, काठमाडौंका लागि **श्री एस एस के सोलुसन्स प्रा.लि.**द्वारा तयार गरिएको शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२, नीति पुनरावलोकन अध्ययन प्रतिवेदन, चैत २०७७ ।

परिच्छेद १

परिचय१

१.१ पृष्ठभूमिः १

१.२ अध्ययनको उद्देश्यः २

१.३ अध्ययन विधिः ३

१.४ नीति पुनरावलोकन (अध्ययन) को सीमितता ४

१.५ प्रतिवेदनको ढाँचा ५

परिच्छेद २

नीति पुनरावलोकनको आवश्यकता र सिध्दान्त ६

२.१ नीति पुनरावलोकनको आवश्यकता ६

२.२ नीति पुनरावलोकनको सिध्दान्त ६

२.३ नीति अन्तर विश्लेषण (Policy Gap Analysis) ८

२.३.१ नीति भित्रको अन्तर विश्लेषण (Intrapolicy Gap Analysis) ८

२.३.२ अन्तरनीति अन्तर विश्लेषण (Interpolicy Gap Analysis) ९

२.३.३ वर्तमान नीति र भविष्यको नीतिगत आवश्यका वीचको अन्तर विश्लेषण (Gap Analysis between present and future policy needs) ९

परिच्छेद ३

शहरी स्वास्थ्यको वर्तमान अवस्था १०

परिच्छेद ४

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन १४

४.१ नीतिका प्रमुख विशेषता १४

४.१.१ नीतिको उध्देश्य १४

४.१.२ नीतिहरू र कार्यान्वयन स्थिति १४

४.२ छलफल १६

४.३ शहरी स्वास्थ्य नीतिमा रहेका कमी कमजोरी/अस्पष्टता १७

४.४ नीतिहरूको अन्तरविश्लेषण १९

परिच्छेद ५

राय सुझाव २२

अनुसूची १: तालिका १. शहरी स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचकहरू, नेपाल २४
अनुसूची २: नीति कार्यान्वयनको स्थिति ४१
अनुसूची ३. शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ मा रहेका केही अस्पष्टता ४५
अनुसूची ४: शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ र दोश्रो बहुपक्षीय पोषण योजना बीचको अन्तर विश्लेषण ४६
अनुसूची ५: प्रश्नावली ४७
अनुसूची ६: शहरी स्वास्थ्य नीतिको पुनरावलोकनको क्रममा छलफल/संवाद गरिएका पदाधिकारीहरूको नामावली ४९
सन्दर्भ सूची ५०

परिच्छेद १

परिचय

१.१ पृष्ठभूमि

नेपाल एशियामा कम शहरीकरण भएका देशहरू मध्ये एक हो, तथापि जनसांख्यिक र आर्थिक क्षेत्रमा भइरहेको परिवर्तनले खासगरी पछिल्ला केही वर्षहरूमा शहरीकरणको गति तीब्र भएको छ । २०६८ सालको जनगणना अनुसार नेपालका ५८ वटा नगरपालिकाहरूमा समग्र जनसंख्याको १७ प्रतिशत मात्र वसोवास रहेको देखिन्छ। यसपछि मुख्यतया पटक पटक गरी थप गरिएका नगरपालिकाहरूका कारण शहरी जनसंख्या ६२ प्रतिशत पुगेको अनुमान छ (रा. यो. आ., २०७६)।

शहरलाई आर्थिक गतिविधिहरूको केन्द्रको रूपमा लिइन्छ। नेपालका शहरी क्षेत्रहरूमा आर्थिक गतिविधि मात्र होइन, स्वास्थ्य संस्थाहरूको उपस्थिति (खासगरी निजी क्षेत्रका) पनि बग्रेल्ती छ। सामान्यतया ग्रामीण वासिन्दाको तुलनामा शहरी क्षेत्रका वासिन्दाहरूको स्वास्थ्य सूचकाङ्क राम्रो देखिन्छ (अनुसूची १, तालिका.१), तथापि नेपालमा शहरी गरीवहरूको स्वास्थ्य अवस्था ग्रामीण क्षेत्रका वासिन्दाको भन्दा कमजोर नै छ। उदाहरणको लागि नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ अनुसार शहरी क्षेत्रमा ४ पटक गर्भ जाँच गराउने महिलाहरूको प्रतिशत ७२ छ भने त्यसमा शहरी गरीव महिलाको प्रतिशत ३८ मात्र छ। शहरी क्षेत्रमा ९०% बालबालिकाले खोप सेवा लिएको देखिन्छ भने खोप लगाउने शहरी बालबालिकाको प्रतिशत ७७ मात्र छ। त्यस्तै शहरी क्षेत्रमा सम्पन्न परिवारका तुलनामा विपन्न परिवारका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्यु हुने संभावना ४.५ गुणा बढी पाइन्छ। जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयहरूका विभिन्न समयका प्रतिवेदनहरूको आधारमा शहरी क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोगमा बढी असमानता देखिएको छ। यसको अर्थ शहरमा बसोबास गर्ने विपन्न वर्गहरूमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुर्याउन थप पहल गर्नुपर्ने स्थिति छ।

एकातर्फ बढ्दो जनसंख्या, अव्यवस्थित शहरीकरण, पर्याप्त पूर्वाधारको कमी, वातावरणीय प्रदूषण, बदलिंदो जीवनशैली र खानपीन जस्ता कारणले शहरी वासिन्दाहरूको स्वास्थ्य बढी जोखिमयुक्त देखिन्छ भने अर्कोतर्फ शहरी क्षेत्रमा जनसंख्याको अनुपातमा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूको उपस्थिति अत्यन्त पातलो छ।शहरी क्षेत्रमा केन्द्रित निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कम आय भएका व्यक्तिहरूको पहुँच कम हुनु नगरपालिकाहरूले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य केन्द्रहरूको संख्या कम हुनु र भएका केन्द्रहरूले पनि नियमित एवं गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न नसक्नु जस्ता कारणहरूले शहरी क्षेत्रमा खासगरी विपन्न वर्गका स्वास्थ्य सूचकहरू कमजोर रहेका छन्। यस अवस्थालाई नीतिगत रूपमै सम्बोधन गर्न अत्वावश्यक देखिएकोले नेपाल सरकारले शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ प्रतिपादन गरेको देखिन्छ।

यस नीतिको कार्यान्वयन शुरु हुने वर्ष २०७२ मै नेपालमा नयाँ संविधान जारी भई संघीय संरचना लागु भयो। फलस्वरूप समग्र स्वास्थ्य संरचना र स्वास्थ्य प्रशासनमापनि परिवर्तन भएको छ। शहरी स्वास्थ्य नीति मै नीति प्रतिपादन भएको ५ वर्षमा यसको पुनरावलोकन गरिने कुरा ऊल्लेख छ भने यस बीचमा नेपालको स्वास्थ्य संरचनामा आएको व्यापक परिवर्तन र अन्तरराष्ट्रिय परिप्रेक्ष्यमा भएको बदलाव समेतलाई दृष्टिगत गरी यस नीतिको पुनरावलोकन गर्नु अपेक्षित भएको सन्दर्भमा राष्ट्रिय योजना आयोगले शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन गर्ने कार्यादेश गरे अनुरूप प्रस्तुत नीति पुनरावलोकन कार्य गरिएको हो।

१.२ अध्ययनको उद्देश्यः

दिइएको कार्यादेश अनुसार शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन कार्यका उद्देश्यहरू देहाय अनुसार छन्

- शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन, समीक्षा गर्ने;

- नेपालको संविधान, समृद्ध नेपाल सुखी नेपालीको दूरगामी सोच, १५ औं आवधिक योजना, दिगो विकास लक्षहरू, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४, अन्तरसरकारी वित्तीय व्यवस्थापन ऐन २०७४, समेतको आधारमा शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ मा गरिनु पर्ने परिमार्जन वा समावेश गरिनु पर्ने विषयहरूका बारेमा सुझाव पेश गर्ने;

- शहरी स्वास्थ्यका बारेमा अन्तरराष्ट्रिय एवं क्षेत्रीय प्रवृत्ति पहिल्याउने र राष्ट्रिय स्तरमा विद्यमान जोखिमहरू विश्लेषण गरी कुनै असामञ्जस्यता र चुनौतिहरू देखिएमा त्यसको समाधान गर्ने उपायहरूको बारेमा सुझाव पेश गर्ने;

- यस नीतिको कार्यान्वयन अवस्था पहिचान गरी यसको विश्लेषण, समीक्षा, र पुनरावलोकन गर्ने र यसको आधारमा नीतिमा गरिनु पर्ने परिवर्तन वा संशोधनकालागि सुझाव पेश गर्ने; यसले गर्दा देहायका विषयहरूको पनि सम्बोधन हुने छः

  - वर्तमान अवस्थामा नीतिको सान्दर्भिकता
  - नीतिको लक्ष र उद्देश्यहरू प्राप्त भए नभएको, र
  - सुधारका लागि सुझावहरू

१.३ अध्ययन विधिः

प्राप्त कार्यादेश (Terms of Reference) अनुसार विविध उपायको त्यस्तै अवलम्वन गरी नीतिको पुनरावलोकन गरिने छ। यस अध्ययनमा गुणात्मक पद्धतिको अवलम्वन गरिएको छ। अध्ययनको प्रस्तुति विवरणात्मक तथा विश्लेषणात्मक दुवै प्रकारको हुनेछ। यस अध्ययनमा विशेषगरी देहायका उपायहरूको प्रयोग गरिने छ,

१. उपलब्ध राष्ट्रिय, क्षेत्रीय एवं अन्तरराष्ट्रिय दस्तावेजहरूको अध्ययन

२. नीति कार्यान्वयनको स्थिति सम्बन्धमा प्रष्ट हुनको लागि सरोकारवालाहरू, विज्ञहरू, र सम्बन्धित पदाधिकारीहरूसँग एउटा प्रश्नावलीको आधारमा छलफल, संवाद, र अन्तर्क्रिया,

३. प्रश्नावली खासगरी देहाय अनुसारका व्यक्तिहरूसँग छलफल गर्दा प्रयोग गरिएको छ।

   क. शहरी स्वास्थ्य नीतिको कार्यान्वयनसँग सम्बन्धित पदाधिकारीहरू

   ख. विज्ञहरू,

   ग. अन्य सम्बन्धित पदाधिकारीहरू (Program personnel)

४. शहरी स्वास्थ्यका क्षेत्रमा कृयाशील अन्तर/राष्ट्रिय साझेदारहरूसँग अनौपचारिक छलफल;

५. छलफल एवं संवादवाट प्राप्त सूचनाहरूलाई सम्पादन एवं विश्लेषण,

६. यसका आधारमा पहिलो मस्यौदा प्रतिवेदन तयार गर्ने र रा यो आ मा गठित समितिहरू सँग छलफल तथा अन्तरकृया गरी प्राप्त भएका राय सुझावहरूका आधारमा मस्यौदा प्रतिवेदनलाई अन्तिम रूप दिई रा यो आ मा पेश गर्ने, (रा यो आ का मा. उपाध्यक्ष्य, मा. सदस्यज्यूहरू, श्रीमान् सचिवज्यू र अन्य वरिष्ठ पदाधिकारीहरूसमेतको उपस्थितिमा भएको प्रस्तुति एवं छलफलमा प्राप्त राय सुझावहरूहरूलाई समावेश गरी प्रतिवेदनलाई अन्तिम रूप दिइएको छ)

१.४ नीति पुनरावलोकन (अध्ययन) को सीमितता

नीतिहरूको पुनरावलोकन सम्बन्धमा कुनै सर्वस्वीकृत ढाँचा (Universal template or framework) वा पद्धति उपलब्ध छैन। नीति कार्यान्वयनको यथार्थ चित्रणका लागि पर्याप्त तथ्याङ्कको पनि अभाव छ। यस सन्दर्भमा गरिने पुनरावलोकन कार्य वस्तुगत भन्दा पनि विषयगत हुने जोखिम अत्यधिक छ। यस अध्ययनमा नीति कार्यान्वयनका

लागि भएको वित्तीय निकासा वा खर्च सम्बन्धी विवरण समावेश गर्न सकिएको छैन। कोभिड १९ को महामारी बीच गरिएको यस अध्ययनमा छलफल गरिएका सरोकारवालहरूको दायरा पनि अलि साँघुरो छ। महामारीको समयमा सम्पर्क गरिएका कतिपय सरोकारवालाहरूमा यस विषयमा कम जानकारी रहेको महशूस भएको छ। संघीय सन्दर्भमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको जिम्मेवारी स्थानीय तहमा भएको तर स्थानीय तहका पदाधिकारीगरुसँग अत्यन्त सीमित मात्रामा मात्र सम्पर्क र सम्वाद हुन सकेको छ।

१.५ प्रतिवेदनको ढाँचा

- यस प्रतिवेदनमा जम्मा पाँच परिच्छेद छन्। पहिलो परच्छेद (परिचय) मा अध्ययनको पृष्ठभूमि, उद्देश्य, अध्ययनको विधि तथा सीमितता सम्बन्धी उल्लेख गरिएको छ। दोश्रो परिच्छेदमा नीति पुनरावलोकनको आवश्यकता र सिद्धान्त सम्बन्धी संक्षिप्त चर्चा गरिएको छ। तेश्रो परिच्छेदमा शहरी स्वास्थ्यका बारेमा अन्तरराष्ट्रिय एवं क्षेत्रीय प्रवृत्ति, विद्यमान जोखिमहरू/चुनौतिहरू प्रस्तुत गरिएको छ र यसै परिच्छेदमा शहरी स्वास्थ्यको अवस्थाको समेत मूल्याङ्कन गरिएको छ भने चौथो परिच्छेदमा समीक्षित नीतिको कार्यान्वयनको स्थिति, नीतिमा रहेका कमजोरीहरू तथा नीतिको अन्तर विश्लेषण समेटिएको छ। अन्तिम परिच्छेदमा नीतिगत सुधारकालागि सुझावहरू प्रस्तुत गरिएको छ। पुछारमा अनुसूचीहरू, सन्दर्भ सामग्रीहरू र यस आध्ययनको क्रममा छलफल संवाद गरिएका व्यक्ति/पदाधिकारीहरूको सूची प्रस्तुत गरिएको छ।

परिच्छेद २

नीति पुनरावलोकनको आवश्यकता र सिध्दान्तः

२.१ नीति पुनरावलोकनको आवश्यकताः

सार्वजनिक नीतिहरूको नियमित पुनरावलोकन विभिन्न कारणहरूले गर्ने गरिएको छ। ती मध्ये केही प्रमुख कारणहरू यस प्रकार छन्:

- नीति तर्जुमा भएको परिवेशमा उल्लेख्य परिवर्तन हुनु,
- नीति कार्यान्वयनको अवस्था पत्ता लगाउनु;
- नीति कार्यान्वयनबाट अपेक्षित नतिजा प्राप्त नहुनु वा नीतिको प्रभावकारीतामा प्रश्न उठ्नु वा नीति कार्यान्वयनमा शिथिलता आएको महशूस हुनु,
- मूल नीतिमा आएको परिवर्तनले गर्दा विद्यमान नीति सान्दर्भिक नहुनु;
- नीतिको विषयसँग सम्बन्धित कानूनी वा संरचनागत परिवर्तनले गर्दा नीतिको सान्दर्भिकता कमजोर हुनु;
- नीतिमै भएको पुनरालोकन सम्बन्धी प्रावधान।

मुख्यतया माथि उल्लेखित कारणहरूले गर्दा नीतिहरूको पुनरावलोकन गर्ने गरिएको छ।

२.२ नीति पुनरावलोकनको सिध्दान्तः

माथि नै भनियो, नीति पुनरावलोकनको लागि कुनै सर्व स्वीकार्य सिध्दान्त प्रचलनमा छैन। तथापि, धरैजसो सामाजिक नीतिहरूको पुनारावलोकन नतिजामा आधारित नीति विश्लेषणको आधारमा गरिएको पाइन्छ। यस पध्दतिलाई Ex post Policy Analysis अथवा Retrospective Policy Analysis पनि भनिन्छ। भौतिक विज्ञानमा जस्तो

सामाजिक विज्ञानमा नीति कार्यान्वयन र प्राप्त उपलब्धि वीचमा कुनै कारण-प्रभाव (Cause and Effect) स्थापना गर्न सकिंदैन (UNEP, 1999) ।त्यसमा पनि स्वास्थ्य जस्तो वहु क्षेत्रगत विषय (cross cutting issue) मा कारण-प्रभाव स्थापित गर्न असंभव प्राय नै हुन्छ। फेरि कुनै नीति सार्वजनिक गर्नु भन्दा अघि श्वेत पत्र जारी गर्ने प्रचलन पनि हाम्रो मुलुकमा छैन, अन्यथा यसले एउटा Base line तथ्याङ्कको आधार प्रदान गर्ने थियोर यसबाट नीतिको प्रभाव अध्ययन गर्न केही सहज हुने थियो।

नीति पुनरावलोकनका लागि कुनै सर्व स्वीकार्य सिध्दान्त वा ढाँचा नभए तापनि नीति विश्लेषणका लागि भने केही विद्वानहरूले आ-आफ्ना दृष्टिकोणसहित केही ढाँचाहरू प्रस्ताव गरेको पाइन्छ। उदाहरणका लागि Walt (1996) को Partial and Comprehensive Analysis; Pearson (1995) को Meta and Meso Analysis; Reich (1996) को Political Mapping Technique; Frenk framework (1995); Walt and Gilson (1994) को Analytical Model आदि। यसमध्ये Walt and Gilson (1994) को Analytical Model केही विस्तृत र विकासशील मुलुकहरूको परिवेशसँग केही अनुकुल देखिन्छ। पुनश्चः, नीति विश्लेषणका केही Model हरू भए तापनि नीति पुनरावलोकनकै लागि खासगरी विकासशील मुलुकको परिवेश सुहाँउदो र स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित कुनै उपयुक्त सिध्दान्त वा ढाँचा वा Model फेला परेको छैन।

नीति विश्लेषणका तीन आयामहरू नीति निर्माण प्रकृया, विकल्पहरू र नीतिको परिणामको विश्लेषण मध्ये नीति पुनरावलोकनले खासगरी तेश्रो पक्ष अर्थात नीतिको परिणामको विश्लेषण गर्दछ। नीति वस्तुतः कार्यान्वयन भयो वा भएन तथा नीति कार्यान्वयनले अपेक्षित वा अनपेक्षित कस्तो परिणाम ल्यायो वा ल्याएन भनेर नीति पुनरावलोक्नमा हेरिन्छ, यस सन्दर्भमा नीति निर्माण प्रकृया तथा विकल्पहरूको अध्ययन पनि नीति पुनरावलोकनको कार्य क्षेत्र (scope) बाट सम्पूर्णतया निरपेक्ष रहन सक्दैन। तसर्थ, शहरी स्वास्थ्य नीतिको विषयवस्तु विश्लेषण र कार्यान्वयनको सन्दर्भ विश्लेषण (content and Context Analysis) लाई पनि यस पुनरावलोकनले केही हदसम्म स्पर्श गरेको छ।

नीति पुनरावलोकन गर्दा दक्षता, प्रभावकारीता, उपयुक्तता, औचित्यता, र सार्वजनिक हित हेर्ने एउटा दृष्टिकोण छ भने अर्को एउटा दृष्टिकोणले नीतिको प्रभाव (प्रभावकारीता, अनपेक्षित प्रभाव, समता), लागत (स्वीकार्यता, लागत, संभाव्यता) र नीति कार्यान्वयनको समग्र प्रभाव हेर्दछ। यस अध्ययनमा पहिलो दृष्टिकोणलाई प्राथमिकता दिइएको छ।

नीति विश्लेषणका सामान्यतया दुइटा पक्ष देखिएका छन्।

(क) नीतिको विश्लेषणः यसमा नीति कसरी तर्जुमा गरियो, कार्यान्वयन अवस्था कस्तो छ र यसले के कस्तो नतिजा हासिल गर्न सक्यो भनेर अध्ययन गरिन्छ। यो अध्ययन विवरणात्मक र केही हद सम्म विश्लेषणात्मक हुन्छ।

(ख) नीतिको लागि विश्लेषणः यसमा मूलतः नीति निर्माणको सन्दर्भमा विकल्पहरूको विश्लेषण गरिन्छ। नीतिगत समस्या समाधानकालागि उपयुक्त समाधानका उपायहरूकाबारेमा यस अन्तर्गत अध्ययन गरिन्छ। यो केही हदसम्म prescriptive विश्लेषण हो।

२.३ नीति अन्तर विश्लेषण (Policy Gap Analysis)

Leconte P (2018) अनुसार नीति अन्तर विश्लेषण भन्नाले प्राप्त गर्न खोजेको (भविष्यमा) नतिजा र वर्तमान अवस्थाबीचको अन्तर पहिचान गर्न गरिने मूल्याङ्कनलाई बुझिन्छ। नीति अन्तर विश्लेषण पनि तीन प्रकारले गर्न सकिन्छ।

२.३.१ नीति भित्रको अन्तर विश्लेषण (Intrapolicy Gap Analysis):

यसमा नीति विशेषको कमी कमजोरी, विरोधाभाष वा असङ्गति छ छैन भनेर हेरिन्छ। यस विश्लेषण मा नीतिका दूरदृष्टि, ध्येय, उध्देश्य, नीति, रणनीति र बजेट तथा कार्यक्रम बीचमा देखिएका अन्तर र विसङ्गतिलाई उजागर गरिन्छ (रा.यो.आ. २०७७)। यसमा नीतिले उध्देश्य र नतिजा हासिल गर्न सफल भयो वा भएन? यसको कार्यान्वयनमा के कस्ता चासो र चुनौतिहरू पहिचान भए? नीतिको सान्दर्भिकता कस्तो रह्यो? नीतिमा के

कस्ता विषयहरू समावेश गर्न आवश्यक छ? नीतिलाई बाह्य वा नियामक आवश्यकतासँग सङ्गत बनाउन के गरिनु आवश्यक छ? आदि कुराको विश्लेषण गरिन्छ।

२.३.२ अन्तरनीति अन्तर विश्लेषण (Interpolicy Gap Analysis):

यसमा सम्बन्धित नीति र अन्य नीतिहरूका बीच कुनै विरोधाभाष वा असङ्गति छ छैन भनेर विश्लेषण गरिन्छ।

२.३.३ वर्तमान नीति र भविष्यको नीतिगत आवश्यका वीचको अन्तर विश्लेषण (Gap Analysis between present and future policy needs):

यसमा विद्यमान नीति र भविष्यको नीतिगत लक्ष्य बीचको अन्तर पत्ता लगाइन्छ।

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन गर्दा यी तीनवटै विश्लेषणहरूलाई यथाशक्य दृष्टिगत गरिएको छ।

शहरी स्वास्थ्य नीति मै नीति प्रतिपादन भएको ५ वर्षमा यसको पुनरावलोकन गरिने कुरा उल्लेख छ भने यस बीचमा संघीय सन्दर्भमा नेपालको स्वास्थ्य संरचनामा आएको व्यापक परिवर्तन र अन्तरराष्ट्रिय परिप्रेक्ष्यमा भएको बदलाव समेतलाई दृष्टिगत गरी यस नीतिको पुनरावलोकन गर्नु अपेक्षित भएको सन्दर्भमा राष्ट्रिय योजना आयोगले शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन गर्ने कार्यादेश गरे अनुरूप प्रस्तुत नीति पुनरावलोकन कार्य गरिएको हो।

परिच्छेद ३

शहरी स्वास्थ्यको वर्तमान अवस्था

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) लगायतका अन्तरराष्ट्रिय संघ संस्था वा विद्वानहरूले समेत शहरी स्वास्थ्यको परिभाषा गरेको पाइदैन। तथापि, सामान्यतया शहरी स्वास्थ्य शव्दले शहरी क्षेत्रमा वसोवास गर्ने मानवको स्वाथ्य र यसलाई प्रभाव पार्ने अन्य तत्व वा वस्तुहरू (जस्तै खानेपानी, सरसफाई, वातावरण आदि) समेतको समष्टि रूपलाई बुझाउछ।

शहरीकरण २१ औं शताब्दीको एउटा प्रमुख वैश्विक प्रवृत्ति हो, जसले स्वास्थ्यलाई महत्वपूर्ण प्रभाव पारिराखेको छ (https://www.who.int/health-topics/urban-health) । सन् २०१५ मा विश्व जनसंख्याको ५५% शहरमा वसोवास गर्दथ्यो भने सन् सन् २०५० सम्ममा विश्वको दुई तिहाई भन्दा केही बढी अर्थात करिव ६८% जनसंख्या शहरी क्षेत्रमा वसोवास गर्ने अनुमान गरिएको छ। यसमा पनि अधिकांश शहरीकरण विकासशील मुलुक्हरूमा हुने अनुमान गरिएको छ।

नगर क्षेत्रमा बसोबास गर्ने जनताको सुस्वास्थ्य एवं खुशियाली नै सम्बन्धित नगरपालिकाहरूको मुख्य लक्ष हुनुपर्ने हो, तथापि जनसंख्याको एउटा ठूलै हिस्साअपर्याप्त आवास एवं अव्यवस्थित सार्वजनिक यातायात, कमजोर सर सफाई एवं ढल व्यवस्थापन, पिउन योग्य पानीको अभाव, बढ्दो प्रदूषण जस्ता समस्याले ग्रसित छ र यस्ता समस्याहरूले मानव स्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पारिराखेको छ। फलस्वरूप, आजका अधिकांश शहरहरू, स्वास्थ्यका तीन प्रकारका रोग भारहरूको (triple disease burden) हरूको केन्द्र बिन्दू बन्दै गएका छन्। सङ्क्रामक रोगहरू जस्तै क्षय रोग, एच आइ भि एड्स, न्यूमोनिया, झाडापखाला र भरखरै विश्वव्यापी रूपमा फैलिएको कोँभिड १९; नसर्ने रोगहरू जस्तै हृदयाघात, क्यान्सर, मधुमेह, उच्च रक्तचाप आदि; र हत्या हिंसा, सडक दुर्घटना आदिले हुने चोटपटक।

नेपालमा पनि जनसांख्यिक र आर्थिक क्षेत्रमा भइरहेको परिवर्तनले खासगरी पछिल्ला केही वर्षहरूमा शहरीकरणको गति तीव्र भएको छ। वि. सं. २०६८ सालको जनगणना अनुसार उक्त वर्षसम्ममा नेपालका जम्मा ५८ वटा नगरपालिकाहरूमा समग्र जनसंख्याको १७ प्रतिशत मात्र वसोवास रहेको देखिन्छ। वि.सं. २०७१ (सन् २०१५) मा करिव ४३% शहरी जनसंख्याको अनुमान गरिएकोमा (स्वा ज मं, २०७२) खासगरी पटक पटक थप गरिएका नगरपालिकाहरूका कारण शहरी जनसंख्या ६२ प्रतिशत पुगेको अनुमान छ (रा. यो. आ., २०७६)।

शहरलाई आर्थिक गतिविधिहरूको केन्द्रको रूपमा लिइन्छ। नेपालका शहरी क्षेत्रहरूमा आर्थिक गतिविधि मात्र होइन, स्वास्थ्य संस्थाहरूको उपस्थिति (खासगरी निजी क्षेत्रका) पनि बग्रेल्ती छ। सामान्यतया ग्रामीण वासिन्दाको तुलनामा शहरी क्षेत्रका वासिन्दाहरूको स्वास्थ्य सूचकाङ्क राम्रो देखिन्छ (तालिका.१), तथापि नेपालमा शहरी गरीवहरूको स्वास्थ्य अवस्था ग्रामीण क्षेत्रका वासिन्दाको भन्दा कमजोर नै छ। उदाहरणको लागि (तालिका १) नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ अनुसार शहरी क्षेत्रमा ४ पटक गर्भ जाँच गराउने महिलाहरूको प्रतिशत ७२ छ भने त्यसमा शहरी गरीव महिलाको प्रतिशत ३८ मात्र छ। शहरी क्षेत्रमा ९०% बालबालिकाले खोप सेवा लिएको देखिन्छ भने खोप लगाउने ग्रामीण बालबालिकाको प्रतिशत ७७ मात्र छ। त्यस्तै शहरी क्षेत्रमा सम्पन्न परिवारका तुलनामा विपन्न परिवारका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्यु हुने संभावना ४.५ गुणा बढी पाइन्छ। जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयहरूका विभिन्न समयका प्रतिवेदनहरूको आधारमा शहरी क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र उपभोगमा बढी असमानता देखिएको छ। यसको अर्थ शहरमा बसोबास गर्ने विपन्न वर्गहरूमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पुर्याउन थप पहल गर्नुपर्ने स्थिति छ। साथै नेपालमा आधारभूत सेवा दिने स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको पातलो उपस्थितिले प्रवर्धनात्मक एवं प्रतिकारात्मक सेवाहरू पनि अत्यन्त कम मात्रामा मात्र उपलब्ध छन्।

एकातर्फ बढ्दो जनसंख्या, अव्यवस्थित शहरीकरण, पर्याप्त पूर्वाधारको कमी, वातावरणीय प्रदूषण, बदलिंदो जीवनशैली र खानपीन जस्ता कारणले शहरी वासिन्दाहरूको स्वास्थ्य

बढी जोखिमयुक्त देखिन्छ भने अर्कोतर्फ शहरी क्षेत्रमा जनसंख्याको अनुपातमा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूको उपस्थिति अत्यन्त पातलो छ। शहरी क्षेत्रमा केन्द्रित निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कम आय भएका व्यक्तिहरूको पहुँच कम हुनु, नगरपालिकाहरूले सञ्चालन गरेका स्वास्थ्य केन्द्रहरूको संख्या कम हुनु र भएका केन्द्रहरूले पनि नियमित एवं गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न नसक्नु जस्ता कारणहरूले शहरी क्षेत्रमा खासगरी विपन्न वर्गका स्वास्थ्य सूचकहरू कमजोर रहेका छन्।

शहरी स्वास्थ्य नीति जारी भएको वर्ष २०७२ मै नेपालमा नयाँ संविधान जारी भई संघीय संरचना लागु भयो। फलस्वरूप समग्र स्वास्थ्य संरचनामा पनि परिवर्तन भएको छ। संविधानतः आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको जिम्मेवारी स्थानीय तहमा रहेको छ। फलस्वरूप शहरी स्वास्थ्यको व्यवस्थापनको जिम्मेवारी सम्बन्धित महा/उपमहा/नगरपालिकाहरूमा रहेको छ। नयाँ संविधान जारी हुनुभन्दा धेरै पहिले देखि नै नगरपालिकाहरूले आ आफ्नो क्षेत्रमा शहरी स्वास्थ्य केन्द्रको स्थापना गरी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने जमर्को नगरेका होइनन्। तर, नगरपालिकाहरूका सवै वडाहरूमा त्यस्ता केन्द्रहरू अद्यापि स्थापना हुन नसक्नु र भएका केन्द्रहरूबाट पनि नियमित एवं गुणस्तरीय सेवा प्रवाह हुन नसक्नु प्रमुख चुनौतिका रूपमा रहेको छ। तसर्थ, शहरी जनसंख्याको लागि सम्बन्धित महा/उपमहा/नगरपालिकाहरू आफैंले स्थापना एवं सञ्चालन गर्ने गरी स्वास्थ्य सेवा विभागले शहरी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन केन्द्रको अवधारणा विकास गरी आ व २०७३/७४ देखि कार्यान्वयन गरिएको थियो। (स्वा से वि २०७४)। प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केद्रकै स्तरको र स्वास्थ्य उपचार एवं स्वास्थ्य प्रवर्धन सम्बन्धी कृयाकलापहरू समेत सञ्चालन गर्ने यसको अवधारणा हो। तथापि, यस केन्द्रले संस्थागत स्वरूप लिन नसकेको र कार्यक्रमको रूपमा केही नगरपालिकाहरूमा मात्र यसको कार्यान्वयन सीमित भएको छ। यस अवधारणालाई अघि बढाउने मन्त्रालयको तत्कालीन नेतृत्व परिवर्तन भएसँगै यस कार्यक्रमले गति लिन नसकेको सरोकारवालाहरूको बुझाइ छ। कतिसम्म भने काठमाडौं महानगरपालिकाबाट शुरुवात गर्ने भनि केन्द्रको लागि कार्यालय भवन, बजेट व्यवस्था र कर्मचारीको छनौट समेत भइसकेपछि पनि महानगरको

कुनै पनि वडामा यो कार्यक्रम शुरु हुन सकेन, यद्यपि अन्य केही नगरपालिकाहरूमा यो अद्यापि सञ्चालित छ। तथापि, हाल सम्म विभिन्न नगरपालिकाहरूमा गरी जम्मा १६ वटा शहरी स्वास्थ्य प्रवर्धन केन्द्र र २६४ वटा शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरू सञ्चालनमा रहेको स्वास्थ्य सेवा विभागबाट जानकारी प्राप्त भएको छ। तर, गत २ वर्षदेखि शहरी स्वास्थ्थ्य प्रबर्धन केन्द्रकालगि कुनै पनि बजेट अनुदान संघीय सरकारबाट विनियोजित भएको छैन।

परिच्छेद ४

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को पुनरावलोकन

४.१ नीतिका प्रमुख विशेषता

४.१.१ नीतिको उद्देश्य

नेपाल सरकारले तोकेका शहरी क्षेत्रमा वसोवास गर्ने मानिसहरू विशेष गरेर महिला वालवालिका गरीब तथा सीमान्तकृत वर्ग तथा समुदायको गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा पहुँच र सेवाको उपयोगमा वृध्दि गर्नु यस नीतिको एकमात्र उध्देश्य रहेको छ।

४.१.२ नीतिहरू र कार्यान्वयन स्थिति

माथि उल्लेखित उध्देश्य प्राप्तिका लागि जम्मा ६ वटा नीतिहरू, १३ वटा रणनीतिहरू र ६१ वटा कार्य नीतिहरू राखिएका छन् । यस प्रतिवेदनमा शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को नीति, रणनीति र कार्यनीतिहरूको कार्यान्वयनको अवस्थाको मूल्याङ्कन गरिएको छ। यस नीतिको कार्यान्वयन योजना नबनेको हुंदा मूल्याङ्कन कार्य त्यति वस्तुपरक हुन सकेन। वस्तुतः सम्बन्धित पदाधिकारीहरूसँगको छलफलको आधारमा प्रगति प्रतिशत दिइएको छ। यस प्रतिवेदनमा नीति र रणनीतिको कार्यान्वयनको मूल्याङ्कन नगरी कार्यनीतिको तहमा मात्र प्रगति प्रतिशत दिइएको छ। मूल्याङ्कन (प्रगति प्रतिशत समेत) तालिका अनुसूची २मा दिइएको छ। यस नीतिको मूल्याङ्कन अन्य संस्था वा व्यक्ति वा समयमा नभएको हुँदा अन्य मूल्याङ्कन्हरूसँग तुलना गर्न संभव भएन।

अनुसूची २ मा दिइएको मूल्याङ्कनबाट प्रष्ट हुन्छ कि शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को कार्यान्वयन राम्ररी हुन सकेको छैन। वीसवटा भन्दा बढी (२१ वटा) कार्य नीतिहरूको कार्यान्वयन प्रगति शून्य प्रतिशत रहेको छ। १६ वटा कार्यनीतिहरूको कार्यान्वयन ५०% भन्दा कम रहेको छ भने १२ वटा कार्यनीतिहरूको कार्यान्वयन प्रगति ५०% वा सो भन्दा माथि र ८०% भन्दा कम रहेको छ। यसैगरी ९ वटा कार्यनीतिहरूको कार्यान्वयन प्रगति

८०% वा सो भन्दा माथि रहेको छ। र, केही कार्यनीतिहरूको कार्यान्वयनको प्रगतिबारे जानकारी हुन सकेन (स्थानीय तहहरूवाट कार्यान्वयन हुनु पर्ने देखिएको र स्थानीय तहहरूमा पुग्न नसकिएको)। यसैगरी नीतिमा रहेका अन्य ५ वटा प्रावधानहरू (संस्थागत संरचना, जनशक्ति व्यवस्थापन, आर्थिक पक्ष, कानूनी संरचना र अनुगमन तथा मूल्याङ्कन) को कार्यान्वयन पनि सन्तोषजनक छैन। यी ५ वटा पक्ष अन्तरगतका जम्मा २० वटा कार्यहरूमध्ये ६ वटाको प्रगति शून्य प्रतिशत, ४ वटाको प्रगति ५०% भन्दा कम, ४ वटाको प्रगति ८०% भन्दा कम, ४ वटाको ८०% वा सो भन्दा बढी र बाँकी २ वटाको प्रगति बारे जानकारीको अभाव रह्यो। यसरी समग्रमा भन्नुपर्दा शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को कार्यान्वयन प्रगति सन्तोषजनक देखिएन।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ले स्वास्थ्य क्षेत्रलाई ६ वटा आधार स्तम्भहरू (6 building blocks) मा वर्गीकरण गरेको छ। ती हुन्- नेतृत्व एवं सुशासन, सेवा प्रवाह, जनशक्ति व्यवस्थापन, वित्तीय व्यवस्थापन, औषधी, उपकरण एवं प्रविधि;तथा सूचना व्यवस्थापन। शहरी स्वास्थ्य नीतिले ३ वटा आधार स्तम्भहरू सुशासन, सेवा प्रवाह र स्वास्थ्यको वित्तीय व्यवस्थापन लाई समेटेको देखिन्छ भने जनशक्ति व्यवस्थापनका केही पक्षहरूबारे कार्य नीतिहरूमा उल्लेख गरिएको पाइन्छ। पूर्वाधार (यद्यपि, पूर्वाधार ६ वटा आधार स्तम्भहरूमा समावेश छैन), औषधी, उपकरण र प्रविधि, तथा सूचना व्यवस्थापनका बारेमा नीति मौन छ, स्रोतः (http://www.nhssp.org.np/Resources/HPP/Stocktaking_the_Health_Policies_of_Nepal_April2018.pdf)

सोही स्रोतका अनुसार, विद्यमान नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति (सन् २०१६-२०२१) का आधारमा उक्त रणनीतिका ४ वटा दिशा निर्देश (Directions) र नीति मापनका qualifiers समेतका आधारमा गुणस्तर, समता, र प्रणाली सुधारलाई शहरी स्वास्थ्य नीतिले सम्बोधन गरेको छ भने बहु पक्षीयतालाई नीतिले खासै स्पर्श गरेको छैन।

सबै भन्दा मुख्य कुरा त शहरी स्वास्थ्य नीतिले संघीयतालाई छुन सकेको छैन।

४.२ छलफल

सघीयताको कार्यान्वयन शुरु भएसँगै शहरी स्वास्थ्य नीतिको कार्यान्वयन असान्दर्भिक भएको देखिन्छ।शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ संविधान जारी भएकै सालमा जारी भएको भएतापनि संघीयता कार्यान्वयन हुनु भन्दा अघिको नीति भएकोले यसका धैरै प्रावधानहरू बर्तमान संघीय परिप्रेक्ष्यमा असान्दर्भिक हुन गएका छन्। नीतिको कार्यान्वयन तत्कालीन केन्द्रीय मन्त्रालयहरू र विभागहरूबाट हुने अपेक्षा नीतिमा रहेको प्रष्ट नै छ। स्थानीय तहहरू स्थानीय सरकारको रूपमा रहने संवैधानिक व्यवस्था भएपछि स्थानीय तहहरूलाई शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमकालागि दिंदै आएको अनुदान पछिल्ला २ वर्षदेखि बन्द गरिएको छ। स्थानीय तहहरू खासगरी केही नगरपालिकाहरू (उप र महानगर समेत) मा शुरु गरिएको शहरी स्वास्थ्य प्रवर्ध्दन केन्द्रहरूको विस्तारमा पनि संघीय अनुदानको अभावमा रोक लागेको छ भने नगरपालिकाहरू आफैंले स्थापना गरेका शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरूको व्यवस्थापन र विस्तारमै व्यस्त रहेको पाइन्छ। यस अवस्थामा गत वर्षदेखि महामारीको रूपमा आएको कोरोना रोगको व्यवस्थापनमा साधन, स्रोत र समय व्यतित भइरहेकोले नीति कार्यान्वयन झनै ओझेलमा परेको देखिन्छ। नेपालको संविधानको धारा ३५ मा सबै नागरिकहरूलाई निशुल्क आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकको रूपमा समावेश भएको सन्दर्भमा समेत स्थानीय सरकारहरूले विभिन्न कदमहरू चाल्नु पर्ने देखिन्छ।

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को मुख्य उद्देश्य शहरमा वसोवास गर्ने सीमान्तकृत, विपन्न, सुकुम्वासी लगायतका स्वास्थ्य सेवामा पछि परेका वर्गलाई स्वास्थ्य सेवा पुर्याउनु रहेको थियो, तर यो उद्देश्य पूरा गर्नेतर्फ खासै प्रगति भएको देखिएन। दिगो विकास लक्षले कसैलाई पनि पछि नपार्ने (Leave No One Behind) लक्ष्य लिएको भए तापनि सम्बन्धित नगरपालिकाहरूले शहरी स्वास्थ्यलाई अपनत्व ग्रहण गरी उपयुक्त कार्यक्रम, पर्याप्त बजेट र कार्यान्वयन विधिमा अपेक्षित परिवर्तन गरी अघि बढाएको अवस्था छैन। यस नीतिको कार्यान्वयनको लागि कार्यान्वयन योजना पनि बनेको देखिएन, (२०७३ सालमै मस्यौदा तयार भएको जानकारी प्राप्त भयो, तर यस मस्यौदाले पूर्णता पाउन सकेन)।

नीति कार्यान्वयन कमजोर देखिए तापनि यस समग्रमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा केही उल्लेख्य कामहरू भने भएका छन्, जन स्वास्थ्य सेवा ऐन र यसको नियमावली तयार भएर कार्यान्वयनमा आइसकेका छन् (नियमावलीको अनुसूचीमा रहेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज यस सन्दर्भमा विशेष उल्लेखनीय छ)। स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूको न्यूनतम सेवा मापदण्ड तयार भई कार्यान्वयनमा आएको छ।स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४,अन्तरसरकारी वित्तीय व्यवस्थापन ऐन २०७४ तथा संविधानमा उल्लेख भएका मौलिक हकहरू सम्बन्धी विभिन्न कानूनहरू जारी भएको फलस्वरूप संघीय स्वरूपलाई संस्थागत गर्न सहयोग पुगेको छ। कोरोना रोगको महामारी रोकथाममा नगरपालिका सहितका स्थानीयतहहरूले सराहनीय कार्य गरेका छन्। यस्ता कार्यहरूले शहरी स्वास्थ्यमा सकारात्मक असर पारेको भए तापनि नीतिको कार्यान्वयन भने सन्तोषजनक छैन।

शहरी स्वास्थ्य नीतिमा त्यस्तै अवलम्वन गरिएका नीति/कार्यनीतिहरूमा व्यवस्था गरिएकाकतिपय प्रावधानहरू हाल कृयाशील छैनन्, जस्तै सहकार्यको खाका, न्यूनतम शर्त तथा कार्य सम्पादन मापन (खारेज भइसकेको) आदि।

वर्तमान संघीय सन्दर्भमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको जिम्मेवारी स्थानीय तहहरूमा भएको एवं स्थानीय तहहरूले स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी नीति र ऐन नियमावली समेत जारी गर्न सक्ने भएकोले अब संघीय सरकारले शहरी स्वास्थ्य नीति जस्ता स्थानीय तहहरूले कार्यान्वयन गर्नुपर्ने खालका नीतिहरूमा परिमार्जन गर्नु वा नयाँ नीति तर्जुमा गर्नु उपयुक्त देखिदैन। यद्यपि शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ ले सम्बोधन गर्न खोजेको मुख्य विषय (शहरी विपन्न वर्गको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार) ज्यूँ का त्यूँ छ।

४.३ शहरी स्वास्थ्य नीतिमा रहेका कमी कमजोरी/अस्पष्टता

कुनै पनि नीति बन्दैमा आफैं कार्यान्वयन हुने होइन, अर्को शब्दमा भन्नुपर्दा नीति राम्रो हुँदैमा यसले हासिल गर्न खोजेको नतिजा प्राप्त हुँदैन। नीतिको कार्यान्वयन यस सम्बन्धी कानून, कार्यक्रम, योजना, बजेट र नीति कार्यान्वयनमा जिम्मेवार कृयाशील संस्थाहरूमा भर पर्दछ।

नेपाली नीतिहरूको एउटा समस्या भनेको नीतिहरू नतिजा खाका सहितको कार्यान्वयन योजना विहिन हुने गरेका छन्, शहरी स्वास्थ्य नीति पनि यसको अपवाद रहेन। प्राय नीतिहरूले अस्पष्ट एवं शब्दजालयुक्त भाषा प्रयोग गरेर नीतिलाई कार्यान्वयनको लागि अयोग्य पनि बनाएका छन्।

अर्को कमजोरी भनेको धेरै विषय, सन्दर्भ, उद्देश्य र रणनीतिहरू एउटै वाक्यमा राख्ने प्रचलन हो, जसले नीतिहरू अस्पष्ट हुने गर्दछन्। साथै नीति तर्जुमा गर्नेले अफुले जाने जतिको सवै कुरा समावेश गर्ने तर कार्यान्वयन योग्य छ कि छैन भन्नेतर्फ कम ध्यान दिने गरेको पाइन्छ। साथै नीतिको मस्यौदालाई अन्तिम रूप दिने जिम्मेवारीमा रहेकाहरूले पनि यसलाई कार्यान्वयन योग्य बनाउनेतर्फ भन्दा पनि यो विषय छुटेछ भनेर थप्दै जानेतर्फ बढी ध्यान दिएको देखिन्छ।

यस अतिरिक्तअधिकांश नीतिहरू नीति निर्माणलाई राजनैतिक अपनत्व वा स्वामित्व प्राप्त भएको हुनु पर्नेमा कर्मचारीतन्त्रले नै यसलाई तर्जुमा गरेको पाइन्छ। राजनीतिक तहमा नीति निर्माण सम्बन्धी ज्ञान, क्षमता, सोच र कल्पनाशीलता कमजोर देखिन्छ। दलीय वा व्यक्तिगत स्वार्थमा असर पर्ने भएमा मात्र राजनैतिक नेतृत्वले चासो दिने गरेको छ।

नीतिमा अमूर्त तथा विषयगत र कतिपय अवस्थामा बहुअर्थ लाग्ने शब्द र वाक्यहरूको प्रयोगले कार्यान्वयनको क्रममा द्विविधा उत्पन्न हुन्छ। कतिपय नीतिहरूको कार्यनीतिमा पनि यस प्रकारका शब्दहरूको प्रयोग भएको पाइन्छ। शहरी स्वास्थ्य नीति, रणनीति र कार्यनीतिमा गरिएका वचनवद्धताहरू कसले कहिले र कसरी पूरा गर्ने भन्ने बारेमा केही उल्लेख गरिएको छैन। उदाहरणकालागि-शहरी स्वास्थ्य नीतिको दोश्रो नीतिमा एकीकृत शहरी स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको विकास तथा विस्तार गर्ने भन्ने वाक्यांश रहेको छ भने यसको रणनीतिमा प्रणालीको विकास गर्ने उल्लेख छ। यी कुराहरू प्रष्ट छैनन्। कार्यनीति केही विस्तृत र प्रष्ट भए तापनि कसले कहिले र कसरी गर्ने भन्ने बारेमा मौन छ।

यसैगरी, कम्तीमा ३ वटा रणनीतिहरूमा प्रणाली/पद्धतिको विकास गर्ने उल्लेख छ, तर यो भनेको के हो? के गर्ने, कसले गर्ने र कसरी गर्ने जस्ता कुराहरू प्रष्ट नभएकोले कार्यान्वयनका दृष्टिले कमजोर देखिन्छ।

शहरी स्वास्थ्य नीतिमा रहेका केही अस्पष्टता/कमजोरीहरू अनुसूची.३ मा दिइएको छ। यसको सारांश भनेको नीति, रणनीति वा कार्यनीतिहरू कहिले, कसले र कसरी कार्यान्वयन गर्ने कुरा नबताइएको हुनाले यसको कार्यान्वयन पक्ष कमजोर एवं जटिल रहेको छ। नीति सँगै यसको कार्यान्वयन योजना पनि आएको भए धैरै हदसम्म नीति कार्यान्वयन योग्य हुने थियो र यसको पुनरावलोकन पनि वस्तुपरक हुने थियो।

४.४ नीतिहरूको अन्तरविश्लेषण

शहरी स्वास्थ्य, स्वास्थ्य क्षेत्रको एउटा पाटो हो, र शहरी स्वास्थ्य सम्बन्धमा अन्य नीतिहरू बनेका पनि छैनन्। यसले गर्दा शहरी स्वास्थ्य क्षेत्रका सबै नीतिहरूको अन्तर विश्लेषण संभव भएन। साथै, स्वास्थ्य क्षेत्रमा २० वटा भन्दा बढी नीतिहरू विद्यमान रहेकोले सबै नीतिहरूको तुलनात्मक अध्ययन गर्न यस सानो अध्ययनमा असंभव नभए तापनि कठिन अवश्य हो। तसर्थ, एउटै समयमा कार्यान्वयनमा रहेका स्वास्थ्य सम्बन्धी केही नीति र नीतिकै स्तरको पोषण सम्बन्धी बहु पक्षीय योजनाको तुलनात्मक विश्लेषण गर्ने प्रयास गरिएको छ।

यस अध्ययनमा अन्तर विश्लेषणकालागि समावेश गरिएका नीतिहरूमा शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति, २०७० (सन् २०१३),र दोश्रो बहुपक्षीय पोषण योजना (सन् २०१८- २०२२) छन्। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति स्वास्थ्य क्षेत्रको मूल नीति भएकोले यो स्वतः समावेश योग्य छ। शहरी स्वास्थ्य नीतिमै राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति आइसकेको हुनाले यससँग सामञ्जस्यता गरिने छ भनी उल्लेख भएको हुनाले पनि वीमा नीतिलाई समावेश गरियो। त्यस्तै दोश्रो बहुपक्षीय पोषण योजना नीतिस्तरकै योजना भएको, र पोषण शहरी स्वास्थ्यको एउटा अभिन्न पाटो भएको हुनाले यसलाई पनि समावेश गरिएको हो।

नेपालका राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिहरू (खासगरी २०४८ सालको स्वास्थ्य नीति) ले ग्रामीण क्षेत्रको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार ल्याउनमै जोड दिएको देखिन्छ, तत्कालीन परिस्थिति अनुसार शायद यो अपेक्षित पनि हो। तर २०७६ सालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिले भने यस बारेमा सन्तुलित नीति अपनाएको पाइन्छ। वसतुतः नेपालको ग्रामीण भेग र शहरी क्षेत्रको स्वास्थ्य स्थिति, आवश्यकता र चुनौति एकै प्रकारका छैनन्, तसर्थ तदनुरूपका नीतिहरू तर्जुमा गरिनु उपयुक्त देखिन्छ।

यस अध्ययनमा जम्मा चार वटा आधारहरू (लक्ष्य, रणनीति र कार्य नीति, कार्य योजना तथा पूर्वानुमान र जोखिम) को आधारमा अन्तर विश्लेषण गर्ने जमर्को गरिएको छ। अन्तर विश्लेषण अनुसूची ४मा दिइएको छ। विश्लेषणवाट के प्रष्ट हुन्छ भने सबैजसो नीतिहरूमा परिमाणात्मक लक्ष राखिएको छैन। नीति मार्गदर्शनको रूपमा रहने भएकोले लक्ष्य नतोकिनु ठीकै होला, तर रणनीतिक योजना र योजनामा पनि परिणामात्मक लक्ष्य नराखिनुलाई उपयुक्त मान्न सकिन्न।बहुपक्षीय पोषण योजनामा रहेको नतिजा खाकामा भने अपेक्षित उपलब्धि (Expected outcome and output) रहेकोहुँदा यसलाई सकारात्मक रूपमा लिनुपर्दछ।

अधिकांश नीतिहरूमा नीति अन्तरगत रणनीति र कार्य नीतिहरू रहेका छन्, राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति भने नीतिविहीन नीति हो। यसमा रहेका ३ वटा उद्देश्य प्राप्तिकालागि ३ वटै रणनीतिहरू र यस अन्तरगत १६ वटा कृयाकलापहरू राखिएका छन्। राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीतिमा २५ नीति र १४६ रणनीति रहेको, कार्य नीति नभएको पाइयो। दोश्रो बहुपक्षीय पोषण योजना आवधिक योजना भएकोले यसमा नीति न भए तापनि नीति स्तरका ६ वटा सिध्दान्त र दृष्टिकोणहरू (policy level principles and approaches) र ६ वटै रणनीतिहरू रहेका छन्। यसमा नतिजा खाका राखिएको हुनाले कार्य नीति संभवतः नराखिएको हुन सक्छ।

समीक्षित ४ वटै नीतिहरूको कार्यान्वयन योजना बनेको छैन। पोषण योजनाको भने नतिजा खाका रहेको हुँदा कार्यान्वयन योजना नै यही भयो र यसमा कार्यान्वयन प्रबन्ध

समेत दिइएको छ। विभिन्न मन्त्रालयका सचिवहरूले कार्यान्वयनको लिखित प्रतिबध्दता जनाएकोलाई सकारात्मक रूपमा नै लिनु पर्दछ। यसलाई अपवादको रूपमा लेने हो भने नीति बन्ने तर कार्यान्वयन योजना बनाएर लागु गर्नेतर्फ कसैको पनि ध्यान नपुग्नुलाई नीतिको कार्यान्वयनमा सरोकारवालाहरूको उदासीनताको रूपमा पनि लिन सकिन्छ।यसले कमजोर कार्यान्वयन मात्र होइन, यसको समीक्षा र मूल्याङ्कन गर्न समेत कठिन भएको छ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति वाहेक कुनै पनि नीतिमा पूर्वानुमान गरिएको छैन। धेरैजसो नीतिहरूमा जोखिम उल्लेख गरिएका छन्। सामान्यतया जोखिमका केही मान्यताहरू हुन्छन्, तर कुनै पनि समीक्षित नीतमा रहेका जोखिमहरूको कुनै मान्यता दिइएको छैन। यसैगरी केही आसन्न जोखिमको बारेमा पनि नीतिमा चर्चा गरेको पाइएन (जस्तै शहरी स्वास्थ्य नीतिमा आसन्न संघीयताको बारेमा कुनै उल्लेख नहुनु, स्वास्थ्य नीतिमा पनि कतिपय संभाव्य जोखिमहरूकाबारेमा उल्लेख नहुनु आदि)।

संक्षेपमा भन्नु पर्दा नीतिहरू एउटै फर्म्याटमा बनेको देखिएन। कार्यान्वयन योजना नहुनुले नीतिहरूको कार्यान्वयन पक्ष स्वतः कमजोर बनेको छ। यसबाट, नीति तर्जुमा गर्नुलाई मात्रै उपलबधि मानेर यसको कार्यान्वयनमा खासै चासो नदेखिएको सन्देश गएको छ। नीतिहरूमा रहेका बग्रेल्ती रणनीति र कार्यनीतिहरूले नीतिहरूलाई दुरुह बनाएका छन्।

परिच्छेद ५

राय सुझाव

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को उद्देश्य र कार्यान्वयनको स्थिति, राज्य संघीय स्वरूपमा सञ्चालन भएको परिप्रेक्ष्य, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा स्थानीय तहहरूबाट प्रदान गर्नुपर्ने संवैधानिक प्रावधान, तथा विभिन्न ऐन तथा नियमावलीहरू र मापदणडहरूमा भएको व्यवस्था अनुसार अध्ययन टोलीले निम्न अनुसारको सिफारिश गर्दछः

(क) शहरी स्वास्थ्य नीतिको कार्यान्वयन वर्तमान संघीय स्वरूपमा सान्दर्भिक देखिदैन, तर यस नीतिले सम्बोधन गर्ने खोजेको मुख्य मुद्धा (शहरी सीमान्तकृत वर्गको पहिचान र उनीहरूको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार) भने जस्ताको तस्तै छ। तसर्थ, रा यो आको समन्वयमा स्वास्थ्य सेवाको लागि एकीकृत नमुना नीति बनाएर सबै नगरपालिकाहरूलाई तदनुरूप नीति तर्जुमा र कार्यान्वयनको लागि पठाउन आवश्यक देखिन्छ। यसबाट प्रादेशिक र स्थानीय भिन्नता तथा आवश्यकताहरूको पनि संबोधन हुन सक्दछ।

(ख) प्रत्येक महा/उपमहा/नगरपालिका तथा गाँउ पालिकामा न्यूनतम पनि एउटा अस्पताल सञ्चालन गर्ने नेपाल सरकारको निर्णयानुसार कार्य प्रारम्भ भइसकेको सन्दर्भमा अलग्गै शहरी स्वास्थ्य संरचनाको अवधारणा र कार्यान्वयन खर्चिलो र व्यवस्थापन पनि जटिल हुन सक्छ।

(ग) महा/उपमहा/नगरपालिका तथा गाँउ पालिकाका प्रत्येक वडामा स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन हुने घोषित नीति अनुसार पनि धैरै किसिमका नाम राखी एकै प्रकारको सेवा प्रवाह गर्दा जन मानसमा भ्रम र द्विविधा पर्न सक्ने मात्र होइन यसबाट प्रवर्धनात्मक तथा प्रतिकारात्मक स्वास्थ्य सेवा ओझेलामा पर्न सक्ने संभावना पनि देखिन्छ, र विदितै छ यो कार्य पनि स्थानीय तहको कार्य क्षेत्रमा परदछ।

(घ) स्थानीय सरकारको जिम्मेवारीमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा र सरसफाई रहेको हुँदा र हाल सञ्चालनमा रहेका शहरी स्वास्थ्य केन्द्र वा शहरी स्वास्थ्य प्रबर्धन केन्द्रबाट पनि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा नै प्रवाहित हुने भएकोले द्विविधा उत्पन्न हुन सक्ने देखिन्छ। स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ मा पनि स्वास्थ्थ्य सेवा प्रवाह बारे उल्लेख भएको तथा दिगो विकास लक्ष्यले कसैलाई पनि पछाडि नछोड्ने नीति लिएको र यस नीतिलाई १५औं आवधिक योजनाले पनि ग्रहण गरेको सन्दर्भमा समेत स्थानीय सरकारलाई नै यि विषयहरू संबोधन गर्ने जिम्मा दिनु उपयुक्त देखिन्छ।

(ङ) जन स्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ तथा नियमावली २०७७ अनुसारका आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू माथि उल्लेखित अस्पतालहरूबाटै दिन सकिन्छ। यस्तै सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य आधिकार ऐन २०७५, स्वास्थ्य वीमा ऐन २०७४ अनुसारका सेवाहरूका लागि पनि शहरी स्वास्थ्य सम्बन्धी बेग्लै संरचना आवश्यक पर्दैन।

(च) शहरी स्वास्थ्य नीति कार्यान्वयनको लागि अलग्गै बजेट, मानव श्रोत, औषधी उपकरण, अभिलेख तथा प्रतिवेदन जस्ता कुराहरू माथिकाबाटै सम्पन्न कार्यान्वयन हुने हुदा यसलाई अलग्गै हेर्न उपयुक्त नहुने देखिन्छ।

(छ) उपरोक्त बुँदाहरूको आधारमा शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ को कार्यान्वयन असान्दर्भिक देखिएको र वर्तमान स्वास्थ्य संरचना, ऐन नियम र मापदण्डहरूले समर्थन नगरेको अवस्थामा शहरी स्वास्थ्य नीतिको परिमार्जन वा नयाँ नीति तर्जुमा गर्न आवश्यक देखिदैन।

अनुसूची १

तालिका १. शहरी स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचकहरू, नेपाल

सूचकहरू/तथ्याङ्कको श्रोत	ने ज स्वा स २०१६ (NDHS 2016)			ब सू स स २०१९ (MICS 2019)		
	शहरी	ग्रामीण	नेपाल	शहरी	ग्रामीण	नेपाल
जनसंख्या %[1]	६२.२	३७.८	१००			
खानेपानीको आधुनिक सुविधामा पहुँच भएको जनसंख्या %	८५	९०	८७			
कूल जन्म दर	२.०	२.९	२.३	१.९	२.४	२.०
५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको मृत्यु दर	३४	४४	३९	२९	२८	२८
शिशु मृत्यु दर	२८	३८	३२	२५	२५	२५
पूर्व प्रसूति सेवा (४ पटक) दर	७५.५	६१.७	६९.४	८०.७	७२.३	७७.८
दक्ष प्रसूति कर्मीको सहायताबाट प्रसूति सेवा %	६७.७	४६.८	५८.	८३.२	६५.८	७७.२
वाल वालिकालाई आधारभूत खोप सेवा %	७८.५	७७.	७७.८	९७.३[2]	९८.३	९७.७
वाल (५ वर्ष मुनि) कुपोषण %						
पुड्कोपना[3]	३२.	४०.२	३६.७	२८.८	३६.४	३१.५
कम तौल[4]	२३.४	३१.१	३२.५	२२.३	२८	६.५
५ वर्ष मुनिका वालवालिकामा जरो आएको %	२२.७	१९.४	२१.२	१९.९	२१.७	२०.६
५ बर्ष मुनिका वालवालिकामा झाडा पखाला%	७.८	७.४	७.६	८.३	१२.२	९.७
सुधारिएको घरेलु चर्पी भएको घर %	६१	६३	६२			

---

1 पन्ध्रौं योजना, (२०७६-२०८०), राष्ट्रिय योजना आयोग, २०७६,

2 कुनै पनि खोप नलगाएका वालवालिकाको प्रतिशत घटाएर निकालिएको प्रतिशत

3 Percentage below -2 SD

4 Percentage below -2 SD

अनुसूची २

नीति कार्यान्वयनको स्थितिः

उद्‌देश्य प्राप्तिका लागि नीति	नीतिको रणनीति	कार्यनीति	नीति/रणनीति/कार्यनीति कार्यान्वयनको स्थिति	प्रगति प्रतिशत
१. गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा शहरीक्षेत्रका सबै बासिन्दाहरू विशेषगरी महिला, बालबालिका, गरीव, सीमान्तकृत, जेष्ठ नागरिक समेतको पहुँच वृद्‌धि गर्न आधुनिक,आयुर्वेद, होम्योप्याथिक, युनानी र अन्य पुरक चिकित्सा प्रणालीको माध्यमवाट गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने।	१.१नेपाल सरकारको निःशुल्क स्वास्थ्य नीतिअनुसार शहरीक्षेत्रमा गुणस्तरीयआधारभूत स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गरी सेवामा सबैको पहुँच पुऱ्याउने।	१.१.१ शहरी क्षेत्रमा गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा विस्तारका लागि स्थितिको वस्तुगत अध्ययन गरी वृहत शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका अद्‌यावधिक योजना (५ वर्षे) तयार गर्ने र सो योजना लागु गर्न लाग्ने आर्थिक लागतको लेखाजोखा तयार गर्ने ।	१.१.१त्यस्तो अध्ययन नभएको र आवधिक योजना पनि नबनेको। योजना नै नबनेको हुनाले लागतको लेखाजोखा पनि नभएको।	०%
		१.१.२ नेपाल सरकारको निःशुल्क स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी कार्यान्वयन र विस्तार गर्नस्थानीयस्तरमा उपलब्ध जडीवुटीहरूको संरक्षण, प्रवर्धन र विकासमा प्राथमिकतादिदै आधुनिक, आयुर्वेद, होम्योप्याथिक, युनानी र अन्य पुरक चिकित्सा प्रणालीको माध्यमवाट शहरी क्षेत्रमा वसोवास गर्ने आम नागरिकहरूका आधारभूत स्वास्थ्य उपचारको सुनिश्चिता गर्न एकीकृत र समन्वयात्मक रूपमा स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरू संचालन गरिनेछ ।	१.१.२ एकीकृत सेवा शुरु गर्ने बारे संवाद शुरु भएको। तर यो जिम्मेवारी स्थानीय तहमा समेत रहेको।	२०%
		१.१.३. शहरी क्षेत्रमा बसोवास गर्ने बासिन्दा खासगरी महिला तथा बालबालिका, गरीव,	१.१.३ संघीयताको सन्दर्भमा यो जिम्मेवारी पनि स्थानीय तहहरूमा रहेकोले यस सम्बन्धी	-

		सीमान्तकृत तथा सेवा उपभोगका दृष्टिले पछि परेका जनताको पहिचान गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको उपभोग गर्दा आइपर्ने सामाजिकसाँस्कृतिकभौगोलिकतथा आर्थिक कठिनाईहरूलाई कम गर्दै सेवाको पहुँच र उपभोगमा वृद्धि गर्न विभिन्न कार्यक्रमहरू लागु गर्ने ।	कृयाकलापहरू स्थानीय तहबाटै सञ्चालन भएको हुनु पर्ने।	
		१.१.४. शहरी क्षेत्रमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमलाई विस्तार गर्दा स्थानीय निकाय, गैर सर-कारी संघ-संस्था, निजी क्षेत्र लगायत सम्बन्धित सरोकारवाला निकायहरूसँग समन्वय र साझेदारी विकास गरी कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने।	१.१.४ आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज तयार भई जन स्वास्थ्य सेवा नियमावली २०७७ मा समावेश भएको।साअदारी सहितका विषय कार्यान्वयनको जिम्मेवारी स्थानीय तहहरूमा रहेको।	३३%
		१.१.५. शहरी स्वास्थ्य सेवामा शहरका सबैवर्ग विशेष गरी गरीव तथा सीमान्तकृत वर्गको सहज पहुँचको लागि स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्यका विषयमाप्रर्वद्धनात्मक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।	१.१.५ शहरी वासिन्दाहरूका लागि उपचारात्मक एवं प्रबर्धनात्मक सेवा प्रदानगर्न केही नगरपालिकाहरूमा शहरी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन केन्द्रको स्थापना गरिएको।	३३%
		१.१.६. राष्टिय स्वास्थ्य विमा नीति, २०७१ स्वीकृत भइ सकेका छ । उक्त नीति र शहरीस्वास्थ्य नीतिअनुसार प्रदानगरिने सेवाहरूमा समान्जस्यता कायम गरी स्वास्थ्यसेवा प्रदान गर्ने।	१.१.६ सामञ्जस्यता कायम गर्न बाँकी रहेको।	०%

	१.२. शहरी क्षेत्रमाआधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि सक्षम, प्रभावकारी एकीकृत र दिगो स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको संस्थागतसंरचनाको विकास, सुदृढीकरण गर्ने।	१.२.१.महा⁄उपमहा⁄नगर पालिकाहरूलाईजनसंख्या तथा भौगोलिक, सामाजिक, आर्थिकस्थितिको आधारमा विभिन्न समूहमा वर्गीक- रण गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न उपयुक्त संस्थागत संर- चना तयार गरी लागु गर्ने १.२.२.गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नको लागि उपयुक्तसंस्थागतसंरचनाका नमुना (मोडेल) तयार गरी त्यसको परीक्षण गर्ने र त्यसलाइ चरणबद्धरूपमा सबै महा⁄उपमहा⁄नगरपालिकाहरूमा विस्तार गर्दै लैजाने १.२.३.शहरीक्षेत्रमा विद्यमान सरकारी स्वास्थ्यकेन्द्रहरूकोविस्तृत अध्ययन गरी आवश्यकता अनुसार प्राविधिक तथा भौतिक संरचना (प्रविधि र उपक- रण समेत) सुदृढीकरण गरी गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवा नियमित गर्ने । १.२.४.सबै महा⁄उपमहा⁄ नगरपालिकावासीहरूलाई आधारभूतस्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्न आवश्यकता र प्राथमिकताकाआधारमामहा⁄उपमहा⁄नगरपालिकाका प्रत्येक वडामा क्रमशः“शहरी स्वास्थ्य केन्द्र”स्थापना गर्दै जाने,	१.२.१ महा/उपमहा/ नगरपालिकाहरूमा वर्गीकरण भइ सकेको, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रवाह स्थानीय तहबाट गर्ने कानूनी व्यवस्था भएको। १.२.२ नमुना संरचनाको व्यवस्था नभएको, तर प्रत्येक प्रदेशको एक एक वटा स्थनीय तहमा (गाउ पालिका समेत) स्वा ज मं बाटसिकाई केन्द्रको रूपमा क्षमता वृद्धिको कार्यक्रम सञ्चालनमा रहेको। १.२.३ केही शहरी क्षेत्रहरूमा श. स्वा प्र केहरूको स्थपना भएको । विस्तृत अध्ययन र अन्य कार्य नभएको। १.२.४ जम्मा १७ वटा नगरपालिकाहरूमा श स्वा प्र के स्थापना भइ सञ्चालनमा रहेका। सम्बन्धित नगरपालिकाहरूको शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरू थप गर्दै जाने कार्यक्रम रहेको। (उदाहरण- कामनपा)। १.२.५ नेपाल सरकारले प्रत्येक स्थानीय तहमा	८०% ३३% २०% ६०%

		१.२.५ सरकारी अस्पताल नभएका महा/उपमहा/ नगरपालिकाहरूमा नगरपालिकाको जनसंख्या र भौगोलिक अवस्था समेतलाई विचार गरी कम्तिमा १५ शैया सम्मको "शहरी स्वास्थ्य अस्पताल"क्रमशः स्थापना गदै जाने । १.२.६ स्थापना हुने शहरी स्वास्थ्य केन्द्र र शहरी अस्पतालहरूको जनशक्ति रसांगठनिक संरचना (Organisational structure)सम्बन्धि विस्तृत अध्ययन/सर्भेक्षण गरी आवश्यकता अनुसार जनशक्ति व्यवस्थापन गर्ने। १.२.७स्थानीय स्वास्थ्य शासन सुदृढिकरणका लागिस्वाजम. रसं मा तथा स्था विम वीच भएको सहकार्यको खाकाको मर्म र भावना अनुसार आधारभूत स्वास्थ्य सेवा शहरी क्षेत्रमा प्रभावकारी रूपमा विस्तार गर्न स्थानीय निकाय विशेष गरीनगरपालिकाहरूका स्वास्थ्य क्षेत्रका सांगठनिक क्षमता अभिवृद्धि गर्दै आधारभूत स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रममा सहकार्यगरी महा/उपमहा/नगरपालिकाहरूमा हस्तान्तरण गर्दै जाने ।	एउटा प्राथमिक अस्पताल स्थापना गर्ने कार्यक्रम ल्याएको छ, यसको कार्यान्वयन समेत भइरहेको छ। १.२.६ यसरी स्थापना हुने क्रममा रहेका प्राथमिक अस्पताल हरूको दरवन्दी संरचना समेत संघीय सरकार वाटै प्रदान हुने। १.२.७ सहकार्यको खाका सम्बन्धी कार्य हाल खासै केही नभएकोतर संघीय सन्दर्भमा सबै स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाहरूस्थानीय तहलाई हस्तान्तरण भइसकेको। (यस सम्बन्धी परिपत्र स्वा ज मं बाट भएको।	७०% ५०% ८०%

	१.३. आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर मापन प्रणाली र मापदण्डहरू तयार गरी लागु गर्ने।	१.३.१. सेवाका न्यूनतम गुणस्तर मापन गर्नआधारभूत स्वास्थ्य सेवा गुणस्तर मापन मापदण्ड कार्यविधि निर्देशिका'तयार गरी लागु गर्ने र नियमित अनुगमन गर्ने।	१.३.१ स्वास्थ्य सेवाको न्यूनतम सेवा मापदण्ड (विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाकालागि फरक फरक मापदण्ड) तयार गरि लागु गरिएको छ।	८०%
		१.३.२. तोकिएका न्यूनतम गुणस्तर मापदण्डहरूलाइ प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि जनशक्तिलाइ आवश्यक क्षमता तथा सीप विकास तालिम कार्यक्रमका आयोजना गर्ने ।	१.३.२ विभिन्न तहका सरकार अन्तरगतका स्वास्थ्यकर्मी हरूलाई न्यूनतम सेवा मापदण्ड सम्बन्धी तालिम प्रदान गरिएको।	९०%
		१.३.३. सं मा तथा स्था वि म. को सहकार्यमा सेवा गुणस्तर कायम गर्नभौतिक पूर्वाधारको न्यूनतम मापदण्ड तयार गर्ने र सम्वन्धित नगरपालिकाको अगुवाईमा भौतिक पूर्वाधारको विकास क्रमशः गर्दै जाने	१.३.३ माथि उल्लेखित मापदण्डमा भौतिक पूर्वाधारको समेत मापदण्ड समावेश गरिएको।	८०%
	१.४. शहरी क्षेत्रमा गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्यसेवा प्रदान गर्नका लागि एउटा वृहत मानवसंशाधन विकास कार्य योजना तयार गर्ने।	१.४.१. शहरी क्षेत्रको वस्तुगत अध्ययन गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नका लागि आवश्यक मानव संशाधन विकास कार्ययोजना तयार गरी प्राथमिकता र आवश्यकताका सिद्धान्त अनुसार क्रमिक रूपमा लागु गर्ने ।	१.४.१ शहरी क्षेत्र सम्बन्धी वेग्लै कार्ययोजना बनेको छैन, तर WHO को सहयोगमा स्वास्थ्यको लागि मानव संशाधन रणनीति तयार हुँदै गरेको।	३३%
		१.४.२. मानव संशाधन विकास कार्ययोजनाले निर्देशित गरे अनुसारप्राथमिकता रआवश्यकताका सिद्धान्त अनुरूप मानव श्रोतको	१.४.२ Roadmap तयार हुँदै गरेकोले कार्यान्वयन बाँकी रहेको।	२०%

		नियुक्ति, पदस्थापना, क्षमता तथा सीप विकासका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने		
	१.५. स्वास्थ्य सेवामा प्रेषण प्रणालीको विकास तथा सुदृढिकरण गर्ने।	१.५.१. प्रथम तहको आधारभूत प्राथमिक स्वास्थ्य सेवावाट दोस्रो तहको स्वास्थ्य सेवा र विशेषज्ञ सेवामा प्रेषण प्रयोजनकालागि प्रेषण व्यवस्थापन निर्देशिका तयार गरी कार्यान्वयन गर्ने ।	१.५.१ दुई तर्फी प्रेषण प्रणाली सम्बन्धी कार्यविधिको मस्यौदा तयार भएको।	५०%
		१.५.२. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरू प्रदान गर्ने क्रममा प्रेषण सम्बन्धी व्यवस्था गर्दा संस्थामा प्राप्त हुने स्वास्थ्य सेवा, सुविधा, भौतिक सामग्री तथा उपलब्ध जनशक्तिका आधारमा तहगत प्रेषण प्रणाली निर्धारण गर्ने ।	१.५.२ उक्त मस्यौदामा तहगत प्रेषणकोव्यबस्था भएको।	५०%
		१.५.३. प्रेषण प्रणाली सँगसँगै पृष्ठपोषण पद्धतिको पनि विकास गरी नियमित कार्यान्वयन गर्ने र समय अनुकूल पुनरावलोकन गरी सुदृढ गर्दै लैजाने।	१.५.३ पृष्ठपोषण पध्दतिको विकास गरिएको छैन, तर यसको प्रयोग कार्यस्थलमा भइरहेको छ।	३३%
२ शहरी क्षेत्रका सम्पूर्ण मानिसहरू विशेष गरेर महिला, बालबालिका गरीब तथा सीमान्तकृत वर्ग तथा समुदायको स्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पार्ने विषयहरूलाइ सम्बोधन गर्न एकिकृत शहरी स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको विकास र विस्तार गर्ने ।	२.१.शहरीस्वास्थ्य कार्यक्रमलाई स्थानीय विकास योजनासँगएकीकृत गर्ने प्रणालीको विकास ग्रर्ने।	२.१.१. स्थानीय स्वास्थ्य शासन सुदृढिकरण सहकार्यका खाकाको मर्म र भावना अनुसारशहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमलाइ स्थानीय विकास योजनासँग आवद्ध गरी एकीकृतरूपमा लागु गर्ने। २.१.२. शहरी स्वास्थ्यको नीति तथा कार्यक्रम,	२.१.१ सहकार्यको खाका सम्बन्धी कार्य हाल खासै केही नभएको तर संघीय सन्दर्भमा स्वास्थ्य सेवाका कार्यक्रमहरू स्थानीय तहकोवार्षिक विकास कार्यक्रममै समावेश हुने गरेको।	६०%

		योजना तर्जुमा तथा श्रोतको व्यवस्थापन गर्दा स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय, शहरी विकास मन्त्रालय तथा अन्य सरोकारवाला निकायहरूकासमन्वयमा तयार गरी लागु गर्ने ।	२.१.२ यस्तो बहुपक्षीय सहकार्य हुन बाँकी रहेको।	३३%
		२.१.३. शहरी स्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने बहु-निकायगत विषयहरूको पहिचान र सो सम्बोधन गर्ने नीति, योजना र कार्यक्रम तर्जुमा र कार्यान्वयन गर्ने ।	२.१.३ कार्यान्वयन नभएको।	०%
	२.२ शहरी क्षेत्रमा मानवीय स्वास्थ्यसँग प्रत्यक्षसरोकार राख्ने विषयहरूलाई सम्बोधन गर्न एक प्रभावकारी पद्धतिको विकास गर्ने।	२.२.१. मानिसका परिवर्तित जीवनशैलीर जोखिमपूर्ण व्यवहारहरूलेगर्दामानवीय स्वास्थ्यमा पार्ने प्रतिकूल प्रभावहरूका पहिचान गर्ने ।	२.२.१ त्यस्तो पहिचसन गर्ने कार्यक्रम सञ्चालन नभएको।	०%
		२.२.२. स्वस्थ्य जीवनशैली तर्फ प्रोत्साहन गर्नकालागि समुदाय स्तरमा सामाजिक परिचालनका माध्यमद्वारा स्वास्थ्य जागरण तथा प्रवर्द्धनात्मक कार्यक्रमहरूसञ्चालन गर्ने ।	२.२.२ सम्बन्धित दिवसका दिन सञ्चालन गर्ने गरिएको।	२०%
		२.२.३. आधारभूत स्वास्थ्य सेवाका रूपमा पहिचान भइ सम्बोधन गरिएका तर हाल कार्यान्वयनमा नआएका वातावरणीय स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा र शहरी स्वास्थ्यसेवाका अन्य	२.२.३ लागु गर्न बाँकी रहेको।	०%

		कार्यक्रमहरूसँग समन्वय गरी प्राथमिकताका आधारमा लागु गर्ने । २.२.४. शहरी उपभोक्ताहरूको स्वास्थ्य र सुविधाका लागि उपभोग्य वस्तु र सेवाका सरोकारवाला निकायहरूसँग समन्वय गरी गुणस्तर, स्वस्थ्यता र उपभोग्य स्तरको निगरानी र सुपरीवेक्षण गर्ने।	२.२.४ स्वास्थ्यका निकायहरूबाट नभएको।	०%
३. शहरी स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित निकायहरूको समन्वय, भूमिका, जिम्मेवारी र उत्तरदायित्वमा स्पष्टता ल्याइ गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा एकरूपता ल्याउने र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवा सुविधाकको गुणस्तरमा सुधार गर्ने।	३.१. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई प्रभावकारी कार्यन्वयन गर्न यसको नीतिगत र कार्यगतव्यवस्था-पन गर्ने पद्धतिको विकास गर्ने साथैउपचारात्मक स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउने ।	३.१.१. स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालयको अगुवाइमा शहरी स्वास्थ्य रणनीति तयार गर्ने र सो रणनीतिमा सरकारी निकायहरू विशेष गरेर स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालय, संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय र शहरी विकास मन्त्रालयका साथै स्थानीय निकायहरूका भूमिका, जिम्मेवारी र दायित्व स्पष्ट गरीसोही अनुसार लागु गर्ने,गराउने	३.१.१ शहरी स्वास्थ्य रणनीतिको तर्जुमा नभएको।	०%
		३.१.२. विद्यमान सरकारी, निजी तथा गैर सरकारी क्षेत्रबाट सञ्चालित विभिन्न तहका अस्पतालहरूबाट प्रदान हुँदैआएका उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर वृद्धिकालागि नगरपालिकाको सहयोग र जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यलयको अगुवाइमा आवश्यक कार्ययोजना तयार गरी कार्यान्वयन गर्ने, गराउने।	३.१.२ कार्ययोजना नबनेको, तथापि उपचारात्मक सेवाको गुणस्तर वृद्धिका लागि विविध उपायहरू अपनाइएको।	२०%

	३.२. राष्ट्रिय तथा स्थानीय निकाय, गैर सरकारी संघ-संस्था, निजी स्वास्थ्य क्षेत्र तथासमुदायको संलग्नतामा शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम विस्तार रकार्यन्वयनकालागि साझेदारी विकास गर्ने ।	३.२.१. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यन्वयनका लागि शहरी स्वास्थ्य साझेदारी निर्देशिका तयार गरी लागु गर्ने र गराउने ।	३.२.१ शहरी स्वास्थ्य साझेदारी निर्देशिका नबनेको भए तापनि स्वास्थ्यमा सार्वजनिक निजी साझेदारी निर्देशिका जारी भएको छ।	२०%
		३.२.२.शहरी क्षेत्रमारहेका सरकारी, गैर सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलेउपलब्ध गराउँदै आएको आधारभूत स्वास्थ्य सेवामाएक-रूपता ल्याइ हाल स्वास्थ्यसेवा सुविधाबाट पछि परेका समूहहरूको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउनशहरी/नगरस्वास्थ्य व्यवस्थापन समितिबाट आवश्यक कार्य योजना तयारगरी लागु गर्ने ।	३.२.२ आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज तयार भएको, कार्य योजना बनेको जानकारी नभएको।	२०%
		३.२.३. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूका प्रभावकारी कार्यन्वयनकालागिआवश्यकता अनुसारकार्य समुहहरू गठन गरी कार्य सम्पादन गर्ने ।	३.२.३ कार्य समूहहरू गठन नभएको।	०%
	३.३. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको नियमित अनुगमन तथा मूल्याङकन र नियमन गर्ने संयन्त्रको विकास गर्ने ।	३.३.१. स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालयको अनुगमन तथा मूल्याङकन नीति निर्देशिका अनुसार शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमकोअनुगमन तथा मूल्याङकन र नियमन कार्यविधिस्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालयको अगुवाइमा सघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालयको सहकार्यमा तयार गरी लागु गर्ने ।	३.३.१ कार्यान्वयन नभएको	०%
		३.३.२. स्वास्थ्य सेवाका गुणस्तर र मापदण्ड		

		निर्धारण गरे बमोजिम कार्यक्रमका तर्जुमा तथा सञ्चालन भए-नभएका अनुगमन तथा मल्याङकन गन सरोकारवाला निकायकासहभागितामा क्षेत्रगत तथा विषयगत ज्ञानमा पारंगत भएको अनुगमन संयन्त्र गठन गरी लागु गर्ने ।	३.३.२ संयन्त्र गठन नभएको। तर न्यूनतम सेवा मापदण्डमा अनुगमनको प्रावधान रहेको।	२०%
		३.३.३. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका विषयमा विद्युतीय सूचना प्रणालीको विकास गरी स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालय अन्तरगतका स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणालीसँग आवद्ध गर्ने ।	३.३.३ कार्यान्वयन नभएको	०%
		३.३.४शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरू र सोसँग सम्बन्धित निकायहरूको दैनिक कार्य प्रभावकारीढङ्गले सञ्चालन भए नभएको नियमित अनुगमन गर्ने व्यवस्था मिलाइ लागु गर्ने ।	३.३.४ अनुगमनको जिम्मेवारी पनि स्थानीय तहको भएको। स्थानीय तहबाट अनुगमन भए नभएको बारेमा जानकारी नभएको।	-
		३.३.५ स्वास्थ्य कार्यक्रमका योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङकनमास्थानीय समुदाय, उपभोक्ता तथा सेवाग्राहीहरूको उचित सहभागिता गराउने ।	३.३.५ स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ अनुसार स्थानीय तहहरूमा सहभागिता गराउनु पर्ने दायित्व भएको।	५०%
		३.३.६.स्वा. ज. म.को अनुगमन तथा मूल्याङकन नीति निर्देशिका अनुसार शहरी		

		स्वास्थ्य कार्यक्रमको अनुगमन तथा शहरी क्षेत्रको जनसंख्या वितरणको अध्ययन गर्न र सो अनुसार शहरका विभिन्न क्षेत्रमा बसोबास गर्ने स्वास्थ्यका हिसाबलेजोखिममा रहेका जनसङख्याको स्वास्थ्य आवश्यकताको पहिचान र पाथमिकीकरण गर्ने ।	३.३.६ कार्यान्वयन नभएको।	०%
४. शहरी क्षेत्रमा गुणस्तरीय आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको न्यायोचित वितरण र उचित उपयोगएवं कुशल व्यवस्थापनको लागि सम्बन्धित निकायहरूको क्षमता अभिवृद्धि, जनसहभागिता र सशक्तीकरण गर्ने ।	४.१ शहरी क्षेत्रका बासिन्दाहरू विशेष गरी महिला, बालबालिका, गरीब तथा सीमान्तकृतवर्गहरू को स्वास्थ्य आवश्यकताको पहिचान गरी सेवाको न्यायोचित वितरणसुनिश्चितगर्ने।	४.१.१. शहरी क्षेत्रको जनसंख्या वितरणको अध्ययन गर्ने र सो अनुसार शहरका विभिन्न क्षेत्रमा बसोबास गर्ने स्वास्थ्यका हिसाबले जोखिममा रहेका जनसङख्याका स्वास्थ्य आवश्यकताका पहिचान र पाथमिकीकरण गर्ने ।	४.१.१ त्यस्तो अध्ययन नभएको, पहिचान र प्राथमिकीकरण पनि नभएको।	०%
		४.१.२ शहरी क्षेत्रमा वसोवास गर्ने सवै नागरिकका लागि आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपलव्ध गराउने ।	४.१.२ आधारभूत स्वास्थ्य सेवा कानूनमै समावेश भएकोले सवै स्थानीय तहहरूले कार्यान्वयन गर्ने।	२०%
		४.१.३. शहरी क्षेत्रमा आधारभूत स्वास्थ्य सेवा विस्तार गर्दा जोखिममा परेका वर्ग(महिला, बालबालिका, गरीब तथा सीमान्तकृत र बसाइ सराइ गरेर आएका समुहसुकुम्बासीहरू) का लागि विशेष लक्षित कार्यक्रम तयार गरी कार्यन्वयन गर्ने ।	४.१.३ संघीय स्तरवाट नभएको, केही स्थानीय तहहरूबाट कार्यान्वयन भएको हुनसक्ने।	०%
		४.१.४. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रममा समुदायको सहभागिता बढाउन समुदाय स्तरमा विभिन्नसहयोग समूहहरू	४.१.४ केही स्थानीय तहबाट भएको हुन सक्ने।जानकारीको अभाव	-

		स्थापना गरी उनीहरूका क्षमता अभिवृद्धि गरी सक्रिय सहभागी गराउन । ४.१.५ शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमलाइ गुणस्तरीय र पभावकारीकार्यान्वयनको लागि कार्यक्रमव्यव-स्थापन र कार्यन्वयन गर्ने निकायहरूको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने। ५.१.१. स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालयको अनुगमन तथा मल्याङकन नीति निर्देशिका अनुसार शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका अनुगमन तथा मूल्याङकन र नियमन गर्ने कार्यविधिस्वा जमको अगुवाइमा स मा तथा स्थाविमको सहकार्यमा तयार गरी लागु गर्ने।	४.१.५ आधारभूत स्वास्थ्य सेवा बारे अभिमुखीकरण भएरहेको। श. स्वा. प्र. के. को बारेमा तालिम दिइएको। ५.१.१ कार्यविधि नबनेको	५०% ०%
५. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तर्गत सेवाहरूका अनुगमन तथा मल्याङ्कन, नियमन, अध्ययन तथा अनुसन्धान गर्ने एक पभावकारी प्रणालीको विकास	५.१. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका नियमित अनुगमन तथा मूल्याङकन र नियमन गर्ने संयन्त्रको विकास गन ।	५.१.१. स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालयको अनुगमन तथामल्याङकन नीतिनिर्देशिका अनुसार शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका अनुगमन तथामूल्याङकन र नियमन गर्ने कार्यविधिस्वा जमको अगुवाइमा स म। तथा स्थाविमका सहकार्यमा तयार गरी लागु गन। ५.१.२. स्वास्थ्य सेवाको निर्धारित गुणस्तर र	५.१.१ तयार नभएको, कार्यान्वयन नभएको।	०%

		मापदण्डबमोजिम कार्यक्रम तर्जुमा तथा सञ्चालन भए-नभएको अनुगमन, मूल्याङकन गर्न सरोकारवाला निकायकोसहभागितामा क्षेत्रगत तथा विषयगत ज्ञानमा पारंगत भएको अनुगमन संयन्त्र गठन गरी लागु गर्ने ।	५.१.२ त्यस्तो वेग्लै संयन्त्र गठन नभएको। तर न्यूनतम सेवा मापदण्ड बमोजिमको अनुगमन हुने गरेको।	८०%
		५.१.३. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमका विषयमा विद्युतीय सूचना प्रणालीको विकास गरी स्वास्थ्य तथा जनसङख्या मन्त्रालय अन्तरगतका स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणालीसँग आवद्ध गर्ने ।	५.१.३ कार्यान्वयन नभएको।	०%
		५.१.४शहरी स्वास्थ्य केन्द्रहरू र सोसँग सम्बन्धित निकायहरूको दैनिक कार्य प्रभावकारीढङ्गले सञ्चालन भए नभएका नियमित अनुगमन गर्ने व्यवस्था मिलाइ लागु गर्ने ।	५.१.४ अनुगमन गर्ने दायित्व स्थानीय तहहरूमा रहेको। अनुगमन भए नभएको बारे पर्याप्त जानकारीको अभाव।	-
		५.१.५स्वास्थ्य कार्यक्रमका योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङकनमास्थानीय समुदाय, उपभोक्ता तथा सेवाग्राहीहरूलाई उचित सहभागिता गराउने ।	५.१.५ यसप्रकारको सहभगिताको व्यवस्था कानूनले नै गरेको।	७०%
	५.२. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम अन्तरगत	५.२.१. स्थानीय तहमा शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम लागु गर्न अगावै उक्त क्षेत्रको वस्तुगत अध्ययन	५.२.१ कार्यान्वयन नभएको।	०%

	अध्ययन तथा अनुसन्धान गर्ने प्रणालीको विकास गरी त्यसलाइ संस्थागत गर्ने।	गर्ने व्यवस्था कार्यान्वयन गर्ने ।		
		५.२.२. शहरी क्षेत्रमा विद्यमान सम्पूर्णस्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको पहिचान तथा उनीहरूले प्रदान गर्ने सेवाहरू,का विषयमा विस्तृत सूचना संकलन गर्न अध्ययन गर्ने र सोलाइ अद्यावधिक गन व्यवस्था मिलाउन ।	५.२.२ आंशिक कार्यान्वयन भएको। स्थानीय तहको पार्श्व चित्रमा धेरै जसो सूचना रहने। यसबारेमा पूर्ण जानकारीको अभाव।	३३%
		५.२.३. स्वास्थ्यको वृहत सामाजिक निर्धारकहरू (ध्ष्मभच क्यअष्वा म्भतभचकष्लबलतक याज्भबतिज० को कारणबाट मानवीय स्वास्थ्यमा पान प्रभावहरूका अध्ययन गरी सो को नतिजाका आधारमा शहरी स्वास्थ्य कार्ययोजना तयार गरी लागु गन ।	५.२.३ कार्यान्वयन नभएको।	-
		५.२.४. शहरका बासिन्दाहरूको परिवर्तित जीवनशैली र जोखिमपूर्ण व्यवहारबाट उनीहरूकास्वास्थ्यमा पर्न सक्ने प्रतिकूल प्रभावका पहिचान गन अध्ययन अनुसन्धान गन गराउन।	५.२.४ कार्यान्वयन नभएको।	०%
		५.२.५. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम लागु गर्दै जाँदा पहिचान गरिएका विषयहरूमा लगायत कार्यक्रमलाइ अझ प्रभावकारी बनाउनका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रणाली, रोगको प्रकोप र वर्गीकरण, सेवाग्राही केन्द्रीत स्वास्थ्य सेवाका विकास लगायत	५.२.५ कार्यान्वयन नभएको।	०%

		आवश्यकता पहिचान गरिएका क्षेत्रमा अध्ययन अनुसन्धान गन गराउन।		
		५.२.६. अध्ययन अनुसन्धानबाट प्राप्त भएका नतिजालाइ नीति, रणनीति र कार्यक्रम तर्जुमागर्दा समायोजन गन र कार्यन्वयनमा प्रयोग गर्ने ।	५.२.६ प्रमाणमा आधारित योजना तर्जुमाको अभ्यास हुने गरेको।	८०%
		५२.७शहरी स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गत अध्ययन तथा अनुसन्धान प्रणालीलाई नियमित गरीसंस्थागत गर्दै लैजान योजना तयार गरी कार्यन्वयन गन गराउने ।	५.२.७ कार्यान्वयन नभएको।	०%
६ शहरी स्वास्थ्य नीति कार्यन्वयनको लागि आवश्यक श्रोत, साधनका व्यवस्थापन र उचित परिचालन गर्ने।	६.१ शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनको लागि शहरी स्वास्थ्य आर्थिक श्रोत परिचालन रणनीति तयार गर्ने।	६.१.१. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमकालागि विद्यमान तथा सम्भावित आयका श्रोतहरूकोपहिचान गर्नको लागि अध्ययन तथा विश्लेषण गर्ने ।	६.१.१ कार्यान्वयन नभएको।	०%
		६.१.२.उक्त अध्ययनको नतिजाका आधारमा सबै सरोकारवाला निकायहरूकोसहभागितामा शहरी स्वास्थ्य आर्थिक श्रोत रणनीति र सोको कार्य निर्देशिका तयार गरी कार्यान्वयन गर्ने ।	६.१.२ कार्यान्वयन नभएको	०%
		६.१.३. शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको लागि लाग्ने वार्षिक खर्चको पक्षेपण/ अनुमान गर्ने र वार्षिक आर्थिक कार्य योजना तयार गरी लागु गर्ने।अनुमानित वार्षिक बजेटस्वा जमं को सहयोगमा सं मा तथा	६.१.३ कार्यान्वयन नभएको, संघीय सन्दर्भमा प्रासंगिक नभएको।	०%

		स्था वि मंले व्यवस्था गर्नेछ । ६.१.४वार्षिक आर्थिक कार्य योजना तयार गर्दा सरोकारवाला मन्त्रालय तथा निकायहरूसँग समन्वय गरी शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमलाइसमग्र नगर/शहरी विकासकायोजनासँग सामान्जस्य गर्ने । ६.१.५वार्षिक आर्थिक योजना तयार पार्दा कुल बजेटको कम्तिमा ८० प्रतिशत स्थानीय स्तरमा प्रभावकारी कार्यक्रमको लागि खर्च गर्ने गरी योजना तयार गरी लागु गर्ने।	६.१.४ शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम स्थानीय तहको वार्षिक कार्यक्रमको एक अंग हुने गरेको। ६.१.५ स्थसनीय तहमा कूल बजेटको प्रतिशत क्रमशः वृद्धि हुँदै गरेको।	५०% ६०%

अनुसूची २: क्रमशः नीतिमा भएका अन्य प्रावधानहरूको कार्यान्वयनको स्थिति

प्रावधान	प्रावधानको विषय	प्रावधानहरूको कार्यान्वयन स्थिति	प्रगति प्रतिशत
संस्थागत संरचना	शहरी स्वास्थ्य केन्द्रीय समन्वय तथा व्यवस्थापन समिति	समिति गटन नभएको।	०%
	नगरस्तरीय स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति	नयां कार्यादेश सहितको स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्तवस्थापन समिति नै पर्याप्त रहेको बुझाई।	६६%
	वडास्तरीय स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति	नयां कार्यादेश सहितको स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्तवस्थापन समिति नै पर्याप्त रहेको बुझाई	६६%
जनशक्ति व्यवस्थापन	स्वा ज मं लगायत अन्य सरकारी क्षेत्रवाट परिचालन हुने जनशक्ति	जनशक्ति परिचालन भएको, जनशक्ति समायोजन भएको।	९०%
	नगरपालिकाहरूको आफ्नै जनशक्ति	करारमा नियुक्ति गर्ने गरिएको।	५०%
	गै स स बाट खटिने जनशक्ति	यसबारे पर्याप्त जानकारी प्राप्त हुन नसकेको।	०%
	निजी क्षेत्रवाट सञ्चालन हुने जनशक्ति	निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थामा निजी क्षेत्रकै जनशक्ति हुने गरेको । निजीबाट सरकारीमा जनशक्ति परिचालन बारे जानकारी नभएको।	०%
आर्थिक पक्ष	स्थानीय स्वायत्त शासन ऐन २०५५ को भग ३, दफा ९६ को उपदफा (छ) अनुसार शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम सञ्चालनकालागि सं मा तथा स्था वि मं र स्वा ज म.वीच भएको सहकार्यको खाका २०७० र यसको कार्यान्वयनकालागि तयार गरिएको निर्देशिका २०७१ को मर्म र भावना अनुसार महा/उपमहा/नगरपालिकाले आफ्नो क्षमता अनुसारको वजेट विनियोजन गर्दै जाने । शहरी स्वास्थ्य आर्थिक श्रोत रणनीति तयार गरी यसको कार्य निर्देशिका तयार गरी लागु गर्ने। आर्थिक श्रोत जुटाउनको लागि स्वदेशी संघ संस्था तथा व्यक्तिहरू, उद्योगी तथा व्यवसायीहरूको	स्था. स्वा. शा. ऐन खारेज भइसकेको र सहकार्यको खाका पनि हाल कृयाशील नरहेको। तथापि स्थानीय तहहरूले स्वास्थ्यको लागि बजेट विनियोजन गर्ने गरेको। त्यस्तो रणनीति नबनेको हुँदा निर्देशिका पनि नबनेको। त्यस्तो बेग्लै नीति संघीय तहमा नबनेको, स्थानीय तहहरूको बारेमा जानकारी नभएको।	५०% ०% -

	प्रतिनिधि संस्थाहरू लगायत अन्य संघ संस्था गरी वैकल्पिक आर्थिक श्रोत जुटाउने नीति लिइनेछ। यसरी वैदेशिक संघ संस्थासँग सहायता लिंदा विकास सहायता नीति २०७१ अनुसारको व्वउस्था त्यस्तै अवलम्वन गरिने छ।		
	शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको आर्थिक श्रोतको लेखाजोखा, तर्जुमा र कार्यान्वयन गर्नसम्बन्धित मन्त्रालयहरू स्थानीय निकाय तथा अन्य सरकारी निकायहरूबाट शहरी क्षेत्र कार्यक्रमका लागि विनियोजित गरीएको बजेट र विभिन्न कार्यक्रममा छरिएर रहेका बजेटलाइ एकिकृत गरी अतिरिक्त आर्थिक भार न्यूनतम हुने गरी आर्थिक श्रोतको व्यवस्था मिलाउन नीति लिइने छ ।	यो कार्य पनि स्थानीय तहबाटै हुने गरेको।	-
	शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको वार्षिक कार्यायोजना अनुसार खर्च व्यवस्थापन गर्ने र नेपाल सरकारको प्रचलित आर्थिक नियम कानुन अनुसार आय व्ययको नियमित लेखा परीक्षण गर्ने गराउने ।	प्रचलित नियमानुसारनै लेखा परीक्षण हुने गरेको।	८०%

कानूनी पक्ष	शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रम सञ्चालन गर्न स्थानीय स्वायत्त शासन ऐनले निर्देशित गरेबमोजिम नगरपालिकाहरूलाइ स्वायत्तता प्रदान गर्ने गरी व्यवस्था गर्ने ।	संविधानलेनै नगरपालिकाहरूलाई स्थानीय सरकारको रूपमा अधिकार सम्पन्न गराएको।	१००%
	शहरी स्वास्थ्य नीति कार्यान्वयन गर्नका लागि चाहिने संस्थागत व्यवस्था र तिनका काम कर्तव्य, अधिकार एवं जिम्मेवारी र उनीहरूले गर्ने कार्य प्रक्रिया र विधि सम्बन्धमा कानूनको तर्जुमा गरी लागु गर्ने ।	शहरी स्वास्थ्य नीतिको कार्यान्वयनकालागि नभए तापनि स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४ र जन स्वास्थ्य सेवा ऐन जारी भएको।	८०%
	स्वास्थ्यसँग जोडिएका अन्य विषयहरू (जस्तैः वातावरण, खाद्य सम्प्रभूता, गुणस्तर तथा उपभोक्ता हक आदि) सँग सम्बन्धित ऐन नियम तथा शहरी स्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष सम्बन्ध रहेका ऐन नियम र अन्य कानुनहरूका वीच अन्तसम्बन्धको पहिचान र उचित सम्बन्ध स्थापित हुने गरी त्यस्ता कानुनहरूमा परिमार्जन र संशोधन गर्ने तथा नयाँ कानून तर्जुमा गर्नुपर्ने देखिएमा आवश्यकता अनुसार सरोकारवाला निकायसँग समन्वय गरी तर्जुमा गर्ने।	जन स्वास्थ्य सेवा ऐन तथा यसको नियमावली तयार भई लागु गरिएको। नागरिकको मौलिक हक समबन्धी बनेका नयाँ ऐनहरूमा केही विषयहरू समेटिएका।	३३%
	संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय, शहरी विकास मन्त्रालय र स्थानीय निकाय वित्तीय आयोगद्वारा स्थानीय निकायहरूमा लागु गरिएको न्यूनतम शर्त तथा कार्य सम्पादन मापनमा नगरपालिकाका कार्य सम्पादन मापनका सूचकहरूमा स्वास्थ्य सम्बन्धीसूचकहरूलाइ समावेश गरी लागु गर्ने ।	न्यूनतम शर्त तथा कार्य सम्पादन मापन खारेज भएको। हाल प्रचलनमा रहेको लिजा मा स्वास्थ्य सम्बन्धी केही सूचकहरू रहेका।	३३%
	यस नीतिलाई कार्यान्वयन गर्न स्वास्थ्य सम्वन्धि कुनै ऐन तथा नियमावलीमा परिमार्जन, थपघट र संशोधन वा नयां निर्माण गर्नु पर्ने भएमा सो समेत गर्न सकिनेछ ।	नीति कार्यान्वयनकै खातिर कानूनमा परिवर्तन नगरिएको।	०%
			०%

अनुगमन तथा मूल्याङ्कन	नीतिको नम्बर ८.५ मा उल्लेख गरीएका, रणनीति र कार्यनीतिअनुसार शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गरिने छ । स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाका न्यूनतम गुणस्तर मापदण्ड स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय, संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय, र शहरी विकास मन्त्रालयको संयुक्त पहलमा निर्धारण गरिने छ । यसरी निर्धारणगरिएको मापदण्डतथा गुणस्तर अनुरूप शहरी स्वास्थ्य कार्यक्रमको तर्जुमा तथा सञ्चालन भए नभएको अनुगमन गर्न एक प्रणालीको विकास गरी लागु गरिने छ । स्वास्थयसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने अन्य विषयहरू जस्तै आवास, वातावरण, खाद्य वस्तुहरू, खानेपानी, सरसफाइ लगायतका नीति तथा कार्यक्रमहरू शहरी स्वास्थ्य नीति अनुकूल भए नभएको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्ने कार्य अन्तर मन्त्रालय समन्वय समितिले गर्नेछ । व्यवस्थापन समितिले शहरी स्वास्थ्य संस्थाका नियमित कार्यको अनुगमन गर्नेछ । नीतिमा उल्लेख गरिए अनुसार अनुगमन तथा मूल्याङ्कन कार्यविधी तयार गरी लागु गरिने छ । ।	शहरी स्वास्थ्यको अनुगमन संयन्त्र र कार्यविधि नबनेको। स्वास्थ्य सेवाको न्यूनतम सेवा मापदण्ड कार्यान्वयनमा रहेको, सोही अनुसार अनुगमन हुने गरेको। बेग्लै प्रणालीको विकास नभएको। समन्वय समिति नबनेको, स्थानीय स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिहरूले अनुगमन गर्ने व्यवस्था रहेको, कार्यविधि तयार नगरिएको।	३३% २०%

अनुसूची ३. शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२ मा रहेका केही अस्पष्टता

क्र. सं.	प्रष्ट नभएको शव्दावली	प्रष्ट नभएका विषय			कैफियत
		के गर्ने	कसले गर्ने	कसरी गर्ने	
१. नीति (२)	विकास र विस्तार गर्ने	के गर्ने?	कसले गर्ने?	कसरी गर्ने?	
२. नीति (३)	गुणस्तरमा सुधार गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
३. नीति (४)	सम्बन्धित निकायहरूको क्षमता अभिवृद्धि, सशक्तिकरण गर्ने	क्षमता अभिवृद्धि, सशक्तिकरण भन्नाले खासमा के गर्ने हो?	सम्बन्धित निकाय भनेको कुननिकाय हो?	कसरी गर्ने?	
४. नीति (५)	एक प्रभावकारी प्रणालीको विकास गर्ने	प्रभावकारी प्रणालीको विकास भनेको के?	कसले गर्ने?	कसरी गर्ने?	
५. नीति (६)	श्रोत साधनको व्यवस्थापन र उचित परिचालन गर्ने	व्यवस्थापन र उचित परिचालन भनेको के?	कसले गर्ने?	कसरी गर्ने?	
६. रणनीति (१)	पहुँच वृध्दि गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
७. रणनीति (२)	संस्थागत संरचनाको विकास गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
८. रणनीति (३)	तयार गरी लागु गर्ने		कसले?	कसरी?	
९. रणनीति (४)	कार्य योजना तयार गर्ने		कसले?	कसरी?	
१०. रणनीति (५)	विकास तथा सुदृढीकरण गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
११. रणनीति (६)	एकीकृत प्रणालीको विकास गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
१२. रणनीति (७)	प्रभावकारी पध्दतिको विकास गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
१०. रणनीति (८)	नीतिगत र कार्यगत व्यवस्थापन गर्ने पध्दतिको विकास गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
१०. रणनीति (९)	साझेदारी विकास गर्ने		कसले?	कसरी?	
११. रणनीति (१०)	सेवाको न्यायोचित वितरण सुनिश्चित गर्ने	के गर्ने?	कसले?	कसरी?	
१२. रणनीति(११)	संयन्त्रको विकास गर्ने	कस्तो संयन्त्र?	कसले?	कसरी?	

अनुसूची ४

शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२, राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६ र दोश्रो बहु पक्षीय पोषण योजना बीचको अन्तर विश्लेषण

क्र. सं	अन्तरका आधार	शहरी स्वास्थ्य नीति २०७२	राष्ट्रिय स्वास्थ्य वीमा नीति, २०७० (सन् २०१३)	राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६	दोश्रो बहु पक्षीय पोषण योजना (सन् २०१८-२०२२)	अन्तर/समानता
१.	लक्ष्य	गुणात्मक (भाषामा) लक्ष्य रहेको। परिणामात्मकलक्ष्य नरहेको।	मुख्य उध्देश्य एक र खास उध्देश्यहरू ३ रहेका, लक्ष्य नरहेको,	गुणात्मक (भाषामा) लक्ष्य रहेको। परिणामात्मक लक्ष्य नरहेको।	गुणात्मक (भाषामा) लक्ष्य रहेको। परिणामात्मक लक्ष्य नरहेको	नीति मार्गदर्शनको रूपमा रहने भएकोले लक्ष्य नतोकिनु ठीकै हो, तर रणनीतिक योजना र योजनामा परिणामात्मक लक्ष्य राखिनु उपयुक्त हुने।
२.	रणनीति र कार्य नीति	६ नीति, १३ रण नीति र ६१ कार्य नीति रहेका छन्	नाम नीति रहेको भए तापनि नीतिहरू नभएको, उध्देश्य अनुसार ३ रणनीति र १६ कृयाकलापहरू रहेकाछन्।	२५ नीति र १४६ रणनीति रहेको, कार्य नीति नभएको।	आवधिक योजना भएकोले नीति नभएता पनिनीति स्तरका ६ वटा सिध्दान्त र दृष्टि -कोणहरू (policy level principles and approaches) र ६ वटै रणनीतिहरू रहेका।	रणनीति र कार्यनीतिको (धेरै) संख्या र अस्पष्ट भाषाले नीतिहरूको कार्यान्वयनमा प्रश्न चिन्ह लगाएको छ।
३.	कार्य योजना	कार्य योजना छैन	कार्य योजना छैन, तर यस नीतिको आधारमा ऐन बनेको छ।	कार्य योजना छैन।	बेग्लै कार्यान्वयन योजना नभए तापनि नतिजा खाका (Results Framework) र कार्यान्वयन प्रबन्ध दिइएको। विभिन्न मन्त्रालयका सचिवहरूले कार्यान्वयनको लिखित प्रतिबध्दता जनाएको।	अधिकांश नीतिको कार्यान्वयन योजना छैन, यसले कमजोर कार्यान्वयन मात्र होइन,यसको समीक्षा र मूल्याङ्कन गर्न समेत कठिन भएको छ।
४.	पूर्वानुमान र जोखिम	पूर्वानुमान नगरिएको, जोखिम उल्लेख गरिएको भएतापनि आसन्न संघीयताको बारेमा कुनै उल्लेख नभएको।	६ जोखिमहरू र २ पूर्वानुमान राखिएको छ।	पूर्वानुमान नगरिएको, २ वटा जोखिम उल्लेख गरिएको भएतापनि अन्य संभाव्य जोखिमको बारेमा कुनै उल्लेख नभएको।	पूर्वानुमानन र जोखिम नरहेको	पूर्वानुमान अधिकांश नीतिमा नगरिएको, जोखिम पनि बिना मान्यताका रहेका।

अनुसूची ५: प्रश्नावली

उत्तरदाताको नामः

पद:

कार्यालय:

मिति:

अन्तरवार्ताको लागि अनुमति प्राप्त भएको:

१. सामान्य जानकारी:

क. के तपाईं शहरी स्वास्थ्य नीति २०७१का बारेमा जानकार हुनुहुन्छ? यदि हुनुहुन्छ भने तपाइका विचारमा यसका मुख्य विशेषताहरू के होलान्?

ख. के तपाईं यस नीतिको कार्यान्वयनमा संलग्न हुनुहुन्छ? अथवा संलग्न हुनुहुन्थ्यो?

ग. नीतिका कुन बुँदाहरू बढी कार्यान्वयन भएको जस्तो लाग्छ?

२. संघीयता र शहरी स्वास्थ्य नीतिः

क. संघीय संरचना र कार्यप्रणालीको सन्दर्भमा शहरी स्वास्थ्य नीतिको बारेमा यहाँको धारणा के छ?

ख. संघीय सन्दर्भमा शहरी स्वास्थ्य नीतिका कुनै नीतिहरू असान्दर्भिक भएको महशूस गर्नुहुन्छ?

ग. शहरी स्वास्थ्य नीतिलाई संघीय सन्दर्भमा कसरी कार्यान्वयन गर्ने?

३. शहरी स्वास्थ्य नीतिको कार्यान्वयन

क. नीति कार्यान्वयनको अवस्था बारेमा के तपाई सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?

ख. नीति कार्यान्वयनमा मुख्यरूपमा के कस्ता चुनौति देख्नुहुन्छ?

ग. यस नीतिको कार्यान्वयनमा के कस्तो संरचना र संयन्त्र भएमा उपयुक्त हुन्छ होला?

घ. संघीय संरचनाको सन्दर्भमा यस नितिको कार्यान्वयनकालागि कुन निकाय वढी जिम्मेवार हुनुपर्ला?

ङ. यस नीतिको कार्यान्वयनमा के कस्तो र कोसँग साझेदारी गर्न उपयुक्त हुन्छ होला?

४. सबैको लागि स्वास्थ्य (Universal Health Coverage) सँग शहरी स्वास्थ्य नीतिलाई कसरी जोड्ने?

क. सबैको लागि स्वास्थ्यका प्रावधानहरूसँग यस नीतिलाई कसरी जोड्न सकिएला?

ख. सबैकालागि स्वास्थ्यका सन्दर्भमा यस नीतिमा अब के परिवर्तन गर्नु पर्छ होला?

ग. स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न ऐन नियमहरूसँग यस नीतिका प्रावधानहरूलाई कसरी समबन्धित बनाउने?

५. दिगो विकास लक्ष्य र १५औं विकास योजनासँग सम्बन्ध

क. शहरी स्वास्थ्थ्य नीतिका प्रावधानहरूलाई कसरी दिगो विकसा लक्ष्य र १५औं योजनासँग मिलान गर्नु पर्छ होला?

ख. विशेषगरी के कस्ता कार्यहरू वा रणनीतिहरू भएमा यस नीति र दिगो विकास लक्ष्य ऐवं १५औं योजना सँग सामञ्जस्य गर्न सकिएला?

६. सुझावहरू/सिफारिशहरुः

1. संघीय सन्दर्भमा यस नीतिलाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गर्न के गर्नु पर्छ होला? तपाईंका सुझावहरू के छन्?

2. नीति कार्यान्वयनको अनुगमन कसरी राम्रो सँग गर्न सकिन्छ?

3. अन्य कुनै सुझाव वा प्रतिकृया छन् कि?

अनुसूची ६

शहरी स्वास्थ्य नीतिको पुनरावलोकनको क्रममा छलफल/संवाद गरिएका पदाधिकारीहरूको नामावली

निकाय	**पदाधिकारीहरू**
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	- श्री महेन्द्र प्रसाद श्रेष्ठ, प्रमुख विशेषज्ञ, १२औं तह, - डा. गुणराज लोहनी, प्रमुख, नीति योजना तथा अनुगमन महाशाखा, - डा. विकास देवकोटा, प्रमुख, गुणस्तर मापन तथा नियमन महाशाखा, - श्री सूर्य बहादुर खड्का, योजना शाखा, - श्री कपिल प्रसाद तिमल्सिना, निर्देशक (तथ्याङ्कशास्त्री), जनसंख्या महाशाखा
राष्ट्रिय योजना आयोगको सचिवालय (सचिवालयमा भएको प्रस्तुति तथा छलफलमा सहभागी महानुभावहरू)	- डा वासुदेव.शर्मा, सह सचिव, - डा किरण रुपाखेती, सह सचिव, - श्री लोकबहादुर खत्री, निर्देशक, - श्री लक्ष्मी घिमिरे, निर्देशक
स्वास्थ्य सेवा विभाग	- डा. तारानाथ पोखरेल, प्रमुख, परिवार कल्याण महाशाखा, (तत्कालीन चिकित्सा सेवा महाशाखा प्रमुख): - डा. भीम सिंह टिंकरी, प्रमुख, व्यवस्थापन महाशाखा - डा. पोमावती थापा, वरिष्ठ कन्सल्टेण्ट मेडिकल जनरलिष्ट, चिकित्सा सेवा महाशाखा, - डा. नरेन्द्र खनाल, वरिष्ठ कन्सल्टेण्ट मेडिकल जनरलिष्ट, चिकित्सा सेवा महाशाखा,
राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा बोर्ड,	- श्री दामोदर वसौला, कार्यकारी निर्देशक,
संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय	- श्री डिलाराम पन्थी, उप सचिव, स्थानीय तह समन्वय शाखा - श्री बावुराम भुसाल, उप सचिव, सामाजिक समावेशिकरण तथा सामाजिक सुरक्षा शाखा
काठमाण्डौ महानगरपालिका	- श्री हरि बहादुर कुँवर, निर्देशक, स्वास्थ्य महाशाखा
नेपाल नगरपालिका संघ	- श्री अशोक व्याञ्जु, अध्यक्ष, (अत्यन्त छोटो कुराकानी, खासै उपयोगी थिएन)
हर्ड इन्टरनेशनल	- डा सुशिल बराल, व्यवस्थापकीय निर्देशक,
जी आइ जेड	- श्री तीर्थ कुमार सिन्हा, स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम (Support to the health sector programme)

सन्दर्भ सूची

राष्ट्रिय योजना आयोग, २०७७, पर्यटन नीति २०६५ नीति पुनरावलोकन अध्ययन प्रतिवेदन (अप्रकाशित)

राष्ट्रिय योजना आयोग, २०७६, पन्ध्रौं योजना (आ. व. २०७६/७७-२०८०/८१); काठमाडौं।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, २०७६, राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, काठमाडौं।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, २०७२, शहरी स्वास्थ्य नीति- २०७२; काठमाडौं ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, सन् २०१५, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति, काठमाडौं।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, २०७१, राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा नीति, काठमाडौं।

स्वास्थ्य सेवा विभाग, २०७४, शहरी स्वास्थ्य प्रवर्धन केन्द्रः स्थापना तथा सञ्चालन निर्देशिका,

नेपाल कानून आयोग,स्था नीय सरकार सञ्चालन ऐन २०७४, काठमाडौं।

नेपाल कानून आयोग,अन्तरसरकारी वित्त व्यवस्थापन ऐन २०७४, काठमाडौं।

राष्ट्रिय योजना आयोग, दोश्रो बहुपक्षीय पोषण योजना (सन् २०१८- २०२२), काठमाडौं।

नेपाल कानून आयोग,जन स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५, काठमाडौं।

नेपाल कानून आयोग,जन स्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७, काठमाडौं।

नेपाल कानून आयोग,सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य आधिकार ऐन २०७५, काठमाडौं।

नेपाल कानून आयोग,स्वास्थ्य वीमा ऐन २०७४, काठमाडौं।

Frenk J,1995,Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform, Health *Policy, 32.*

https://www.who.int/health-topics/urban-health

http://www.nhssp.org.np/Resources/HPP/Stocktaking_the_Health_Policies_of_Nepal_April2018.pdf

Leconte, P., 2018, Conducting a Gap Analysis: A Four- Step Template, Clear Point Strategy, USA

Ministry of Health, USAID, New ERA, 2016, Nepal Demographic and Health Survey, Kathmandu

National Planning Commission and UNICEF, Nepal Multiple Indicator Cluster Survey, 2019, Kathmandu

National Planning Commission and UNICEF, 2018, Multi Sector Nutrition Plan, (2018-2022), Kathmandu

Parsons W., 1995, Public policy: An introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham, UK: Edward Elgar;

Reich MR., 1996, Applied political analysis for health policy reform [on line]; 1996. Boston: Harvard School of Public Health. Available from: <http://www.polimap.com>

UNEP, 1999, Global Environment Outlook; Nairobi, Kenya;

Walt G., 1996, Policy analysis: an approach. In: Janovsky K, editor. Health policy and systems development: An agenda for research. Geneve: World Health Organization (WHO);

Walt G, Gilson L., 1994, Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan; 9: 353-70.

WHO, UNHABITAT, 2016, Global Report on Urban Health, Geneva

Government of Nepal

National Planning Commission

Singha Durbar, Kathmandu

Phone: +977 - 1- 4211970

Fax: +977 - 01 4211700

Email: npc@npc.gov.np