

चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा

उच्चस्तरीय कार्यदलको प्रतिवेदन

२०७२

उच्चस्तरीय कार्यदल

अध्यक्ष: श्री केदारभक्त माथेमा

सदस्य: प्रा. डा. सुरेशराज शर्मा

सदस्य: प्रा. डा. अर्जुन कार्की

सदस्य: प्रा. डा. मदन उपाध्याय

सदस्य: प्रा. डा. रमेशकान्त अधिकारी

सदस्य: प्रा. डा. भगवान कोइराला

सदस्य: डा. गुणराज लोहनी

सदस्य सचिव: डा. हरिप्रसाद लम्साल

२०७२, असार

काठमाण्डौ

## प्राक्कथन

हामीलाई दिइएको चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी नयाँ राष्ट्रिय नीति सिफारिश गर्दै नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको निर्देशक सिद्धान्तलाई परिभाषित गर्ने कार्यको जिम्मेवारी निश्चय नै महत्वकांक्षी थियो ।

हामीले यस प्रतिवेदनमा चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी ऐतिहासिक विकासको विवेचना, यस क्षेत्रमा हाल देखिएका विसंगति, समस्या र चुनौतीहरूको विश्लेषण, विभिन्न स्वास्थ्यकर्मीहरूको सेवाहरूको लागि वर्तमान र भविष्यका आवश्यकताहरूको मूल्यांकन गरेका छौं । साथै स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर, सान्दर्भिकता र समतालाई सम्बोधन हुने गरी नीतिगत सिफारिशहरू गरिएका छन् ।

कार्यदलमा सहज रूपमा कार्यान्वयन गर्न सकिने सिफारिशहरू मात्र प्रदान गर्ने कि तत्कालै गर्न नसकिने तर नेपालको स्वास्थ्य सेवा शिक्षाको गुणस्तर तथा त्यसबाट जनताले प्राप्त गर्ने सेवाको गुणस्तरमा दूरगामी प्रभाव पार्न सक्ने खालका मध्यकालीन देखि दीर्घकालीन नीतिहरू पनि समावेश गर्ने विषयमा गहन छलफल चल्थो । कार्यदलका सदस्यहरूको बौद्धिकता, विशिष्ट अनुभव र उल्लेखनीय प्रतिबद्धताको कारणले हामीले दुई विकल्पमध्ये कठिन विकल्प रोज्यौं । फलस्वरूप यो प्रतिवेदन वर्तमान आवश्यकतालाई मात्र सम्बोधन नगरी देशमा चिकित्सा शिक्षाको विकासका लागि मार्गदर्शक बन्ने विश्वास लिइएको छ ।

संविधान प्रदत्त सवैको लागि स्वास्थ्य भन्ने भावना प्रति प्रतिबद्ध रहनुका साथै नीतिगत सिफारिशहरू गर्ने क्रममा सोही आदर्शबाट कार्यदल निर्देशित रह्यो । अन्तर्राष्ट्रिय तथा आफ्नै अनुभवबाट के सिकिएको छ भने बजारबाट उत्पादित जनशक्तिले मात्र अधिकतम आवश्यकता भएको ठाउँमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको सुनिश्चितता हुदैन । हामी सहमत छौं कि राज्य अग्रस्थानमा रहेर मात्र चिकित्सा शिक्षाको विकास गर्नु पर्छ, जसले गर्दा राज्यमा देखिएका स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी असमानतालाई सम्बोधन सकियोस ।

विभिन्न स्वास्थ्यकर्मी, स्वास्थ्यविद्, विश्वविद्यालयका नेतृत्वदायी पदाधिकारी, पेशागत काउन्सिलका पदाधिकारी, चिकित्सा शिक्षा शिक्षण संस्थाका प्रमुखहरूसंगको छलफलको क्रममा स्वास्थ्य सम्बन्धी आवश्यकतानुसार पाठ्यक्रम निर्माण तथा चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्ने संस्थाहरूले मुख्य रूपमा समाजमा सेवा प्रवाह गर्ने सुनिश्चितता गरी त्यस्ता संस्थाहरूमा सेवा नै धर्म हो भन्ने भावनाको विकास गर्न आवश्यक रहेको निष्कर्ष निकालियो ।

चिकित्सा शिक्षाअन्तर्गत गरिने कुनै पनि नीतिगत परिवर्तनको आशय सक्षम र कर्तव्यनिष्ठ स्वास्थ्य

जनशक्ति विकास गरी चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्ने शिक्षण संस्थाहरुको गुणस्तर अभिवृद्धि गर्न र समाजमा राम्रो प्रभाव पार्न केन्द्रित हुनु पर्छ भन्ने हामीलाई विश्वास छ ।

गुणस्तरीय र समतापूर्ण स्वास्थ्य सेवा मार्फत नेपाली जनताको स्वास्थ्यस्थितिमा अभिवृद्धि र सामाजिक जवाफदेहिता सहितको चिकित्सा शिक्षाको व्यवस्था सरकार, विधायक, विश्वविद्यालय, पेशागत संस्थाहरु र नागरिक समाजले देखाउने प्रतिबद्धताले निर्धारण गर्ने छ, भने यसले उहाँहरुको विद्वताको समेत परीक्षण गर्नेछ ।

केदारभक्त माथेमा

संयोजक, उच्चस्तरीय कार्यदल

असार, २०७२

“Knowing is not enough; we must apply.

Willing is not enough; we must do.”

Goethe

## Foreword

The task entrusted to us was certainly an ambitious one –the task to recommend to the government a new national policy on Health Profession Education (HPE) and in doing so also define the directives principles of the HPE in Nepal.

We have in this report reviewed historical developments in HPE, analyzed the causes and consequences of existing anomalies, problems and challenges in this area, assessed the current and future needs for different categories of Health professionals and projected their number in terms of requirements and have made a number of policy recommendations addressing basically quality, relevance and equity issues in this sector.

Intense discussions in the Committee centered around whether the recommendations that we make should be easily implementable or should we also offer policy options which may not be easily doable now but are desirable or even essential for the government to adopt in the mid to long term future in order to bring about far-reaching impact on the quality of the health profession education in Nepal and thereby in the quality of services it offers to the people in general .Thanks to the wisdom, diverse experience ,and remarkable commitment of the individual members of the Committee, we chose "the road less travelled by " and decided to write this report as a document not just to serve the immediate need of the present but also to guide the future trajectory of Health Profession education in the country.

The Commission remained committed to the spirit of Health for all as enshrined in the Constitution and guided by its ideal while making our policy recommendations. Learning from international and our own experiences we believe that market forces alone do not have a positive record in delivering health services where most needed . The state, we are convinced ,and very deeply , needs to be in the driving seat in further development of HPE so it will address the prevalent gross inequity that persists in health services in the country .

During the course of our discussions with a number of Health professionals and academics, including University leaders and campus managers we concluded that we need to develop an ethos of service within the existing HPE institutions by designing programs grounded in the health needs of the people and ensuring that the primary focus of such institutions would be on providing services to the society .

We believe that the thrust of any policy change in HPE should be focused on the enhancement of quality of HPE institutions and their impact on the wellbeing of the society through the development of competent and conscientious health workforce. The wisdom of the government, legislators, universities, professional organizations and civil society will be tested by the determination with which they commit themselves to build a socially accountable HPE system to enhance quality, equity and health of all the people in Nepal.

Kedar Bhakta Mathema

Convener, High Level Committee

June 10, 2015

## धन्यवाद ज्ञापन

यो प्रतिवेदन सम्माननीय प्रधानमन्त्री सुशील कोइरालाज्यूको निर्देशन र स्वास्थ्य शिक्षाको क्षेत्रमा सुधार गर्ने चाहना एवम् प्रतिवद्धता अनुसार तयार गरिएको हो र यस्तो महत्वपूर्ण कार्यको लागि हामी माथि देखाउनु भएको विश्वासको लागि हामी उहाँलाई धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

विभिन्न व्यक्तिहरूसँगको अन्तर्क्रिया र छलफल बिना यो प्रतिवेदन तयार गर्न सम्भव थिएन । उहाँहरूले नेपालमा स्वास्थ्य शिक्षासम्बन्धी मुद्दाहरूमा आफ्ना विचार, टिप्पणी र विद्वता दिएर पुऱ्याउनु भएको उल्लेखनीय योगदानका लागि धन्यवाद ज्ञापन गर्दछौं ।

त्यसैगरी, माननीय स्वास्थ्य मन्त्री खगराज अधिकारीज्यू, माननीय शिक्षा मन्त्री चित्रलेखा यादवज्यू, राष्ट्रिय योजना आयोगका उपाध्यक्ष माननीय डा. गोविन्द पोखरेलज्यू, मुख्यसचिव श्री लीलामणी पौड्यालज्यू र सम्माननीय प्रधानमन्त्रीका विकास सल्लाहकार डा. विजन पन्तज्यूप्रति विशेष धन्यवाद व्यक्त गर्दछौं ।

हाम्रो अनुरोधमा पाल्नु भई आफ्नो देश तथा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभवहरू आदानप्रदान गर्नु हुने विश्व स्वास्थ्य संगठनका प्रतिनिधि डा. लीन आडज्यू, ब्रिटिश कोलम्बिया विश्वविद्यालयका प्राध्यापक रोबर्ट वूलाडज्यू, हार्वर्ड मेडिकल स्कूलका प्राध्यापक लिकफ टाबिनज्यू, भारतका मेडिकल परिषदका प्रथम सञ्चालक समिति (Board of Governer) का सदस्य तथा कलेज अफ सर्जनका अध्यक्ष प्राध्यापक गौतम सेनज्यू प्रति पनि आभार व्यक्त गर्न चाहन्छौं । त्यसैगरी, समितिका सदस्यहरूसँग डा. निकोलज्यूले सक्षमतामा आधारित शिक्षण/सिकाईसम्बन्धी आफ्ना विचारहरू आदान-प्रदान गर्नु भएकोमा हामी कृतज्ञता ज्ञापन गर्न चाहन्छौं ।

अन्तर्क्रिया कार्यक्रममा सहभागी हुनु हुने विश्वविद्यालय अनुदान आयोगका अध्यक्षज्यू तथा सदस्य-सचिवज्यू, त्रिभुवन विश्वविद्यालय, काठमाण्डौ विश्वविद्यालय र पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानका उपकुलपतिहरूस्यू प्रति पनि हामी कृतज्ञता ज्ञापन गर्दछौं । हाम्रा प्रश्न तथा जिज्ञासाहरूको जवाफ र आफ्ना अनुभवहरू आदान-प्रदान गरिदिनु भएकोमा नेपाल मेडिकल काउन्सिलका अध्यक्षज्यू र रजिष्टारज्यू, नर्सिङ, डेन्टल र आयुर्वेद काउन्सिलका अध्यक्षज्यूहरू, स्वास्थ्य सेवा संगठन र निजी मेडिकल कलेज संगठनका अध्यक्षज्यूहरू पनि धन्यवादका पात्रहरू हुनुहुन्छ ।

समितिको अन्तर्क्रिया तथा छलफलमा पाल्नु भई आफ्नो अमूल्य योगदान पुऱ्याउनु भएकोमा

विश्वविद्यालयका प्राध्यापकहरूज्यूलाई हामी धन्यवाद दिन चाहन्छौं । चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान, काठमाण्डौ विश्वविद्यालय र पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान र ललितपुर नर्सिङ क्याम्पसका विद्यार्थी प्रतिनिधिहरूले महत्वपूर्ण टिप्पणी र सुझावहरू प्रदान गर्नु भएकोमा यस कार्यदल धन्यवाद प्रदान गर्न चाहन्छ ।

प्रकाशन गरिएको सूचनाप्रति आफ्नो प्रतिक्रिया जनाई दिइएको प्रश्नावली भरी आफ्ना लिखित टिप्पणीहरू पठाउनु हुने नागरिक समाजका अगुवाहरू, प्राज्ञिक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरू प्रति उहाँहरूको समय र महत्वपूर्ण सुझावका लागि विशेष धन्यवादका साथ आभार व्यक्त गर्दछौं । साथै दायित्व अभियान नेपालका क्षितिज बस्यालले यस कार्यदललाई पुर्याएको सहयोगप्रति पनि आभारी छौं ।

शिक्षा मन्त्रालयको सचिवालयीय सहयोग बिना यो प्रतिवेदन प्रकाशन गर्न सम्भव हुने थिएन । यसै सन्दर्भमा मन्त्रालयका शाखा अधिकृत श्री दीर्घराज उपाध्यायले पुऱ्याउनु भएको सचिवालयीय तथा अन्य सहयोगको लागि उहाँ विशेष सहऱ्यानाको पात्र हुनुहुन्छ ।

## विषय सूचि

परिच्छेद १ .....	१
परिचय .....	१
१. पृष्ठभूमि.....	१
२. कार्यक्षेत्रगत शर्तहरू .....	२
३. औचित्य .....	३
४. अध्ययन प्रक्रिया/कार्यदलको कार्यविधि.....	५
५. अध्ययन सीमा .....	६
६. प्रतिवेदन तयारी .....	७
परिच्छेद २ .....	८
पृष्ठभूमि.....	८
परिच्छेद ३ .....	१२
नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकासक्रम.....	१२
परिच्छेद ४ .....	२३
चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव र स्थापित मूल्य, मान्यता .....	२३
परिच्छेद ५ .....	२६
विद्यमान स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण .....	२६
१. विद्यमान अवस्था .....	२६
२. नीतिगत व्यवस्था.....	२९
३. स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण.....	३२
परिच्छेद ६ .....	३५
समस्या तथा चुनौतीको विश्लेषण.....	३५
१. मार्ग निर्देशक सिद्धान्त सहितको राष्ट्रिय नीतिको सवाल.....	३७
२. काठमाण्डौ केन्द्रित विकास र क्षेत्रीय असमानताको सवाल .....	३८
३. विभिन्न नियमनकारी तथा प्राज्ञिक निकायबीचको मापदण्डको विविधता सम्बन्धी सवाल .	४१

४. चिकित्सा शिक्षामा गुणस्तरको सवाल .....	४२
५. स्वास्थ्य जनशक्ति योजना तथा प्राथमिकीकरणको सवाल .....	४३
६. विश्वविद्यालय तथा प्रतिष्ठानहरूको स्वायत्तताको सवाल .....	४५
७. क्षेत्रीय विश्वविद्यालयको सवाल .....	४६
८. अनुसन्धान सम्बन्धी सवाल .....	४६
९. विद्यार्थीसँग सम्बन्धित सवाल .....	४७
१०. चिकित्सा शिक्षाको आर्थिक पक्षको सवाल .....	४९
११. अनुगमन तथा निरीक्षणको सवाल .....	५१
१२. पाठ्यक्रम र विद्यार्थी मूल्यांकनको सवाल .....	५२
१३. फ्याकल्टी सम्बन्धी सवाल .....	५३
१४. नेतृत्व चयन सम्बन्धी सवाल .....	५४
१५. प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक परिषद (CTEVT) सम्बन्धी सवाल .....	५५
१६. स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको व्यवस्थापन सम्बन्धी सवाल .....	५६
१७. सीट निर्धारणको सवाल .....	५८
१८. नियामक निकायहरूको विद्यमान अवस्था र पुनर्संरचनाको सवाल .....	५९
१९. स्वार्थको द्वन्द्व (Conflict of Interest) को सवाल .....	६०
२०. ट्रेड युनियनहरूको भूमिकाको सवाल .....	६१
२१. स्वास्थ्य सेवा प्रणाली सम्बन्धी सवाल .....	६१
२२. स्वास्थ्य शिक्षण संस्था र स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बीचको समन्वयको सवाल .....	६२
२३. स्वास्थ्यकर्मीको विचलनको सवाल .....	६२
<b>परिच्छेद ७ .....</b>	<b>६४</b>
<b>सुभावहरू .....</b>	<b>६४</b>
१. चिकित्सा शिक्षाको निर्देशक सिद्धान्त .....	६४
२. सम्बन्धन .....	६४
३. विद्यार्थी भर्ना .....	६६
४. शुल्क .....	६८
५. नयाँ कार्यक्रमहरू सञ्चालन .....	७०



६. पाठ्यक्रम तथा मूल्यांकन .....	७१
७. शिक्षण विधि .....	७२
८. संस्थागत जवाफदेहिता .....	७३
९. फ्याकल्टी (शिक्षक) बिकास .....	७४
१०. नेतृत्व चयन .....	७६
११. ट्रेड युनियन .....	७७
१२. प्रस्तावित नयाँ संरचना (Health Profession Education Commission).....	७७
१३. नेपाल मेडिकल काउन्सिलको पुनर्संरचना .....	८०
१४. अनुगमन तथा मूल्याङ्कन .....	८१
१५. विषय क्षेत्रगत थप व्यवस्था.....	८१
१६. जोखिम र अनुमान .....	८३
<b>सन्दर्भ सामग्री .....</b>	<b>८५</b>
<b>अनुसूचीहरू .....</b>	<b>८७</b>
अनुसूची- १ उच्चस्तरीय कार्यदल गठन.....	८७
अनुसूची- २ उच्चस्तरीय कार्यदलको ToR .....	८८
अनुसूची- ३ सुझाव संकलनका लागि तयार पारिएको प्रश्नावली .....	८९
अनुसूची- ४ NMC Yardsticks for Monitoring of the Medical Schools .....	९५

## शब्दावली

चिकित्सा शिक्षा :	चिकित्सक, नर्स लगायत अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरूको शिक्षा र तालिम
सिएमए :	सामुदायिक स्वास्थ्य सहायक (Community Medical Auxiliary)
अहेव :	Auxiliary Health Worker
अनमि :	Auxiliary Nurse Midwife
एमबिबिएस :	चिकित्सा शिक्षाको स्नातक तह
चिकित्सा शिक्षा आयोग:	Health Profession Education Commission (HPEC)
LoI :	Letter of Intent (आशय पत्र)
CTEVT :	Council for Technical Education and Vocational Training (प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद)

# चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा उच्चस्तरीय

कार्यदलको प्रतिवेदन, २०७२

## परिच्छेद १

### परिचय

#### १. पृष्ठभूमि

नेपालको अन्तरिम संविधान, २०६३ ले सबै नेपाली नागरिकहरूको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न पाउने अधिकार प्रत्याभूत गरेको छ। सबै नेपालीलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सर्वसुलभ गराउने उद्देश्यले Universal Health Coverage को मर्म र सिद्धान्तलाई अंगिकार गरी सरकारले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ समेत स्वीकृत गरिसकेको छ। स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन र उपयोगका सन्दर्भमा एउटा स्पष्ट राष्ट्रिय नीतिको अभावले गर्दा चिकित्साशिक्षा क्षेत्र अन्योल, विकृति र विसंगतिहरूबाट गुज्रिरहेको छ। यसबाट मुलुकको अन्य क्षेत्रहरू समेत प्रभावित भएका छन्।

नेपालमा चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी रहेका समस्या र चुनौतिहरूको पहिचान, विश्लेषण र प्रभावहरूको तथ्यपरक विवेचना गरी चिकित्साशिक्षाको राष्ट्रिय नीति (National Health Profession Education Policy) तर्जुमा गरी सिफारिश गर्न सम्माननीय प्रधानमन्त्रीस्तरीय मिति २०७१/०९/१८ गतेको निर्णयानुसार त्रिभुवन विश्वविद्यालयका पूर्वउपकुलपति तथा शिक्षाविद् प्रा. केदारभक्त माथेमाज्यूको संयोजकत्वमा चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा गरी सिफारिश गर्न कार्यक्षेत्रगत शर्तहरूसमेत तोकी उच्चस्तरीय कार्यदल गठन भएको थियो। यस कार्यदललाई नेपाल सरकार मन्त्रपरिषद्को मिति २०७१/१२/२० को निर्णयानुसार चिकित्साशास्त्र लगायतका विषयका सबै तहमा वैज्ञानिक शुल्क निर्धारण र सम्बन्धन खारेजी सम्बन्धी नीतिगत व्यवस्था सिफारिशका

लागि समेत कार्यादेश थप भएको थियो ।

चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा उच्चस्तरीय कार्यदलका पदाधिकारीहरूको विवरण देहाय बमोजिम रहेको छ ।

अध्यक्ष: प्रा. केदारभक्त माथेमा

सदस्य: प्रा. डा. सुरेशराज शर्मा

सदस्य: प्रा. डा. अर्जुन कार्की

सदस्य: प्रा. डा. मदन उपाध्याय

सदस्य: प्रा. डा. रमेशकान्त अधिकारी

सदस्य: प्रा. डा. भगवान कोइराला

सदस्य: डा. गुणराज लोहनी, सहसचिव, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

सदस्य सचिव: डा. हरिप्रसाद लम्साल, सहसचिव, शिक्षा मन्त्रालय

## २. कार्यक्षेत्रगत शर्तहरू

पृष्ठभूमिमा उल्लेख भए बमोजिमको क्षेत्रमा आवश्यक अध्ययन गरी सिफारिश गर्न गठित यस कार्यदललाई देहाय बमोजिमको कार्यक्षेत्रगत शर्तहरू तोकिएको थियो :

- २.१. स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षा (Health Profession Education) क्षेत्रमा हाल देखिएका समस्या र चुनौतिहरूको पहिचान, विश्लेषण र प्रभावको आंकलन गर्ने ।
- २.२. सबै नेपालीहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय आंकाक्षा र प्रतिवद्धता पुरा गर्न दिर्घकालीन रूपमा आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य विज्ञान सम्बन्धी विभिन्न तह र विधाका जनशक्तिको राष्ट्रिय प्रक्षेपण सम्बन्धमा समीक्षा र विश्लेषण गर्ने ।
- २.३. बुँदा नं. २ मा उल्लेख गरिएको प्रक्षेपण अनुसार हाल मुलुकमा भइरहेको स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन र विस्तारको सम्बन्धमा संख्या, गुणस्तरियता, भौगोलिक सन्तुलन जस्ता महत्वपूर्ण पक्षलाई उपयुक्त ढंगले सम्बोधन गर्न आवश्यक पर्ने नीतिगत कदमहरू

सिफारिश गर्ने ।

- २.४. राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय मान्यता र अनुभवहरूको उपयुक्त समीक्षा र संश्लेषण गर्दै नेपालको समग्र स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षा (Health Profession Education)को आधारभूत उद्देश्य, गन्तव्य र निर्देशक सिद्धान्तहरूको निर्यौल गर्ने ।
- २.५. मुलुकको स्वास्थ्य सेवा तथा चिकित्सा शिक्षाका क्षेत्रमा हाल कार्यरत तथा भविष्यमा संलग्न हुने जनशक्तिलाई सक्षम, गुणस्तरीय तथा विवेकशील बनाउन सरकार, प्राज्ञिक संस्था तथा नियमनकारी निकायहरूको भूमिका र दायित्व स्पष्ट पार्ने ।
- २.६. स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने प्राज्ञिक निकायहरू र तिनबाट उत्पादित जनशक्तिहरूलाई उपयोग गर्ने निकायबीच प्रभावकारी समन्वय कायम गर्न आवश्यक पर्ने उपयुक्त व्यवस्थाबारे नीतिगत सुझाव दिने ।
- २.७. मापदण्ड पूरा नगर्ने मेडिकल कलेजलाई पूनःमूल्याङ्कन गरेर सम्बन्धन खारेज (Deaffiliate) गर्ने सम्बन्धी नीतिगत व्यवस्था सिफारिश गर्ने ।
- २.८. स्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक चिकित्साशास्त्र र अन्य सम्पूर्ण विषयका सबै कोर्सका सबै तहमा वैज्ञानिक शुल्क निर्धारणका लागि सिफारिश गर्ने ।
- २.९. यस कार्यदलले उल्लिखित उद्देश्य प्राप्तिका लागि आवश्यक देखेका अन्य कार्यहरू गर्ने ।

### ३. औचित्य

यस कार्यदल गठनका औचित्यहरू देहाय बमोजिम रहेका छन्:

- ३.१. नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ ले प्रत्याभूत गरे बमोजिम सबै नेपालीहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय आंकाक्षा र प्रतिवद्धता पूरा गर्ने सिलसिलामा मुलुकका लागि आवश्यक स्वास्थ्य जनशक्तिको आंकलन, उत्पादन र उपयोगका सम्बन्धमा ठोस नीति तयार गरी लागू गर्न जरुरी देखिएको,
- ३.२. समग्र चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी एकीकृत तथा स्पष्ट राष्ट्रिय नीति एवं निर्देशक सिद्धान्तको अभावका कारण यस क्षेत्रमा देखा परेका विकृति र विसंगतिलाई सम्बोधन गर्न नसकिरहेको अवस्थामा आगामी दिनमा उक्त क्षेत्रमा आवश्यक राष्ट्रिय नीति तर्जुमा गरी सोही नीति

बमोजिम नै नियमन कार्यलाई अधि बढाउनु नितान्त आवश्यक देखिएको,

- ३.३. स्वास्थ्य सेवाको लागि आवश्यक पर्ने चिकित्सा शिक्षा र गुणस्तरीय स्वास्थ्यबीच अन्योन्याश्रित सम्बन्ध रहने हुँदा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको स्थापना र सञ्चालनका सम्बन्धमा विद्यमान नीतिमा पुनरावलोकन गरी राष्ट्रिय आवश्यकता, भौगोलिक अवस्थिति, जनसङ्ख्या तथा जनघनत्व र सन्तुलित विकास समेतलाई दृष्टिगत गरीसमय सापेक्ष नीति तर्जुमा गर्नु आवश्यक देखिएको,
- ३.४. स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाको स्थापना एवम् सञ्चालन ठूला शहरमा मात्र केन्द्रित गरिने वर्तमान अभ्यासका कारण देशका ग्रामीण क्षेत्रको स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा प्रतिकूल प्रभाव परिरहेको सन्दर्भमा देशका सबै क्षेत्र र वर्गका जनताले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सरल र सहज रूपमा प्राप्त गर्न पाउने अवस्थाको सुनिश्चित गर्न आवश्यक देखिएको,
- ३.५. मानव स्वास्थ्यसँग प्रत्यक्षरूपले सम्बन्ध राख्ने स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि आवश्यक पर्ने न्यूनतम मापदण्डको पालना, शिक्षकको क्षमता र प्रतिवद्धता, गुणस्तरीय शिक्षण सिकाई प्रक्रिया तथा शिक्षण अस्पताल सञ्चालनको लागि आवश्यक पर्ने जनशक्तिको परिचालनका सम्बन्धमा हाल व्याप्त कमी कमजोरीका कारणले ती संस्थाबाट उत्पादित जनशक्तिको स्तर समेत घट्दै गएको परिप्रेक्ष्यमा सो अवस्थाको अन्त्यका लागि ठोस नीतिगत व्यवस्था गर्नु अपरिहार्य देखिएको,
- ३.६. स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको नियमनका लागि तोकिएका निकायहरू जस्तै: विश्वविद्यालयहरू, प्रतिष्ठानहरूका साथै विषयगत काउन्सिलहरूको भूमिका, कार्यप्रणाली र तिनको प्रभावकारिताका सम्बन्धमा हाल राष्ट्रियस्तरमै प्रशस्त प्रश्नहरू उठिरहेको अवस्थामा उल्लिखित नियमनकारी निकायहरूको संरचना, कार्यप्रक्रिया, जवाफदेहिता, प्रभावकारिताका विषयमा समयसापेक्ष पुनरावलोकन गरी उपयुक्त व्यवस्था तय गरिनु आवश्यक देखिएको,
- ३.७. स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको स्थापना, सम्बन्धन, सञ्चालन, चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तर र अनुगमन तथा सम्बन्धन खारेजी जस्ता पक्षहरूमा विद्यमान नीति तथा व्यवस्था पुनरावलोकन गरी समसामयिक परिमार्जन गर्नु जरुरी देखिएको,
- ३.८. चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा सरकारी र निजी क्षेत्रको सहभागिता सम्बन्धमा

हाल सम्मको अनुभव र प्रचलन समेतलाई वस्तुनिष्ठ ढंगले पुनरावलोकन गरी यस क्षेत्रमा दुवैको भूमिका र जिम्मेवारीको स्पष्ट किटान गर्नु आवश्यक देखिएको,

३.९. चिकित्सा शिक्षाका लागि स्वदेशी तथा विदेशी विद्यार्थी छनौट गर्ने सम्बन्धमा हाल प्रचलित भर्नाका आधारहरू तथा तदनुरूप गरिने प्रवेश परीक्षाका सम्बन्धमा विद्यमान कमी कमजोरीलाई सम्बोधन गरी पारदर्शीरूपमा योग्यतम् विद्यार्थी छनौट हुने गरी नीति तथा व्यवस्था प्रस्ताव गर्नु जरुरी भइसकेको,

३.१०. चिकित्सा शिक्षा हासिल गर्ने विद्यार्थीहरूले तिनुपर्ने शुल्क व्यवस्थामा देखिएको विद्यमान विसंगतिलाई न्यायसम्मत ढंगले सम्बोधन गर्नु जरुरी भएकोले ।

माथि उल्लिखित परिप्रेक्ष्यमा समग्र चिकित्सा शिक्षाको आधारभूत उद्देश्य, गन्तव्य र निर्देशक सिद्धान्तहरू समेतको निक्कै गरी स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षाको राष्ट्रिय नीति (National Health Profession Education Policy) सिफारिश गर्न उच्चस्तरीय कार्यदल गठन गरिएको अवस्थामा यो अध्ययन प्रतिवेदन सान्दर्भिक देखिन्छ ।

#### ४. अध्ययन प्रक्रिया/कार्यदलको कार्यविधि

यस कार्यदललाई तोकिएको कार्यक्षेत्रमा अध्ययन गरी प्रतिवेदन तयार गर्न देहायको कार्यविधि तथा प्रक्रिया अवलम्बन गरिएको थियो :

४.१. **कार्यालय स्थापना:** उच्चस्तरीय कार्यदलबाट कार्य प्रारम्भ गर्ने क्रममा केशरमहलमा सचिवालय स्थापना गरी मिति २०७१/०९/१८ मा बसेको कार्यदलको बैठकबाट आफ्नो कार्यविधि तय गरी सो मुताबिक कार्य सञ्चालन गरिएको ।

४.२. **सुभाष संकलन:** कार्यदललाई तोकिएको कार्यक्षेत्रगत शर्तसँग सम्बन्धित विषयक्षेत्रमा सरोकारवालाको राय, सुभाषकालागि नेपालका प्रमुख राष्ट्रिय दैनिक समाचार पत्रहरू गोरखापत्र, कान्तिपुर र नागरिक लगायत आयोगको वेवसाइट ([www.hlchepr.gov.np](http://www.hlchepr.gov.np)) मा समेत सार्वजनिक सूचना प्रकाशित गरी सुभाष संकलन गरिएको,

४.३. **दस्तावेज अध्ययन र विश्लेषण:** कार्यदलको कार्यक्षेत्रसँग सम्बन्धित ऐन, नियम, निर्देशिका, कार्यविधि, प्रक्रिया, मापदण्ड, पूर्व गठित समिति तथा कार्यदलका प्रतिवेदनहरू, राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय जर्नल, प्रतिवेदन र दस्तावेज, प्राप्त राय तथा सुभाषहरूको अध्ययन तथा

विश्लेषण गरिएको,

- ४.४. **समूहगत छलफल तथा अन्तरक्रिया:** कार्यदलको कार्यक्षेत्रसँग सम्बन्धित विभिन्न क्षेत्रका विज्ञ, पेशाकर्मी, पेशागत निकाय, पदाधिकारीहरूसँग छलफल तथा अन्तरकृया गरिएको, सो क्रममा माननीय शिक्षा मन्त्री, माननीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्री, राष्ट्रिय योजना आयोगका माननीय उपाध्यक्ष, नेपाल सरकारका मुख्य सचिव, नेपाल मेडिकल काउन्सिल, नेपाल नर्सिङ काउन्सिल, नेपाल आयुर्वेद काउन्सिल, नेपाल स्वास्थ्य व्यवसायी परिषद्, नेपाल चिकित्सक संघ, त्रिभुवन विश्वविद्यालय, काठमाडौं विश्वविद्यालय, चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठान, पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यवसायिक तालिम परिषद् समेतका उच्च पदस्थ पदाधिकारीहरू, अन्तर्राष्ट्रिय विश्वविद्यालयका प्राज्ञ तथा नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा कार्यरत अन्तर्राष्ट्रिय संघ/संस्थाका प्रतिनिधिहरू, विषय विज्ञहरू र स्वास्थ्य विज्ञानका विभिन्न विधा र तहमा अध्ययनरत प्रशिक्षार्थी तथा विद्यार्थीहरूसँग समेत अन्तरक्रिया गरी लिखित र मौखिक सुझाव प्राप्त गरिएको,
- ४.५. **प्रश्नावली निर्माण र राय संकलन:** कार्यदलले आफ्नो कार्यक्षेत्रसँग सम्बन्धित महत्वपूर्ण मुद्दाहरूमा विषय क्षेत्र सम्वद्ध विज्ञ, योजनाकार, नागरिक समाजका अगुवा, निजी स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाका सञ्चालकहरू लगायत विभिन्न क्षेत्रका लब्ध-प्रतिष्ठित व्यक्तिहरूबाट प्रश्नावली मार्फत राय अभिमत प्राप्त गरिएको र प्रतिवेदन तयार गर्ने क्रममा उक्त राय अभिमतको विश्लेषणबाट प्राप्त तथ्यलाई समेत मध्यनजर गरिएको,
- ४.६. **जिम्मेवारी बाँडफाँड:** कार्यदललाई तोकिएको विभिन्न विषयक्षेत्रमा कार्यदलका सदस्यहरूलाई छुट्टा छुट्टै विषय क्षेत्रमा कार्यपत्र तयार गर्ने जिम्मेवारी दिइएको र उक्त कार्यपत्रहरूलाई कार्यदलको बैठकमा एजेण्डाका रूपमा प्रस्तुत र छलफल गरिएको,
- ४.७. **प्रतिवेदन तयारी:** माथि उल्लिखित विधि र प्रक्रियाहरूबाट उजागर भएका विषयवस्तु तथा सो सम्वन्धमा प्राप्त राय, सुझाव, अभिमत र तथ्यपरक प्रमाणहरू समेतबाट निःसृत गरिएको अवधारणाहरूलाई कार्यदलको बैठकमा घनिभूत छलफलको प्रक्रियाबाट साभा निष्कर्षमा पुग्ने अभ्यास गरिएको ।

## ५. अध्ययन सीमा

सम्माननीय प्रधानमन्त्री स्तरीय मिति २०७१/०९/१८ गतेको निर्णयानुसार गठित यस उच्चस्तरीय कार्यदललाई चिकित्सा शिक्षा (Health Profession Education) को आधारभूत उद्देश्य,



गन्तव्य र निर्देशक सिद्धान्तहरू समेतको निक्यौल गरी चिकित्सा शिक्षाको राष्ट्रिय नीति (National Health Profession Education Policy) तर्जुमा, शिक्षण संस्थाको मापदण्ड, स्थापना, सम्बन्धन, सञ्चालन, गुणस्तर, नियमनकारी निकायहरूको भूमिका तथा प्रभावकारिता, जनशक्तिको प्रक्षेपण तथा गुणस्तर, विद्यार्थी भर्ना तथा शुल्क लगायतका वृहत्तर पक्षहरूमा विस्तृत अध्ययन गरी सिफारिश गर्नुपर्ने दायित्व दिइएको थियो । यस कार्यदललाई प्रदत्त सीमित समयावधिका बावजुद अधिकतम सरोकारवालाहरूबाट कार्यदललाई प्राप्त सूचना एवम् सुभावा, दस्तावेज पुनरावलोकन, सरोकारका निकाय, समूह, व्यक्तिहरूसँग गरिएको अन्तरक्रिया समेतका आधारमा अध्ययनलाई सीमित गरी सुभावा प्रस्तुत गरिएकोछ । साथै शुल्क सम्बन्धी विषयमा समग्र चिकित्सा शिक्षा अन्तर्गत पर्ने सबै विधा र तहका शुल्कहरूको बारेमा समय अभावले स्पष्ट राय दिन नसकेपनि चर्को विवादको विषय बन्दै आएको चिकित्सा शिक्षाको स्नातक (एमबिबिएस) तहको शिक्षण शुल्क तथा चिकित्सकसँग सम्बन्धित स्नातकोत्तर तहको शुल्कको विषयमा मात्रै आवश्यक राय पेश गरिएको छ ।

## ६. प्रतिवेदन तयारी

यस कार्यदललाई तोकिएको कार्यक्षेत्रगत शर्तहरूलाई आधार लिई सुभावा सिफारिश गर्नपर्ने सन्दर्भमा देहायका ७ वटा परिच्छेदमा विश्लेषण तथा सुभावाहरू यस प्रतिवेदनमा समेट्ने प्रयत्न गरिएकोछ ।

परिच्छेद १ : परिचय

परिच्छेद २ : पृष्ठभूमि

परिच्छेद ३ : नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकासक्रम

परिच्छेद ४ : चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव र स्थापित मूल्य, मान्यता

परिच्छेद ५ : विद्यमान स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण

परिच्छेद ६ : समस्या तथा चुनौतीको विश्लेषण

परिच्छेद ७ : सुभावाहरू

साथै विषयसँग सम्बन्धित अनुसूचीहरू समेत प्रतिवेदनको अन्तमा समावेश गरिएको छ ।

## परिच्छेद २

### पृष्ठभूमि

नेपालमा पहिलो आधुनिक अस्पतालको रूपमा वीर अस्पतालको स्थापना तत्कालिन राजा पृथ्वी वीर विक्रम शाहदेवले सन् १८९० मा काठमाण्डौमा गरेको देखिन्छ। यस पछि सन् १८९१ मा ललितपुरमा पृथ्वी वीर अस्पताल र सन् १८९३ मा भक्तपुरमा अर्को अस्पतालको स्थापना गरिएको थियो। पछि आएर पहाड र तराईका शहरहरूमा समेत अस्पतालहरू क्रमैसँग खुल्दै गएको देखिन्छ।

त्यस भन्दा अघि नेपालमा आधुनिक चिकित्सा विभिन्न इसाई धर्म प्रचारकहरूबाट शुरु गरिएको थियो भने बेलायती आवासीय कार्यालय काठमाण्डौमा खुलेपछि थप विस्तार भएको थियो। सन् १९३३ मा नेपाल राजकीय आयुर्वेद विद्यालयको स्थापनासँगै स्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक जनशक्तिको उत्पादन शुरु भएको हो। त्यसको एक वर्ष पछि नै सन् १९३४ मा सिभिल मेडिकल स्कुल खोलियो जसले ड्रेसर र कम्पाउन्डर जस्ता स्वास्थ्यकर्मीहरूको उत्पादन शुरु गर्‍यो। सन् १९५६ देखि मात्र नर्सिङ शिक्षाको सुरुवात भएको देखिन्छ।

सन् १९७२ मा सरकारी लगानीमा त्रिभुवन विश्वविद्यालय अन्तर्गत चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानको स्थापना भए सँगै नेपालले चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा ठूलो फड्को मारेको मान्नुपर्छ। यसको स्थापना र सञ्चालनबाट नेपालमा विभिन्न विधार् तहका स्वास्थ्य सेवाकर्मी तथा विज्ञ उत्पादन हुन थाल्यो। यसै संस्थाबाट स्नातक तहका डाक्टर (एमबिबिएस) उत्पादन गर्ने कार्यको थालनी नेपालमा पहिलो पटक सन् १९७८ मा भयो। सन् १९९२ मा आएर काठमाण्डौ विश्वविद्यालयले मणिपाल मेडिकल कलेज पोखरालाई सम्बन्धन दिए पश्चात गैरसरकारी क्षेत्रलाई निजी लगानीमा मेडिकल कलेज स्थापना र सञ्चालन गर्न पाउने ढोका खुल्ल गयो। विश्व भुमण्डलीकरणको प्रक्रिया सँगै आएको आर्थिक उदारीकरणको प्रभावका कारण नेपालले पनि सो नीति अवलम्बन गरेसँगै चिकित्सा क्षेत्रमा सरकारको भूमिका क्रमिक रूपमा साँघुरिदै गएको देखियो। मध्यम वर्गीय परिवारको चिकित्सा शिक्षा हासिल गर्ने महत्वकांक्षा तथा निजी क्षेत्रको मेडिकल कलेज स्थापना र सञ्चालनमा बढेको उत्साह र तत्परताका कारण नेपालमा मेडिकल, डेन्टल, नर्सिङ कलेजहरू तथा स्वास्थ्य पेशासँग सम्बन्धित अन्य तालिम प्रदायक संस्थाहरूको तीव्र गतिमा विस्तार हुन थाल्यो।

यस क्षेत्रमा भएको विकास र विस्तारले मुलुकमा चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा पहुँच बढाउनुका साथै मुलुकको विकासका लागि आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादनमा पनि उत्तिकै योगदान पुऱ्याएको छ । साथै विद्यार्थीहरूले पनि चिकित्सा शिक्षाका विभिन्न विधामा नेपालमै अध्ययन गर्ने अवसर पाएका छन् । यसबाट राष्ट्रको आर्थिक गतिविधिमा पनि सकारात्मक प्रभाव नै परेको छ । कलेजहरू अवस्थित क्षेत्रका समुदायहरूले पनि विभिन्न किसिमका लाभहरू प्राप्त गरेका छन् । विदेशी मुद्रा सञ्चितमा सकारात्मक प्रभाव पार्दै नेपालको स्रोत विदेशिनबाट केही हदसम्म जोगाएको पनि छ । यसरी हेर्दा नेपालको चिकित्सा शिक्षा क्षेत्रमा निजी क्षेत्रले पुऱ्याएको योगदान महत्वपूर्ण रहेको देखिन्छ ।

चिकित्सा शिक्षामा निजी लगानीको अर्को पाटो पनि छ । चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा निजी लगानी बढ्दै जाँदा सरकारी ढुकुटीमा कम दबाव पर्ने त निश्चित छ तर मुलुकको लागि आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको आँकलन विनै, संविधानमा उल्लिखित सबैलाई सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न पाउने अधिकारको सुनिश्चितताको नीतिगत योजना विनै र नियामक निकायहरूको क्षमतालाई सुदृढ गर्ने योजना र स्पष्ट नीतिगत दृष्टिकोण तय नगरीकनै चिकित्सा शिक्षा जस्तो महत्वपूर्ण र सम्बेदनशील क्षेत्रमा निजी क्षेत्रको लगानीलाई प्रोत्साहित गर्दा यसले अन्य जटिल समस्याहरू पनि निम्त्याएको छ ।

मेडिकल, डेन्टल तथा नर्सिङ कलेजहरू लगायत अन्य स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको संख्यामा भएको अप्रत्यासित वृद्धिका कारण गुणस्तर सुनिश्चित गर्ने जिम्मेवारी पाएका विश्वविद्यालयहरू, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद एवम् अन्य पेशागत काउन्सिलहरू लगायतका नियमनकारी निकायहरूमाथि आफ्नो क्षमताले धान्ने सक्ने भन्दा बढी भार थपिन गयो । यसबाट सञ्चालन प्रक्रिया र गुणस्तरीय सेवा सुनिश्चितता भए नभएको एकीन गर्ने कार्यमा नकारात्मक असर पर्न गयो । यी सबै कारणहरूको परिणामस्वरूप गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षामा मात्र नभई देशको समग्र स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा पनि नकारात्मक प्रभाव पर्न थाल्यो ।

यदि वर्तमान अवस्था नै कायम रहिरहने हो भने कमजोर (कम सक्षम) स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन हुने क्रमले निरन्तरता पाईरहने छ जसले मुलुकको समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रमा दीर्घकालसम्म नकारात्मक असर पर्ने निश्चित प्रायः छ । कमसल तथा मापदण्ड विपरीत कार्य गर्ने कलेज तथा स्कूलहरूलाई नसिहत दिने, सजाय गर्ने वा सम्बन्धन नै खारेज गर्ने पद्धति या त बसेको छैन या त भएर पनि कार्यान्वयनमा आउन नसकेको एउटा तितो यथार्थता हो ।

नेपालको चिकित्सा शिक्षाको विकास र विस्तार सरकारको एकीकृत नीतिभन्दा पनि मूलतः निजी लगानीकर्ताहरूको इच्छा र महत्वाकांक्षाबाट प्रभावित भईरहेको देखिन्छ । यी कलेज तथा स्कूलहरूको विकास र विस्तार क्षेत्रीय सन्तुलन र मुलुकको स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको आवश्यकताको आधारमा भएको पाइँदैन । एकातिर कुनै विषयमा आवश्यकता भन्दा वढी स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादित भई खपत हुन नसक्ने अवस्था छ भने अर्कोतिर ठूलो लगानी उपयुक्त ठाउँमा नहुँदा यसबाट अपेक्षित परिणाम आउन नसक्ने सम्भावना पनि उत्तिकै देखिन्छ । मुलुकको भौगोलिक अवस्था, स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको आवश्यकता, जनशक्तिको वैज्ञानिक प्रक्षेपण जस्ता मूलभूत पक्षहरूको आधारमा स्वास्थ्य संस्थाहरू स्थापना गरिएको भए देशका विभिन्न क्षेत्र र समुदाय बिच स्वास्थ्य सेवाको न्यायपूर्ण पहुँचमा सहयोग पुग्न सक्थ्यो । यसबाट विद्यमान असमानतालाई धेरै हदसम्म सम्बोधन गर्न सकिन्थ्यो ।

मेडिकल कलेज तथा अन्य स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू जनस्वास्थ्यप्रति प्रत्यक्ष जिम्मेवार हुन्छन् भन्ने विश्वव्यापी मान्यता रहिआएको छ । यो विषय आम जनताको सरोकारको विषय पनि हो । यस दृष्टिकोणबाट हेर्दा चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी समग्र संस्थाहरूलाई सार्वजनिक सम्पतिको रूपमा र चिकित्सा सेवालालाई सार्वजनिक वस्तु/सेवाको रूपमा लिनुपर्ने हुन्छ । तसर्थ यी संस्थाहरूले प्रदान गर्ने सेवा र निर्वाह गर्नु पर्ने दायित्व सामाजिक सम्झौता (Social Contract) को अवधारणाबाट निर्देशित हुनुपर्छ ।

अहिलेको सामाजिक तथा आर्थिक परिवेशमा चिकित्सा शिक्षालाई स्वास्थ्य सेवाको आदर्श भन्दा अर्थ उपार्जन गर्ने भरपर्दो स्रोतको रूपमा हेर्न थालिएको देखिन्छ । जुनसुकै तह र विधाको चिकित्सा शिक्षालाई पनि वस्तु जस्तै क्रय विक्रयको रूपमा हेर्न थालिएको छ । अभिभावकहरूले आफ्नो छोराछोरीहरूलाई स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूमा पढ्न पठाउनुको प्रमुख कारण पेशागत सीप र ज्ञान हासिल गराइ रोजगारीको लागि बजारमा आफ्नो स्थान सुरक्षित गर्न सक्ने बनाउने अभिलाषा लिनु स्वाभाविकै हो । तर जनताको स्वास्थ्य र सार्वजनिक हित (Well-being) सँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरलाई विद्यार्थी र अभिभावकको सन्तुष्टिसँग मात्र जोडेर मापन गर्न मिल्दैन । गुणस्तरीय शिक्षा हासिल गर्नुको उद्देश्य भनेको सम्बन्धित विषय क्षेत्रमा ज्ञान र सीप हासिल गरी सक्षम बन्नु र त्यसको माध्यमबाट आर्थिक रूपमा सम्पन्न हुनु मात्र नभई आफूले हासिल गरेको ज्ञान तथा सीपलाई समग्र समाजको बृहत्तर हितका लागि प्रयोग गर्नु र गराउनु पनि हो । करुणाभाव बिनाको ज्ञान पूर्ण हुँदैन भन्ने बुद्धवाणी चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अभि

सान्दर्भिक देखिन्छ । तसर्थ चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरलाई समाजको बृहत्तर हितसँग आबद्ध गर्नु जरुरी छ ।

हाम्रा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थामा हाल विद्यमान विद्यार्थी भर्ना गर्ने प्रणाली, पाठ्यक्रम (विषयवस्तु), शिक्षण विधि तथा मूल्यांकन पद्धतिमा पनि पुनरावलोकन गर्नु आवश्यक देखिएको छ । बहुसंख्यक नेपाली बसोबास गर्ने ग्रामीण परिवेशको स्वास्थ्य आवश्यकता सम्बोधन गर्न विद्यार्थीहरूलाई ग्रामिण क्षेत्रको अनुभव, रोग परीक्षण र उपचार सम्बन्धी व्यावहारिक ज्ञान प्रदान गर्नु जरुरी छ । विद्यार्थीहरूमा मानवीय व्यवहारका आधारभूत सीप र सम्बेदना जस्ता गुणहरूको विकास गर्नु पनि अति आवश्यक भईसकेको छ । अबको हाम्रो स्वास्थ्य जनशक्ति प्राविधिक रूपले सक्षम, मानवीय रूपमा संवेदनशील तथा सामाजिक रूपमा उत्तरदायी हुनुपर्दछ । अन्यथा संविधान तथा स्वास्थ्य नीतिमा ब्यक्त गरिएको सबै नेपाली जनताको लागि गुणस्तरीय स्वास्थ्यको उद्देश्य नारामा मात्र सीमित हुने खतरा छ ।

हालसम्मको चिकित्सा शिक्षाको विकासक्रम र अवस्थालाई हेर्दा स्वास्थ्य सम्बन्धी संस्थाहरूको स्थापना, जनशक्ति उत्पादन एवम् स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको अवस्थामा उल्लेखनीय उपलब्धि भएको देखिए तापनि सन्तुलित एवं समतामूलक चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको विस्तार तथा गुणस्तरमा देखिएका कमी कमजोरीहरू लगायतका विषयवस्तुहरूलाई बस्तुपरक ढंगले विश्लेषण गर्दै तिनलाई सम्बोधन गर्न चालिनुपर्ने कदमहरूको बारेमा समेत यो प्रतिवेदनमा उल्लेख गरिएको छ ।

## परिच्छेद ३

### नेपालमा चिकित्सा शिक्षाको विकासक्रम

नेपालमा प्राविधिक शिक्षाको योजनाबद्ध विकासक्रम राष्ट्रिय शिक्षा पद्धतिको योजना २०२८ (National Education System Plan, 1971) लागू भएपछि मात्र देखिन्छ ।

स्वास्थ्यको क्षेत्रमा सन् १९३३ मा नेपाल राजकीय आयुर्वेद विद्यालयको स्थापनासँगै स्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक जनशक्तिको उत्पादन शुरु भएको हो । त्यसको एक वर्ष पछि नै सन् १९३४ मा सिभिल मेडिकल स्कुल खोलियो जसले ड्रेसर र कम्पाउन्डर जस्ता स्वास्थ्यसेवीको उत्पादन शुरु गर्‍यो । सन् १९५६ मा नर्सिङ्ग र हेल्थ असिस्टेन्ट स्कूलहरू, सन् १९६२ मा अ.हे.व. स्कुल र सन् १९६३ मा अनमी स्कूलहरू खुले । यी सबै शैक्षिक संस्थाहरू त्यस समयमा स्वास्थ्य मन्त्रालय मातहत सञ्चालन भईरहेका थिए ।

### चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानको स्थापना

क) सन् १९७२-१९७८ सम्मको अवस्था

नर्सिङ्ग, हेल्थ असिस्टेन्ट, अनमी र अहेव कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने सबै स्कूलहरूलाई गाभेर सन् १९७२ मा चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानको स्थापना गरियो । सन् १९७२ देखि १९७८ सम्म चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानले आधारभूत र मध्यमस्तरका स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने कार्य गर्‍यो । यस अन्तर्गत अनमी र अहेव जस्ता आधारभूत तहका स्वास्थ्यकर्मी तालिम कार्यक्रमहरू थिए । त्यस्तै सामान्य चिकित्सा, फार्मेसी, रेडियाग्राफी, हेल्थल्याब, नर्सिङ्ग र आयुर्वेद विषयमा प्रमाणपत्र तहका कार्यक्रमहरू सञ्चालित थिए । सन् १९७६ मा शुरु गरिएको वि.एन. (ब्याचर इन नर्सिङ्ग) यस संस्थानमा शुरु गरिएको पहिलो स्नातकस्तरको कार्यक्रम थियो ।

यसरी आधारभूत तथा मध्यमस्तरीय स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने प्रयोजनस्वरूप विभिन्न शैक्षिक कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने क्रमसँगै चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानले स्नातक स्तरीय चिकित्सकहरू उत्पादन गर्ने शैक्षिक कार्यक्रम (एमबिबिएस) थालनी गर्नका लागि आवश्यक तयारी पनि गरिरहेको थियो । यसै सन्दर्भमा नेपालका ६ जिल्लाहरूमा स्वास्थ्य सर्वेक्षण गरी नागरिकका स्वास्थ्य समस्याहरू के के रहेछन् र तिनीहरूको निराकरण र सामना गर्न चिकित्सकहरूले के के जान्नु र गर्न सक्नु पर्दोरहेछ भन्ने जानकारी एकत्रित गरेको देखिन्छ । यी सर्वेक्षणहरूबाट प्राप्त

जानकारीका आधारमा चिकित्सा शिक्षाका लक्ष्य र उद्देश्यहरू निर्धारण गर्न सहयोग गरेको देखिन्छ । यी गतिविधिका साथै शिक्षकहरूलाई चिकित्सा शिक्षा प्रविधिमा तालिम दिने काम पनि भएको पाइन्छ । यस्ता गतिविधिहरूमा चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानले विश्व स्वास्थ्य संगठन, क्यानाडाको क्यालगरी विश्वविद्यालय, युनाइटेड मिसन टु नेपाल लगायत अन्य विभिन्न संस्थाहरूको सहयोग पाएको पनि देखिन्छ । त्यस्तै भौतिक पूर्वाधार (क्याम्पस र छात्रावास निर्माण, पुस्तकालय र प्रयोगशाला निर्माण र सुदृढीकरण) विकास कार्यमा संयुक्त राज्य अमेरिका, क्यानाडा जस्ता मित्र राष्ट्रहरूको सहयोग प्राप्त भएको थियो ।

ख) सन् १९७८-१९९३ सम्मको अवस्था

सन् १९७८ मा त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानले स्नातक (एमबिबिएस) स्तरको कार्यक्रम शुरु गर्‍यो । यस कार्यक्रममा मध्यम तहमा काम गरिरहेका प्रमाणपत्र तह उत्तीर्ण स्वास्थ्य सहायक, नर्स, फार्मेसिस्ट, ल्याब सहायक, रेडियोग्राफरहरू लगायतका स्वास्थ्यकर्मीहरू मध्येबाट २२ जना लाई छनौट गरिएको थियो । यसरी पहिलो पटक नेपालमा नै एमबिबिएसको अध्ययन कार्य शुरु गरियो । विद्यार्थी भर्ना संख्यामा विस्तारै बढोत्तरी गर्दै सन् १९९३ मा भर्ना संख्यालाई प्रतिवर्ष ४० जनासम्म पुऱ्याइयो । यसै बीच सन् १९८७ सालदेखि यस कार्यक्रममा भर्ना हुने विद्यार्थीहरू मध्ये ५० प्रतिशत विज्ञानमा प्रमाण पत्र तह उत्तीर्णहरू मध्येबाट भर्ना लिने प्रावधान शुरु गरियो । सन् २००० देखि यसमा परिवर्तन गरी पूरै विद्यार्थीहरू विज्ञानमा प्रमाणपत्र तह उत्तीर्ण गरेकाहरू मध्येबाट प्रतिस्पर्धा गराई योग्यताक्रमका आधारमा भर्ना लिने पद्धति लागू गरियो ।

### वि.पि. कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

सन् १९९३ मा विश्वेश्वर प्रसाद कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानको स्थापनालाई स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने क्रमको अर्को कोशेढुंगा मान्न सकिन्छ । आफ्नो स्थापनाकालको केही समय पछि नै यस प्रतिष्ठानले ३० जना विद्यार्थीहरूको भर्ना लिई एमबिबिएस कार्यक्रमको थालनी गर्‍यो । दुर्गम क्षेत्रका छात्रछात्राहरूलाई प्राथमिकताका साथ भर्ना दिने र पूर्वाञ्चल विकास क्षेत्रका जिल्लाहरूका अस्पताललाई शिक्षण अस्पतालका रूपमा विकसित गरी उपयोग गर्ने यस प्रतिष्ठानका नीतिहरूमा समतामूलक र समुदायमा आधारित शिक्षाको प्रवर्धनमा नयाँ प्रयोगहरू थिए । यसका साथै एमबिबिएस पाठ्यक्रमको विकासका क्रममा समुदायको सहभागिता गराई उनीहरूको राय र चाहना बमोजिम पाठ्यक्रमका उद्देश्य निर्धारण गर्नु प्रतिष्ठानको दूरगामी सोचका प्रमाण र विशेषता

हुन् ।

## राष्ट्रिय चिकित्सा विज्ञान प्रतिष्ठान

सरकारी क्षेत्रमा दक्ष विशेषज्ञ चिकित्सकहरूको उत्पादन गर्ने दिशामा अर्को उल्लेख्य कार्य सन् २००२ मा राष्ट्रिय चिकित्सा विज्ञान प्रतिष्ठानको स्थापनाबाट भयो । यस प्रतिष्ठानले बीर अस्पताल र उपत्यकाभित्रका अन्य अस्पतालहरूको संलग्नतामा स्नातकोत्तर कार्यक्रमहरू सञ्चालन गरी देशमा विशेषज्ञ चिकित्सकहरूको उत्पादनमा उल्लेख्य काम गर्‍यो । यो प्रतिष्ठान त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थानमा सन् १९८२ देखि नै शुरु गर्न थालिएका स्नातकोत्तर कार्यक्रमलाई द्रुतगतिमा विकास गर्न स्वास्थ्य मन्त्रालयसँगको सहकार्यमा स्थापित Post Graduate Medical Education Coordination Committee को विकसित र परिष्कृत रूप थियो । यसको स्थापनाले स्नातकोत्तर तहको दक्ष विशेषज्ञहरू उत्पादन गर्ने कार्यमा त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान र विपि कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानका साथै यस प्रतिष्ठानको पनि उपस्थिति हुन आयो ।

## पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

सरकारी संलग्नतामा शुरु गरिएको अर्को संस्थान पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान हो । यो सन् २००८ मा स्थापित गरियो । यसको स्थापनामा वर्तमान चिकित्सा शिक्षाका सीमितता र कमी कमजोरीहरूको निराकरणका लागि नौलो उपायहरू अवलम्बन गर्ने प्रतिवद्धता र पाटन अस्पताल जस्तो गुणस्तरीय अस्पताल यस कार्यमा संलग्न हुन सक्ने सम्भावनाको ठूलो भूमिका रहेको छ । विद्यार्थी छनौट प्रक्रिया पाठ्यक्रममा समुदायमा आधारित शिक्षाको लागि छुट्याइएको लामो समयावधि, सिकाइ विधिमा आधुनिकीकरण र गरिब विद्यार्थीहरूलाई तालिम अबधि पश्चात ग्रामीण समुदायमा गएर सेवा गर्ने शर्तमा छात्रवृत्ति प्रदान गरिनु यस प्रतिष्ठानमा सञ्चालित एमबिबिएस कार्यक्रमका विशेषताहरू हुन् । यो कार्यक्रम पूर्ण सरकारी दायित्व भित्र नपरेकोले यसमा भर्ना लिने आधाजसो विद्यार्थीहरूले भने पूर्ण शिक्षण शुल्क तिर्नुपर्ने प्रावधान रहेको छ । यस प्रतिष्ठानले सन् २०१० मा पहिलो समूहमा विद्यार्थीहरू भर्ना गर्‍यो ।

सरकारी क्षेत्रमा भएका अन्य प्रयासमा मध्य पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रको जुम्लामा स्थापित कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान र सुदूर पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्रको कैलालीको गेटामा नयाँ मेडिकल कलेज स्थापनाका लागि प्रयत्न भैरहेको छ । कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा नर्सिङ



विषयको कार्यक्रम मात्र सञ्चालन भईरहेको छ ।

## निजी क्षेत्रको विकास

सन् १९७२ देखि शुरु भएको स्वास्थ्य सेवाका लागि आवश्यक जनशक्ति उत्पादन गर्ने सरकारी संस्थाहरूको स्थापना र विकासक्रम आफैमा सकारात्मक देखिएता पनि निजी क्षेत्रमा भएको विकासको तुलनामा सरकारी क्षेत्रको विकास भने निकै पछाडि पर्न गएको जस्तो देखिन्छ ।

सन् १९९४ मा पोखरामा निजी क्षेत्रमा काठमाण्डौ विश्वविद्यालयबाट सम्बन्धन प्राप्त गरी पहिलो मेडिकल कलेजको रूपमा मणिपाल कलेज अफ मेडिकल साइन्सेजको स्थापनाबाट शुरु भएको निजीकरणको क्रम आजसम्म पनि जारी नै छ । हालसम्म नेपालमा त्रिभुवन विश्वविद्यालय अन्तर्गत चिकित्सक उत्पादन गर्ने केवल एक आंगिक क्याम्पस (सरकारी क्षेत्रमा) सञ्चालित छ भने निजी क्षेत्रमा ६ मेडिकल (डेन्टल समेत) कलेजहरू र २ डेन्टल कलेजहरू सञ्चालित छन् । त्यस्तै काठमाण्डौ विश्वविद्यालय अन्तर्गत केवल एक आंगिक क्याम्पस र ७ मेडिकल (डेन्टल समेत) कलेज र एक डेन्टल कलेज सञ्चालित छन् । यसका साथै हाल नेपालमा ४ वटा सरकारी क्षेत्रका प्रतिष्ठानहरू सञ्चालनमा छन् ।

नेपालमा हाल सञ्चालित चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने निकायहरू देहाय बमोजिम रहेका छन्:

तालिका : १

मेडिकल/डेन्टल कलेज र विद्यार्थी संख्या (शै.स. २०७१)

सि.नं.	शैक्षिक संस्थाको नाम	सम्बन्धन मिति (इ.सं)	विश्व विद्यालय	आंगिक/सम्बन्धन प्राप्त	एम.बि.बि.एस.	स्नातकोत्तर (Post Graduate)	एमविविएस र विडिएस फ्रि सिट	डेन्टल	बेड संख्या
१	त्रि.वि.वि. महाराजगञ्ज मेडिकल क्याम्पस, काठमाण्डौ	१९७२	त्रि.वि.वि.	आंगिक	७६	१२५	४५	०	९००
२	किष्ट मेडिकल कलेज, काठमाण्डौ	२००८	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	१३५	०	१७	४०	४५०
३	नेपाल आर्मी स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, काठमाण्डौ	२०११	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	१५०	०	१५	०	४९०
४	पिपल्स डेन्टल कलेज, काठमाण्डौ	१९९८	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	०	९	६	६०	०
५	चितवन मेडिकल कलेज, चितवन	२००८	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	१४०	०	१९	५०	६५०
६	युनिभर्सल मेडिकल कलेज भैरहवा	१९९७	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	१५०	१२	२२	६५	७५०
७	जानकी मेडिकल कलेज, जनकपुर	२००३	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	०	०	०	०	७५०
८	गण्डकी मेडिकल कलेज, पोखरा	२००८	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	७५	०	८	०	४००
९	काठमाण्डौ स्कूल अफ मे.सा.धुलिखेल	२००१	का.वि.वि.	आंगिक	७५	१०	१	४०	४००
१०	नेपाल मेडिकल कलेज, काठमाण्डौ	१९९७	का.वि.वि.	सम्बन्धन	१५०	२२	२०	५०	७५०
११	काठमाण्डौ मेडिकल कलेज, काठमाण्डौ	१९९७	का.वि.वि.	सम्बन्धन	१५०	२०	२०	५०	७५०

१२	कलेज अफ मेडिकल साइन्स, भरतपुर	१९९७	का.वि.वि	सम्बन्धन	१५०	४८	२०	५०	७५०
१३	मणिपाल कलेज अफ मेडिकल साइन्स, पोखरा	१९९४	का.वि.वि	सम्बन्धन	१५०	३६	१५	०	५००
१४	नेपालगञ्ज मेडिकल कलेज, नेपालगञ्ज	१९९६	का.वि.वि	सम्बन्धन	१५०	३९	१५	०	७००
१५	नोबेल मेडिकल कलेज, बिराटनगर	२००५	का.वि.वि	सम्बन्धन	१५०	६	१५	०	७८९
१६	लुम्बिनि मेडिकल कलेज, पाल्पा	२००९	का.वि.वि.	सम्बन्धन	१००	०	१०	०	६००
१७	कान्तिपुर डेन्टल कलेज, काठमाण्डौ	२००७	का.वि.वि	सम्बन्धन	०	३	५	५०	०
१८	वि.पि.कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, धरान	१९९४	प्रतिष्ठान	-	१२०	५०	२०	४०	७५०
१९	राष्ट्रिय चिकित्सा विज्ञान प्रतिष्ठान, काठमाण्डौ	२००१	प्रतिष्ठान	-	०	६०	०	०	६००
२०	पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, ललितपुर	२००८	प्रतिष्ठान	-	६०	०	२०	०	४००
२१	एम.वि.केडिया डेन्टल कलेज, बिरगंज	२००७	त्रि.वि.वि.	सम्बन्धन	०	०	४	३५	०
२२	कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, जुम्ला		प्रतिष्ठान	-	०	०	०	०	०
२३	नेशनल मेडिकल कलेज विरगञ्ज		त्रिवि.वि.	सम्बन्धन	०	०	०	०	०
	जम्मा				१९८१	४४०	२९७	५३०	११३७९

स्रोत: नेपाल मेडिकल काउन्सिल

नोट: काठमाण्डौ विश्वविद्यालयका विस्तारित कार्यक्रम (Extension Program) का रूपमा सञ्चालित देवदह मेडिकल कलेज रूपन्देही र विराट मेडिकल कलेज मोरङलाई यस तालिकामा समावेश गरिएको छैन । त्यस्तै प्रस्तावित गेटा मेडिकल कलेज प्रवर्द्धन समिति गेटा, कैलाली पनि यहाँ समावेश गरिएको छैन ।

सन् १९७८ मा २२ जना मात्र विद्यार्थी भर्ना लिई शुरु गरिएको एमबिबिएस अध्यापनको यात्रा हाल आएर करिब २००० विद्यार्थी एमबिबिएसमा र ५३० भन्दा बढी बिडिएस (दन्त चिकित्सा) र विभिन्न विधामा विशेषज्ञ चिकित्सकहरू उत्पादन गर्ने हेतुले स्नातकोत्तर तहमा ४४० को हाराहारीमा विद्यार्थीहरू पढाउने स्तरमा पुगेको छ । महँगो शिक्षण शुल्क लिएरै भए पनि निजी क्षेत्रबाट यस क्रमलाई अझ अघि बढाउने प्रयास उत्तिकै तीव्र रूपमा जारी छ ।

चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी संस्थाहरूको भौगोलिक र जनसांख्यिकी वितरण अर्को महत्वपूर्ण चासोको रूपमा रहेको छ । हाल सञ्चालनमा रहेका संस्थाहरूको भौगोलिक वितरण र जनसांख्यिकी वितरणको अवस्था देहाय बमोजिम रहेको छ ।

## तालिका २

### मेडिकल कलेजहरूको भौगोलिक अवस्थिति र जनसंख्या अनुपात

भौगोलिक क्षेत्र	मेडिकल कलेजहरू	संख्या	स्वास्थ्य शिक्षण संस्था र जनसंख्या अनुपात
पुर्वाञ्चल विकास क्षेत्र	विपि कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान., नोबेल मेडिकल कलेज	२	१:२९१७०९१
मध्यमाञ्चल विकास क्षेत्र	त्रि.वि.वि. महाराजगञ्ज मे. क्याम्पस,किष्ट मेडिकल कलेज, नेपाल आर्मी स्वा.वि.प्र.चितवन मेडिकल कलेज, जानकी मेडिकल कलेज, काठमाण्डौ स्कूल अफ मे.सा.,नेपाल मेडिकल कलेज, काठमाण्डौ मेडिकल कलेज, कलेज अफ मे.साइन्स भरतपुर, राष्ट्रिय चिकित्सा वि. प्र, पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, नेशनल मेडिकल कलेज विरगञ्ज	१३	१:८८३०६३
पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र	मणिपाल कलेज अफ मे.सा, युनिभर्सल मेडिकल कलेज, गण्डकी मेडिकल कलेज, लुम्बिनि मेडिकल कलेज	४	१:३५८४३८४
मध्यपश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र	नेपालगञ्ज मे. कलेज, कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान (हाल नर्सिङ कार्यक्रममात्र सञ्चालन)	२	१:१८०००००
सुदूर पश्चिमाञ्चल विकास क्षेत्र	गेटा मेडिकल कलेज पूर्वाधार विकास समिति		०:२५४३३४९

## मध्यम र आधारभूत स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन

मध्यम र आधारभूत स्वास्थ्य/प्राविधिक जनशक्तिको उत्पादन ऐतिहासिक रूपमा स्वास्थ्य मन्त्रालय स्वयंले र अलि पछि आएर विश्वविद्यालय आफैले गर्ने गरेको भएपनि सो कार्यलाई थप व्यवस्थित गर्नका लागि सन् १९८९ (वि.सं. २०४५) मा शिक्षा मन्त्रालय अन्तर्गत प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदको स्थापना गरियो । यसले कृषि, इन्जिनियरिङ लगायत स्वास्थ्य क्षेत्रमा आवश्यक पर्ने मध्यम र आधारभूत तहका जनशक्तिको उत्पादन गर्ने र यस कामका लागि शैक्षिक संस्थाहरू स्थापना गर्न प्रोत्साहन गर्ने काम गर्‍यो । विस्तारै यस परिषदले पनि आफै शैक्षिक संस्थाहरू सञ्चालन गर्नुभन्दा निजी क्षेत्रका संस्थानहरूलाई सम्बन्धन दिने काम बढी गरेको देखिन्छ ।

मध्यम र आधारभूत स्वास्थ्य जनशक्तिको उत्पादन गर्ने कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने शिक्षण संस्थाहरूलाई सम्बन्धन दिने कार्यमा पछिल्लो समयमा स्थापना भएका विश्व विद्यालयहरूको बढी संलग्नता देखिन्छ । यसरी सम्बन्धन दिँदा भौगोलिक र जनघनत्वलाई कुनै ध्यान दिइएको पाइँदैन । खासगरी नर्सिङ र जनस्वास्थ्य विषयका स्नातक र स्नातकोत्तर तहका कार्यक्रमहरूलाई सम्बन्धन दिने कार्यमा काठमाण्डौ बाहिर खुलेका विश्वविद्यालयहरूले बढी रुचि लिएको देखिन्छ । काठमाण्डौ उपत्यका भित्र काठमाण्डौ बाहिरका विश्वविद्यालयका सम्बन्धमा सञ्चालित धेरै शिक्षण संस्थाहरू हुनु यसको प्रमाण हो ।

विश्वविद्यालय आफैले कुनै कार्यक्रम सञ्चालन गरेको अनुभव नभई उक्त कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अरुलाई सम्बन्धन दिन मिल्दैन भन्ने सामान्य मान्यता नेपालमा भंग भएको देखिन्छ । काठमाण्डौ विश्वविद्यालयबाट शुरु गरिएको यस कार्यमा हाल आएर प्रायःजसो सबै विश्वविद्यालयहरूको संलग्नता देखिन्छ ।

प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदद्वारा सञ्चालित कार्यक्रमहरू र संस्थाहरूको विवरण देहाय बमोजिम रहेको छ :

तालिका ३

प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद आफैँद्वारा सञ्चालित र सम्बन्धनमा सञ्चालित संस्थाहरूको स्थिति

तह	विषय (course)	क्याम्पसको किसिम र संख्या
आधारभूत	सि.एम.ए	आंगिक-२, सम्बन्धनप्राप्त -७२
आधारभूत	अ.न.मि.	आंगिक-४, सम्बन्धनप्राप्त -४०
आधारभूत	ल्याब असिस्टेन्ट	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -३०
आधारभूत	आयुर्वेद अ.हे.व	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -५
आधारभूत	सामुदायिक दन्त सहायक	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त-२
आधारभूत	आम्ची (तीबेतन)	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -१
आधारभूत	अक्युपन्चर सहायक	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -०
मध्यम	पि.सि.एल. नर्सिङ	आंगिक-२, सम्बन्धनप्राप्त -७७
मध्यम	पि.सि.एल. (जनरल मे.) एच.ए.	आंगिक-१, सम्बन्धनप्राप्त -४६
मध्यम	पि.सि.एल. हेल्थ ल्याब	आंगिक-१, सम्बन्धनप्राप्त -२०
मध्यम	डिप्लोमा रेडियोग्राफी	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -१५
मध्यम	डिप्लोमा फार्मेसी	आंगिक-१, सम्बन्धनप्राप्त -४३
मध्यम	डिप्लोमा डेन्टल साईन्स	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -५
मध्यम	डिप्लोमा होमियोपाथी	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -१
मध्यम	डिप्लोमा आयुर्वेद	आंगिक-०, सम्बन्धनप्राप्त -२

नर्सिङ शिक्षाको विकासक्रम र वर्तमान अवस्था

सन् १९५६ मा पहिलो नर्सिङ स्कूलको स्थापना भएको हो । त्यसपछि सन् १९६३ मा अ.न.मि. स्कूलको स्थापना गरियो । यी दुवै स्कूलहरू सन् १९७२ मा स्थापित त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान अन्तर्गत गाभिए । त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थान अन्तर्गत विभिन्न क्षेत्रहरूमा गरी हाल ५ नर्सिङ कलेजहरू सञ्चालित छन् । मध्य पश्चिमाञ्चलको नेपालगञ्ज, पश्चिमाञ्चलको पोखरा, मध्यमाञ्चलको काठमाण्डौ, ललितपुर र वीरगञ्ज एवम् पूर्वाञ्चलको विराटनगरमा यी कलेजहरू अवस्थित छन् ।

प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदको स्थापना पछि आधारभूत तहका अ.न.मि. स्कूल, भरतपुरका साथै सुर्खेत र धनकुटाका अ.हे.व. स्कूलहरू प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदलाई हस्तान्तरण गरियो । त्यस्तै अन्य प्रमाणपत्र तहका कार्यक्रमहरू पनि विस्तारै बन्द हुदै गए तर नर्सिङ शिक्षाको गुणस्तरप्रति विशेष संवेदनशीलताका कारण यसको प्रमाणपत्र तहका कार्यक्रमहरू हालसम्म पनि त्रिभुवन विश्वविद्यालय चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान अन्तर्गत नै सञ्चालित हुँदैछन् ।

नर्सिङ शिक्षाको क्षेत्रमा विश्वेश्वर प्रसाद कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान अन्तर्गत स्थापित कलेज अफ नर्सिङले पनि विभिन्न तहका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्दछ । त्यस्तै पहिले चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान अन्तर्गत रहेको बीर अस्पतालसँग आवद्ध नर्सिङ क्याम्पस, राष्ट्रिय चिकित्सा विज्ञान प्रतिष्ठानको स्थापना पछि उक्त प्रतिष्ठानसँगै सञ्चालित छ ।

सरकारी क्षेत्रमा सञ्चालित यी नर्सिङ स्कूल, कलेजहरूका साथसाथै निजी क्षेत्रमा सञ्चालित नर्सिङ कलेजहरूले पनि नर्स उत्पादनमा महत्वपूर्ण भूमिका खेलेका छन् । चिकित्सक उत्पादन गर्ने क्षेत्रमा जस्तै नर्स उत्पादन गर्ने क्षेत्रमा पनि निजी क्षेत्रको सहभागिता धेरै गुणा बढी छ । CTEVT अन्तर्गत स्टाफ नर्स पढाउने २ आफूना क्याम्पस छन् भने ७७ क्याम्पस सम्बन्धन प्राप्त छन् । त्यस्तै अ.न.मि. पढाउने आंगिक ४ छन् भने सम्बन्धन प्राप्त ४० छन् ।

#### तालिका ४

##### परिषद् र विभिन्न विश्वविद्यालय अन्तर्गतका नर्सिङ कार्यक्रमहरू

वि.वि./परिषद्	अ.न.मि.	स्टाफ नर्स	वि.एन.	वि.एन.एस.	वि.एस्सी	एम.एन.	एम.एस्सी
प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद	४१	१०२	-	-	-	-	-
वि.पि.कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान	-	१	१	-	१	१	१
त्रि.वि.चिकित्सा शास्त्र अध्ययन संस्थान	-	५	८	-	१	१	१
मठमाण्डौ विश्वविद्यालय	-	१	-	३	९	-	-
पुर्वाञ्चल विश्वविद्यालय	-	-	२१	-	१९	-	-
पोखरा विश्वविद्यालय	-	-	-	-	२	-	-
राष्ट्रिय चिकित्सा विज्ञान प्रतिष्ठान	-	१	१	-	-	-	-
जम्मा	४१	११०	३१	३	३७	२	२

## सारांशमा

चिकित्सक, नर्स एवं अन्य स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन बारे वर्तमान स्थितिको विश्लेषणमा निम्न तथ्यहरू स्पष्ट हुन्छन्:-

१. संख्यात्मक रूपमा स्वास्थ्यसेवाका लागि आवश्यक दक्ष जनशक्तिको उत्पादनका क्षेत्रमा देशले ठूलो उपलब्धि हासिल गरेको छ । सन् १९९३ सम्म प्रतीवर्ष ४० जना मात्र चिकित्सक उत्पादन गर्नसक्ने क्षमता भएको देशले सन् २०१५ पुग्दा नपुग्दै यो संख्या २००० को हाराहारीमा पुगेको छ । त्यस्तै दन्त चिकित्सक र विशेषज्ञ चिकित्सकहरूको उत्पादनमा पनि ठूलो संख्यात्मक वृद्धि भएको छ । नर्सहरू र अन्य प्राविधिक स्वास्थ्यकर्मीहरूको उत्पादनमा पनि यसै अनुपातमा वृद्धि भएको छ ।
२. यस प्रकारको संख्यात्मक वृद्धि र क्षमता विकासमा निजी क्षेत्रको महत्वपूर्ण भूमिका रहेको देखिन्छ । उदाहरणका लागि सन् १९७८ देखि २०१० को अवधिमा उत्पादित जम्मा ५०३७ चिकित्सकहरू मध्ये दुई तिहाई (६४.५ प्रतिशत) काठमाण्डौ विश्वविद्यालय अन्तर्गतका मेडिकल कलेजहरूबाट उत्तीर्ण भएका छन् ।
३. वि.सं. २०४६ को जनआन्दोलनले ल्याएको राजनीतिक परिवर्तन पछि स्थापित सरकारको नवउदारवादी आर्थिक नीति र मेडिकल कलेज तथा त्यस्तै अन्य शिक्षण संस्थाहरूमा निजी क्षेत्रको लगानी प्रोत्साहित गर्ने नीति नै यस प्रकारको संख्यात्मक वृद्धिको कारक मान्न सकिन्छ ।
४. निजी क्षेत्रको सक्रिय एवं प्रतिस्पर्धात्मक उपस्थिति र सरकारी क्षेत्रको यसप्रतिको उदासीनताले गुणस्तरमा ह्रास, काठमाण्डौ केन्द्रित विकास तथा अनियन्त्रित शुल्क जस्ता धेरै विसंगतिहरू समेत जन्माएको छ ।

माथि प्रस्तुत स्वास्थ्य शिक्षणसंस्थाको विकासक्रम तथा आँकडा र विभिन्न विधाहरूमा अध्ययनरत विद्यार्थीहरूको संख्यालाई आधार मानेर देशमा निकट भविष्यमा उत्पादन हुने स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण गरिनेछ । यस सम्बन्धी विषयमा परिच्छेद ५ मा विस्तृत विश्लेषण गरिएको छ ।



## परिच्छेद ४

### चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अन्तर्राष्ट्रिय अनुभव र स्थापित मूल्य, मान्यता

चिकित्सा शिक्षाका क्षेत्रमा स्थापित अन्तर्राष्ट्रिय मूल्य, मान्यता र अनुभव तथा अभ्यासहरूका सन्दर्भमा विभिन्न ख्यातिप्राप्त अन्तर्राष्ट्रिय संघ संस्था, पेशागत संघ संस्था तथा नियमनकारी निकायहरूद्वारा व्यक्त गरिएका सान्दर्भिक अभिव्यक्ति तथा लिखतहरू यस परिच्छेदमा साभार गरिएको छ। उक्त अभिव्यक्ति तथा लिखतहरूलाई नेपाली भाषामा रूपान्तरण गर्दा मूल भाषामा अभिव्यक्त मर्म र आसयमा फरक पर्न सक्ने हुनाले अंग्रेजी भाषामा जस्ताको त्यस्तै प्रस्तुत गरिएको छ।

#### “चिकित्सा शिक्षामा सरकारको अभिभावकीय जिम्मेवारी”: विश्व स्वास्थ्य संगठन

“As guardian of the public interest, the state has a responsibility for ensuring that citizens are protected against poorly qualified or unqualified providers of health services, and therefore should act as a facilitator of the quality of education of health professionals, as well as insuring that sufficient health professionals are being trained and that their training meets the needs of the community. In human services, such as health, the need for protection is enhanced by the information asymmetry between provider and patient, and regulation is needed to guarantee that health professionals do not take advantage of the relative dependency of their clients (WHO 2013)”

#### “चिकित्सा शिक्षा अनियन्त्रित खुला बजारलाई छोड्न मिल्दैन” : विश्व स्वास्थ्य संगठन

“Typically, the following aspects of health professions that are regulated rather than left to the market are: (i) access to education institutions; (ii) curricula; (iii) access to practice and the scope of tasks that can be performed; (iv) quality of professional education and respect of ethical norms; and (v) continuing maintenance of competencies. Regulatory mechanisms include accreditation, licensure (and sometimes periodical re-licensure), professional inspection and compulsory continuing education. (WHO 2013)”

“चिकित्सा शिक्षाको मूल उद्देश्य- आमजनताको स्वास्थ्यस्थितिमा सुधार” : चिकित्सा शिक्षा विश्व महासंघ

The improved health of all people is the main goal of medical education.  
(WFME, 2012)

“स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूसमाजप्रति उत्तरदायी हुनुपर्दछ” क्यानाडेली सरकार

- A. Medical schools exist within a larger health and social system, which involves all determinants of health including wealth, education, the environment, housing and a spectrum of services from health promotion to palliative care. There are many health care providers, in addition to physicians, who have obligations to meet societal needs. **(Canadian govt, 2001)**
- B. “Universities must accept a certain degree of accountability for society’s health and well-being if they wish to continue to be forces for social progress and consequently to merit taxpayer support. To fully respond to societal needs, universities must accept responsibility for their deeds.” (WHO 2001)

“चिकित्सा शिक्षामा भर्ना हुन आधारभूत विज्ञानको ज्ञान मात्रै पर्याप्त हुदैन” : लियार्जो कमीटी अन मेडिकल एजुकेशन

Through its requirements for admission, a medical school encourages potential applicants to the medical education program to acquire a broad undergraduate education that includes the study of the humanities, natural sciences, and social sciences, and confines its specific premedical course requirements to those deemed essential preparation for successful completion of its medical curriculum.(LCME 2015)

A medical school selects applicants for admission who possess the intelligence, integrity, and personal and emotional characteristics necessary for them to become competent physicians.(LCME 2015)

“स्वास्थ्यकर्मीहरूको पेशाधर्मिता: बिरामीको भलाइ नै सर्वोपरि” : अमेरिकन कलेज अफ फिजिसियन्स

“Society has conferred professional prerogatives on physicians with the expectation that they will use their position for the benefit of patients. In turn, physicians are responsible and accountable to society for their professional actions. Society grants each physician the rights, privileges, and duties pertinent to the patient–physician relationship and has the right to require that physicians be competent and knowledgeable and that they practice with consideration for the patient as a person.”(ACP Ethics Manual 2012)

“स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई ठूला शहर भन्दावाहिर लैजानु पर्दछ” : विश्व स्वास्थ्य संगठन

Locate health professional schools, campuses and family medicine residency programmes outside of capitals and other major cities as graduates of these schools and programmes are more likely to work in rural areas. (WHO, 2010)

“स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाको प्रत्यायनको उद्देश्य: स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको मागको सम्बोधन गर्नु”

विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा चिकित्सा शिक्षा विश्व महासंघ

The purpose of accreditation and quality improvement in medical education is to adjust medical education to changing conditions in the health care delivery system and to prepare doctors for the needs and expectations of society. WFME – WHO (2005)

“चिकित्सा शिक्षाको मूल धर्म” : ग्लोबल इनडेपेन्डेन्ट कमीसन/द ल्यान्सेट कमीसन

Health is about people; thus, the core driving purpose of professional education must be to enhance the performance of health systems for meeting the needs of patients and populations in an equitable and efficient manner. (Global Independent Commission/ The Lancet 2010)

“सामाजिक उत्तरदायित्वको मान्यता: विश्वव्यापी” : ग्लोबल कन्सेन्सस् अन सोसियल एकाउन्टेबिलिटी

Principles of Social Accountability are universal: they are to be adopted and applied worldwide as they enhance a medical school capacity to better use its potential to identify and meet health challenges and the needs of society in a spirit of quality, equity, relevance, innovation and the appropriate use of resources. (Global Consensus 2010)

## परिच्छेद ५

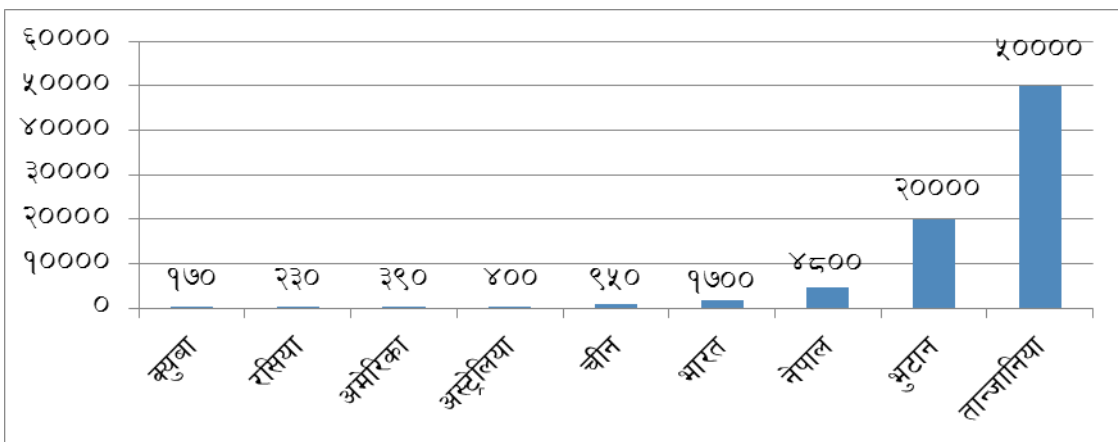
### विद्यमान स्वास्थ्य जनशक्ति प्रक्षेपण

स्वास्थ्य सेवाको प्रभावकारिता मूलतः सो क्षेत्रमा कार्यरत जनशक्तिको सक्षमता र प्रतिवद्धतामा निर्भर रहन्छ । जनशक्ति योजनाको मूल उद्देश्य विद्यमान अवस्थाको लेखाजोखा गरी मुलुकको जनसंख्यामा आउने परिवर्तन, जनस्वास्थ्यका चुनौतिहरू, तदनुरूप विकसित हुने स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकता, वार्षिक जनशक्ति उत्पादन तथा जनशक्ति विस्थापनका आधारमा यसको भावी दिशा पहिल्याउनु हो । त्यसैले, क्रियाशील स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको चाँजो पाँजो मिलाउने निकायको लागि जनशक्ति योजना महत्वपूर्ण कार्यको रूपमा रहन्छ । यस परिच्छेदमा वर्तमान र भविष्यमा नेपाली समाजलाई आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य सेवाको स्वरूप, जनशक्तिको विद्यमान आपूर्ति एवं यी दुई अवयवबीचको अन्तरलाई सम्बोधन गर्नकालागि आवश्यकताको सिद्धान्तको आधारमा स्वास्थ्य जनशक्तिको आँकलन तथा प्रक्षेपण गर्ने कोशिश गरिएको छ ।

#### १. विद्यमान अवस्था

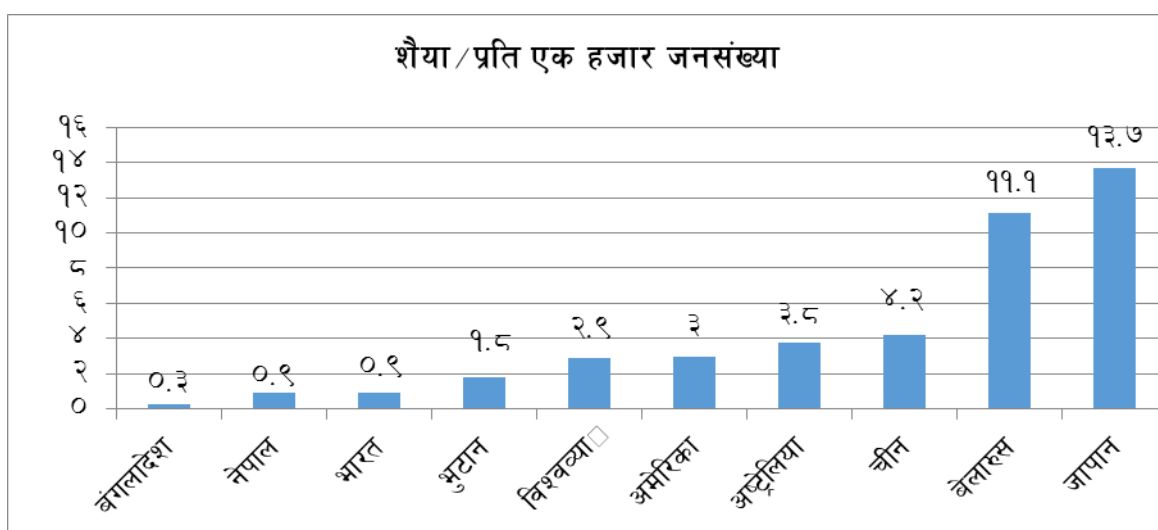
चिकित्सक र जनसंख्याको अनुपातका साथै स्वास्थ्यकर्मी र जनसंख्याको अनुपात देशै पिच्छे फरक फरक रहेको पाइन्छ । सामान्यतया स्वास्थ्य क्षेत्रमा धेरै लगानी गर्ने देशहरूमा नै स्वास्थ्य जनशक्तिको बलियो उपस्थिति देखिन्छ । त्यसैले यसको अनुपात विकासशील मुलुकहरूको दाँजोमा विकसित मुलुकमा राम्रो रहेको पाइन्छ । विभिन्न देशहरूमा स्वास्थ्य जनशक्तिको उपलब्धता निम्न तालिकामा देखाइएको छ:-

ग्राफ १  
चिकित्सक: जनसंख्या अनुपात(सन् २००६)  
(१:१००० विश्व स्वास्थ्य संगठन)



हाल नेपालमा करिब २४००० अस्पताल शैयाहरू उपलब्ध छन् जसमा चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्ने निजी र सरकारी अस्पतालहरू, जनरल र विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्ने अस्पतालहरू र पुनर्स्थापना केन्द्रका शैयाहरू समेत पर्दछन् । विश्व स्वास्थ्य संगठनको सिफारिश अनुसार प्रति हजार जनसंख्यालाई १.९ शैया आवश्यक पर्दछ । हालको जनसंख्या (२६४९४५०४) को अनुपातलाई आधार मान्ने हो भने नेपालमा ५०,३४० अस्पताल शैया हुनुपर्ने देखिन्छ । हाल नेपालमा प्रति हजार जनसंख्यामा मात्र ०.९ शैया उपलब्ध रहेको देखिन्छ । अर्थात कूल आवश्यकताको आधा मात्र आपूर्ति भएको अवस्था छ ।

ग्राफ २  
शैयाको अवस्था



तालिका ६  
अस्पताल संख्या (स्वा. तथा ज.म. २०१०)

क्र.सं.	संस्था	ग्रामीण	शहरी	उपलब्ध शैया
१	सरकारी अस्पताल	१६	७९	७६३७
२	सरकारी प्रा.स्वा.के.	२१४	०	६४२
३	स्वा.चौ./उ.स्वा.चौ.	३८१६	०	०
४	निजी अस्पताल	१२	९३	४६२१
५	शिक्षण अस्पताल	०	२०	१०५७६
६	मिसन अस्पताल	६	२	६१२
जम्मा		४०६४	१९४	२४०८८

माथि प्रस्तुत गरिएको आँकडाहरू राष्ट्रिय औसत मात्रै हुन । भौगोलिक र क्षेत्रीय आधारमा हेर्ने हो भने यसको वितरणमा पनि ठूलो असमानता पाईन्छ ।

विभिन्न अध्ययन र सर्वेक्षणहरूले सरकारी स्वास्थ्य सेवाका करिब २० प्रतिशत पदहरू रिक्त रहेको पाइएको छ । सरकारी क्षेत्रका स्वास्थ्य सेवामा कार्यरत कूल स्वास्थ्यकर्मीहरूमध्ये चिकित्सकहरूका प्रतिशत ज्यादै न्यून (करिब ४% मात्र) रहेको छ । गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहका लागि यो आफैमा एउटा चुनौतिको रूपमा रहेको छ ।

हाम्रो देशको मौजुदा स्वास्थ्य जनशक्तिको समग्र अवस्था देहायको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ

तालिका ७  
मौजुदा स्वास्थ्य जनशक्तिको समग्र अवस्था

पद	निजी स्वास्थ्यजनशक्ति २०१२	सरकारी स्वास्थ्यजनशक्ति २०१२	कूल	काउन्सिलदर्ता २०११-२०१२	काउन्सिल दर्ता २०१५
मेडिकलअधिकृत	१२३१	१०६१	२२९२	१०१९४	१५६६६
विशेषज्ञ	१४०९	९९५	२४०४	NA	४०२५
नर्स	३६२०	३२५६	६८७६	NA	२८३६४
अ.न.मी.	१४८९	४४०८	५८९८	१९९१०	२३१५९
डिण्टिष्ट	७४	३१	१०५	NA	
डेंटल हाइजिनिष्ट	NA	NA		४०३ टिएसएलसी, २६३ पीसीएल	
फार्मासिष्ट	६८	३२	१००	१०६६ फार्मासिस्ट, २५९७ फार्मसी असिष्टेण्ट	
फिजियाथपापिष्ट	६९	१५	८४	९ विशेषज्ञ, २१८ बीएस्सी, ९२ टिएसएलसी, ८८ पीसी	
अप्टोमेट्रिष्ट	२५१८	५३०७	६५४०	१०६ विशेषज्ञ, ४४८ पीसीएल, ५८ बीएस्सी	
अ.हे.ब.सीएमए	९९०	६६७१	७६६१	३५५०३	स्थायी: ३९४३६, अस्थायी: २०००
एच.ए.					स्थायी: ५७६९, अस्थायी: १०००
मेडिकल टेक्नोलोजिष्ट	१८	२२	४०७	७१९	
ल्याबअसिष्टेण्ट टेक्निसियन	८९९	७१६	१६१५	७३०५	
आयुर्वेद चिकित्सक	NA	५८	५८	NA	
आयुर्वेद प्रमाणपत्रतह					१२८५
आ.१५ महिने तालिम					८८५
फार्मासिष्ट सहायक	९७	३४	१३१	२५२९	

वि.सं. २००७ मा मुलुकमा प्रजातन्त्रको स्थापना पश्चात स्वास्थ्य क्षेत्रमा हासिल गरिएका उपलब्धिहरूलाई उल्लेख्य मान्न सकिन्छ ।

**तालिका नं. ८**  
**स्वास्थ्य सूचकहरूको अवस्था**

विषय	वि.सं. २००७ (सन् १९५०)	वि.सं. २०४८ (सन् १९९१)	वि.सं. २०६८ (सन् २०११)	श्रोतहरू
शिशु मृत्युदर (प्रतिहजारजीवितजन्म)	२००	१०७	४६	नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण, २०११
मातृ मृत्युदर (प्रतिलाख जीवित जन्म)	१८००	८५०	१७०	सहश्राब्दि विकास लक्ष्य प्रगति प्रतिवेदन, २०११
औषतआयु (वर्ष)	३२	५३	६८.८	नेपाल मानव विकास सुचकांक, २०१४
५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको मृत्युदर (प्रतिहजार)	२८०	१९७	५४	नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसाङ्ख्यिक सर्वेक्षण, २०११
कुलप्रजनन दर	७	५.८	२.६	”
पुर्ण खोप पाउने बच्चाहरू (प्रतिशत)	-	७०	८८□८७	”

**२. नीतिगत व्यवस्था**

वर्तमान परिप्रेक्ष्यमा नेपालको अन्तरिम संविधान, २०६३ र नेपालको स्वास्थ्य नीति, २०७१ ले व्यक्त गरेका अवधारणाहरूलाई मुलुकलाई आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण र उत्पादनका योजनाका आधार मान्न सकिन्छ ।

नेपालको अन्तरिम संविधान, २०६३:

नेपालको अन्तरिम संविधानमा प्रत्येक नेपाली नागरिकलाई राज्यबाट कानूनमा व्यवस्था भएबमोजिम आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क रूपमा पाउने, आधारभूत शिक्षा प्राप्त गर्ने, स्वच्छ वातावरणमा बाँच्न पाउने एवं सम्मानपूर्वक खुला सामाजिक वातावरणमा विना भेदभाव बाँच्न पाउने हक सुनिश्चित गरिएको छ ।

## राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१:

नेपालको अन्तरिम संविधानले स्वास्थ्यलाई प्रत्येक नेपाली नागरिकहरूको आधारभूत मौलिक अधिकारको रूपमा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने व्यवस्था सुनिश्चित गरिसकेको छ । सबै नागरिकलाई समतामुलक गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाप्रवाहको सुनिश्चित मापदण्डहरूको कार्यान्वयन र गुणस्तर सुनिश्चित तुल्याउने संयन्त्रको विकासका आधारमा समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रलाई स्वास्थ्य सेवाप्रवाह संयन्त्रको अविच्छिन्न अंगका रूपमा लिन सकिन्छ ।

आजको युगमा स्वास्थ्यलाई विकासको एजेण्डाका रूपमा लिन थालिएको छ । स्वास्थ्यलाई धेरैजसो निकाय एवं सरोकारवालाहरूले समेत आफ्ना नीतिहरूमा साभ्ना एजेण्डाको रूपमा लिने गरेको पाइन्छ । तर गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाअभै पनि हाम्रो चुनौतिको रूपमा रहेको छ । यस चुनौतिलाई सम्बोधन गर्नका निमित्त सरकारले नयाँ स्वास्थ्य नीति, २०७१ लागू गरेको छ । यस स्वास्थ्य नीतिका निर्देशक सिद्धान्तहरू देहाय अनुरूपका छन्:

सबै नागरिकहरूको मौलिक हकका रूपमा स्थापित निःशुल्क गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाका लागि देहायका रणनीतिहरू स्वास्थ्य नीतिले परिकल्पना गरेको छ:

**नीति १:** मौलिक हकका रूपमा रहेको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सबै नागरिकहरूको सहज पहुँचमा पुग्ने गरी (Universal Health Coverage) प्रभावकारी रूपमा उपलब्ध गराउने एवं आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउने ।

१) प्रत्येक गाविसमा एक चिकित्सक र नर्सहरू सहितको स्वास्थ्यकर्मीहरू रहने छन् ।

प्रत्येक गाविसमा एक नर्स मिडवाइफ रहने छन् ।

प्रत्येक निर्वाचन क्षेत्रमा एक जनस्वास्थ्यनिरीक्षक रहने छन् ।

२) गाविसस्तरको स्वास्थ्य संस्थामा प्रयोगशाला र एक्स-रे सेवा क्रमशः विस्तार गरिनेछ ।

३) जिल्ला अस्पतालमा सघन उपचार कक्षको स्थापना गरिनेछ ।

४) अस्पतालहरूले आफ्नै स्वामित्वको फार्मसी मार्फत फार्मसी सेवा हुनेछ ।

५) भौगोलिक र जनसङ्ख्याको अनुपातका आधारमा मापदण्ड बनाई बढीमा ३० मिनेटको दूरीमा कम्तीमा एक गाउँ एक स्वास्थ्य संस्था स्थापना गरिनेछ । प्रत्येक २० हजार जनसङ्ख्यामा एक प्राथमिक स्वास्थ्यकेन्द्र र प्रत्येक एक लाख जनसङ्ख्याको लागि

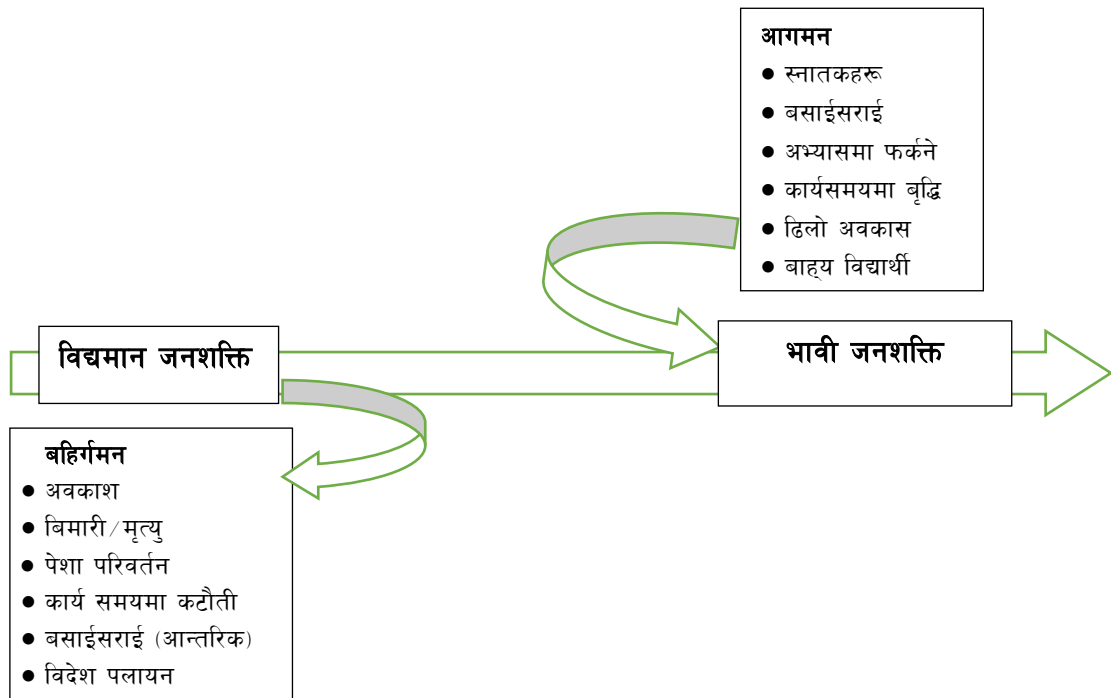


कम्तीमा २५ शैयाको एक अस्पतालको स्थापना गर्न आवधिक योजनाहरूमा कार्यक्रमको रूपमा समावेश गर्दै लगिनेछ । त्यसैगरी प्रत्येक औद्योगिक क्षेत्रमा एक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रको स्थापना हुनेछ ।

**नीति २:** स्वास्थ्य सेवाहरू सर्वसुलभ एवं प्रभावकारी रूपमा प्रवाह गर्न आवश्यक दक्ष जनशक्तिको योजना, उत्पादन, प्राप्ति, विकास तथा उपयोग गर्न निम्न रणनीतिहरू अपनाइने छ ।

१) प्रति १० हजार जनसंख्याका लागि एउटा चिकित्सक सहित २३ जना स्वास्थ्यकर्मी उपलब्ध हुने व्यवस्था क्रमशः सुनिश्चित गरिनेछ । दूर्गम र हिमाली क्षेत्रको लागि विशेष व्यवस्था गरिनेछ ।

यीनै योजना र प्रक्षेपणका आधारमा हाम्रो स्वास्थ्य जनशक्तिको आँकलन गर्न सकिन्छ । समग्रमा जनशक्तिको प्रक्षेपण मुलतः मानव संसाधनको आपूर्ति, नवप्रवेशी र सेवाबाट बहिर्गमन हुनेहरूको संख्यामा निर्भर हुन्छ ।



विद्यमान जनशक्तिको आपूर्ति एवं भविष्यको आवश्यकता बीचको भिन्नताको विश्लेषणका आधारमा कमीकमजोरीहरूलाई सम्बोधन गरी समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि जनशक्तिको प्रक्षेपणको उपयुक्त समाधान हासिल गर्नु आजको आवश्यकता हो । जनशक्तिको प्रक्षेपण एकातर्फ देशको स्वास्थ्य सेवाको भावी योजनामा भर पर्दछ भने अर्कोतर्फ यही जनशक्तिको वैज्ञानिक प्रक्षेपण पश्चात मात्र स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न अवयवमा विभिन्न निर्णयहरू लिन सकिन्छ, जस्तै:

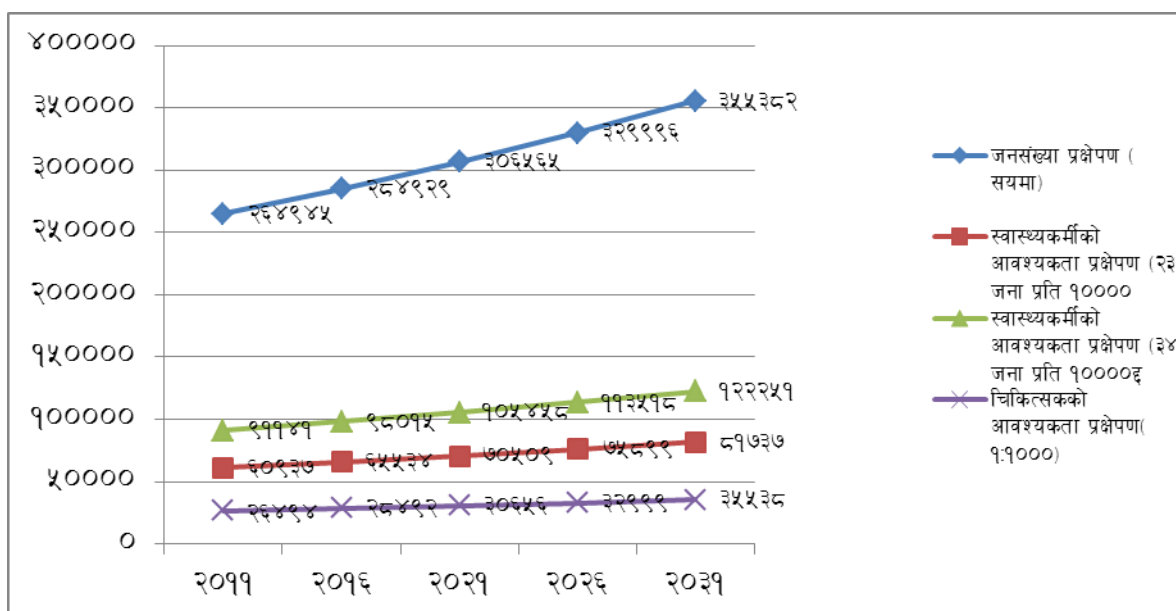
- सेवाहरूको पुनर्संरचना
- स्वास्थ्य सेवाका पूर्वाधार र जनशक्तिको समीक्षा
- स्वास्थ्य क्षेत्रको योजनामा जनशक्तिको प्रभाव/उपादेयता परीक्षण
- जनशक्तिको शिक्षा र तालिममा सेवा करार र योजना

### ३. स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण

स्वास्थ्य जनशक्तिको योजना, प्रक्षेपण गर्दा देशको जनसंख्यालाई मुख्य रूपमा ध्यान दिनुपर्ने हुन्छ । साथै हामीले समतामूलक र समानतापूर्वक उपलब्ध श्रोतलाई पनि ध्यान दिनुपर्दछ । देशको कूल जनसंख्या २,६४,९४,५०४ (जनगणना २०११) र जनसंख्या बृद्धिदर १.३५ रहेको छ । यसलाई आधार मानी हेर्ने हो भने सन् २०३१ मा हाम्रो देशको जनसंख्या करिब ३ करोड ५५ लाख हुनेछ ।

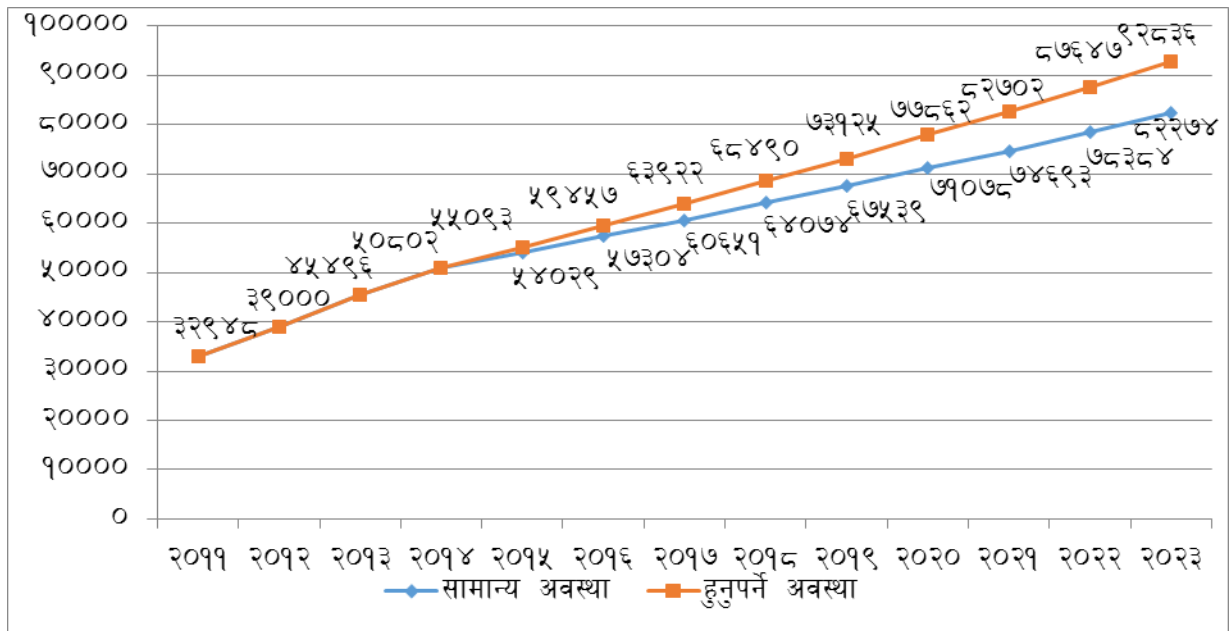
विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार हरेक १०००० जनसंख्याका लागि चिकित्सक, नर्स र मिडवाइफ समेत गरेर २३ जनाको अनुपातमा उपलब्ध हुनुपर्दछ । विश्व स्वास्थ्य संगठनको (२०१३) र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (२०१३) को तथ्यांक अनुसार हाम्रो देशमा प्रति १०००० जनसंख्याका लागि ६.८ स्वास्थ्यकर्मीहरू रहेको देखिन्छ । यदि हामीले १८६ मुलुकको सीपमूलक स्वास्थ्य जनशक्ति (चिकित्सक, नर्स र मिडवाइफ) को जनघनत्व हेर्छौं भने ८३ वटा देशमा २२.८ प्रति १०००० जनसंख्या र ६८ देशहरूमा ३४.५ प्रति १०००० भन्दा माथि रहेको पाइन्छ ।

ग्राफ ३  
जनसंख्या, स्वास्थ्यकर्मी र चिकित्सक प्रक्षेपण



माथिको ग्राफ चित्रलाई विश्लेषण गर्दा हालको जनसंख्या वृद्धिदरलाई आधार मान्दा सन् २०३१ मा नेपालको जनसंख्या ३५५३८२५२ पुग्नेछ भने प्रति दशहजार जनसंख्यालाई २३ जनाको आधारमा (२.३/१०००) ८१७३७ तथा ३४ जनाको दर (३.४/१०००) ले प्रक्षेपण गर्दा १२२२५१ जना स्वास्थ्यकर्मी हुनुपर्ने देखिन्छ र प्रति एकहजार जनसंख्यालाई एक जना चिकित्सकको हिसाव गर्दा सन् २०३१ अथवा अबको १६ वर्षमा चिकित्सकको संख्या ३५५३८ हुनुपर्ने देखिन्छ ।

**ग्राफ ४**  
सन् २०२३ सम्मका लागि नर्सिङ जनशक्तिको प्रक्षेपण (स्रोत: Current Analysis2014)



माथिको ग्राफलाई विश्लेषण गर्दा हाल भइरहेको स्वास्थ्य जनशक्ति (नर्सिङ र मिडवाइफ) उत्पादनको दरलाई आधार लिँदा सन् २०२३ मा नर्सिङ जनशक्ति ८२२७४ पुग्ने देखिन्छ । अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता अनुसार सन् २०३१ मा नेपालमा करिब ६० देखि ७० हजार नर्सहरु जरुरत पर्दछन् ।

नेपालको समग्र स्वास्थ्य जनशक्तिको सन् २०३१ सम्मका लागि गरिएको प्रक्षेपण तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ ।

**तालिका ९**  
**सन् २०३१ सम्मका लागि स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण**

जम्मा स्वास्थ्यकर्मी	चिकित्सक	डेन्टल	अन्य स्वास्थ्यकर्मी					
			*नर्सिङ (प्रमाण पत्र र माथि)	**अनमि	फार्मसीस्ट /सहायक	ल्याब/ **असिस्टेन्ट	एच ए / **अहेव	पब्लिक हेल्थ
हाल देशमा उपलब्ध जनशक्ति (काउन्सिल दर्ता २०१५ अनुसार)	१५६६६	२०००	२८३६४	२३१५३	१९९८/४४४२	NA/७०००	७००० /४२०००	२३००
चाहिने जनशक्ति	३५०००	NA	७००००	-	NA/३८०००	-	NA/-	NA
हालको दरले देशमा उत्पादन हुने	३२०००	१००००	११२०००	-	६०००/१२०००	-	२४०००/-	NA
नयाँ शिक्षण संस्थाबाट उत्पादन हुने (अनुमानित)	८०००	१०००	१००००	-	१०००/२०००	-	१००००/-	NA
विदेशबाट अध्ययन गरेर आउने (अनुमानित)	१००००	१०००	५०००	-	१००/१०	-	-	NA
सेवाबाट विस्थापन हुने (अनुमानित)	१०००	१०००	५०००	-	NA	NA	२०००	NA
विदेश पलायन हुने (अनुमानित)	१००००	NA	२५०००	-	१०००/५००	-	२०००/-	NA
जम्मा उपलब्ध हुने जनशक्ति (अनुमानित)	५४६६६	१३०००	१२५३६४		८०९८/१७९५२	-	४१०००/-	NA

**नोट:** \* देशलाई आवश्यक पर्ने अस्पताल शैया संख्याका आधारमा अनुमानित ।

\*\*प्रमाणपत्र तह मुनिका कार्यक्रमहरू क्रमशः बन्द गर्दै लाने र उत्पादित सक्षम जनशक्तिलाई वृत्ति विकासको अवसर दिई अपग्रेड गर्ने ।

## परिच्छेद ६

### समस्या तथा चुनौतीको विश्लेषण

स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको प्रमुख दायित्व भनेको उच्च गुणस्तरको जनशक्ति उत्पादन, गुणस्तरीय चिकित्सा सेवा तथा वैज्ञानिक अनुसन्धानद्वारा सबै नेपाली जनताको स्वास्थ्य स्थितिमा सकारात्मक सुधार ल्याउन योगदान पुऱ्याउनु हो । हरेक व्यक्तिको जीवनसँग प्रत्यक्ष गाँसिने विषय भएकोले चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरको विषय सदैव यस क्षेत्रको महत्वपूर्ण मुद्दाका रूपमा रहदै आएको छ ।

चिकित्सा शिक्षा राष्ट्र निर्माणको पूर्वाधारको रूपमा रहेको विषय हुनाले पनि राज्यले जिम्मेवारी लिनुपर्ने हुन्छ । त्यस्तो हुन नसकेको अवस्थामा आजको विश्वव्यापीकरण र बजारमुखी अर्थव्यवस्थाका कारण सामाजिक असमानता अभै बढ्ने निश्चित प्रायः छ ।

नेपालको अन्तरिम संविधान, २०६३ मा पनि स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक अधिकारको रूपमा प्रत्याभूत गरिएको छ । त्यस्तै नेपालको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ लाई हेर्दा पनि राज्य सबै जनतालाई सुलभ रूपमा स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन प्रतीबद्ध रहेको देखिन्छ । संविधान प्रदत्त मौलिक अधिकारको मर्मलाई आत्मसात गर्ने हो भने स्वास्थ्य सेवा मूलतः राज्यको दायित्व अन्तर्गत नै पर्दछ । स्वास्थ्य तथा चिकित्सा पेशाको विकास, विस्तार र नियमन कार्यको नेतृत्व राज्य संयन्त्रद्वारा नै हुनु पर्ने देखिन्छ र सो कार्यका लागि आवश्यक पर्ने साधन स्रोतको व्यवस्था र लगानीको सुनिश्चितताको जिम्मेवारी पनि राज्यको नै हुनुपर्दछ ।

स्वास्थ्यकर्मी भन्नाले स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रमा प्रत्यक्षरूपले संलग्न भई उपचार तथा जनस्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यमा संलग्न २०० भन्दा बढी प्रकारका स्वास्थ्य जनशक्तिलाई बुझ्नुपर्ने हुन्छ । सर्वसाधारणको स्वास्थ्य लाभ यी सबै स्वास्थ्यकर्मीहरूका साभ्ना उद्देश्य भए तापनि उनीहरूको पेशागत क्षेत्र, तह र शिक्षण विधिहरू भिन्न भिन्न हुने हुनाले स्वास्थ्यकर्मीको शिक्षा/तालिम अत्यन्तै जटिल हुने गरेको छ ।

हाल मुलुकमा प्रतिवर्ष भण्डै २००० को हाराहारीमा चिकित्सक र करिब ७००० को संख्यामा विभिन्न तहका नर्सहरूको उत्पादन हुने गर्दछ । अर्कोतिर वर्षेनि करिब ५-७ सय चिकित्सकहरू विदेशबाट अध्ययन गरी फर्किन्छन् । चिकित्सक र नर्स लगायत स्वास्थ्य विज्ञान

सम्बन्धी विभिन्न विधाका जनशक्ति पनि देश भित्रै हुने उत्पादनका अतिरिक्त विदेशी शिक्षण संस्थाबाट समेत तालिम लिई मुलुक भित्र फर्कने गरेका छन् । चिकित्साकर्मीहरूको शिक्षा र तालिम लामो अवधिको र खर्चिलो हुने हुँदा यस्ता शिक्षा र तालिमको गुणस्तरीयता सुनिश्चित गर्न आवश्यक ध्यान दिनु अपरिहार्य हुन जान्छ । स्वास्थ्यकर्मीको शिक्षा / तालिमको विषयलाई नाफा नोक्सानको दृष्टिकोणले गरिने उद्योगको रूपमा मात्र लिदा तात्कालिक रूपमा आकर्षक र उपयुक्त जस्तो देखिए तापनि अन्ततोगत्वा त्यसबाट निस्कने परिणाम भने राष्ट्रका लागि घातक हुन सक्छ । त्यसैकारण हाल आएर नेपालमा यो गम्भीर चिन्ताको विषय हुन पुगेको छ ।

राज्यले उदार बजारमुखी अर्थतन्त्र अवलम्बन गरेदेखि स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको संख्यामा र उत्पादनमा उल्लेखनीय बृद्धि भएता पनि आवश्यक नियन्त्रणको अभावमा चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तर हास आउने क्रम जारी छ । वास्तवमा चिकित्सा शिक्षामा गुणस्तर कायम गर्न विभिन्न सरोकारवालाहरू (शिक्षा र स्वास्थ्य मन्त्रालय, विश्वविद्यालय तथा प्रतिष्ठानहरू, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद, काउन्सिलहरू, विद्यार्थी तथा ती संग आवद्ध संगठन तथा युनियनहरू, शिक्षक/कर्मचारी तथा तिनका पेशागत संगठनहरू, अभिभावक तथा नागरिक समाज, सञ्चार जगत, राजनीतिक दलहरू आदि) को सामुहिक प्रयास हुनुपर्छ । सिद्धान्ततः यी सबै सरोकारवालाहरूको औपचारिक अभिव्यक्तिमा गुणस्तरको विषयलाई महत्व दिने गरिएता पनि व्यवहारमा भने यस मुद्दालाई उत्तिकै गम्भीर रूपमा लिएको देखिदैन ।

अधिकांश निजी मेडिकल कलेजहरूले र कतिपय सार्वजनिक क्षेत्रका विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठान र स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले समाजले उनीहरूबाट अपेक्षित सामाजिक उत्तरदायित्वको मर्म र भावनालाई महशुस गर्न सकेको देखिदैन । सरकारले आवश्यक लगानी नगरी दिएको कारणले सार्वजनिक क्षेत्रका स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले समेत केही सीट धेरै पैसा तिर्न सक्ने विद्यार्थीहरूका लागि छुट्याउने र त्यसबाट आएको रकम संस्था सञ्चालनका लागि प्रयोग गर्ने गरेका छन् । सरकारले उपलब्ध गराएको सीमित सीटमा बाहेक महँगो शुल्क तिर्न असमर्थ रहेको कारणले बहुसंख्यक योग्य विद्यार्थी र खासगरी ग्रामीण भेकका विपन्न र सीमान्तकृत समुदायका विद्यार्थीको लागि चिकित्सा शिक्षा दूर दराजको विषय बन्दै गएको छ ।

यसको अतिरिक्त मुलुकमा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको संख्या बढ्दो क्रममा रहेता पनि विद्यार्थी छनौट प्रक्रियामा उच्च माध्यमिक तह (दश जोड दुई कक्षा) मा पढाइएका विषयवस्तुमा आधारित कोरा शैक्षिक ज्ञानलाई मात्र आधार बनाउँदा असल चिकित्सक बन्नको लागि आवश्यक

ठानिएका अन्य मानवीय पक्षहरूको मूल्यांकन वेवास्ता गरिएको छ । त्यस्तै हालको छनौट प्रक्रियाबाट ग्रामिण भेकका विपन्न र सीमान्तकृत विद्यार्थीहरू चिकित्सा विज्ञान सम्बन्धी शैक्षिक कार्यक्रममा अपेक्षित अनुपातमा प्रवेश पाउनबाट वन्चित रहेका छन् । यद्यपि विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय अध्ययनहरूले ग्रामिण क्षेत्रबाट आउने विद्यार्थीहरू नै उक्त क्षेत्रमा सेवा पुऱ्याउने सम्भावित भरपर्दो जनशक्ति हो भन्ने पुष्टि गरेका छन् ।

यी विभिन्न कारणहरूले गर्दा नेपालको दुर्गम ग्रामीण क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्नको लागि आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिलाई टिकाउपूर्ण रूपमा उपलब्ध गराउने विषय अहिले पनि ठूलो चुनौतिको रूपमा रहेको छ ।

यी सबै विषयलाई समुचित ढंगले सम्बोधन गर्न विषयगत रूपमा निम्नानुसार विवेचना गरिएको छ र ती समस्याको निराकरणका सम्बन्धमा प्रस्तुत गरिएका सुझावहरूका लागि आधार समेत प्रस्तुत गर्ने कोशिस गरिएको छ ।

## १. मार्ग निर्देशक सिद्धान्त सहितको राष्ट्रिय नीतिको सवाल

नेपालको अन्तरिम संविधान २०६३ ले प्रत्याभूत गरेको तथा नेपालको स्वास्थ्य नीति २०७१ मा उल्लेख भए बमोजिम सबै नेपालीहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय आंकाक्षा र प्रतिवद्धता रहेपनि स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न अति आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्ति तयार गर्ने चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धमा एउटा स्पष्ट, एकीकृत राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नीतिको अभावले गर्दा विभिन्न खालका चुनौति, विकृति र विसंगतिहरू विद्यमान रहेको कुरा सर्वविदितै छ । त्यस्ता समस्याहरू मध्ये स्वास्थ्य जनशक्तिको आंकलन, उत्पादन र उपयोगका सम्बन्धमा मात्र नभई स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षा र गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पनि पर्दछन् । यसको अतिरिक्त स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको स्थापना तथा सम्बन्धन प्रदान गर्दा राष्ट्रिय आवश्यकता, भौगोलिक अवस्थिति, जनसङ्ख्या तथा जनघनत्व र सन्तुलित विकास समेतलाई दृष्टिगत गरेको देखिँदैन । स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाको स्थापना एवम् संचालन ठूला शहरमा मात्र केन्द्रित गरिने वर्तमान अभ्यासका कारणदेशका ग्रामीण क्षेत्रको स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा प्रतिकूल प्रभाव परिरहेका कुरा पनि यथार्थ नै हो । ती स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको नियमनका लागि तोकिएका निकायहरू जस्तै: विश्वविद्यालय, विषयगत काउन्सिलको भूमिका, कार्यप्रणाली र तिनको प्रभावकारिताका सम्बन्धमा हाल राष्ट्रियस्तरमै प्रशस्त प्रश्नहरू उठिरहेको अवस्था छ । र ती नियमनकारी निकायहरूको संरचना, कार्यप्रक्रिया, जवाफदेहिता,

प्रभावकारिताका विषयमा समयसापेक्ष पुनरावलोकन तथा परिमार्जन आवश्यक छ । स्वास्थ्य शिक्षामा सरकारको भूमिका, निजी क्षेत्रको स्थान, न्यूनतम मापदण्ड पालना तथा प्रत्यायन गर्ने निकायबारे धारणा जस्ता विषयवस्तु समेटिएको एउटा राष्ट्रिय नीतिको जरुरत देखिएको छ ।

त्यस्तै गरी स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको गुणस्तर सुनिश्चितताका लागि आवश्यक पर्ने न्यूनतम मापदण्डको पालना, शिक्षकको क्षमता र प्रतिबद्धता, गुणस्तरीय शिक्षण सिकाई प्रक्रिया तथा शिक्षण अस्पताल सञ्चालनको लागि आवश्यक पर्ने जनशक्तिको परिचालनका सम्बन्धमा हाल व्याप्त कमी कमजोरीका कारणले समेत ती संस्थाबाट उत्पादित जनशक्तिको गुणस्तर घट्दै गएको कुरालाई पनि नकार्न सकिन्न । यस कुरालाई रोजगारदाता र यी जनशक्तिलाई सुपरिवेक्षण गर्ने विशेषज्ञहरूले यस आयोग समक्ष गुनासो गरेका छन् । यद्यपि यस विषयमा स्पष्ट किटान गर्नको लागि आवश्यक पर्ने बैज्ञानिक अनुसन्धान हुनु बाँकी नै छ । चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा सरकारी र निजी क्षेत्रको सहभागिता सम्बन्धमा समेत थुप्रै अस्पष्टता र अन्यौलताहरू विद्यमान छन् । विद्यार्थी छनौट गर्ने सम्बन्धमा पनि हाल प्रचलित भर्नाका आधारहरू तथा तदनुरूप गरिने प्रवेश परीक्षामा रहेका विद्यमान कमीकमजोरीका कारणले आवश्यक पारदर्शिता र योग्यतम् विद्यार्थीले मात्र छनौट/भर्ना हुन पाउने सुनिश्चितता छैन । र विद्यार्थीहरूले तिनुपर्ने शुल्क व्यवस्था समेत न्यायसम्मत देखिदैन । चिकित्सा शिक्षामा रणनीतिक महत्वको रूपमा रहेको शिक्षकहरूको छनौट, वृत्ति विकास इत्यादि पनि समस्याको रूपमा देखापरेका छन् ।

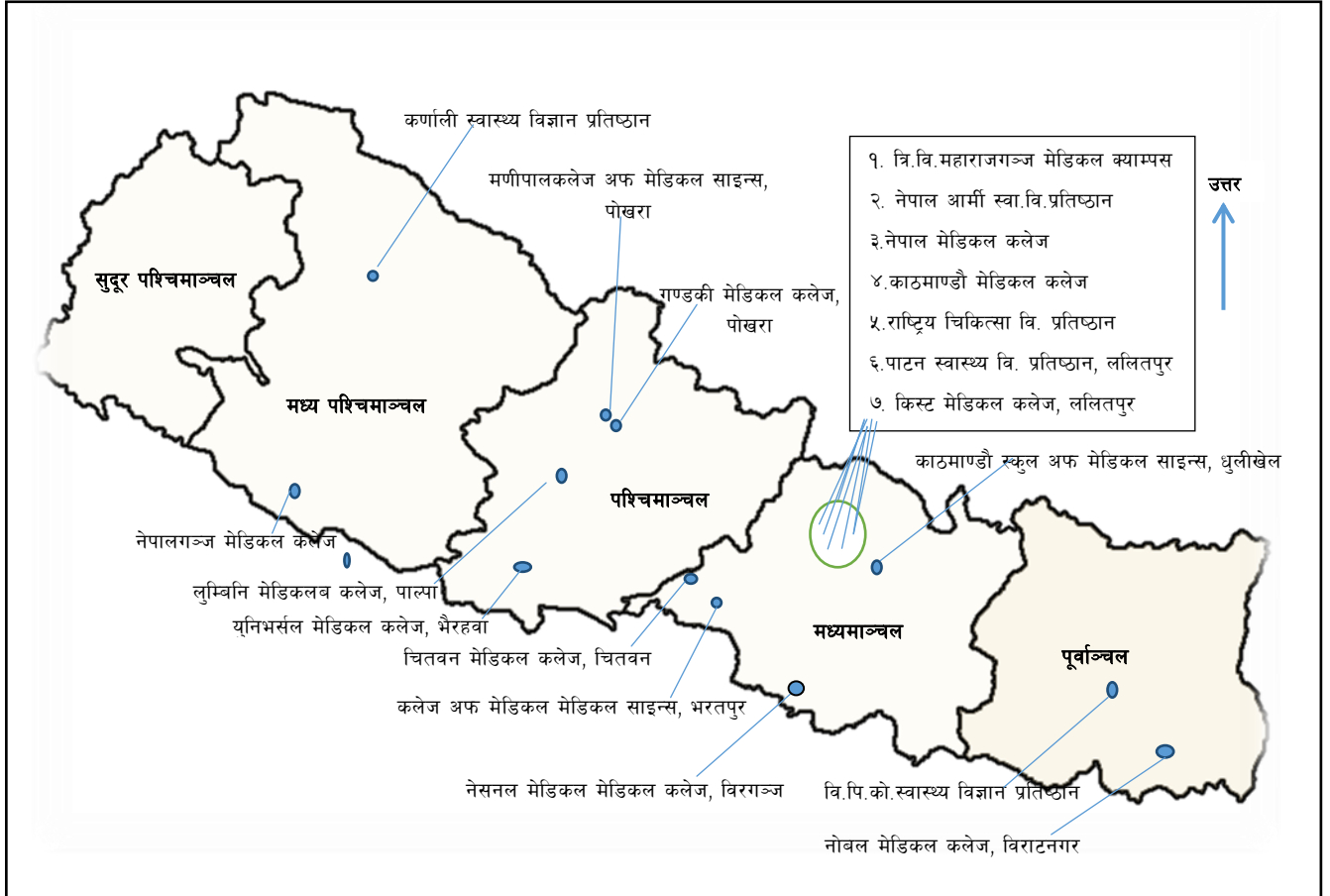
## २. काठमाण्डौ केन्द्रित विकास र क्षेत्रीय असमानताको सवाल

भण्डै चार दशकको अवधिमा मुलुकमा चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा उल्लेखनीय रूपमा विकास भएको छ । यो राष्ट्रिय गौरवको विषय पनि हो । तर दीर्घकालिन सोच र समतामूलक विकासको अवधारणालाई समेत आत्मसात गरेको एकीकृत राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नीतिको अभावमा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू जुन ढंगले स्थापना हुन पुगे त्यसले क्षेत्रीय सन्तुलन कायम गर्न नसकेको मात्र होइन ती असमानतालाई अझ बढाई दिएको छ । उदाहरणका लागि मध्यमाञ्चलमा १२ मेडिकल कलेजहरूको उपस्थिति छ र यसले गर्दा ८ लाख जनसंख्याका लागि १ मेडिकल कलेज पर्न आउँछ । तर मध्य पश्चिमाञ्चलमा ३६ लाखका लागि १ मेडिकल कलेज छ भने २५ लाख भन्दा बढी जनसंख्या रहेको सुदूर पश्चिमाञ्चलमा एउटा पनि मेडिकल कलेज



सञ्चालनमा छैन । हाल मुलुकमा विद्यमान यो असमानताको स्थितिलाई तल प्रस्तुत नक्शामा उल्लिखित विवरणहरूले अझ स्पष्ट पार्दछन् ।

### नेपालको नक्शामा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको वितरणको अवस्था



उपर्युक्त नक्साले निजी क्षेत्रका शिक्षण संस्थाहरू सुविधा सम्पन्न शहरी क्षेत्र र अझ विशेष गरी काठमाण्डौ उपत्यकामा बढी केन्द्रित भएको देखाउँदछ । यसो हुनुमा विद्यार्थी आकर्षित गर्न सजिलो पर्ने, दक्ष र अनुभवी शिक्षकहरू समेत अपेक्षाकृत रूपमा बढी सहजताका साथ उपलब्ध हुन सक्ने साथै आवश्यक भौतिक तथा शैक्षिक पूर्वाधारहरूको निर्माण तथा व्यवस्थापन कार्यबढी सजिलो हुने जस्ता कारणहरूले मुख्य भूमिका खेलेका छन् । तर यस्तो प्रवृत्तिले गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामासहज पहुँचको दृष्टिकोणले देशभित्र क्षेत्रीय असमानता सिर्जना गरेको मात्र नभई विकासको दृष्टिकोणले भौगोलिक असन्तुलनलाई पनि अझै बढाएको छ । जसरी विजुली र सडक निर्माण जस्ता पूर्वाधार निर्माणका कार्यले आर्थिक विकासको मेरुदण्डको भूमिका खेल्दछ, गुणस्तरयुक्त स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्थापनाले यसको वरिपरि वस्ती विकास र आर्थिक

क्रियाकलापको वृद्धिमा अझ बढी सहयोग पुऱ्याउँछ । त्यसैले गर्दा विकासको क्षेत्रीय र भौगोलिक असमानतालाई घटाउदै लैजान्छ । यसका दृष्टान्तहरू खोज्न मुलुक वाहिर जानुपर्दैन, देशभित्रै प्रशस्तै छन् । स्वास्थ्यको क्षेत्रमा भएको लगानीले आर्थिक विकास मार्फत मुलुकलाई सम्पन्न र स्वावलम्बी बन्न मद्दत गर्ने विषयलाई नीति निर्माताहरूले अझै पनि आत्मसात् गरेको पाईदैन । विशेषगरी नेपाल संघीयतामा जाने निश्चित प्रायः भई सकेको अवस्थामा स्वास्थ्य र शिक्षाका क्षेत्रमा विशेष योजनाहरू अब उप्रान्त काठमाण्डौ केन्द्रित नभई निकट भविष्यमै स्थापित हुने प्रत्येक प्रदेशमा लैजानु पर्ने बाध्यात्मक परिस्थिति समेत सृजना भएको छ ।

एउटै शहर/जिल्लामा धेरै संख्यामा शिक्षण अस्पतालहरू स्थापना गरिएका कारण जनघनत्वको अनुपात मुताविक रोगीहरूको संख्या धेरै खिा बाँडिन सक्छ । यस्ता अस्पतालमा रोगीहरूको संख्यामा कमी हुने हुँदा रोगीहरूको उपचारको अवलोकन र अध्ययन गर्ने अवसर पनि कम हुदै जान्छ । यस्तो परिस्थितिमा चिकित्सक बन्ने विद्यार्थीहरूको अध्ययन बढी किताबी ज्ञानमा आधारित हुने र व्यवहारिक सीप र क्षमताको विकास हुने सम्भावना घट्दै जान्छ ।

काठमाण्डौ उपत्यकामै केन्द्रित भई नयाँ नयाँ मेडिकल, नर्सिङ र स्वास्थ्य प्राविधिक कलेजहरू खुल्लाे ग्रामीण र दुर्गम भेगमा काम गर्न जाने चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मी पाउन गाह्रो पर्ने स्थिति समेत सृजना हुन पुगेको छ ।

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा सबै जनसमुदायको सहज पहुँच सुनिश्चित गर्ने सिलसिलामा विश्व स्वास्थ्य संगठनले समेत स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई राजधानी र ठूला सहरहरू भन्दा वाहिर स्थापना गर्न सिफारिश गरेको छ । अन्तर्राष्ट्रिय अनुभवले समेत सहरभन्दा वाहिर स्थापित यस्ता संस्थाहरूबाट उत्पादित चिकित्सक लगायतका स्वास्थ्यकर्मीहरूले ग्रामीण भेकमा सेवा गर्ने वढी सम्भावना रहन्छ भन्ने देखाएको छ ।

राजधानी केन्द्रित स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू तथा सुविधा सम्पन्न अस्पतालहरूको उपलब्धताले यस वर्ष काठमाण्डौ आसपासका जिल्लाहरूमा बढी प्रभाव पार्ने गरी आएको २०७२ वैशाख १२ गतेको विनासकारी भुकम्प र त्यसपछिका क्रमिक रूपमा आईरहेका परकम्पहरूले गरेको मानवीय क्षतिलाई न्यूनीकरण गर्न सहयोग पुऱ्याएको छ अन्त्यथा, यस्तो भयावह परिस्थितिलाई यति सहजै व्यवस्थापन गर्न सकिने थिएन । यसै सन्दर्भमा अब के पनि सोचन जरुरी छ भने यो विनासकारी भुकम्प यदि सुदूर पूर्व वा सुदूर पश्चिमका जिल्लाहरूलाई केन्द्रविन्दु बनाएर आएको भए हाम्रो राजधानी केन्द्रित स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र त्यसपछिको

उद्धार र उपचार कस्तो भूमिका खेलन सक्थे होलान्? उपचारका लागि काठमाण्डौ आउन नसकी कति विरामी, घाइतेहरू अकालमै मर्नु पर्थ्यो होला । अतः यस किसिमका प्राकृतिक प्रकोप देशको जुनसुकै भूभागमा जहिलेसुकै पनि हुन सक्ने भएकाले यस विषयलाई एउटा पाठको रूपमा लिई स्वास्थ्य संस्थाहरूको सन्तुलित वितरणका लागि उपयुक्त योजना बनाउन आवश्यक भएको छ ।

पूर्व मेचीको इलाम देखि पश्चिम महाकालीको वैतडी सम्म जोड्ने मध्य पहाडी लोकमार्ग राष्ट्रिय गौरवको योजना अन्तर्गत लिइएको छ जसमा सो राजमार्गका विभिन्न १० स्थानलाई व्यवस्थित सहर बनाउने लक्ष्य लिइएको छ । ती प्रस्तावित शहरहरूमा जनसंख्याको चाप लगायत अन्य सामाजिक, आर्थिक क्रियाकलाप पनि क्रमशः बढ्दै जाने भएकोले ती स्थानहरूमा स्वास्थ्य सेवा/ शिक्षण संस्था स्थापना गर्न विशेष पहल गर्नु आवश्यक देखिन्छ ।

### ३. विभिन्न नियमनकारी तथा प्राज्ञिक निकायबीचको मापदण्डको विविधता सम्बन्धी सवाल

३.१ चिकित्सा शिक्षा प्रणालीलाई व्यवस्थित गर्ने चुनौति: देशको चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा अग्रणी भूमिका निर्वाह गर्ने विश्वविद्यालयहरू, प्रतिष्ठानहरू, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद लगायत विभिन्न व्यावसायिक काउन्सिलहरूका बीचमा एकिकृत मापदण्ड निर्माण तथा कार्यान्वयन भइरहेको छैन । यसबाट गुणस्तर कायम गर्ने कार्यमा बाधा पुग्दै आएको अवस्था छ । यसमा एकरूपता ल्याउनु अति आवश्यक देखिन्छ ।

३.२ विभिन्न विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठान/निकायबीच छुट्टाछुट्टै प्राज्ञिक कार्यक्रमहरू सञ्चालन भैरहेको र शिक्षण संस्थाको स्थापना, शिक्षण अस्पताल, एकिकृत प्रवेश परीक्षा (Common Entrance), शिक्षण संस्था संचालन, अनुगमन, गुणस्तर सुनिश्चितता, प्रत्यायान (Accreditation), आधारभूत पाठ्यक्रम (Core Curriculum), स्नातकोत्तर तहको वैकल्पिक व्यवस्था, इन्टर्नसिप सम्बन्धमा विभिन्न संस्था तथा निकायहरूबीच आपसी समन्वय र सामन्जस्यताको अभाव प्रखररूपमा खट्किएको छ।

३.३ चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी विश्वविद्यालय: नेपालमा विभिन्न विश्वविद्यालयहरू अन्तर्गतका शैक्षिक कार्यक्रमहरूको बीच आधारभूत रूपमा एकरूपता नभएको तथा व्यवस्थित र बस्तुनिष्ठरूपमा गुणस्तर मापन, प्रमाणीकरण तथा प्रत्यायान (Accreditation) नभएको स्थितिको निराकरणका लागि चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी एउटा छुट्टै विश्वविद्यालय

(Medical University) को स्थापना गर्ने सम्बन्धमा धेरै अभिव्यक्तिहरू आएका छन् । यसो हेर्दा यो अवधारणा आकर्षक लागेपनि अलग अलग ऐनबाट स्थापित स्वायत्त प्रकृतिका विश्वविद्यालय र प्रतिष्ठानहरूलाई अर्को समानस्तरको विश्वविद्यालयबाट नियमन तथा अनुगमन गर्ने/गराउने कार्य कानुनी रूपमा निकै जटिल हुने देखिन्छ । त्यसैले यो विकल्प व्यवहारिक देखिदैन । यसको उचित र व्यावहारिक संरचनागत समाधान खोज्नु जरुरी छ । यसको प्रस्तावित संरचना परिच्छेद ७ प्रस्तुत गरिएको छ ।

#### ४. चिकित्सा शिक्षामा गुणस्तरको सवाल

गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाका लागि गुणस्तरीय जनशक्ति जरुरी छ । ती गुणस्तरयुक्त जनशक्ति कसरी प्राप्त गर्ने, त्यस्ता किसिमका सक्षम जनशक्ति मुलुकलाई उपलब्ध गराउनका लागि तालिम लगायतका विषयमा के कस्तो प्रवन्ध गर्ने सम्बन्धमा ठोस पहलकदम बिना गुणस्तरको अपेक्षा गर्नु असम्भव भएकोले “गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाका लागि गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षा” को दीर्घकालिन सोच लिएर अधि वढ्नु अत्यावश्यक भइसकेको छ । गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षाका लागि अपरिहार्य अवयवहरू निम्न लिखित छन् : दक्ष र प्रतिवद्ध शिक्षक, लगनशील विद्यार्थी, स्तरीय पूर्वाधार, सिकाइ मैत्री वातावरण, गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह, वस्तुनिष्ठ मूल्यांकन प्रणाली आदि ।

त्यसका साथै अनुसन्धान कार्य पनि गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षाको एक अभिन्न अंग हो । विज्ञान र प्रविधिको क्षेत्रमा हाल भईरहेको तीव्र र चामत्कारिक विकासले स्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि गम्भीर प्रभाव पारिरहेको छ । चिकित्सा पेशामा हाल कार्यरत र पछि संलग्न हुने चिकित्साकर्मीहरू एक्काइसौं शताब्दीको यी विकास प्रक्रियाप्रति जानकार रहनु अत्यावश्यक हुन्छ । त्यस्तै नेपाली समाजमा हाल विद्यमान र भविष्यमा देखापर्ने स्वास्थ्य चुनौतीहरू तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रति नेपाली जनताको बढ्दो आकांक्षालाई समुचित ढंगले सम्बोधन गर्नुपनि उत्तिकै आवश्यक छ । यी चुनौतिहरूको समाधान गर्न आवश्यक पर्ने साधन स्रोतहरू नेपाल जस्तो गरिब मुलुकसँग पर्याप्त रूपमा उपलब्ध हुन नसक्ने विषय पनि यथार्थ हो । तर अर्को यथार्थ के पनि हो भने हाम्रा सबै समस्याहरूको समाधान विदेशबाट आयातित ज्ञान र सीपले मात्र सम्भव नभई हामीले आफ्नै स्थानीय समस्याहरूको सम्बोधन गर्न नवीन सोच (Innovation) अनुसन्धानलाई वढावा दिनु पनि त्यत्तिकै आवश्यक छ ।

तसर्थ हाल सीमित रूपमा उपलब्ध स्रोत र साधनमा अझ थप गर्दै लैजानुको साथै

तिनलाई परिचालन गर्दा अधिकतम सकारात्मक परिणाम दिने खालका क्षेत्र र कार्यक्रममा लगानी गर्नु उचित हुन्छ । यसतर्फ पनि नीति निर्माताहरू उदासीन रहेको देखिएको छ । तर विश्वसनीय तथ्य र प्रमाणको अभावमा यस्तो निर्णय लिन कठिन हुन्छ । त्यस्तै चुनौतिहरूको प्रभावकारी समाधान गर्नको लागि विविध विकल्प र नवीन विचारहरूको खोजी र प्रयोग हुनु जरुरी हुन्छ । यस्ता कार्यहरू सत्य पत्ता लगाउन कौतुहल र जिज्ञासु तथा सो प्राप्तिको लागि विधिसम्मत ढंगबाट समर्पित हुने मानसिकता सहितको प्रतिवद्धता आवश्यकता पर्दछ । अनुसन्धान सम्बन्धी तालिम र व्यवहारिक अभ्यासबाट मात्र उल्लिखित दक्षता हासिल गर्न सम्भव हुन्छ । सो का लागि चिकित्सा शिक्षाका स्नातक तथा सो भन्दा माथिल्लो तहका प्राज्ञिक कार्यक्रमहरूमा बैज्ञानिक अनुसन्धानका सिद्धान्त र विधिहरूबारे आधारभूत ज्ञान र सीपहरू विकास गर्नका लागि सम्बन्धित तहको पाठ्यक्रममा यी विषयवस्तु समावेश गरिएको भएता पनि उनीहरूबाट अनुसन्धानका क्षेत्रमा अपेक्षित योगदान भएको देखिदैन । तसर्थ यस समस्याको समाधानका लागि चिकित्सा शिक्षाका विद्यार्थीहरूलाई अनुसन्धानको क्षेत्रमा शुरुदेखि नै अभिरुचि जगाउने तथा अनुसन्धान कार्यमा संलग्न हुन पाउने उपयुक्त वातावरण निर्माण गर्ने तर्फ समयमै ध्यान दिनु जरुरी छ ।

## ५. स्वास्थ्य जनशक्ति योजना तथा प्राथमिकीकरणको सवाल

५.१. चिकित्सा शिक्षाका क्षेत्रमा वैज्ञानिक तवरले तह, विधा, संख्या र अनुपातको अद्यावधिक विश्लेषण गरिएको छैन र नेपाली जनताको स्वास्थ्य आवश्यकतालाई सम्बोधन गर्ने हिसाबले आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण गरिएको छैन । परिणामस्वरूप कुनै विधामा आवश्यक भन्दा बढी र कुनै विधामा जनशक्ति नै उत्पादन नभएर स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा नकारात्मक असर पर्ने परिस्थिति सृजना भएको छ । यही असन्तुलनको अवस्थाको जिम्मेवारी केही हदसम्म निजी क्षेत्रलाई पनि दिन सकिएला तर सार्वजनिक/सामुदायिक संस्थाहरूले समेत सन्तुलित जनशक्ति उत्पादन गर्ने पर्याप्त भूमिका निर्वाह गर्न सकेका छैनन् । यसलाई हाम्रो चिकित्सा शिक्षा प्रणालीको एक प्रमुख समस्याको रूपमा लिन सकिन्छ ।

स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने संस्थाहरू र उत्पादित जनशक्तिको खपत र परिचालन गर्ने निकायहरू बीच नियमित समन्वय र सार्थक सम्बादको अभाव रहनु पनि अर्को एक समस्या हो ।

५.२ स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको वदलिदो स्वरूप, जनसंख्याको बनावट र रोगको प्रकृतिमा आइरहने परिवर्तन, स्वास्थ्य सेवाप्रति उर्लदो जनआकांक्षा, स्वास्थ्य सेवाले अधिकारको स्वरूप ग्रहण गरेको परिवेश आदि कुराहरूलाई मध्यनजर गर्दा स्वास्थ्य जनशक्तिको प्रक्षेपण कार्य आफैमा अत्यन्त जटिल र चुनौतिपूर्ण हुन्छ। यसै प्रतिवेदनमा आयोगले सन् २०३१ सम्मका लागि मुलुकमा आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्तिको वस्तुनिष्ठ आधारमा प्रक्षेपण गर्ने कोसिस गरिएको छ। यसलाई नियमित रूपमा (कम्तिमा हरेक ५/५ वर्षमा) अद्यावधिक गर्नु आवश्यक हुन्छ।

५.३ जनशक्ति उत्पादन: हाल चिकित्साशास्त्र तर्फ स्नातक तहमा उत्पादन भईरहेको करिब २००० जना स्वदेश, ६०० जति विदेशबाट अध्ययन गरी आउनेको संख्यालाई उल्लेख्य मान्न सकिन्छ। यसै अनुपातमा उत्पादन भएमा आगामी करिब ६-८ वर्षमा सो तहमा देशलाई आवश्यक जनशक्ति अन्तर्राष्ट्रिय मापदण्ड अनुरूप पुऱ्याउन सकिने देखिन्छ। तर स्नातकोत्तर तहमा मुलुकभरिमा करिब ५०० मात्र सीट उपलब्ध रहेको अवस्थामा छ। यसरी हेर्दा हाल स्नातकोत्तर तहमा उपलब्ध सिट संख्या प्रतिवर्ष उत्पादन हुने स्नातक चिकित्सकको अनुपातमा अत्यन्त न्यून रहेको कारण ठूलो विषमता रहेको देखिन्छ।

यसै कारणलाई देखाएर समेत धेरै नेपाली चिकित्सकहरू विदेश पलायन हुने गरेका छन्। यस सँगै अमुक विदेशी शिक्षण संस्थाहरूबाट स्नातकोत्तर तहको अमुक विषय वा विधामा अध्ययन गरी फर्केका चिकित्सकहरू मेडिकल काउन्सिलले लिने गरेको विशेषज्ञ परीक्षामा अनुत्तीर्ण हुने मात्र होइन उत्तीर्ण भईसके पश्चात पनि व्यवहारमा तदनुरूपको दक्षता प्रदर्शन गर्न असक्षम भएका अवस्थाका कारण गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवामा चुनौती थपिएको अवस्था छ। यस सन्दर्भमा कतिपय विदेशी उपाधि प्राप्त चिकित्सकहरूले निश्चित तहको उपाधि हासिल गरीसकेको जनाई सोही उपाधीका आधारमा नै चिकित्सकीय अभ्यास गर्न पाउनुपर्ने अभिमत राखेको तर नेपाल मेडिकल काउन्सिलले सञ्चालन गर्ने परीक्षामा ती चिकित्सकहरू बारम्बार अनुत्तीर्ण हुने गरेको अवस्थामा सो बाट विरामीहरूले ज्यानै जाने सम्मको जोखिम मोल्नुपर्ने अवस्था समेत रहेको छ। नन्क्लिनिकल विषयमा उपल्लो तहको डिग्री हासिल गरी विदेशबाट आउने चिकित्सकहरूले यथेष्ट व्यावहारिक ज्ञान नपाएको तथ्य नेपाल मेडिकल काउन्सिलकै विशेषज्ञ परीक्षाबाट स्पष्ट हुन्छ। स्वास्थ्य नीति, २०७१ ले प्रत्याभूत गरेको गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन समेत नेपाललाई थप विशेषज्ञ जनशक्तिको आवश्यकता परेको छ। तसर्थ,

स्नातकोत्तर (विशेषज्ञ) तहमा हाल सञ्चालनमा रहेका कार्यक्रमका अलावा अन्य वैकल्पिक व्यवस्था अख्तियार गरी सो तहको तालिमको सीट संख्या बृद्धि गर्नु गराउनु आवश्यक देखिन्छ ।

## ६. विश्वविद्यालय तथा प्रतिष्ठानहरूको स्वायत्तताको सवाल

६.१ नेपाल सरकारले विभिन्न समयमा लिएका स्वास्थ्य तथा चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी नीतिहरू विभिन्न निकायहरूमा लागू हुन नसकी कार्यान्वयनमा गम्भीर समस्या सृजना भएको यथार्थ हो । विश्वविद्यालय र अन्य प्राज्ञिक निकायको स्वायत्तताको परिसीमा के हो ? यसमा नेपाल सरकारले तय गर्ने नीति/ऐन कार्यान्वयन गर्नुपर्ने दायित्व ती संस्थाको हो या होइन ? संस्थागत स्वायत्तता र स्वेच्छाचारिता बीचको उपयुक्त तादत्म्यता के कस्तो हुनु पर्ने हो ? आदि सम्बन्धमा स्पष्ट दिशा निर्देश हुनु अपरिहार्य देखिन्छ । एकातर्फ आजको परिप्रेक्ष्यमा प्राज्ञिक निकायहरूको प्राज्ञिक स्वायत्तता कायम राख्नु अति जरुरी छ भने अर्को तर्फ विज्ञ विधायकहरूसँग बृहद अन्तरक्रिया र परामर्शमा राज्यद्वारा तय गरिएका राष्ट्रिय नीति, कानूनहरू सबै निकाय वा संस्थाका लागि मार्ग निर्देशन हुनु अनिवार्य हुन्छ । यस सन्दर्भमा विश्वविद्यालय तथा अन्य शैक्षिक संस्थाहरूले समेत राष्ट्रिय नीतिहरूको पालन गर्नुपर्ने जिम्मेवारी परिपालना गर्न गराउन स्पष्ट, पारदर्शी र जवाफदेही प्रक्रिया निर्धारण गरिनु आवश्यक छ ।

यसै सन्दर्भमा देशका जुनसुकै स्थानमा रहेका र जुनसुकै विधाका शिक्षण संस्थाहरूको भूमिका राष्ट्रको आवश्यकता परिपूर्ति गर्ने कार्यमा हरसम्भव तरिकाले योगदान दिन हुनुपर्दछ । त्यसकारणले गर्दा कुनै पनि शिक्षणसंस्थाहरू निरपेक्ष रूपमा स्वायत्त हुन सक्दैनन् । यस सन्दर्भमा निकायगत रूपमा राज्यले तोकिएको भूमिकालाई सही रूपमा कार्यान्वयन गर्न नसक्ने, नमान्ने र त्यसको विपक्षमा कार्यकलाप गर्न खोज्नेलाई राज्य संयन्त्रले यथोचित हस्तक्षेप गर्नुपर्ने स्थिति आउन सक्छ साथै यो तथ्यलाई स्वायत्तताको सन्दर्भमा मनन गर्नु आवश्यक देखिन्छ ।

## ६.२ राष्ट्रिय मापदण्ड र प्राज्ञिक सृजनशिलता

कुनै पनि प्राज्ञिक कार्यक्रमको गुणस्तर सुनिश्चित गर्नको लागि निश्चित राष्ट्रिय मापदण्ड, मान्यता तथा मापन विधिहरूको व्यवस्था गरिएको हुन्छ । यस्तो व्यवस्थाको अभावमा प्राज्ञिक तथा सेवाको क्षेत्रमा हुन सक्ने अराजकता र स्वेच्छाचारिताले उत्पादनको गुणस्तरमा ह्रास आउने खतरा रहन्छ । तथापि गतिशील समाजको नयाँ आवश्यकता र चुनौतिहरूलाई सम्बोधन गर्न तथा राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय अनुभवबाट सिर्जित नयाँ ज्ञान, विधि, प्रविधिलाई अपनाएर लाभान्वित

हुनको लागि माथि उल्लिखित मापदण्ड र विधिहरूको पालनामा जडसूत्रता होईन लचकताको आवश्यकता पर्दछ । व्यवस्थित र सिर्जनात्मक ढंगले गरिने नयाँ खोज र प्रयोगलाई प्रोत्साहित पनि गर्नुपर्दछ । यस्ता नयाँ प्रयोगबाट आउन सक्ने उपयोगी परिणामहरूले गुणस्तरमा सुधार ल्याउन र प्रकारान्तरमा मापदण्डलाई नै सुधार र परिस्कृत गर्न मद्दत पुऱ्याउँछन् ।

#### ७. क्षेत्रीय विश्वविद्यालयको सवाल

हाम्रो देशमा एकल विश्व विद्यालयको रूपमा त्रिभुवन विश्वविद्यालयको स्थापना सँगै हाल आएर देशमा ९ वटा विश्वविद्यालयहरू स्थापित भई सकेको अवस्था छ । उल्लिखित परिप्रेक्ष्यमा त्रिभुवन विश्वविद्यालय र काठमाण्डौं वाहेकका विश्वविद्यालयहरू स्थापित तथा विकसित गर्ने क्रममा ती विश्वविद्यालयहरू स्थापित हुने सम्बन्धित क्षेत्रको शिक्षण संस्थाहरूको नेतृत्वदायी भूमिका निर्वाह गर्नुपर्ने दूरगामी दृष्टिकोण राखिएको थियो । क्षेत्रीय र भौगोलिक समविकासका हिसावले समेत विशेष गरी पोखरा विश्वविद्यालय र पूर्वाञ्चल विश्वविद्यालयलाई ती क्षेत्रमा अवस्थित चिकित्सा शिक्षा लगायतका शिक्षण संस्थाहरूको समेत नेतृत्व निर्वाहका लागि जिम्मेवारी दिनु आवश्यक छ । यद्यपि परिकल्पनालाई कार्यान्वयनमा ल्याउन केही समय आवश्यक हुन सक्छ तरअबको सोच यही दिशामा विकसित गर्नुपर्दछ ।

यद्यपि सिद्धान्ततः कुनै विश्वविद्यालय कुनै अमुक सीमानामा रहनुपर्छ भन्ने मान्यतामा विवाद हुन सक्छ तथापि अघि भनिएभैं विश्वविद्यालय निरपेक्ष रूपमा स्वायत्त रहन सक्ने निकाय होइन, विश्वविद्यालयले समेत समाजका चुनौतिलाई सामना गर्ने र आवश्यकताहरूको परिपूर्ति गर्ने दायित्व निर्वाहमा क्रियाशिल हुनुपर्दछ । आफ्नो भौगोलिक क्षेत्रका सवै खालका विद्यमान चुनौति तथा समस्याहरूको पहिचान गर्ने र ति चुनौति सामनाका लागि के कस्तो जनशक्ति आवश्यक हुन्छ, के कस्ता अध्ययन अनुसन्धानलाई अघि बढाउने हो, के कस्ता Innovation हरू प्रस्तुत गरी नेपाली जनताको सामाजिक, आर्थिक विकासमा योगदान पुऱ्याउने दायित्व समेत ती विश्वविद्यालयको हो । यस्तो गहन र गरिमामय जिम्मेवारीलाई विर्सिएर सम्बन्धनको प्रक्रियागत कार्यकलापमा मात्र केन्द्रित हुनु भनेको विश्वविद्यालयले समाज र राष्ट्र प्रतिको जिम्मेवारी वहन गरिएको भन्न सक्ने अवस्था रहदैन ।

#### ८. अनुसन्धान सम्बन्धी सवाल

चिकित्सा शिक्षासँग सम्बन्धित शिक्षण संस्थाको प्रमुख दायित्व शिक्षण अस्पताल मार्फत



गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा तथा चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्नु र अनुसन्धान सम्बन्धी कार्य गर्नु नै हो । विश्वविद्यालयको अभिन्न दायित्वका रूपमा रहने अनुसन्धानको क्षेत्रलाई हामी कहाँ कम महत्व दिइएको अवस्था छ । फलस्वरूप यस्ता संस्थाहरूमा परम्परागत अभ्यास र सिकाई मात्र सम्भव हुन्छ । नयाँ नयाँ क्षेत्रका ज्ञानको अभावका कारण भर्खरै मात्र देखिएका नयाँ क्षेत्रगत समस्या चुनौती र निकट भविष्यमा देखा पर्ने समस्याको लागि परम्परागत शिक्षण सिकाई प्रभावकारी नहुने निश्चित छ । समस्याको पहिचान, कारक तत्व, निराकरणका उपाय, समाधानका वैकल्पिक उपायका सम्बन्धमा अनुसन्धानमा संलग्न गराई प्रखर प्राज्ञिक व्यक्तित्वहरू विकास गर्न सकिएन भने हाम्रो परिवेशमा देखिएका समस्या र चुनौतिहरू समाधानका लागि हामी सधैं विदेशीमा परनिर्भर रहनुपर्ने अवस्था हुनेछ जुन राष्ट्रकालागि वान्छनीय हुदैन । शिक्षा, स्वास्थ्य सेवा र अनुसन्धानलाई हाम्रो देशको बौद्धिक पुँजीका रूपमा यसलाई लिइनुपर्दछ र अनुसन्धानको क्षेत्रमा राज्यले प्राथमिकता दिई यसलाई बढावा प्रदान गर्नु जरुरी देखिन्छ ।

## ९. विद्यार्थीसँग सम्बन्धित सवाल

### ९.१. विद्यार्थीको पूर्वयोग्यता :

स्नातक तहको मेडिकल तथा डेन्टल विषय अध्ययनका लागि चाहिने आधारभूत शैक्षिक आवश्यकता चिकित्सा विज्ञानमा स्नातक तहमा भर्ना हुनका लागि न्यूनतम शैक्षिक योग्यताको रूपमा विज्ञान विषय लिई उच्च माध्यमिक तहमा राम्रो अंक प्राप्त गरी उत्तीर्ण हुने विद्यार्थीहरूलाई उपयुक्त ठानिने परम्परा छ । यो परम्परा बेलायती चिकित्सा शिक्षा प्रणालीको ढाँचामा आधारित छ । यो मान्यता अनुसार चिकित्सा शास्त्रको मूल आधार विज्ञान नै भएको हुँदा उच्च माध्यमिक तहमा पढाइने विज्ञान केन्द्रित पाठ्यक्रम पूरा गरेपछि चिकित्सक बन्न आवश्यक पर्ने शैक्षिक योग्यता पर्याप्त भएको विश्वास गरिन्छ । एउटा असल चिकित्सक बन्नको लागि चाहिने Humanities and Behavioural Sciences को महत्व र भूमिकालाई यथोचित स्थान दिएको देखिदैन ।

पछिल्लो समयमा चिकित्सा विज्ञानको स्नातक तहका अध्ययन गर्न आवश्यक ठानिने शैक्षिक योग्यता सम्बन्धी मान्यताका बारेमा आधारभूत ढंगले क्रमिक रूपमा परिवर्तन हुँदै आएको छ । यो परिवर्तन चिकित्सा विज्ञानमा निरन्तर रूपमा भैरहेको विकास, चिकित्सा सेवाको संरचना तथा चिकित्सकको भूमिकाबारे समाजको अपेक्षाद्वारा निर्देशित छ ।

संयुक्त राज्य अमेरिका तथा क्यानाडामा चिकित्सक बन्नको लागि उच्च माध्यमिक तहको अध्ययन पश्चात चार वर्ष लामो अन्डर ग्राजुएट तहको अध्ययन सकेको हुनु पर्दछ । यस मान्यतालाई अब्राहम फ्लेक्सनर प्रतिवेदनले आजभन्दा १०० वर्ष अघि नै स्थापित गरेको थियो । विगत केही दशक देखि यस मान्यतालाई बेलायत तथा अष्ट्रेलियाका केही विश्वविद्यालयहरूमा समेत अवलम्बन गर्ने क्रम बढ्दै गएको देखिन्छ । एसिया महादेशकै फिलिपिन्समा समेत विगत धेरै समय देखि यही प्रणाली प्रचलनमा रहेको छ ।

चिकित्सा पेशा जस्तो सम्बेदनशील पेशा अवलम्बन गर्न चाहने विद्यार्थीको बौद्धिक, भावनात्मक तथा सामाजिक परिपक्वता, जिम्मेवारीबोध, मानवीय सम्बेदनशीलता, जीवनको मूल्यको अनुभूति जस्ता गुणहरूको आवश्यकता पर्ने र यस किसिमको योग्यता १६ वर्षे शिक्षा र विभिन्न विधाको थप अध्ययन पश्चात मात्र प्राप्त गर्न सकिने सम्भावना वढी हुने हुँदा यो प्रणालीले विश्वव्यापी रूपमा मान्यता पाईरहेको छ र नेपालमा पनि यस अवधारणालाई अवलम्बन गर्नु आवश्यक देखिन्छ ।

## १.२ विद्यार्थी छनौट प्रकृया

विभिन्न विश्वविद्यालयहरूले विभिन्न समयमा लिने गरेको प्रवेश परीक्षाले गर्दा अभिभावक माथि थप आर्थिक भार पर्ने मात्र नभई अतिरिक्त समय समेत खेर गइरहेको छ । एकीकृत प्रवेश परीक्षा लागू गरेर यस किसिमको अप्ठ्यारालाई न्यून गर्न सकिन्छ ।

विद्यमान विद्यार्थी छनौट प्रक्रियामा उच्च माध्यमिक तह (दश जोड दुई कक्षा) मा पढाइएका विषयवस्तुमा आधारित कोरा शैक्षिक ज्ञानको परिक्षण गर्नेमा मात्र सिमित रहेको छ । यो प्रणाली उपयुक्त विद्यार्थीको छनौट भन्दा पनि चिकित्सा विज्ञान अध्ययन गर्न चाहने आकांक्षीहरूको संख्यालाई कसरी “छटनी” गर्न सकिन्छ भन्ने विषयमा केन्द्रित रहेको छ । यस किसिमको व्यवस्थाले मात्र कस्ता किसिमका विद्यार्थी छनौट गर्दा उनीहरू भविष्यमा गएर असल स्वास्थ्यकर्मी हुन्छन् भन्ने कुरा निक्कै गर्न नसकिने भएकाले यस प्रणालीमा सुधारको जरुरत छ । आगामी दिनमा विद्यार्थी छनौट गर्दा पाठ्यक्रमका विषयवस्तु भन्दा पनि विद्यार्थीको बौद्धिक तिक्ष्णता (Cognitive Ability), समालोचनात्मक विश्लेषण गर्न सक्ने क्षमता (Critical Thinking), नैतिक मूल्य मान्यता, निर्णय क्षमता, सञ्चार सिप, समस्या समाधान गर्ने क्षमता जस्ता विषयलाई आधार बनाउनु उपयुक्त देखिन्छ ।

त्यस्तै गरी मध्यमस्तरीय स्वास्थ्य जनशक्तिलाई तोकिएको सेवा अवधि पूरा गरेपछि ब्रिजकोर्स गराई चिकित्सा शास्त्रको स्नातक (एमविबिएस लगायत अन्य) कार्यक्रममा अध्ययनका लागि सहभागी हुन पाउने अवसर प्रदान गर्दा समेत धेरै चिकित्सकहरू नेपालको ग्रामीण भेकमा कार्यरत रहेको हाम्रो राष्ट्रिय अनुभव रहेको छ। हाल पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा विद्यमान प्रणालीमा भर्ना पूर्व ब्रिजकोर्स गर्नु आवश्यक पर्दैन ।

## १०. चिकित्सा शिक्षाको आर्थिक पक्षको सवाल

१०.१ चिकित्सा शिक्षा आफैमा एक खर्चिलो विधा हो । उदाहरणको लागि एउटा चिकित्सक तयार गर्दा प्रति विद्यार्थी सरदर ३५ लाख खर्च हुन्छ भन्ने अनुमान छ । चिकित्साकर्मी उत्पादनको लागि लाग्ने यो लागत कसले व्यहोर्नु पर्ने हो भन्ने सवाल निरन्तर विवाद र छलफलको विषय बन्दै आएको छ । यसको सहज जवाफ नभए पनि केही तथ्य यहाँ राख्न सकिन्छ । सरकारले सार्वजनिक संस्थाहरूमा प्रत्यक्ष लगानी गर्न नचाहेर वा नसकेर यस्ता शिक्षण संस्थाहरूमा लगानीको लागि निजी क्षेत्रलाई प्रोत्साहित गर्दा त्यसको मार विद्यार्थी र गरिव विरामीहरूलाई नै पर्न आएको देखिन्छ ।

लगानीकर्ताहरूले सानो रकमबाट व्यवसाय शुरु गरी विद्यार्थीकै पैसाबाट छिटो र धेरै नाफा कमाउने उद्देश्य राख्यो भने त्यो कलेजले कहिल्यै गुणस्तर प्रदान गर्न सक्दैन ।

स्नातक तहको शिक्षा भनेको चिकित्सा शिक्षाको पहिलो चरण हो । यस तहमा विद्यार्थीहरूले विरामीको दुःखमा केही दुःख थपेर नै चिकित्सा शिक्षा सिक्ने काम हुन्छ । उनीहरूले विरामीलाई मद्दत गर्ने काम हुन्छ । तसर्थ विद्यार्थी र अभिभावकहरूले यो तहको अध्ययनका लागि उचित शुल्क तिर्नु मनासीव नै हुन्छ । यसो भन्दा गरिव तथा जेहेन्दार विद्यार्थीले उचित अवसर पाउनु पनि त्यत्तिकै जरुरी हुन्छ ।

स्नातकोत्तर तहमा पुग्दा भने स्थिति अर्कै हुन्छ । यस तहका विद्यार्थीहरूले विरामीको उपचार तथा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थामा जनशक्तिको भूमिका समेत निर्वाह गर्दछन् । त्यसकारण चिकित्सा शिक्षाका स्नातकोत्तर तहमा अध्ययनरत विद्यार्थीहरूबाट शुल्क नलिने बरु निर्वाह भत्ता समेत दिने प्रचलन विभिन्न देशमा शुरु भैसकेको छ । तसर्थ यस तहको शिक्षामा सरकार र शिक्षणसंस्था स्वयम्को लगानी बढी अपरिहार्य भएकोले यस तहको आर्थिक पक्षको व्यवस्थापनका लागि उपयुक्त नीतिको जरुरी देखिन्छ ।

## १०.२ स्वास्थ्य शिक्षण संस्थामा शुल्कको सवाल

१०.२.१ नेपाल सरकारले चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा आफ्नो दायित्व स्पष्ट नगरेको अवस्थामा विगतको केही दशक देखि नै चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा सरकारी लगानी र पहल क्रमशः घटाउदै लगेको अवस्था यथार्थ हो । जसका कारण सरकारी तवरमा सञ्चालित शिक्षण संस्थाले समेत आफ्नो निर्वाह कै निमित्त भए पनि चर्को शुल्क असुल्ने प्रवृत्ति विकसित हुदै गएको अवस्था छ । सरकारी क्षेत्रमा सञ्चालित शैक्षिक संस्थाहरूको शुल्कमा निरन्तर वृद्धि र चर्को शुल्क तिरेर पढ्न चाहने विद्यार्थीका लागि सीट छुट्याउने प्रवृत्तिमा आएको वृद्धि यसको प्रमाण हो । यसमा राजनीतिक, अर्थ राजनीतिक अवधारणा हुन सक्छन् तर मानव स्वास्थ्यसँग अभिन्न सम्बन्ध रहने चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवामा सरकारको अग्रणी र जिम्मेवारपूर्ण भूमिका रहनु जरुरी छ भन्ने कुरामा दुई मत हुन सक्दैन । सरकारी तवरमा स्थापित शिक्षण संस्थाहरू पनि विद्यार्थीहरूबाट लिइने शुल्कको आधारमा मात्र आर्थिक रूपमा आत्मनिर्भर हुनुपर्छ भन्ने अवधारणा प्रकारान्तरले सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संवैधानिक व्यवस्था विपरीत मात्र नभई दुरगामी दृष्टिकोणले समेत घातक ठहरिन्छ ।

१०.२.२ निजी क्षेत्रका मेडिकल, नर्सिङ तथा अन्य स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूमा विद्यार्थीहरूबाट लिइने शुल्कको विषय अत्यन्त तीतो र विवादास्पद विषय रहिआएको छ । निजी क्षेत्रका मेडिकल कलेजहरूमा सरकारले छात्रवृत्तिमा छानेका विद्यार्थीहरूले निःशुल्क पढ्न पाउने प्रावधानले जेहेन्दार विद्यार्थीहरूको एउटा ठूलै समुहले चिकित्सक बन्ने मौका पायो । यो समूह सरकारी मेडिकल कलेजहरूमा कम शुल्कमा पढ्न पाउने छात्र छात्राहरूको तुलनामा पाँच छ गुणा हुन आउँछ । यो आफैमा एउटा सकारात्मक पक्ष हो भने अर्कोतर्फ छात्रवृत्तिमा पढ्ने मौका पाएका चिकित्सकहरूलाई देशको सेवा गर्नुपर्ने प्रावधानलाई धेरै समय सम्म पनि लागू गर्न नसकेका कारण बढी संख्यामा चिकित्सकहरू उपस्थित भए पनि तिनको पूर्ण सदुपयोग देशले गर्न नसकेको देखिन्छ । विश्वविद्यालय तथा CTEVT लगायतका निकायहरूले हालसम्म शुल्कका विषयमा प्रभावकारी नियन्त्रण र नियमन गर्न नसकिरहेको अवस्था विद्यमान छ । यस सम्बन्धमा काठमाण्डौ विश्वविद्यालयले अपनाएको केही कदम सकारात्मक भए पनि शुल्क नियमनको विषयलाई देशव्यापी रूपमा एकरूपताका साथ कार्यान्वयन गर्न नसकिएको यथार्थ नै हो ।

गुणस्तरीय र समतामूलक चिकित्सा शिक्षाका लागि अत्यन्त महत्वपूर्ण मानिने यो विषयमा हालसम्म औचित्यपूर्ण व्यवस्था गर्न नसक्नु आफैमा दुर्भाग्यपूर्ण अवस्था हो । धेरैजस्तो

शिक्षण संस्थाले अधिकांश नेपाली जनताले वहन गर्न नसक्ने गरी चर्को रूपमा मनोमानीपूर्वक शुल्क असुली रहेको तथ्य जगजाहेर छ । यो भन्दा पनि ठूलो विडम्बना विद्यार्थी भर्नामा योग्यताक्रमको आधारलाई वेवास्ता गरी शुल्क बुझाउन सक्नेहरूका लागि योग्यताक्रम निर्धारण नहुँदै सीट सुरक्षित गरी राख्ने प्रवृत्तिका कारण क्षमतावान र जेहेन्दार विद्यार्थीहरू भर्नाबाट बन्चित हुनुपर्ने अवस्था गुणस्तरीय शिक्षाको प्रमुख बाधक हो भन्नु अतिशयोक्ति हुदैन ।

१०.२.३यसै सन्दर्भमा विशेषज्ञ तहको प्रशिक्षणमा केन्द्रित स्नातकोत्तर तहका चिकित्सकहरूले शिक्षण शुल्क तिर्नु पर्ने मात्र नभएर व्यवहारिक कार्यमा समेत संलग्न रहने, अस्पताल विशेषज्ञलाई सेवा पुऱ्याउनु पर्ने र आफ्नो अध्ययनलाई समेत निरन्तरता दिइरहनुपर्ने अवस्थामा रहने यो तहको जनशक्तिलाई थप चर्को शुल्क थोपर्ने अभ्यास हामी कहाँ विद्यमान छ । त्यो पेशागत, प्राज्ञिक र मानवीय हिसावले अत्यन्त अव्यवहारिक र अनुचित देखिन्छ । संसारका धेरै जसो देशहरूमा यो तहको अध्ययन गर्ने चिकित्सकलाई शुल्क नलिने मात्र होइन बरु तालिम प्रदायक संस्थाले उल्टै उनीहरूलाई निर्वाह भत्ता दिने प्रचलन छ । गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षाका लागि सरकारी लगानीको न्यूनीकरणका कारण चिकित्सा शिक्षा महँगो हुन गई अन्ततः गत्वा सो को भार आमजनमानसमा पर्न जाने निश्चित प्रायः छ । यस्तो परिस्थितिमा सही किसिमका सक्षम उम्मेदवार पाइउन सक्ने सम्भावना कम हुन जान्छ । त्यति महँगो शिक्षण शुल्क तिरेर उत्पादित विशेषज्ञ चिकित्सकहरूमा सेवामुखी भन्दा लगानी उठाउने प्रवृत्ति हावी भयो भने शायद अस्वभाविक ठान्न नमिल्ला । यस सम्बन्धमा प्रभावकारी समाधानका लागि गम्भीर समीक्षा हुनु अत्यावश्यक छ ।

#### ११. अनुगमन तथा निरीक्षणको सवाल

राज्यको सबै निकायमा जस्तै विश्वविद्यालय भित्र अनुगमन र निरीक्षणको अवस्था कमजोर रहेको देखिन्छ । कतिपय ठाँउमा पूर्ण अनुगमन विना नै शिक्षण संस्था सञ्चालनमा रहेको अवस्था देखिएको छ जसका कारण गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा चुनौति सृजना भएको छ । निजी शिक्षण संस्थाहरूलाई सम्बन्धन प्रदान गर्ने त्रिभुवन विश्वविद्यालय तथा काठमाण्डौ विश्वविद्यालयहरूले सम्बन्धन दिएका संस्थाहरूको अनुगमन गर्न कठिनाई भोग्नु परेको अभिव्यक्ति सम्बन्धित निकायवाटै आएका छन् । सम्बन्धन प्राप्त शिक्षण संस्थाहरूको प्रभावकारी अनुगमन हुन नसकेका कारण गुणस्तरीय जनशक्ति उत्पादनमा गम्भीर समस्या रहेको यस्तो अवस्थामा ती विश्वविद्यालयले आफ्नो अनुगमनको क्षमतामा पुनःमुल्यांकन गर्ने अवस्था

आइसकेको देखिन्छ ।

## १२. पाठ्यक्रम र विद्यार्थी मूल्यांकनको सवाल

राम्रा स्वास्थ्यकर्मी तयार गर्न उपयुक्त पाठ्यक्रम अर्को महत्वपूर्ण अवयव हो । चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी पाठ्यक्रमले विद्यार्थीहरूमा पेशागत प्राविधिक ज्ञान, सीप र दक्षताको समुचित वृद्धि गर्नु अति आवश्यक छ । व्यक्ति तथा सिंगो समुदायलाई आक्रान्त पार्ने स्वास्थ्य सम्बन्धी चुनौतिहरू र तिनका कारणको पहिचान तथा समाधान गर्न त्यस्ता ज्ञान, सीप र दक्षता अपरिहार्य हुन्छ । त्यस्तै उनीहरूमा समस्या समाधान गर्ने उत्सुकता, प्रतिबद्धता तथा सिर्जनशीलता हुनुपनि आवश्यक छ । यसका अतिरिक्त चिकित्साकर्मीहरूले स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याबाट ग्रसित व्यक्तिहरूसँग गरिने व्यवहार, अन्तरक्रिया तथा परामर्शको क्रममा शिष्टता तथा विवेकसम्मत मानवीय संवेदनशीलता पनि प्रदर्शन गर्न सक्नु पर्दछ । त्यस्तै समाजले उनीहरूबाट पेशागत आचारसंहिता तथा पेशाधर्मिता (Professionalism) को पालनाको अपेक्षा पनि गरेको हुन्छ । तर मलुक भित्र सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले कार्यान्वयन गर्दै आएका अधिकांश पाठ्यक्रमहरू मूलभूत रूपमा प्राविधिक ज्ञान र सीप हासिल गर्ने उद्देश्यमा मात्रै सीमित रहेको छ । यो कुरा विश्वव्यापीरूपमा स्थापित चिकित्सा शिक्षाको आधारभूत मान्यतासँग मेल खादैन ।

हुनत नेपालमा सन १९७८ सालको प्रारम्भ देखिनै चिकित्सा शिक्षाको नौलो प्रयास (Innovative curriculum) को थालनी भई समुदायमा आधारित सिकाइको प्रक्रियाबाट समुदायका लागि काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी तयार गर्ने शिक्षा प्रणालीबाट सुरुवात भएको हो । तर हाल आएर विद्यार्थीहरूको चाप अत्याधिक बढेकोले यस शिक्षा प्रणालीमा ह्रास आएको अनुभव गरिएको छ । फलस्वरूप समुदायमुखी भन्दा व्यक्तिमुखी, सेवामुखी भन्दा आयमुखी स्वास्थ्यकर्मीको उत्पादन हुन थालेको छ । यस सन्दर्भमा चिकित्सा शिक्षालाई अझ बढी सान्दर्भिक र उपयोगी बनाउन हाल विद्यमान पाठ्यक्रममा आवश्यक सुधार गर्नु पनि एउटा महत्वपूर्ण एजेण्डाको रूपमा देखा परेको छ ।

चिकित्सा शिक्षा अध्ययनरत विद्यार्थीहरूको मूल्यांकनको प्रमुख आधार सैद्धान्तिक ज्ञानलाई अपनाईरहेको वर्तमान अवस्थाका कारण उत्पादित जनशक्तिमा व्यावहारिक ज्ञानको कमीका कारण कार्यक्षेत्रमा गएर स्वतन्त्र रूपमा र सक्षमतापूर्वक कार्य गर्न नसकेको अवस्थाबारे सर्वविदितै छ । तसर्थ विद्यार्थीहरूको सैद्धान्तिक ज्ञानका अतिरिक्त व्यावहारिक सीप, पेशागत कार्यदक्षता र

पेशाधर्मिताप्रतिको प्रतिवद्धता समेतको मूल्यांकन गरिने परिपाटीको विकास गरी अविलम्ब कार्यान्वयनमा ल्याउनु जरुरी भएको छ । अन्यथा, गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षामा रहेको यो चुनौतीको सम्बोधन हुन कठीन छ ।

### १३. फ्याकल्टी सम्बन्धी सवाल

गुणस्तरीय शिक्षाका लागि आवश्यक पर्ने विभिन्न पक्षहरूमध्ये योग्य शिक्षकको भूमिका अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ । नियमनकारी निकायका विद्यमान मापदण्डमा शिक्षकको संख्यालाई धेरै महत्व दिइएको छ तर गुणस्तरीय शिक्षाको लागि शिक्षकको संख्या मात्र पर्याप्त हुदैन । शिक्षकहरूमा हुने गुण पनि त्यतिकै आवश्यक हुन्छ । विषयगत विज्ञताको अतिरिक्त शिक्षकको सामान्य व्यवहार, आचरण, विरामीसँगको व्यवहार, सामूहिक भावना, मानवीय गुण र यसको अभ्यास जस्ता पक्षको अवलोकनबाट विद्यार्थीहरू सिकाइप्रति उत्प्रेरित हुने, उत्साहित हुने तथा शिक्षकमा देखिएको असल व्यवहारको अनुकरण गर्ने प्रयास समेत गर्दछन् र उनीहरूको सिकाई शिक्षकको यिनै गुणहरूबाट निर्देशित हुन जाने भएकोले चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रका शिक्षक अनुकरणीय व्यक्तित्वको रूपमा हुनुपर्छ भन्ने अपेक्षा सबैले गरेका हुन्छन् । चिकित्सक शिक्षकहरू उपचारकार्यमा पनि संलग्न हुने हुँदा उनीहरूको मूल्यांकन मूलतः उनीहरूको उपचार गर्ने दक्षतालाई आधार बनाई हेर्ने गरिएको छ । तर विसनै नमिल्ने कुरा के छ भने एउटा राम्रो चिकित्सक राम्रो शिक्षक हुन पनि सक्छ, नहुन पनि सक्छ । तसर्थ उपचारमा संलग्नता र सक्षमता एउटा मापदण्ड हो भने आफ्नो पेशागत ज्ञान र सिपलाई शिक्षार्थीहरूमा हस्तान्तरण (Transfer) गर्न सक्ने क्षमता उसको योग्यताको अर्को र उत्तिकै महत्वपूर्ण पाटो हो । स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाको सफलता र गुणस्तरीयताका लागि विषयगत ज्ञान र दक्षता, पेशाप्रतिको लगाव र समर्पण तथा उत्साही शिक्षकहरूको अपरिहार्यता हुन्छ । यी गुणहरू भएका शिक्षकहरूको आपूर्ति योजना बनाई त्यस्ता जनशक्तिलाई संस्थामा भित्र्याउनु पहिलो आवश्यकता हो भने सेवा प्रवेश गरिसकेका जनशक्तिलाई नयाँ ज्ञान र प्रविधिसँग अद्यावधिक बनाइराख्न विभिन्न तालिम र पेशागत उन्नयनका कार्यक्रमहरूको व्यवस्था गरी शिक्षण प्रशिक्षणमा सधैं नवीनता प्रदान गर्न सक्ने बनाउनु अर्को महत्वपूर्ण आवश्यकता हुन्छ । तसर्थ स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू शिक्षार्थीलाई मात्र तालिम गर्ने नभई शिक्षक तालिम गर्ने संस्थाको रूपमा कार्य गर्नुपर्ने हुन्छ ।

नेपालको सन्दर्भमा शिक्षण जनशक्तिको सेवामा प्रवेश पश्चात उसको क्षमता विकासका अवसरहरू पर्याप्त रहेको देखिदैन । साथै कार्यरत शिक्षकहरूको उमेर, स्वास्थ्य अवस्था, नयाँ सीप

र प्रविधिको खोज गर्ने, सिक्ने र सिकाउने क्षमता र उनीहरूको जाँगरको मूल्यांकन गर्ने कुनै परिपाटी बस्न सकेन । शिक्षक आफैं, विभाग र संस्थाहरूका पदाधिकारीहरूमा पनि यसको आवश्यकता अनुभूत भए जस्तो लाग्दैन । यसर्थ व्यक्तिको पेशागत उन्नयन र संस्थागत सीप विकासका लागि समुचित र समन्यायिक अवसरको उपलब्धतामा सोच्नु जरुरी भएको छ । यसका साथै पूर्णकालिन शिक्षक (फ्याकल्टी) ले आफू कार्यरत संस्थाप्रति र विद्यार्थीप्रति पूर्ण जवाफदेही बनाउने अवस्थाको पनि अभाव देखिन्छ । अर्को समस्या भनेको कुनै शिक्षक आफ्नो कार्यप्रति पूर्ण क्रियाशील, जागरुक, उत्साही, अध्ययनशील, नवीन ज्ञानको खोजीप्रति उत्साही भइरहेको अवस्थामा उमेरको कारणले अनिवार्य अवकास हुन जाँदा संस्थाबाट दक्ष जनशक्ति बाहिरिरहेको अवस्था पनि छ ।

यस क्षेत्रमा त्रिभुवन विश्वविद्यालय, काठमाण्डौ विश्वविद्यालय र विपिकोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान लगायतका स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गरेका छन् । तथापि हाल नेपालमा पठन पाठन गर्ने धेरै संस्थाहरू खोलिएकाले सक्षम, अनुभवी र शिक्षणप्रति प्रतिबद्ध शिक्षकहरू पाउन गाह्रो भएको छ । भएका शिक्षकहरूपनि कागजमा पूर्णकालिन भएतापनि निजी सेवा एवं अन्य कारणले व्यवहारमा आंशिक शिक्षक मात्र बन्न पुगेका छन् । तसर्थ शिक्षकहरूको संख्यात्मक वृद्धिका साथै निम्नानुसारका गुणात्मक पक्षमा पनि ध्यान पुऱ्याउनु आवश्यक भैसकेको छ ।

यस्तो अवस्थामा शिक्षकहरूले उल्लिखित अपेक्षालाई आत्मसात् गर्न नसकेको, नियमनकारी निकायहरूले समेत सो बारे स्पष्ट गर्न दिशा निर्देश गर्न नसकेको र शिक्षकहरूमा समेत यस प्रति गम्भिरता नरहेको वर्तमानको अवस्था अर्को चुनौतिको रूपमा रहेको देखिन्छ ।

हाल देशमा ठूलै संख्यामा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू स्थापना भएता पनि ती संस्थाहरूमा आधारभूत चिकित्सा विज्ञान (बेसिक मेडिकल साइन्स) का सक्षम जनशक्तिहरूको चरम अभाव देखिन्छ । यो समस्याको दीर्घकालिन समाधानको लागि नीतिगत तथा कार्यगत प्रावधानहरू समायोजन गर्दै लानु अत्यावश्यक भैसकेको छ ।

#### १४. नेतृत्व चयन सम्बन्धी सवाल

१४.१ कुनै पनि संस्थाको सफलता र उत्तरोत्तर प्रगतिको लागि सक्षम नेतृत्वको भूमिका अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ । संस्थाभित्रको वातावरण हार्दिक र उत्पादनशील बनाउन, आवश्यक पर्ने साधन



र स्रोत जुटाउन तथा संस्थाको गन्तव्य निक्क्यौल गर्दै घोषित लक्ष्य प्राप्तिको लागि नेतृत्वमा हुने दूरदर्शिता, व्यवस्थापकीय कुशलता तथा पेशाधर्मिता अपरिहार्य हुन्छ । यो कुरा चिकित्सा शिक्षा तथा चिकित्सा सेवामा पनि त्यत्तिकै लागू हुन्छ । नेतृत्वदायी पदमा बस्ने व्यक्तिहरूले आफू सम्बन्धित संस्थामा हुने नियमित क्रियाकलापका निगरानी गर्ने मात्र होइन नौलो तथा सिर्जनात्मक पहलहरूलाई पनि प्रोत्साहित गर्नुपर्दछ । र यस्तो गर्न संस्थाभित्रका कार्यरत सहकर्मीहरूको पेशागत दक्षता तथा अन्य अन्तरनिहित प्रतिभाहरूको पहिचान, विकास तथा उपयुक्त परिचालन गर्न नेतृत्व सिपालु हुनुपर्दछ । यसो गर्न सकेमा मात्र संस्थाको लक्ष्य हासिल गर्न सहज हुने मात्र होइन समाजलाई विशिष्ट योगदान दिन पनि सम्भव हुन्छ । तर विद्यमान नियममा माथि उल्लेख गरिएका आधारहरूलाई धेरै हदसम्म स्वीकार गरिएको भएता पनि व्यवहारमा भने उपर्युक्त गुणहरूलाई आधार लिएर गर्ने भन्दा पनि केवल वरिष्ठता, सामिप्यता, संस्थागत भन्दा व्यक्ति वा समूह विशेषप्रतिको वफादारितालाई आधार मान्ने गरिएको देखिन्छ । साथै निश्चित संस्था विशेष भित्रैबाट मात्र नेतृत्व चयन हुनुपर्छ भन्ने व्याप्त सोचले गर्दा क्षमतावान नेतृत्वको चयनमा बाधा पुगको छ । त्यो भन्दा पनि दुःख लाग्दो कुरो त प्राज्ञिक संस्थाहरूका नेतृत्व चयनको आधार आर्थिक चलखेल तथा राजनीतिक दल विशेषको कृपा र विश्वासलाई लिइदा प्राज्ञिक संस्थाहरूको स्थिति, तिनको भविष्य तथा ती संस्थाबाट निःशृत हुने चिकित्सा शिक्षा तथा स्वास्थ्य सेवा तथा अन्य वैज्ञानिक अनुसन्धानको गुणस्तर ह्रासोन्मुख दिशातर्फ बढिरहेको आभाष हुन्छ ।

## १५. प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक परिषद (CTEVT) सम्बन्धी सवाल

१५.१ चिकित्सा शिक्षाका विभिन्न विधा र तहमा सम्बन्धन प्रदान गर्ने जिम्मेवारी रहेको यस निकायले अनुगमनका लागि आफूमा दक्षता नरहेका विषय क्षेत्रमा समेत सम्बन्धन प्रदान गरिआएको कारण ती विषय क्षेत्रको गुणस्तरियतामा गम्भीर असर परेको देखिन्छ । आफ्नै जनशक्ति नभएको अवस्थामा मातहतका निकायको प्रभावकारी नियमन र अनुगमन गर्न कठीन हुने निश्चित छ । यसका साथै यस संस्थाले समेत आवश्यकता तथा प्रक्षेपण जस्ता पक्षहरूमा अध्ययन गरी योजनावद्ध ढंगले देशको आवश्यकता अनुरूप मात्र जनशक्ति उत्पादन हुने गरी सम्बन्धन प्रदान गर्नु पर्दथ्यो । तर बेला बखतमा नियमनकारी निकायहरूद्वारा निर्धारित मापदण्ड विपरीत समेत हुने गरी शिक्षण संस्था सञ्चालनका लागि सम्बन्धन प्रदान गरिरहेको भन्ने समेत जनगुनासो रहेको छ । यस आयोगलाई प्राप्त दस्तावेज, तथ्यहरूमा समेत आधारित भएर हेर्दा

CTEVT अन्तर्गतका कतिपय शिक्षण संस्थाहरूबाट उत्पादित जनशक्तिको गुणस्तर, उनीहरूको अभ्यासका क्रममा देखिएको न्यून ज्ञान र सीपका कारण समग्र स्वास्थ्य प्रणालीमा नकारात्मक असर पर्नसक्ने र पेशागत दक्षतामा कमजोर रहेका यस्ता जनशक्तिबाट प्राप्त हुने स्वास्थ्य सेवाबाट आम नेपाली जनसमुदायको स्वास्थ्य समेत जोखिममा पर्ने भएकोले यस सम्बन्धमा प्रभावकारी समाधान खोजिनु जरुरी भइसकेको देखिन्छ ।

## १६. स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको व्यवस्थापन सम्बन्धी सवाल

१६.१ एउटा राम्रो निखारिएको स्वास्थ्यकर्मी तयार गर्नका लागि राम्रो शिक्षार्थी आवश्यक हुन्छ भने यिनीहरूलाई योग्य बनाउन राम्रा पूर्वाधारयुक्त तालिम केन्द्र हुनु पर्छ । पूर्वाधार भन्नाले उपयुक्त शैक्षिक सामग्री, विद्यार्थी मैत्री सिकाइ वातावरण र भौतिक पूर्वाधार लगायत त्यहाँ उपलब्ध उपकरण, शिक्षक, अस्पताल र तिनमा आउने विरामीहरूलाई पनि जनाउँछ । स्वास्थ्य क्षेत्रका विद्यार्थीले सिक्ने महत्वपूर्ण श्रोत विरामीहरूनै हुन तसर्थ सबै स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिम गर्ने कलेजहरूका लागि अस्पताल एउटा न्यूनतम पूर्वाधार हो । हाल नेपालमा आफ्नै अस्पताल नभईकन पनि तालिम कार्यक्रम संचालन गर्ने गरिएको देखिएको छ । आफ्नै अस्पताल मात्र भएर पनि पुग्दैन, त्यहाँ धेरै किसिमका विरामीहरू पर्याप्त मात्रामा उपलब्ध भए मात्र विद्यार्थीहरूले सिक्ने मौका पाउँछन् । तसर्थ स्वास्थ्यकर्मी तालिम गर्ने संस्थामा विरामीहरूको सुलभ शुल्कमा सहज पहुच हुनु आवश्यक छ । विरामी बाहेक पनि अन्य शैक्षिक स्रोतहरू आवश्यक हुन्छन् जस्तै पुस्तकालय, सूचना प्रविधि, इमेल, इन्टरनेट, प्रयोगशाला सेवा आदि । यता केही समयदेखि ठूलो संख्यामा विद्यार्थी भर्ना गर्न संस्थाहरूले Models र Simulation प्रविधि पनि संचालन गर्न थालेका छन् । यी प्रविधिहरू अन्य शैक्षिक स्रोतको विकल्प नभई पुरक मात्र हुन । किनभने चिकित्सा विज्ञानको मुर्धन्य ब्यक्तित्व डा. विलियम वस्लरले भन्नु भए भै किताब नपढी चिकित्सक बन्नु भनेको नक्शा विना समुद्रमा डुंगा लिएर जानु जस्तै हो भने विरामी विना चिकित्सा शिक्षा सिक्नु भनेको समुद्रमै नजानु जस्तै हो ।

हाल सञ्चालनमा रहेका मेडिकल कलेज, नर्सिङ कलेज लगायतका शिक्षण संस्थाहरू अति आवश्यक विषयवस्तुलाई ध्यान नदिई पूर्ण तयारी बिना नै स्थापना गरिएको देखिन्छ । स्थापनाका बखत न्यून लगानीमा अति सीमित पूर्वाधार तयार गरी संस्था सञ्चालन शुरु गर्ने र विस्तारै विद्यार्थीबाट शिक्षण शुल्क तथा भर्ना शुल्क लगायतबाट जम्मा हुन आएको रकम प्रयोग गरी मात्र थप पूर्वाधार निर्माण गर्दै लैजाने प्रवृत्ति आमरूपमा देख्न सकिन्छ । यस्तो पूर्ण तयारी

विना स्वास्थ्य शिक्षण संस्था प्रारम्भ र सञ्चालन गरिने अभ्यास दिगो र गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षाका लागि चुनौतिको विषय हो । यसमा शिक्षण संस्था सञ्चालकहरू वा संस्थाको लगानीको वस्तुनिष्ठ मूल्यांकन गरी सम्पूर्ण पूर्वाधारहरू पूर्णरूपमा तयार भइसकेको अवस्थामा मात्र शिक्षण संस्था सञ्चालनको अनुमति दिइनुपर्ने व्यवस्था कडाइका साथ लागू गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

नियामक संयन्त्रको प्रभावकारीता कमजोर रहेको कारणबाट कतिपय निजी कलेजहरूको सेवा प्रवाह खासगरी गुणस्तरीय शिक्षा र क्लिनिकल तालिम कमजोर रहेको भन्ने कुरा नियमनकारी निकायका पदाधिकारीहरूले यस आयोग समक्ष ब्यक्त गरेका छन् । धेरै मेडिकल कलेजहरू खासगरी काठमाण्डौ उपत्यका बाहिरका कलेजहरूमा गुणस्तरीय शिक्षकको अभाव, अति आवश्यकीय उपकरण र सामग्रीको अभाव र अभ्यासका लागि शिक्षण अस्पतालमा विरामी संख्याको अपर्याप्तताबाट गुञ्जिरहेका छन् । योग्य र सक्षम प्राध्यापकको अभाव हुँदा हुँदै पनि कतिपय कलेजहरूले स्नातकोत्तरको अध्ययनका लागि विद्यार्थी भर्ना गरिरहेको जनगुनासो पनि सुनिन्छ । सबै जसो चिकित्सा शिक्षाका विषयहरूको अध्ययन अध्यापन विरामीको उपचारकै शिलशिलामा हुने हुनाले अस्पताल वा स्वास्थ्य सेवा निकाय पूर्ण रूपमा सञ्चालन नहुँदै कार्यक्रम शुरु गर्न दिँदा पनि समस्या देखिएको छ ।

उद्योग मन्त्रालय अन्तर्गत कम्पनी रजिष्ट्रारको कार्यालयमा दर्ता कायम भई नाफामुखी संस्थाका रूपमा रहेका मौजुदा अधिकांश शिक्षण संस्थाहरूको तुलनामा सरकारी लगानीमा वा सामुदायिक रूपमा सञ्चालित शिक्षण संस्थाहरूको उपस्थिति र प्रभाव अपेक्षाकृत न्यून रहेको छ । सबैका लागि सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा प्रदान गरिने संवैधानिक व्यवस्था रहेका सन्दर्भमा नाफामुखी प्रवृत्तिका यस्ता शिक्षण संस्थाहरूको स्थापना र सञ्चालन कुन हदसम्म गरिनु उचित हुन्छ भन्ने कुरामा तिव्र विवाद रहेको देखिन्छ । स्वास्थ्य जस्तो संवेदनशील विषयमा नाफामुखी अभिष्टले निर्देशित भई सञ्चालन गरिने यस्ता शिक्षण संस्थाहरूमा नाफा आर्जनकै लागि गुणस्तरमा गरिने कटौती तथा सम्भौताको सम्भावना रहने हुन्छ । यस्तो अवस्था हाल सञ्चालनमा रहेका कतिपय कलेजमा विद्यमान रहेको वास्तविकता समेत हाम्रो सामु छ । यसै सन्दर्भमा आम जनमानसको स्वास्थ्यसँग सरोकार राख्ने विषय भएकोले विश्वका अत्यन्तै उदारार्थतन्त्र मानिने अमेरिका, युरोप लगायतका देशमा समेत चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा नाफामूलक (for profit) संस्थाहरू स्थापना गर्न बर्जित रहेको देखिन्छ भने हाम्रो देशमा भने यसको ठिक विपरीत नाफामुखी निजी संस्थाहरूले नै यस क्षेत्रको करिब दुई तिहाई सिट संख्या

ओगट्नु कति उचित र न्यायपूर्ण हुन्छ यो एक गम्भीर चुनौतिको रूपमा रहेको छ ।

हाम्रो देशका विभिन्न भागमा सञ्चालनमा रहेका स्वास्थ्य सम्बन्धी शिक्षण संस्थाहरू खासगरी मेडिकल कलेजहरूले आफू अवस्थित भौगोलिक क्षेत्रमा बसोबास गर्ने जनताको स्वास्थ्य स्थितिको सुधार गर्ने कार्य संस्थागत सामाजिक उत्तरदायित्व अन्तर्गतकै कुरा हो भन्ने यथार्थ बुझेको पाइदैन । यो भूमिका बारे स्पष्ट नहुँदा ती संस्थाहरूले आफ्नो सेवाक्षेत्रभर अपेक्षा गरे अनुरूपको योगदान पुऱ्याउन सकिरहेको देखिदैनन् । स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूमा अन्तरनिहित क्षमतालाई जनचेतना, चिकित्सकीय सेवा, सरकारी स्वास्थ्य प्रदायक निकायहरूको क्षमता अभिवृद्धिमा सहयोग, विशेषज्ञ सेवा प्रवाह जस्ता क्षेत्रमा प्रभावकारी परिचालन गर्ने तर्फ ठोस नीति तथा कार्यक्रम तयार गरी कार्यान्वयन गराउने कार्य एक चुनौतिकै रूपमा रहेको छ ।

## १७. सीट निर्धारणको सवाल

१७.१ अधिकांश स्वास्थ्य शिक्षण संस्था, खासगरी मेडिकल कलेजहरूको सीट निर्धारण गरिने व्यवस्था एक पेचिलो विषय रही आएको छ । ती संस्थाहरूमा अधिकाधिक सीट संख्या प्राप्तिमा लागि लालयित रहने प्रवृत्ति रहेको देखिन्छ । यस क्रममा सीट निर्धारणका चरणमा हुने गरेको गतिविधि, नियमनकारी निकायहरूले सो सम्बन्धमा अख्तियार गरेको आधार तथा प्रक्रिया र सो को पारदर्शिताका बारेमा गम्भीर विवाद रहदै आएको देखिन्छ । आजको परिप्रेक्ष्यमा अधिकांश मेडिकल, डेन्टल, नर्सिङ कलेजहरूले पाइरहेको सीट संख्या र तिनीहरूसँग रहेको शिक्षकको संख्या र गुणस्तर, भौतिक पूर्वाधार, प्रयोगशाला, पुस्तकालय, शिक्षण अस्पताल, अस्पतालमा विरामीको चाप, सीप परीक्षणको अवस्था, विद्यार्थीहरूले प्राप्त गरिरहेको अभ्यासको उचित अवसरको पर्याप्तता जस्ता पक्षका आधारमा मूल्यांकन गर्ने हो भने बहुसंख्यक शिक्षण संस्थाले गुणस्तरका सबै मापदण्ड पूरा गरेको पाइदैन । यो अवस्थाले गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षामा अर्को ठूलो चुनौति सृजना गरेको देखिन्छ । नेपाल मेडिकल काउन्सिल तथा विश्वविद्यालय लगायतका निकायले गरेका आवधिक निरीक्षणका प्रतिवेदनहरूले यो कुरा स्पष्ट पार्दछन् । न्यूनतम मापदण्ड पूरा गरेको नदेखिएको अवस्था कायम रहदा रहदै क्षमता भन्दा बढी सिटमा अध्ययन अध्यापन गराउने परिपाटीले गुणस्तरमा ह्रास आउने कुरा सुनिश्चित छ । तसर्थ सीट निर्धारणको बस्तुगत आधार र पारदर्शी प्रक्रिया लागू गर्नु समेत यस क्षेत्रको चुनौतिको विषय हो ।

सम्बन्धन दिने विश्वविद्यालयको पाठ्यक्रम, फ्याकल्टीको योग्यता जस्ता निर्धारित मापदण्डको उल्लंघन गरी शिक्षण संस्था आफू खुशी सञ्चालन गर्ने अवस्था समेत देखिने गरेको

छ जसले गुणस्तरीय शिक्षाका लागि चुनौति सृजना गरेको छ ।

यसै सन्दर्भमा कतिपय नर्सिङ कलेजका आफ्नै शिक्षण अस्पताल समेत नरहेको हुनाले वा अस्पतालमा विरामीको चाप कम भएकोले व्यावहारिक ज्ञान तथा सीप प्रशिक्षणका लागि Bedside teaching धेरै कमजोर स्थितिमा रहनु यस क्षेत्रको चुनौतिका रूपमा रहेका छन् । यसै क्रममा एउटै सरकारी अस्पतालमा विसौं शिक्षण संस्थाका शिक्षार्थीहरूलाई अभ्यासको अवसर प्रदान गर्नुपर्ने बाध्यता विडम्बनापूर्ण मात्रै होइन, गुणस्तरीय शिक्षाको विपरीत पनि छ ।

## १८. नियामक निकायहरूको विद्यमान अवस्था र पुनर्संरचनाको सवाल

१८.१ नेपाल मेडिकल काउन्सिलको हालको संरचना, गठन विधि तथा कार्यप्रणाली आफैमा समस्याको रूपमा रहि आएको देखिन्छ । प्रचलित नेपाल मेडिकल काउन्सिल ऐनमा भएका त्रुटीपूर्ण सांगठनिक संरचना र कार्यक्षमताको अभावका कारण कानुनले दिएको क्षेत्रमा समेत नियमनकारी भूमिका निर्वाहमा नेपाल मेडिकल काउन्सिल चुकेको देखिन्छ । देश विदेशको मेडिकल विधामा निरन्तर रूपमा सृजित भइरहने मुद्दाहरूलाई उचित रूपले व्यवस्थापन गरी सोही अनुरूप सम्पूर्ण चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सम्बन्धी जनशक्तिको नियमन गर्न मौजुदा नेपाल मेडिकल काउन्सिल एकलैले नसक्ने देखिन्छ । मौजुदा काउन्सिलका पदाधिकारीको चयन प्रक्रिया र तिनले निर्वाह गरेको भूमिकाका सम्बन्धमा नकारात्मक टिकाटिप्पणी भएको सर्वविदित नै छ । जसमा पदाधिकारीहरूको चयनमा नियमनकारी निकायमा ज्ञान, अनुभव, क्षमता र यस क्षेत्रमा विगतमा पुर्याइ आएको योगदानहरूका आधारमा योग्यतम् र निष्ठावान व्यक्तिहरूको चयन गरी सर्वस्वीकार्य रूपमा नियमनको क्षेत्रमा योगदान हुने अपेक्षा विपरीत यी पदाधिकारीहरू उल्लेखनीय संख्यामा चुनाव मार्फत चयन हुने अवस्था सृजना भएको छ । यसरी चयन भएका अपेक्षाकृत कनिष्ठ र चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमाकम अनुभव भएका सदस्यहरू समेत संलग्न हुने संरचनाबाट यस क्षेत्रका दूरगामी असर पर्ने समेतका विषयमा अपेक्षा अनुरूपको सुझबुझ र निर्णय प्रदर्शन गर्न नसकेको आजको यथार्थता हो । यस परिप्रेक्ष्यमा नेपाल मेडिकल काउन्सिललाई दिइएको नेपाली जनताको स्वास्थ्यको रक्षाको जिम्मेवारी प्रभावकारी ढंगबाट पूरा गर्न स्वास्थ्य जनशक्तिको तोकिएको पेशागत क्षेत्राधिकारहरू मात्र हेर्ने गरी पुनःसंरचना गरिनु आवश्यक देखिन्छ । यस्तो प्रकारको पुनर्संरचना अन्य व्यावसायिक काउन्सिलहरूको हकमा पनि लागु हुन्छ । अब देखि नेपाल मेडिकल काउन्सिललाई जनताको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्ने जस्तो महत्वपूर्ण कुरामा ध्यान केन्द्रित गराउन विद्यमान कार्यगत क्षेत्रमा आवश्यक समायोजन गर्नु

जरूरी छ ।

नियमनकारी निकायले आफैले मापदण्ड निर्धारण गर्ने, आफै कार्यान्वय गर्ने, आफै अनुगमन गर्ने, उत्पादित जनशक्तिको गुणस्तर समेत आफै नापजाँच समेत गर्ने कार्य कति जायज छ ? यस सम्बन्धमा विश्वव्यापी मान्यता के हो भने मापदण्ड निर्धारण गर्ने र सो लागू गर्ने निकाय र अनुगमन गर्ने निकाय भिन्नै हुनुपर्छ । हालको काउन्सिलको संरचना, कार्यप्रणाली र माथि उल्लिखित एकल निकायगत धारणा र अभ्यासकै बीचमा गुणस्तरीय शिक्षा एवम् गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा कायम गर्नु चुनौतिपूर्ण रहेको छ ।

१८.२ नेपाल मेडिकल काउन्सिलले लिने गरेको लाइसेन्सिङ परीक्षा पास गर्नुलाई नै मेडिकल कलेजहरूले आफूले प्रदान गरेको शिक्षाको गुणस्तर नाप्ने प्रमुख मापकका रूपमा लिने गरेको पाईन्छ । सैद्धान्तिक ज्ञान मात्र मापन गर्न सक्ने केही बहुबैकल्पिक (मल्टिपल च्वाइस) प्रश्नहरूमा आधारित लाइसेन्सिङ परीक्षाले अपेक्षा गरे अनुरूप पेशागत सीप र दक्षताहरू मापन गर्न नसक्ने कुरा प्रष्ट नै छ । तर हालसम्म पनि त्यसतर्फ खास ध्यान पुगेको देखिदैन ।

१८.३ आफूले पूरा गर्नुपर्ने न्यूनतम भौतिक पूर्वाधार र शिक्षकहरूको न्यूनतम संख्यालाई स्थायी ढंगबाट समाधान गर्नुको सट्टा अस्वस्थ विधि अपनाएरै भएपनि मेडिकल काउन्सिलबाट विद्यार्थी भर्नाको अनुमति प्राप्त गर्ने जस्ता काममा मेडिकल, डेन्टल तथा नसिङ कलेजका पदाधिकारी तथा सञ्चालकहरूको प्राथमिकता रहेको देखिन्छ ।

## १९. स्वार्थको द्वन्द्व (Conflict of Interest) को सवाल

१९.१ सार्वजनिक प्रकृतिको नीति निर्माण तथा निर्णय प्रक्रियाहरूमा संलग्न व्यक्तिहरूले सिंगो राष्ट्र तथा आम जनसमुदायको बृहत्तर र दीर्घकालिन हितमा कार्य गर्नेछन् भन्ने अपेक्षा समाजले राखेको हुन्छ । ती व्यक्तिहरू प्राविधिक दृष्टिकोणले सो कार्य गर्ने क्षमता राख्ने भएको हुनाले नै त्यस्ता नीति निर्माण तथा निर्णय प्रक्रियाहरूको जिम्मेवारी दिईएको हुन्छ । तर ती संस्था तथा पदाधिकारीहरूले आफुलाई तोकिएको जिम्मेवारी सम्पादन गर्ने क्रममा कानूनमा व्यवस्था गरे बमोजिम, पेशागत नैतिकता र विवेकमा आधारित हुँदै समाज तथा राष्ट्रको बृहत्तर हित भन्दा पनि आफ्नो निजी, पारिवारिक वा समूहगत स्वार्थ र हितका लागि सार्वजनिक सम्पति, नीति तथा निर्णयको दुरुपयोग गर्ने प्रवृत्ति बढ्दो छ । जसमा नियमनकारी निकायका नेतृत्वदायी पदाधिकारी लगायत कलेज तहका सञ्चालक, स्वास्थ्य सम्बन्धि पेशागत संगठनका जिम्मेवार

पदाधिकारीहरू तथा राजनीतिक दल तथा तिनका भातृ संगठनहरू पनि पर्दछन् । यसको प्रत्यक्ष मार सेवाग्राही, विद्यार्थी, आम जनसमुदाय र सिंगो राष्ट्रलाई परिरहेको छ ।

## २०. ट्रेड युनियनहरूको भूमिकाको सवाल

२०.१ विद्यार्थी, शिक्षक तथा कर्मचारीका ट्रेड युनियनहरूको भूमिकाको सम्बन्धमा समेत गम्भीर समीक्षा जरुरी देखिन्छ । खासगरी चिकित्सा शिक्षा प्रदायक संस्था र स्वास्थ्य सेवा प्रदायक अस्पतालहरूमा ट्रेड युनियनहरूको औचित्यका वारेमा छलफल चलाइनु जरुरी छ । स्वास्थ्य सम्बन्धी यस्ता संस्थाहरूमा राजनीतिक दलका भातृ संगठनहरूबाट अक्सर देखिने गैर व्यावसायिक आचरण र गतिविधिका कारण गुणस्तरीय चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा समेत बाधा परिरहेकोले यस्तो प्रवृत्ति माथि प्रभावकारी नियन्त्रण गरिनु जरुरी छ ।

## २१. स्वास्थ्य सेवा प्रणाली सम्बन्धी सवाल

२१.१ विभिन्न स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाबाट उत्पादित स्वास्थ्यकर्मीहरू अन्ततः स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा समावेश भई स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्ने कार्यमा क्रियाशील रहन्छन् । तर यदी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली भित्रै पेशागत कार्य गर्न उपयुक्त माहोलको अभाव रहन गयो भने प्राविधिक सक्षमता र सामाजिक दायित्वबोधको दृष्टिकोणले उत्कृष्ट तहका स्वास्थ्यकर्मीले समेत अपेक्षित योगदान दिन सक्दैनन । त्यसैले त्यस्तो माहोलको सृजना गर्ने क्रममा यथोचित पारिश्रमिकको व्यवस्थाको साथै कार्यरत संस्थाको भौतिक पूर्वाधार, प्राविधिक उपकरण, सञ्चार सुविधा, औषधि र उपचार सामग्रीको नियमित आपूर्ति, विभिन्न विधा र सीपका स्वास्थ्यकर्मीको समिश्रणका साथै आवासको उपयुक्त व्यवस्था गर्नु जरुरी छ । सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण (Supportive Supervision), तथा आवश्यकता अनुसार विरामीको उपचारमा थप प्राविधिक सहयोगको व्यवस्था (Technical Backstopping) का साथै नियमित रूपमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूको वृत्ति विकासको सुनिश्चितता गर्नु त्यत्तिकै जरुरी छ । हाल विद्यमान रहेको वृत्ति विकास सम्बन्धी व्यवस्थाप्रति आम स्वास्थ्यकर्मीहरू असन्तुष्ट रहेको कुरा पनि यस आयोग समक्ष व्यक्त गरिएको छ । यस्तो गम्भीर विषय माथि देशको समग्र स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई नेतृत्व प्रदान गर्ने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको विशेष ध्यान जानु मात्र होइन विद्यमान अवस्थामा आवश्यक सुधार ल्याउनु अत्यावश्यक छ ।

## २२. स्वास्थ्य शिक्षण संस्था र स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बीचको समन्वयको सवाल

२२.१ स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाहरूलाई स्वास्थ्यकर्मी उपलब्ध गराउछन् भने नेपालको विस्तारित स्वास्थ्य सेवाको संजालले ती विद्यार्थीको तालिमका लागि विविध किसिमका अवसर प्रदान गर्दछन् । स्वास्थ्यकर्मीको शिक्षा प्रदायक निकाय र स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने निकाय बीचको निरन्तर सम्बाद (Communication), सहयोग (Co-operation) र सहकार्य (Collaboration) ले मात्र मुलुकको जनस्वास्थ्यको स्थितिमा उल्लेखनीय सुधार हुन सक्छ । यस्ता सुधार उपलब्ध स्वास्थ्यकर्मीको अधिकतम उपयोग (Optimal Utilization) का लागि अपरिहार्य छ । यस्तो अन्योन्याश्रित सम्बन्ध भएका यी दुई निकायबीच स्वस्थ र सार्थक सम्बादको माध्यमले सकारात्मक माहोलको सृजना हुन सक्थ्यो तर हालसम्म पनि सो कार्यको लागि कुनै औपचारिक संयन्त्र निर्माण भएको देखिदैन ।

## २३. स्वास्थ्यकर्मीको विचलनको सवाल

मेडिकल शिक्षामा देखिएको अर्को चुनौति भनेको स्वास्थ्य सेवाकर्मीहरूमा बढ्दै गएको स्वार्थपूर्ण विचलन हो । यसको विशेषता भनेको भर्ना हुने बेलामा व्यक्त गरिने मानवीय सेवाभाव तथा समाजप्रतिको आफ्नो पेशागत कर्तव्यलाई चटकै विसेर आर्थिक लाभ र भौतिक सुविधा प्राप्त हुने स्थानतर्फ आफ्नो गन्तव्य मोड्ने हो । यसमा तीन किसिमको प्रवृत्ति देखिन्छ । एउटा भनेको आफ्नो कार्यथलो सकेसम्म शहरी क्षेत्रमै बनाउने वा गाउँमा गइहाले पनि यथासम्भव छिटो शहरतिर सर्ने प्रवृत्ति हो । दोस्रो भनेको सरकारी वा सार्वजनिक क्षेत्रबाट निजी क्षेत्रतर्फ जाने प्रवृत्ति हो र तेस्रो भनेको मुलुक नै छोडेर विदेशतर्फ पलायन हुने प्रवृत्ति हो । सन् २०१२ मा त्रिवि चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थानका ७१० जना स्नातक बारे गरिएको अध्ययनले सन् १९८३ देखि सन् २००४ सम्मको पहिलो २२ समुहका स्नातकहरू मध्ये ३६.१ प्रतिशत विकसित मुलुकमा कार्यरत छन् भन्ने कुरा देखाएको छ । यसले हामीलाई त्यस्ता विद्यार्थीहरूलाई चिकित्सक बनाउने क्रममा राष्ट्र र समाजले उनीहरू माथि गरेको लगानीको प्रतिफल खेर गयो की गएन भनेर सोच्न बाध्य बनाउँछ । जनस्वास्थ्य र सार्वजनिक हितसँग प्रत्यक्ष सम्बन्धित रहने चिकित्सा शिक्षा प्रणालीको गुणस्तर उपभोक्ताका रूपमा रहने विद्यार्थी एवम् अभिभावकहरूको सन्तुष्टिसँग मात्र जोडेर हेरिनु उचित हुनसक्दैन । यस सन्दर्भमा, चिकित्सा शिक्षाका विद्यार्थीहरूको सामाजिक उत्तरदायित्व निर्वाहसँग समेत यस विषयलाई जोडेर हेरिनु उचित हुन्छ ।



## निष्कर्ष

चिकित्सा शिक्षा प्रत्यक्षतः नागरिकको जीवन र स्वास्थ्यसँग गाँसिएको विषय हो । वर्तमान अवस्था हेर्दा अनियमितता, गैरअनुशासन, उत्पादित जनशक्तिको गुणस्तरमा वेवास्ता र नैतिक सिद्धान्तहरूमा सम्भौता गर्ने किसिमको प्रवृत्तिले चिकित्सा शिक्षाको भविष्य राष्ट्रहित अनुकूल र न्यायपूर्ण होला भन्न सकिने अवस्था छैन । तसर्थ, राज्यले यसै अवस्थामा नीतिगत, कानूनगत र कार्यान्वयनगत हस्तक्षेप गरी यसलाई सही दिशातर्फ डोर्याउन अब ढिला गर्न हुदैन ।

## परिच्छेद ७

### सुभावहरू

माथि उल्लिखित समस्या र चुनौतिहरू तथा तिनीहरू माथिको विवेचनामा आधारित भई निम्न लिखित सुभावहरू प्रस्तुत गरिएको छ :-

#### १. चिकित्सा शिक्षाको निर्देशक सिद्धान्त

१.१ चिकित्सा शिक्षाको मूलभूत उद्देश्य नेपाली जनताको स्वास्थ्यस्तर बृद्धि गरी स्वस्थ र उत्पादनशील नेपालीहरूबाटै समृद्ध नेपालको सिर्जना गर्न सक्षम बनाउनु हो । समृद्धिको यस अभियानमा नेपालका स्वास्थ्यकर्मीहरूले खेल्दै आएको महत्वपूर्ण भूमिकालाई अभै बढी सबल, दक्ष, नेतृत्वदायी र परिवर्तनको संवाहक बनाउने प्रयोजनकालागि चिकित्सा शिक्षा प्रणालीलाई स्पष्ट मार्ग निर्देशनप्रदान गर्नु नै भावी राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा नीतिको मूलभूत सिद्धान्त हुनुपर्दछ । चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा देशको मूल कानुन, स्वास्थ्य सम्बन्धी नीतिका साथै विश्वव्यापी रूपमा स्थापित मान्यताहरूको आलोकमा नेपालको चिकित्सा शिक्षाको निर्देशक सिद्धान्तहरू निम्नलिखित हुनु आवश्यक देखिन्छ :

१.१.१ चिकित्सा शिक्षाको दायित्व स्वास्थ्यको क्षेत्रमा राष्ट्रिय आत्मनिर्भरता प्राप्त गर्ने र एउटा सुलभ, सबल र न्यायपूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको स्थापना गर्ने हुनुपर्दछ ।

१.१.२ जनताको जीवन मरणसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने चिकित्सा शिक्षा जस्तो गम्भीर विषय अनियन्त्रित खुला बजारलाई बेलगाम छोड्न मिल्दैन । यसको विस्तारको योजना तथा नियमनको अन्तिम जिम्मेवारी सरकारको नै हुनुपर्दछ ।

१.१.३ चिकित्सा शिक्षा आर्थिक आयआर्जनको स्रोत मात्र नभई नेपाली समाजको सेवामा निःस्वार्थ ढंगले समर्पित रहनु हो । यो समर्पण दक्ष र मानवीय विवेकयुक्त चिकित्साकर्मीहरूको उत्पादन, समतामूलक तथा गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह तथा स्वास्थ्य क्षेत्रसँग सम्बन्धित विषयवस्तुमा उत्कृष्ट स्तरको अनुसन्धान कार्यद्वारा अभिव्यक्त हुनुपर्दछ ।

#### २. सम्बन्धन

नेपालको भौगोलिक सन्तुलन तथा क्षेत्रगत विकासको अवधारणालाई आत्मसात् गर्न तथा

जनशक्ति प्रक्षेपणका आधारमा विभिन्न विधाका जनशक्तिको उपयुक्त सन्तुलन राख्न निम्न लिखित सुझाव प्रस्तुत गरिएको छ :

- २.१ काठमाण्डौं, ललितपुर र भक्तपुर जिल्लामा मेडिकल, डेन्टल र नर्सिङ्ग विषयमा स्नातक कार्यक्रम सञ्चालन गर्न अबको दश वर्षसम्म कुनै पनि संस्थालाई Letter of Intent (LOI) प्रदान नगर्ने ।
- २.२ मेडिकल, डेन्टल तथा नर्सिङ्ग विषयको स्नातक कार्यक्रम सञ्चालन गर्नका लागि क्रमशः तीन सय र एक सय बेडको अस्पताल पूर्ण रूपमा सञ्चालन गरिनसकेका कुनै पनि संस्थालाई उक्त कार्यक्रम सञ्चालन गर्न आसय पत्र (LoI) प्रदान नगर्ने र पहिले नै आसय पत्र पाईसकेको अवस्था भए त्यस्ता संस्थाहरूको आसय पत्र नवीकरण नगर्ने ।
- २.३ LoI प्राप्त गरी पूर्वाधार पूरा गरेकाको हकमा निम्नानुसार गर्ने:
  - २.३.१ सम्बन्धित शिक्षण संस्थाले सरकारलाई सम्पति हस्तान्तरण गर्न चाहेमा सरकारले नियमानुसारको उचित मुआब्जा दिई सरकारले स्वामित्व ग्रहण गर्न सक्ने । वा,
  - २.३.२ यस्ता शिक्षण संस्थाले सरकारले प्राथमिकता तोकेको क्षेत्रमा स्थानान्तरण गर्न चाहेमा सरकारले प्रोत्साहन सुविधा (जग्गा लिज, कर छुट, आदि) उपलब्ध गराउने ।
- २.४ निरीक्षणको समयमा पूर्ण रूपमा शिक्षण अस्पताल सञ्चालनमा नआईसकेको हकमा त्यस्ता संस्थाहरूलाई काठमाण्डौं बाहिर कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने तथा अन्य प्रचलित नियमहरू पूरा गर्ने शर्तमा मात्र LoI नवीकरण गर्न सकिने । काठमाण्डौं बाहिर जान चाहने संस्थाहरूको हकमा सरकारले सहजिकरण गर्ने ।
- २.५ सरकारले प्राथमिकता तोकेका क्षेत्र र स्थानमा सञ्चालन हुन चाहने स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई सरकारले प्रोत्साहन सुविधा (जग्गा लिज, कर छुट, आदि) उपलब्ध गराउन सक्ने ।
- २.६ प्रत्येक विकास क्षेत्र (वा सम्भावित प्रदेश) मा कम्तिमा एक एकवटा सार्वजनिक स्वास्थ्य शिक्षण संस्था (चिकित्सा शास्त्रमा स्नातक तहको कार्यक्रम सहित) सञ्चालन गर्ने । यसरी स्थापना गर्दा हालसम्म नभएका विकास क्षेत्रमा मात्र गर्ने ।
- २.७ अब आइन्दा मेडिकल वा डेन्टल दुवै गरी एउटा विश्वविद्यालयले पाँचवटा भन्दा बढी कलेजलाई सम्बन्धन दिन नपाइने तर यस अघि नै दिई सकेको सम्बन्धनको हकमा यो प्रावधान लागू नहुने ।

- २.८ आफ्नो आंगिक कार्यक्रम नभएको विषयमा विश्वविद्यालय/सिटिइभिटिले चिकित्सा शिक्षा प्रदान गर्ने कुनै पनि संस्थालाई सम्बन्धन दिन नपाइने ।
- २.९ अस्पताल तीन वर्षसम्म पूर्ण रूपमा सञ्चालनमा आइसकेपछि मात्र मेडिकल, डेन्टल र नर्सिङ कार्यक्रम सञ्चालन गर्नकोलागि सम्बन्धन प्रक्रिया शुरु गर्न पाउने । अस्पताल पूर्ण रूपमा सञ्चालन भएको कुरा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले प्रमाणित गर्नुपर्ने तथा नियामक संस्थाहरूले तोकेका अन्य मापदण्ड पनि पूरा गरेको हुनुपर्ने ।
- २.१० एउटा जिल्लामा एउटा मात्र मेडिकल, डेन्टल कलेज स्थापना गर्न पाउने । यस भन्दा पहिला स्थापना भइसकेको हकमा यो प्रावधान लागू नहुने ।
- २.११ स्थापना भइसकेका कलेज तथा स्कूलहरू समायोजन (मर्जर) गर्न स्पष्ट मापदण्ड तय गरी कार्यान्वयनमा ल्याउने ।
- २.१२ विभिन्न विकास क्षेत्रमा रहेका विश्वविद्यालयहरू (पूर्वाञ्चल, पोखरा, मध्यपश्चिमाञ्चल, सुदूर पश्चिमाञ्चल र पछि खोलिने) ले सम्बन्धन दिँदा उक्त क्षेत्रभित्र मात्र कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने गरी दिने ।
- २.१३ जयराम गिरी प्रतिवेदनले सिफारिश गरे अनुसारको क्षेत्रमा ( नेपाल सरकारले तय गरेका नयाँ शहरबारेको गुरुयोजनाअनुरूप) नयाँ स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू खोल्न प्रोत्साहन सुविधा (जग्गा लिज, कर छुट, आदि) उपलब्ध गराउने ।
- २.१४ **सम्बन्धन खारेजी (De-affiliation) सम्बन्धमा** : नेपाल मेडिकल काउन्सिलले तय गरेको मूल्यांकन प्रतिवेदन (Yardsticks) का आधारमा न्यूनतम सीट संख्या ५० का लागि लगातार २ वर्षसम्म ७५ प्रतिशत भन्दा कम अंक प्राप्त गर्ने कलेजहरूको सम्बन्धन खारेजीको व्यवस्था गर्ने । यसरी सम्बन्धन खारेज गर्दाका समयमा भर्ना भइसकेका विद्यार्थीको हकमा उनीहरूको अध्ययनको सुनिश्चितता विश्वविद्यालयको दायित्व हुनेछ । यस्ता विद्यार्थीहरूलाई सम्बन्धित विश्वविद्यालय अन्तर्गतको अन्य कलेजहरूमा तत्पश्चातको शैक्षिक सत्रको संख्यामा समायोजन गर्ने गरी मिलाउने ।

### ३. विद्यार्थी भर्ना

चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तर कायम गर्न विद्यार्थी भर्ना प्रक्रिया महत्वपूर्ण पूर्वशर्त हो । यस सन्दर्भमा निम्नानुसारको व्यवस्था गर्न उपयुक्त देखिन्छ :

- ३.१ एमबिबिएस र डेन्टल स्नातक तहको प्रवेश परीक्षाका लागि साभ्ना राष्ट्रिय प्रवेश परीक्षा (Common National Entrance) को व्यवस्था गर्ने । यसको सञ्चालन, व्यवस्थापन

- प्रस्तावित चिकित्सा शिक्षा आयोग (HPEC) ले गर्नेछ ।
- ३.२ प्रवेश परीक्षाको उत्तीर्णांक ६० प्रतिशत कायम गर्ने । प्रवेश परीक्षाका प्रश्नहरूमा आधारभूत विज्ञानका ज्ञानका साथै सञ्चार सिप, समालोचनात्मक सोचाइ, नैतिकशास्त्र, मानविकी तथा मनोविज्ञान (Humanities and Behavioral Sciences) जस्ता विषयहरू समेत समावेश गर्ने । विद्यार्थी मूल्यांकनको आधार तथ्य र सूचनाहरूको जानकारी मात्र नभई विश्लेषण र विवेचना गर्ने क्षमताका साथै सो ज्ञानको उपयुक्त व्यवहारिक प्रयोगबाट समस्या समाधान गर्न सक्ने क्षमतालाई समेत आधार बनाइनु पर्ने । त्यस्तै बहुवैकल्पिक प्रश्न पद्धति अवलम्बन गर्दा प्रश्न संख्या कम्तिमा ३०० बनाउने । साथै यसका अतिरिक्त बस्तुपरक ढंगले मापन गर्न सकिने गरी मूल्यांकनका अन्य नवीन विधि समेत अपनाउने । यसको विस्तृत कार्यविधि HPEC ले बनाई लागू गर्नेछ ।
- ३.३ विदेशी विद्यार्थीको हकमा राष्ट्रिय प्रवेश परीक्षामा सहभागी भई उत्तीर्ण हुनुपर्ने तर उनीहरूबीचको छुट्टै योग्यता सूची (Merit List) तयार हुने ।
- ३.४ प्रत्येक मेडिकल वा डेन्टल कलेजहरूले नयाँ शैक्षिक सत्रमा वार्षिक रूपमा एमविविएस कार्यक्रममा बढीमा १०० जना तथा डेन्टल कार्यक्रममा बढीमा ५० जना मात्र विद्यार्थी भर्ना गर्न सकिने ।
- ३.५ सार्वजनिक कलेजमा स्नातकस्तरको कार्यक्रममा उपलब्ध सिट संख्याको ५० प्रतिशत सिट निशुल्क हुनुपर्ने ।
- ३.६ शिक्षा मन्त्रालयबाट हाल कार्यान्वयनमा रहेको योग्यतम विद्यार्थीका लागि छात्रवृत्ति कार्यक्रमलाई निरन्तरता दिनुपर्ने । यिनीहरूको छनौट माथि उल्लिखित Common National Entrance को Merit List बाट गर्ने ।
- ३.७ न्यून आय भएका योग्य विद्यार्थीहरूलाई चिकित्सा शिक्षामा अध्ययनको अवसर प्रदान गर्न विना धितो बैंक मार्फत ऋण प्रदान गर्न शैक्षिक कोष स्थापना गरी त्यस मार्फत सहूलियतपूर्ण ऋण प्रदान गर्ने व्यवस्था गर्ने ।
- ३.८ स्वास्थ्य सम्बन्धी शिक्षा आर्जन गर्न विदेश जाने विद्यार्थीहरूले समेत राष्ट्रिय प्रवेश परीक्षा उत्तीर्ण गरेको हुनुपर्ने व्यवस्था लागू गर्ने । यो परीक्षा उत्तीर्ण भएको प्रमाणपत्रको वैधता उत्तीर्ण भएको मितिले २ वर्ष कायम रहने ।
- ३.९ सम्पूर्ण विश्वविद्यालय र कलेजहरूमा एमविविएस तथा डेन्टल कार्यक्रमका लागि एकीकृत वार्षिक शैक्षिक क्यालेन्डर लागू गर्ने ।

- ३.१० स्नातक सम्मका कार्यक्रम सञ्चालन गरेका कलेजहरूले पहिलो ब्याच उत्पादन भएको तीन वर्ष पश्चात मात्र स्नातकोत्तर कक्षा सञ्चालनका लागि आवेदन दिन पाउने व्यवस्था गर्ने तर यो प्रावधान बेसिक साइन्स, एमडिजिपी, वैकल्पिक स्वरूपको स्नातकोत्तर कार्यक्रम तथा पब्लिक हेल्थको हकमा लागू हुनेछैन ।
- ३.११ एमविविएस पूरा गरेका विद्यार्थीहरूले एक वर्ष अनिवार्य कार्य अनुभव हासिल गरेपछि मात्र स्नातकोत्तर कार्यक्रममा जान पाउने व्यवस्था गर्ने । तर यो व्यवस्था विदेशी विद्यार्थी, आधारभूत चिकित्सा विज्ञान, एमडीजिपि कार्यक्रम र पब्लिक हेल्थको हकमा लागू नहुने ।
- ३.१२ पाँच वर्षभन्दा बढी समयसम्म गुणस्तरीय स्नातकोत्तर तहको कार्यक्रम सञ्चालन गरेका कलेजहरूलाई विशिष्टीकृत स्नातकोत्तर कार्यक्रम सञ्चालन गर्न पाउने ।
- ३.१३ प्रत्येक विश्वविद्यालयले दुर्गम क्षेत्रमा सेवा गरेका चिकित्सकलाई स्नातकोत्तर तहमा प्रवेश सहज गर्न प्रवेश परीक्षा पूर्णाङ्कको १० प्रतिशत सम्म अंक प्रदान गर्ने व्यवस्था गर्ने । यसको भौगोलिक क्षेत्र विभाजन र सो वापतको अंक भार प्रचलित नियममा व्यवस्था गरे बमोजिम हुने ।
- ३.१४ मेडिकल तथा डेन्टल विषयको स्नातक तहमा भर्ना हुन चाहने विद्यार्थीहरूमा परिपक्वता तथा चिकित्सा पेशाका लागि आवश्यक पर्ने गुणहरू (Non-cognitive Attributes) समेत सुनिश्चित गर्नको लागि HPEC ले उपयुक्त फाउन्डेशन कोर्सको व्यवस्था गर्ने । सो कोर्समा Humanities and Behavioral Sciences सम्बन्धी विषयवस्तुमा सैद्धान्तिक पठनपाठनका साथै व्यावहारिक ज्ञान र अनुभव प्रदान गर्ने कार्यक्रमहरू पनि समावेश गरिनुपर्ने । यो कोर्समा सफलतापूर्वक उत्तीर्ण हुनेहरू मात्र मेडिकल तथा डेन्टल विषयको स्नातक तहमा भर्नाको लागि आवेदन दिन योग्य ठहरिने छन् । यो कोर्स सम्बन्धी पाठ्यक्रम, शिक्षण विधि, समयावधी तथा सञ्चालन र व्यवस्थापन सम्बन्धी विस्तृत व्यवस्था HPEC ले तोके बमोजिम हुनेछ ।
- ३.१५ स्नातक/स्नातकोत्तर तहको सन्दर्भमा म्याचिड प्रणालीको लागू गर्नु उपयुक्त हुने ।

#### ४. शुल्क

चिकित्सा शिक्षामा शुल्क निर्धारण एउटा पेचिलो विषय बनेको छ । चिकित्सा शिक्षामा योग्य व्यक्तिको पहुँच सुनिश्चित गर्न निम्न व्यवस्था गर्ने सुझाव दिईन्छ :

#### ४.१ स्नातक कार्यक्रम सम्वन्धमा

- ४.१.१ एमबिबिएस तहको कार्यक्रमको शुल्क अधिकतम रु. ३५ लाख तोक्ने । यसलाई दामासाहीले वार्षिक रुपमा लिने व्यवस्था गर्ने । र यस बाहेक अन्य शुल्क (जस्तै: परीक्षा, काउन्सिल, भर्ना, पुस्तकालय, प्रयोगशाला आदि लिने नपाइने । (शिव कुमार राई प्रतिवेदनमा मूलतः आधारित)
- ४.१.२ बिडिएस कार्यक्रमको स्नातक तहको शुल्क अधिकतम रु. १८ लाख भन्दा वढी लिन नपाइने । यसमा समेत माथि एमबिबिएस जस्तै अन्य थप शुल्क लिन नपाइने तथा दामासाहीले वार्षिक रुपमा लिने व्यवस्था गर्ने ।
- ४.१.३ भर्ना सूचनामा नै शुल्कको विवरण र विषयगत रूपमा उपलब्ध सिट संख्या अनिवार्य रूपमा खुलाउनु पर्ने ।
- ४.१.४ सबै तहका सःशुल्क पढाइने कार्यक्रमहरूमा लिइने शुल्कहरू वार्षिक रूपमा मात्र विद्यार्थीहरूबाट लिइने व्यवस्था गर्ने ।

#### ४.२ स्नातकोत्तर कार्यक्रम सम्वन्धमा

- ४.२.१ सबै सार्वजनिक स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूमा स्नातकोत्तरतहको आधारभूत चिकित्सा विज्ञान, क्लिनिकल विधाहरू (मेडिकल तथा डेन्टल) अध्ययन गर्दा नेपाली विद्यार्थीहरूलाई परीक्षा शुल्क बाहेक अन्य शिक्षण शुल्क नलिइने । यी कार्यक्रममा सहभागी विद्यार्थीहरूलाई समुचित निर्वाह भत्ता दिने । कबुलियतनामाका शर्तहरू कानून/कार्यविधिमा तोके बमोजिम हुने । नेपाल सरकारले यी कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई प्रशिक्षार्थी संख्याका आधारमा शैक्षिक अनुदान दिने । तर यस्तो अनुदान स्नातकोत्तर तहको कार्यक्रम अवधिका लागि मात्र दिइने । कार्यक्रम अवधिभन्दा वढी समय लगाउने विद्यार्थीलाई अतिरिक्त समय वापतको अनुदान नदिने ।

#### ४.२.२ निजी मेडिकल कलेजको हकमा निम्नानुसार हुने :

- ४.२.२.१ निजीस्तरका मेडिकल तथा डेन्टल कलेजहरूमा समेत माथि उल्लिखित विषयहरूमा परीक्षा शुल्क बाहेक शिक्षण तथा अन्य शुल्क लिन नपाइने । सरकारले सो वापत सार्वजनिक शिक्षण संस्थाहरूलाई लागू गरेको मापदण्ड अनुरूपको अनुदान प्रदान गर्ने । निःशुल्क अध्ययन गरे वापत विद्यार्थीहरूसँग तालिम पश्चात अनिवार्य सेवा गर्ने वारे कबुलियतनामा

(बोन्ड) गरिने ।

४.२.२.२ कुनै विद्यार्थीले उपर्युक्त बमोजिमको कबुलियतनामा नगर्ने बरु पूरा शुल्क तिरेर पढ्ने चाहना राखी नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट लिखित स्वीकृति लिई आएमा विश्वविद्यालयले तोकेको शुल्क तिरी नियमनकारी निकायबाट स्वीकृत सिट संख्याको परिधि भित्र रही निजी कलेजमा पढ्न पाउने व्यवस्था गर्ने । सबै विश्वविद्यालयहरूमा सशुल्क पढाउने मेडिकल तथा डेन्टलतर्फको स्नातकोत्तर तहको शुल्क अधिकतम ४० लाख हुनेछ । यो शुल्क किस्ताबन्दीमा बार्षिक रूपमा बुझाउने व्यवस्था गर्नुपर्नेछ । त्यस्तो मेडिकल कलेजले प्रत्येक सःशुल्क पढ्ने विद्यार्थी भर्ना लिए वापत एकजना विद्यार्थी सरकारसँग कबुलियतनामा गर्ने शर्तमा निःशुल्क पढाउनुपर्नेछ । अन्य विषयको हकमा नेपाल सरकार/चिकित्सा शिक्षा आयोगले बैज्ञानिक विधिको प्रयोग गरी पछि तोक्नेछ ।

४.२.३ विदेशी विद्यार्थीको हकमा विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठानले तोकेको शुल्क लिन सकिने तर ती विद्यार्थीको संख्या कूल सिटको ५० प्रतिशत भन्दा बढी हुने छैन ।

४.२.४ प्रशिक्षार्थीहरूले प्राप्त गर्ने तालिमको गुणस्तरियता सुनिश्चित गर्न लगातार दुई शैक्षिक वर्ष सम्म ७५ प्रतिशत भन्दा कम उत्तीर्ण भएमा त्यस्ता स्नातकोत्तर कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्य शिक्षण संस्थालाई सरकारले प्रदान गर्ने अनुदान कटौति गर्न सकिनेछ ।

## ५. नयाँ कार्यक्रमहरू सञ्चालन

५.१ देहायका विषयहरूमा नयाँ तालिम/कार्यक्रमहरूसञ्चालन गर्न विश्वविद्यालय, प्रतिष्ठान तथा अन्य स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई प्रोत्साहित गर्ने ।



**तालिका नं. १०**  
**प्रस्तावित नयाँ कार्यक्रमहरू**

सि. नं.	कार्यक्रम/विधाको नाम	प्रक्षेपित आवश्यकता	तह
१.	नेत्र सहायक	७०००	डिप्लोमा/प्रमाणपत्र
२.	अपरेसन थियटर टेक्निसियन	२०००	”
३.	इसिजि/इको प्राविधिक	३०००	”
४.	अर्थोपेडिक सहायक	३०००	”
५.	डेन्टल मेकानिक्स/टेक्निसियन	३०००	”
६.	Health promotion and counselor	-	”
७.	Respiratory Therapy	-	”
८.	ENT assistant	-	”
९.	Speech therapy	-	”
१०.	Occupational therapy	-	”
११.	Perfusion Assistant	-	”
१२.	Hospital Management	-	स्नातक
१३.	Perfusionist	-	”
१४.	Specialized Nursing	-	”
१५.	ब्याचलर इन मिडवाइफ्री	-	”
१६.	ब्याचलर इन फिजियोथेरापी	-	”
१७.	Public Health Sub-Specialities	-	”

**नोट:** सि.नं. १ देखि ५ सम्मका कार्यक्रमहरूको प्रक्षेपण प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषदबाट सार्वजनिक गरिएको तथाकबाट साभार गरिएको हो भने सि.नं. ८ देखि पछिका नयाँ कार्यक्रमहरूको हकमा यसै प्रतिवेदनमा प्रस्तावित HPEC ले पाठ्यक्रम प्रारूप बनाउने, आवश्यकताको आँकलन र प्रक्षेपण गर्ने कार्य गर्ने गराउने ।

५.२ माथि उल्लिखित कार्यक्रमहरूका अतिरिक्त Physician Assistant तथा Nurse Practitioner जस्ता विषयको सुरुवातका लागि सम्भाव्यता अध्ययन शुरु गर्न उपयुक्त हुने ।

५.३ प्रमाण पत्र तहभन्दा मुनिका स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै पनि प्राविधिक कार्यक्रमहरू अव उप्रान्त सञ्चालन नगर्ने । हाल चालु रहेका कार्यक्रमहरू पनि क्रमशः अबको ५ वर्ष भित्र फेज आउट गर्दै जाने ।

**६. पाठ्यक्रम तथा मूल्यांकन**

६.१ चिकित्सा शिक्षा विषयका पाठ्यक्रमहरू सक्षमतामा आधारित (Competency Based Education and Training) ढाँचामा बनाइनुपर्ने । जसमा सैद्धान्तिक ज्ञानका अतिरिक्त व्यवहारिक सीपको विकास, मानवीय संवेदनशीलता, सञ्चार सीप, पेशाधर्मिता,

सामाजिक जवाफदेहिता, सदाचारिता र नेतृत्वदायी क्षमता विकास हुने गरी पाठ्यक्रममा समावेश गरी यिनै क्षेत्रगत विषयमा र निरन्तर मूल्यांकनको प्रणाली लागू गर्ने । यो प्रणाली सन् २०२० देखि सबै विश्वविद्यालयमा अनिवार्य लागू गर्ने ।

६.२ सक्षमतामा आधारित शिक्षा तथा तालिम प्रणाली तथा अन्य शिक्षण विधा सम्बन्धी पर्याप्त जानकारी नभएका शिक्षक (फ्याकल्टी) हरूलाई तालिम तथा अभिमुखीकरणको समुचित व्यवस्था गर्ने ।

६.३ अनुसन्धान: चिकित्सा शिक्षाका स्नातक तथा सो भन्दा माथिल्लो तहकाप्राज्ञिक कार्यक्रमहरूमा वैज्ञानिक अनुसन्धानका सिद्धान्त र विधिहरूबारे आधारभूत ज्ञान र सीपहरू विकासका लागि सम्बन्धित तहको पाठ्यक्रममा समसामयिक परिमार्जन गरी अनिवार्यरूपमा पठनपाठन गर्ने गराउने ।

## ७. शिक्षण विधि

७.१ सबै विश्वविद्यालयले मुख्यतया विरामीको सुरक्षालाई सुनिश्चित गर्दै विरामीहरूमै आधारित शिक्षण प्रशिक्षण गर्नुपर्दछ, तथापि शिक्षण प्रशिक्षणमा थप सीपमूलक अभ्यासको लागि सिमुलेशन विधिको समेत प्रयोग गर्न प्रोत्साहित गर्ने ।

७.२ गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको सुनिश्चितता चिकित्सा विज्ञान अन्तर्गतका विविध विधाका चिकित्साकर्मीहरू बीचको सहकार्य तथा सामुहिक योगदानमा निर्भर हुने हुनाले त्यस्तो पारस्परिक सहकार्यको संस्कार विकास गर्नका लागि अन्तरविधागत शिक्षा (Interprofessional Education) लाई प्रोत्साहित गर्ने ।

७.३ शिक्षण विधिमा स्वाध्यायन, समस्या समाधान, र समुदायमा आधारित तालिम मार्फत सिर्जनात्मकता प्रवर्धनमा जोड दिने ।

७.४ विद्यार्थीहरूको सृजनशीलता तथा समस्याको तथ्यसम्मत विश्लेषण र समाधान गर्ने क्षमता अभिवृद्धि गर्ने प्रयोजनका लागि मूल्यांकन प्रणालीमात्यस्ता पक्षहरूलाई समेत व्यवस्थित ढंगले मापन गर्ने ।

७.५ समुदाय र चिकित्सा शिक्षा बीच अन्योन्याश्रित सम्बन्ध रहेको हुन्छ र रहनु पर्दछ । विद्यमान अवस्थामा सामुदायिक स्वास्थ्य सम्बन्धी अनुभव प्रदान गर्ने क्रममा फिल्ड अभ्यास गर्न विद्यार्थीहरू पठाउने स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले समुदायबाट एकोहोरो फाइदा लिइरहेको प्रवृत्ति देखिन्छ । तर यसो हुनु उचित होइन । वास्तवमा ती समुदायले विद्यार्थीहरूलाई पाठ्यक्रमको उद्देश्य परिपूर्ति गर्न जुन अवसर र सहयोग प्रदान गरेको

हुन्छ, त्यस वापत स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको पनि ती समुदायप्रति केही उत्तरदायित्व हुन्छ । त्यो उत्तरदायित्व त्यस समुदायमा वसोवास गर्ने मानिसहरूको स्वास्थ्य स्थितिमा सुधार गर्ने तथा उनीहरूको जीवनलाई अब्बै गुणस्तरीय बनाउने कार्यमा सरिक भएर प्रतिविम्बित हुनु पर्दछ । यो तथ्यलाई गम्भीररूपले लिई विद्यार्थी, शिक्षक तथा स्वास्थ्य शिक्षण संस्था आफै समेत सम्बन्धित समुदायसँगको छलफल र अन्तरक्रियाको माध्यमबाट माथि उल्लिखित उद्देश्य हासिल गर्ने प्रयोजनार्थ उपयुक्त कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्नु पर्दछ । यसो गर्नाले “सेवाको लागि सिक्ने र सिक्ने क्रममा पनि सेवा गर्ने” (Learn to serve and Serve to learn) को सिद्धान्तको मर्मलाई व्यावहारिक रूपमा नै आत्मसात गरेको ठहरिन्छ ।

#### ७.६ सिकाइ मैत्री वातावरण:

७.६.१ उपयुक्त शैक्षिक सामग्री रहेको पुस्तकालय, उपयुक्त कक्षाकोठा, उच्च गतिको इन्टरनेट सुविधा सहितको विद्युतीय शिक्षण सामग्री केन्द्र (e-Learning Centre), सिमुलेसन सुविधा सहितको सीप विकास प्रयोगशाला (Skills Lab with Simulation Facilities) लगायतका सुविधालाई प्राथमिकताका साथ व्यवस्था र उपयोग गर्ने ।

७.६.२ चिकित्सा कार्य सम्बन्धी पेशागत दक्षता हासिल गर्न कक्षाकोठा र पुस्तकालयमा बसेर आर्जन गरिने सैद्धान्तिक ज्ञान मात्र पर्याप्त हुदैन । यसका लागि रोगको पहिचान र उपचार प्रक्रिया सम्बन्धी व्यावहारिक सीप र अनुभव हासिल गर्न विरामीहरूमा आधारित सिकाइ प्रक्रियामा संलग्न हुन अत्यन्त महत्वपूर्ण हुने भएकोले चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गर्न चाहने संस्थाहरूको आफ्नै अस्पताल हुनुपर्ने । त्यहाँ पर्याप्त विरामी पुर्याउन दक्ष चिकित्सक, स्तरीय र सस्तो उपचार र समुदायमा पहुँच हुने खालका सेवाहरू हुनुपर्ने ।

#### द. संस्थागत जवाफदेहिता

द.१ प्रत्येक प्राज्ञिक संस्थाले आफू रहेको समुदाय तथा क्षेत्रमास्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने । प्रत्येक मेडिकल कलेजलाई सो संस्था रहेको क्षेत्रको एक वा बढी जिल्लाहरू सेवा क्षेत्रको रूपमा तोक्ने ।

द.२ गरीबलाई सेवा दिने व्यवस्था कडाईका साथ लागू गर्ने । सो का लागि कानूनमा व्यवस्था भए बमोजिमको निःशुल्क सेवा प्रदान गरेको फेहरिस्त स्वास्थ्य मन्त्रालय तथा नियमनकारी निकायलाई वार्षिक रूपमा पेश गर्नुपर्ने । यसलाई पनि मूल्यांकनको

- Yardstick मा समावेश गर्नुपर्ने ।
- ८.३ स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले पेशागत कार्य सम्पादन र कार्य क्षमता बढाउन विद्यार्थी, फ्याकल्टी र अन्य स्टाफका लागि सहयोगी र उत्प्रेरित वातावरण सिर्जना गर्ने ।
- ८.४ भवन, मैदान, फोहोर व्यवस्थापन, वातावरणीय असर, विरामीको सुरक्षा जस्ता विषय समेत Yardstick मा समावेश गर्ने ।
- ८.५ प्रत्येक स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाले पारदर्शीढंगले लेखापरीक्षण तथा सामाजिक परीक्षण (Social Audit) प्रतिवेदन नियमनकारी निकायमा पेश गर्नुको साथै सम्बन्धित संस्थाको वेबसाइटमा पनि नियमित रूपमा अद्यावधिक गर्ने ।
- ८.६ विश्वविद्यालय तथा नियमनकारी निकायहरूले चिकित्सा शिक्षासम्बन्धी विभिन्न विधा र तहका कार्यक्रमहरूका सम्बन्धमा पाठ्यक्रम सम्बन्धी जानकारी मात्र नभई सो विधामा हाल उपलब्ध जनशक्तिको स्थिति तथा सो कार्यक्रमहरू पूरा गरिसकेपछि मुलुक भित्र उपलब्ध हुनसक्ने रोजगारीको सम्भावनाका बारेमा आवधिक रूपमा स्पष्ट जानकारी सार्वजनिक गर्ने ।
- ८.७ कुनै पनि नियमनकारी निकाय वा सार्वजनिक निकायका बहालवाला पदाधिकारीहरूले सोही विषयसँग सम्बन्धित निजी क्षेत्रका संस्थाहरूमा काम गर्न नपाउने । त्यस्तै कुनै पनि बहालवाला पदाधिकारीहरूले कानुनसम्मत तरिकाले व्यवसाय सञ्चालन वा लगानी गरेको भएमा सो को जानकारी सार्वजनिक गर्नुपर्ने । यसका साथै यी पदाधिकारीहरूले सम्बन्धित विषयको नीतिगत छलफल तथा निर्णय प्रक्रियामा सहभागी हुन नपाइने । यस बुँदामा उल्लिखित सबै विषयलाई सम्बोधन हुने गरी उपयुक्त कानुनी व्यवस्था गर्ने । स्वास्थ्य सेवा र चिकित्सा शिक्षामा कानुनी विषय भन्दा पनि यो नैतिक विषय पनि भएकोले सम्बन्धित व्यक्तिले आफू संलग्न हुने क्रियाकलापमा स्वार्थको द्वन्द्व रहको वा नरहेको भन्ने कुरा स्वैच्छिक ढंगले नै प्रष्ट्याउनु अनिवार्य हुन्छ ।

## ९. फ्याकल्टी (शिक्षक) बिकास

- ९.१ शिक्षकहरू छनौट गर्ने क्रममा ती व्यक्तिहरूमा विषयगत ज्ञान, सिप र दक्षतामा उत्कृष्ट हुनुका साथै उक्त ज्ञान, सिप र दक्षतालाई शिक्षार्थीमा प्रवाह गर्न चाहिने क्षमता तथा बौद्धिक सृजनशीलताको पनि आवश्यक मूल्यांकन गर्नु जरुरी छ । त्यस्तै गरी पेशागत ज्ञान, सीप र दक्षता हासिल गर्ने उत्कट इच्छा, अभिलाषा बोकेर आएका शिक्षार्थीलाई तत्सम्बन्धी ज्ञान, सीप र दक्षता बिकास गराउने क्रममा शिष्टतापूर्वक तथा

उत्साहजनक र सृजनात्मक ढंगले प्रस्तुत गर्ने प्रतिबद्धता शिक्षक हुन चाहने व्यक्तिमा हुनै पर्दछ । साथसाथै उक्त व्यक्ति शिक्षार्थीको आँखामा अनुकरणीय व्यक्तित्व (Role Model) हुनसक्ने सम्भावनाका बारेमा पनि लेखाजोखा हुनु जरुरी छ । शिक्षक हुने आकांक्षी उम्मेदवारहरूमध्ये उल्लेखित गुणहरू भएकालाई मात्र शिक्षकको रूपमा नियुक्ति दिनु उपयुक्त हुन्छ । यदि यसो गर्न सकिएन भने चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरमा सुधार आउन नसक्ने निश्चित प्रायः छ । भविष्यका शिक्षकहरू छनौट गर्दा अपनाइनु पर्ने मूल्यांकन प्रक्रियालाई वस्तुनिष्ठ र पारदर्शी बनाउनका लागि एउटा उपयुक्त प्रणाली स्थापना गर्नु जरुरी छ ।

- ९.२ हाल कार्यरत शिक्षकहरूमध्ये पनि यदि कसैमा माथि उल्लिखित गुणहरू पर्याप्त मात्रामा विद्यमान छैनन भने हाल कायम रहेको शिक्षक तालिम सम्बन्धी पाठ्यक्रममा समसामयिक परिमार्जन गरी प्रभावकारी तालिमको माध्यमद्वारा ती शिक्षकहरूलाई उत्कृष्ट शिक्षक बनाउने तर्फ आवश्यक कदम अविलम्ब चालिनुपर्दछ ।
- ९.३ शिक्षण क्षेत्रमा भर्खरै प्रवेश गरेका शिक्षकहरू एउटा लामो प्रक्रियाको दौरानमा बढी अनुभवी, परिपक्व, दक्ष, आत्मविश्वासी र ख्यातीप्राप्त शिक्षकको रूपमा स्थापित हुनसक्छन् । यस प्रक्रियालाई बढी उत्पादनशील र परिणाममुखी बनाउन बरिष्ठ शिक्षकहरूको अहम् भूमिका हुन्छ । आफ्नो पेशागत क्षेत्रमा उल्लेखनीय अनुभव र ख्यातीप्राप्त गरिसकेका बरिष्ठ शिक्षक (प्राध्यापक) हरूले सोही विभागमा कार्यरत कनिष्ठ शिक्षकहरूको व्यक्तिगत र पेशागत विकास गराउने कार्य (Mentoring) लाई नैतिक र पेशागत जिम्मेवारीको रूपमा लिनु आवश्यक हुन्छ । त्यसले मात्र एउटा असल प्राज्ञिक संस्कृतिको निर्माण र प्राज्ञिक उत्कृष्टताको विकासको लागि सुदृढ आधार प्रदान गर्दछ ।
- ९.४ सबै पेशागत काउन्सिलहरूले आफ्ना सम्पूर्ण क्रियाशील सदस्यहरूलाई सम्बन्धित विधामा गुणस्तरीय पेशागत विकास कार्यक्रम (Continious Professional Development) लाई प्रभावकारी र नियमित ढंगले अनिवार्य रूपमा लागू गर्ने र सो प्रक्रियाको नियमित अनुगमन र मूल्यांकन गर्दै अझ बढी सान्दर्भिक र उपयोगी बनाउदै लैजाने ।
- ९.५ संस्थाको आवश्यकता र सम्बन्धित व्यक्तिको प्राज्ञिक सक्षमताको आधारमा प्राध्यापक तहमा बाहिरबाट सिधै आउन पाउने छड्के प्रणाली (Lateral Entry) को अवलम्बन गर्ने ।
- ९.६ देशमा दक्ष र अनुभवी शिक्षकहरूको कमी भएको हुनाले सो समस्यालाई सम्बोधन गर्न निम्नानुसारको व्यवस्था गर्ने ।

- ९.६.१ उल्लेखनीय अनुसन्धानात्मक/मौलिक कृतिहरू प्रकाशनको निरन्तरताको बावजुद उमेरको हदबन्दीका कारण अनिवार्य अवकाश लिनुपर्ने बाध्यात्मक अवस्था नेपाल जस्तो सक्षम जनशक्तिको सापेक्षिक अभाव भएको देशमा उपयुक्त नभएको मात्र होइन प्रत्युत्पादक समेत भएकोले त्यस्ता सक्षम जनशक्तिको उच्चतम सदुपयोग गर्नको लागि व्यक्तिको क्रियाशिलता र उत्पादकत्वको आधारमा अनिवार्य अवकाश पछि उनीहरूलाई करार सेवामा प्राथमिकताका साथ उपयोग गर्ने नीति अवलम्बन गर्ने ।
- ९.६.२ Endowed Professorship, Professor Emeritus को अवधारणालाई कार्यविधि तय गरी लागू गर्ने ।
- ९.७ देशमा उपलब्ध विज्ञ सेवाको अधिकतम सदुपयोग गर्न तथा विविध नयाँ विचार र दृष्टिकोणहरूबीच प्रभावकारी शेचन (Cross Fertilization) लाई बढावा दिन विश्वविद्यालयहरूबीच आपसी सहमतिमा आवश्यकता अनुसार विशेषज्ञ शिक्षकहरूको आदानप्रदान (Faculty Exchange) कार्यक्रम लागू गर्ने ।
- ९.८ शिक्षकको तह बढावाको लागि मूलतः विद्वता (Scholarship)को सार्वजनिक अभिव्यक्तिलाई आधार बनाईनुपर्दछ । यहाँ विचारणीय कुरा के छ भने विद्वता भन्नाले अनुसन्धानबाट, संश्लेषणबाट, व्यवहारिक प्रयोगबाट र शिक्षण कार्यबाट प्राप्त ज्ञान भन्ने बुझ्नुपर्दछ । जसलाई अग्रेजीमा क्रमशः Scholarship of Discovery, Scholarship of Integration, Scholarship of Application and Scholarship of Teaching भनिन्छ ।
- ९.९ मेडिकल कलेजहरूमा बेसिक साइन्सको फ्याकल्टी हुनका लागि मूलतः चिकित्सा विज्ञानमा स्नातक तह (चिकित्सक) पूरा गरी आधारभूत विज्ञान (Basic Medical Sciences) का कुनै एक विधामा स्नातकोत्तर तहको पढाई पूरा गरेको हुनुपर्ने विद्यमान व्यवस्था विज्ञानसम्मत र व्यवहारिक नभएको कारणले गर्दा अब उपरान्त Biological Sciences का विधामा स्नातक तह पूरा गरी प्याथोलोजी विषय बाहेक आधारभूत विज्ञान (Basic Medical Sciences) का अन्य कुनै एक विधामा स्नातकोत्तर तहको पढाई पूरा गरेका व्यक्तिहरू पनि समानरूपले योग्य मान्नु उपयुक्त हुनेछ । नियमनकारी निकाय (प्रस्तावित HPEC लगायत) ले यो अवधारणालाई आधारभूत सिद्धान्तको रूपमा लिई अन्य आवश्यक व्यवस्थाको तय गरी लागू गर्न उपयुक्त हुनेछ ।

## १०. नेतृत्व चयन

नेतृत्व चयन सम्बन्धी वर्तमान अभ्यासमा आमूल परिवर्तनको आवश्यकता छ । यसका

लागि अब उप्रान्त स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूको नेतृत्व चयन गर्दा निम्न गुणहरूको आधारमा पारदर्शी तरिकाले गर्ने :

- १०.१ पेशागत दक्षता
- १०.२ प्रमाणित व्यवस्थापकीय दक्षता
- १०.३ संस्थागत प्रतिवद्धता: स्वार्थको द्वन्द्वबारे स्वघोषणा
- १०.४ सदाचारिता प्रमाणित गर्ने किसिमका आधारहरू
- १०.५ सार्वजनिकरूपमा स्वच्छ छवि भएको
- १०.६ वरिष्ठता

#### ११. ट्रेड युनियन

१०.१ स्वास्थ्य सेवाको व्यावसायिकतामा आँच नआउने गरी पेशागत हकहित संरक्षणका लागि एकल ट्रेड युनियनको व्यवस्थालाई कडाइका साथ लागू गरी चिकित्सा शिक्षा तथा स्वास्थ्य सेवालार्ई अनावश्यक राजनीतिक किचलोबाट मुक्त राख्ने ।

#### १२. प्रस्तावित नयाँ संरचना (Health Profession Education Commission)

स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षा (Health Profession Education) को सर्वाङ्गीण विकास एवम् प्रवर्द्धनका लागि हाम्रो मौजुदा संरचनागत व्यवस्था, कानुनी व्यवस्थाहरू र अभ्यासहरू अप्रभावकारी रहेका कारण समग्र चिकित्सा शिक्षा (Health Profession Education) क्षेत्र अन्यौलपूर्ण रहेको कुरा सर्वविदित नै छ ।

यस्तो अवस्थामा चिकित्सा शिक्षा (Health Profession Education) का क्षेत्रमा विश्व परिवेशमा आउने परिवर्तन र समस्या तथा चुनौतिहरूलाई समायोजन एवम् सामना गर्न सक्ने संरचनागत र कानुनी व्यवस्था गर्नु आवश्यक देखिन्छ । यसै सन्दर्भमा शिक्षण संस्थाको स्थापना, शिक्षण अस्पताल, एकिकृत प्रवेश परीक्षा (Common Entrance), शिक्षण संस्था संचालन, अनुगमन, गुणस्तर सुनिश्चितता, प्रत्यायान (Accreditation), आधारभूत पाठ्यक्रम प्रारूप (Core Curriculum Framework), स्नातकोत्तर तहको वैकल्पिक तालिम व्यवस्था, इन्टर्नसिप, संस्थागत तथा निकायगत समन्वय लगायतका क्षेत्रको कार्यक्षेत्रगत जिम्मेवारी तोकि निम्न बमोजिमको एक अधिकारसम्पन्न स्वायत्त चिकित्सा शिक्षा आयोग (Health Profession Education Commission) गठन गरिनु जरुरी देखिन्छ ।

## १२.१ चिकित्सा शिक्षा आयोग (HPEC) को गठन

- (१) प्रधानमन्त्री -अध्यक्ष
- (२) आफ्नो कार्यकालमा गरेका उत्कृष्ट कार्य मार्फत समाजमा विशिष्ट पहिचान बनाएका विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठानका पूर्व उपकुलपतिहरू वा राष्ट्रियस्तरका स्वास्थ्य संस्थाका पूर्व प्रमुखहरू मध्येबाटनेपाल सरकार मन्त्रपरिषद्बाट मनोनित एक जना पूर्णकालिन कार्यकारी उपाध्यक्ष - एकजना
- (३) दुई वा सोभन्दा बढी स्वास्थ्य शिक्षाका विधामा कार्यक्रम चलाएका विश्वविद्यालयहरू र प्रतिष्ठानका उपकुलपतिहरू मध्येबाट सदस्यहरू - दस जना
- (४) राष्ट्रिय योजना आयोगका सदस्य (शिक्षा तथा स्वास्थ्य हेर्ने) सदस्यहरू - दुई जना
- (५) चिकित्सा शिक्षाका विज्ञहरूमध्येबाट कम्तीमा १ जना महिला पर्ने गरी अध्यक्षको सिफारिशमा मनोनयन हुने गरी सदस्यहरू - ४ जना
- (६) विषयगत काउन्सिलहरूका अध्यक्षहरू मध्येबाट आयोगबाट मनोनित - ५ जना सदस्य
- (७) नागरिक समाजका लब्धप्रतिष्ठित व्यक्तित्वहरूमध्ये एक महिला सहित -२ जना सदस्य
- प्रस्तावित “चिकित्सा शिक्षा आयोग (Health Profession Education Commission)” को दैनन्दिन कार्य सञ्चालनका लागि कार्यकारी उपाध्यक्षको अध्यक्षतामा महाशाखाका निर्देशकहरू समेत रहने गरी तथा अध्यक्षबाट मनोनित आयोगका सदस्य मध्ये १ जना सहित ७ सदस्यीय एक कार्यकारिणी समिति (Executive Committee) रहने गरी प्रस्ताव गरिएको छ । यस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार तोकिए बमोजिम हुनेछ ।

## १२.२ आयोगको कार्यक्षेत्र

- (१) स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षाक्षेत्रका सबै तह तथा विषयको मापदण्ड र स्तर सम्बन्धी नीति निर्धारण गर्ने,
- (२) एकीकृत प्रवेश परीक्षा (Common Entrance) सञ्चालनका लागि नीति निर्धारण गर्ने,
- (३) प्रत्यायान (Accreditation) सम्बन्धी नीति नियम, आधारहरू तथा मापदण्ड तय गर्ने,
- (४) प्राज्ञिक उन्नयन तथा अनुसन्धान सम्बन्धी नीति तय गर्ने,
- (५) चिकित्सा शिक्षा सम्बन्धी विभिन्न तह र विधाका नवीन शैक्षिक कार्यक्रमहरूबारे नीति निर्धारण गर्ने,
- (६) संस्थागत तथा निकायगत समन्वय गर्ने गराउने,
- (७) स्वास्थ्य जनशक्ति सम्बन्धी शिक्षाक्षेत्रमा नेपाल सरकार तथा विश्वविद्यालयहरूलाई



सल्लाह सुभावा प्रदान गर्ने ।

(द) चिकित्सा शिक्षाको क्षेत्रमा तोकिए बमोजिमका अन्य कार्यहरु गर्ने ।

### १२.३ निर्देशनालयहरू

#### १२.३.१ मापदण्ड र स्तर निर्धारण (Standards and Criteria)

भर्ना, पाठ्यक्रम, मूल्यांकन, शिक्षक, भौतिक एवं प्राज्ञिक पूर्वाधार, शिक्षण विधि, सूचना तथा सञ्चार प्रविधि सम्बन्धी ।

#### १२.३.२ प्रत्यायन (Accreditation)

भर्ना, पाठ्यक्रम, मूल्यांकन, शिक्षक, भौतिक एवं प्राज्ञिक पूर्वाधार, शिक्षण विधि, सूचना तथा सञ्चार प्रविधि, सामाजिक योगदान/उत्तरदायित्व सम्बन्धी ।

#### १२.३.३ योजना तथा समन्वय निर्देशनालय

स्वास्थ्य मन्त्रालय र शिक्षा मन्त्रालय बीचको समन्वय गर्ने तथा स्वास्थ्य जनशक्तिको आवधिक आँकलन, प्रक्षेपण र आपूर्तिको योजना तय गर्ने ।

#### १२.३.४ प्राज्ञिक उन्नयन तथा अनुसन्धान (Academic Innovation and Research)

भर्ना, पाठ्यक्रम, मूल्यांकन, शिक्षक, भौतिक एवं प्राज्ञिक पूर्वाधार, शिक्षण विधि, सूचना तथा सञ्चार प्रविधि, सामाजिक योगदानका क्षेत्रमा कार्य गर्ने ।

#### १२.३.५ परीक्षा (Examination)

एकिकृत प्रवेश परीक्षा सञ्चालन, व्यवस्थापन, परीक्षा सम्बन्धी प्रविधि विकास गर्ने ।

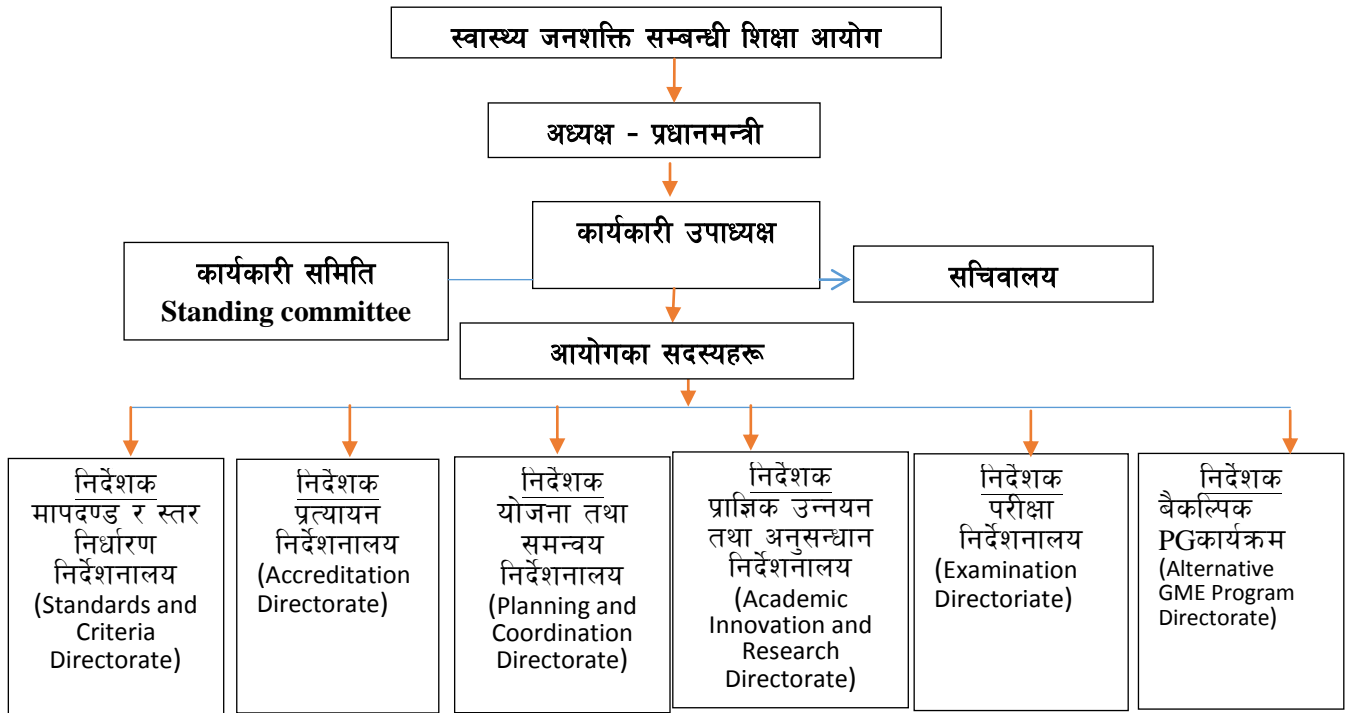
#### १२.३.६ वैकल्पिक स्नातकोत्तर शैक्षिक कार्यक्रम (Alternative Graduate Medical Education)

सक्षमतामा आधारित शिक्षा तथा तालिमको सिद्धान्तमा आधारित चिकित्सा शिक्षाको स्नातकोत्तर तहका नयाँ कार्यक्रमहरू सम्बन्धी पाठ्यक्रमको तयारी, तालिम सञ्चालन, अनुगमन तथा मूल्यांकन पद्धति निर्माण गर्ने । यस्तो तालिमको सञ्चालन अख्तियारप्राप्त निकायले प्रत्यायन गरेका अस्पतालहरूमा मात्र गर्ने ।

### १२.४ कानुनी व्यवस्था

प्रस्तावित आयोगका कतिपय कार्यक्षेत्र विश्वविद्यालयहरू, प्रतिष्ठानहरू, परिषदहरू तथा विषयगत काउन्सिलहरूको क्षेत्राधिकार भित्र पर्ने भएको हुँदा तत् बाभिएका व्यवस्थाहरूलाई यस आयोगको कार्यक्षेत्र भित्र रहने गरी व्यवस्थापिका संसदबाट ऐन जारी गरी यस आयोगलाई स्थापना गरिनु जरुरी छ ।

## १२.५ आयोगको प्रस्तावित सांगठनिक संरचना



## १३. नेपाल मेडिकल काउन्सिलको पुनर्संरचना

नेपाल मेडिकल काउन्सिलको संरचना तथा यसको काम, कर्तव्य र अधिकार पुनर्परिभाषित गर्ने ।

१३.१ चिकित्सकहरू तथा दन्त चिकित्सकहरूका पेशागत संगठनहरूका निर्वाचित अध्यक्षहरू नेपाल मेडिकल काउन्सिलको पदेन सदस्य हुने भएकाले त्यस क्षेत्रबाट थप प्रतिनिधित्व आवश्यक नपर्ने हुँदा काउन्सिलका अन्य सदस्यहरू निर्वाचनको माध्यमबाट चयन गर्ने व्यवस्था खारेज गर्ने । मेडिकल काउन्सिलमा डेन्टल विधाबाट एकजना उपाध्यक्ष थप गर्ने र डेन्टल विधालाई थप जिम्मेवार तथा सुदृढ बनाउने ।

१३.२ नेपाल मेडिकल काउन्सिलको प्रमुख दायित्व भनेको आम नेपाली जनताको स्वास्थ्य सुरक्षामा कुनै आँच आउन नदिई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित गर्नु हो । यसका लागि नेपाल मेडिकल काउन्सिललाई निम्न अनुसारको महत्वपूर्ण जिम्मेवारी तोक्ने व्यवस्था मिलाउने :

13.2.1 Licencing Exam for MBBS and PG levels

13.2.2 Ethical Conduct of medical professionals

13.2.3 Continuous Professional Development

## १४. अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

सबै विश्वविद्यालय, प्रतिष्ठान, प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद, कलेजहरूको अनुगमन तथा मूल्यांकनका आधार तथा प्रक्रिया चिकित्सा शिक्षा आयोगले तय गरी कार्यान्वयन गर्नेछ ।

## १५. विषय क्षेत्रगत थप व्यवस्था

माथि उल्लिखित सामुहिक सुझावहरूका अतिरिक्त चिकित्सा क्षेत्रका विभिन्न विधाहरूमा केही विशेष कदमहरू लिनुपर्ने देखिन्छ । तिनीहरूलाई विधागतरूपमा तल उल्लेख गरिएको छः

### १५.१ नर्सिङ्ग

१५.१.१ पाँच वर्षसम्म देशभरी नयाँ नर्सिङ्ग कलेजको लागि LoI नदिने । तर मेडिकल कलेज सञ्चालन भइसकेको अवस्थामा सोही कलेजलाई नर्सिङ्ग कार्यक्रम सञ्चालन गर्न दिन सकिने ।

१५.१.२ LoI लिइसकेका तथा तीन वर्षसम्म कमिमा १०० शैय्याको आफ्नै अस्पताल सञ्चालन गरिसकेका उपत्यका बाहिरका संस्थाहरूले भने सम्बन्धन प्रक्रियामा जान सक्ने ।

१५.१.३ अब उप्रान्त नयाँ अनमीको तालीम कार्यक्रमको लागि सम्बन्धन नदिने । सञ्चालन भइरहेका कलेजहरूले पनि ५ वर्ष भित्र आफ्नो कार्यक्रम फेज आउट गर्ने । स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा आईन्दा स्टाफ नर्सलाई पहिलो प्रवेश (Entry) बिन्दुको रूपमा लिने ।

१५.१.४ नर्सिङ्गमा विशिष्टीकृत सेवाका लागि चाहिने शिक्षण प्रशिक्षण कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्ने जस्तै : कार्डियाक नर्सिङ्ग, रिह्याब नर्सिङ्ग, न्यूरो नर्सिङ्ग, पेडियाट्रिक नर्सिङ्ग आदिमा तालिम कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।

१५.१.५ नर्सिङ्ग विधाको स्नातकोत्तर कार्यक्रमलाई थप विशिष्टीकृत गर्ने ।

### १५.२ फार्मसी

१५.२.१ हाल सञ्चालनमा रहेका फार्मसी कलेजहरूको गुणस्तरमा जोड दिने ।

१५.२.२ मेडिकल/नर्सिङ्ग कार्यक्रम भएका कलेजहरूमा फार्मसीलाई समेत सञ्चालन गर्न प्रोत्साहित गर्ने ।

१५.२.३ प्रत्येक शिक्षण अस्पतालमा उपयुक्त जनशक्ति सहितको अस्पताल फार्मसी सेवा

सञ्चालन गर्न अनिवार्य गर्ने ।

### १५.३ जनस्वास्थ्य (Public Health)

१५.३.१ एमपिएचका गुणस्तरीय कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न प्रोत्साहित गर्ने ।

१५.३.२ जनस्वास्थ्य विधा भित्रका विशिष्टीकृत प्राज्ञिक कार्यक्रमहरू राष्ट्रिय आवश्यकता मुताविक सञ्चालन गर्न प्रोत्साहित गर्ने । सो कार्य गर्नको लागि आवश्यक स्वायत्तता सहितको छुट्टै संरचनाको निर्माण गर्नु उपयुक्त हुने ।

१५.३.३ जनस्वास्थ्य क्षेत्रका प्राज्ञिक निकायहरूले देशको स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई थप उपयोगी र प्रभावकारी बनाउनको लागि अनुसन्धानात्मक कार्यहरूमा अग्रणी भूमिका निभाउने ।

१५.३.४ सबै स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरू, सरकारी, गैर सरकारी निकायहरू, स्थानीय निकायहरू तथा शिक्षण संस्थाहरूले जनस्वास्थ्यका विशेषज्ञहरूलाई उपयोग गर्न प्रोत्साहित गर्ने ।

### १५.४ आयुर्वेद

१५.४.१ आयुर्वेद काउन्सिललाई पुनर्संरचना गर्ने । हाल हेल्थ प्रोफेसनल काउन्सिल अन्तर्गत रहेका योगा, युनानी, अकुपंचर, प्राकृतिक चिकित्सा र होमियोप्याथी जस्ता कार्यक्रमहरूलाई पनि आयुर्वेद काउन्सिलले नै हेर्न उपयुक्त हुने ।

१५.४.२ आयुर्वेद क्षेत्रमा थप अनुसन्धानको विशिष्ट कार्यक्रम शुरु गर्ने ।

१५.४.३ यो विधाको शिक्षण प्रशिक्षण तथा उपचार विधिको सन्दर्भमा यसको आफ्नै मौलिकताको संरक्षण र प्रवर्द्धनमा विशेष ध्यान दिनुपर्ने ।

१५.४.४ आधुनिक चिकित्सा पद्धतिले पूर्ण रूपले निको तुल्याउन नसक्ने केही दीर्घरोगहरूको उपचारमा आयुर्वेद, योगा जस्ता उपचार पद्धति समेत एकीकृत गरी नमुना अध्ययन (Pilot Study) गर्ने ।

### १५.५ हेल्थ प्रोफेसनल काउन्सिल

१५.५.१ ल्याब असिस्टेन्ट, अहेव लगायतका टिएएसएलसी तहका सबै कार्यक्रमहरूलाई नयाँ सम्बन्धन नदिने र हाल सञ्चालनमा रहेका ती कार्यक्रमहरू आगामी ५ वर्षभित्र फेज आउट गर्ने ।

१५.५.२ हेल्थ प्रोफेसनल काउन्सिल अन्तर्गतका निम्न विधाहरूमा प्रमाण पत्र तथा स्नातक तहका कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न प्रोत्साहित गर्ने : फिजियोथेरापी,

पर्फ्युजनिस्ट, रेस्पियोरेटरी थेरापी, स्पिच थेरापी, साइको थेरापी, डेन्टल टेक्निसियन, नेत्र सहायक, ओटी टेक्निसियन जस्ता कार्यक्रमहरू सञ्चालनकालागि प्रोत्साहित गर्ने ।

१५.५.३ यस काउन्सिल अन्तर्गत रहेका आयुर्वेदतर्फका कार्यक्रमहरू जस्तै युनानी, अकृपंचर आदिलाई आयुर्वेद काउन्सिल अन्तर्गत सार्ने ।

१५.५.४ हेल्थ असिस्टेन्ट वा स्टाफ नर्सलाई सम्बन्धित विषयवस्तुमा कम्तिमा एकवर्षे अवधिको Academic Course गराई Anesthesia Assistant र Perfusion Assistant का लागि दर्तायोग्य बनाउने प्रणाली शुरु गर्ने ।

## १६. जोखिम र अनुमान

यो नीतिको प्रभावकारी कार्यान्वयनमा निम्न विषयले प्रभाव पार्नेछ र सबै सरोकारवालाहरूको प्रतिवद्धता विना उल्लिखित कार्यक्रमहरू सम्पन्न गर्न सकिने छैन । यस प्रतिवेदनमा प्रस्तुत गरिएका कतिपय सुझावहरू नयाँ कानूनको निर्माण पश्चात मात्रै लागू गर्न सम्भव हुनेछ ।

१६.१ यस नीति प्रति राजनैतिक दलहरू, सरकार र आम चिकित्सा शिक्षा समुदायबाट अपनत्व र कार्यान्वयनको प्रतिवद्धता अपेक्षा गरिएको छ । त्यस्तै यस नीतिमा प्रस्ताव गरिएका गुणस्तर तथा मापदण्ड सम्बन्धी व्यवस्थाहरू सार्वजनिक तथा निजी क्षेत्रका स्वास्थ्य शिक्षण सस्थाहरूमा समानरूपले लागू हुनेछन् ।

१६.२ राष्ट्रिय स्वास्थ्य विमाको स्थापना र प्रयोग हुने । त्यसबाट जनताको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढ्ने र स्वास्थ्य शिक्षाको गुणस्तरमा वृद्धि हुने अपेक्षा गरिएको छ ।

१६.३ नेपाल सरकारबाट अस्पतालहरूको प्रत्यायन सम्बन्धी संरचनाको स्थापना र कार्यान्वयन हुने अपेक्षा गरिएको छ ।

१६.४ उत्पादित स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई काम गर्ने उपयुक्त वातावरण सृजना गर्न स्वास्थ्य मन्त्रालयको प्रतिवद्धता तथा पहलकदमीको अपेक्षा गरिएको छ ।

## उपसंहार

मेडिकल कलेज जनस्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष जिम्मेवार हुन्छ भन्ने विश्वव्यापी मान्यता रहिआएको छ । यो आम जनताको सरोकारको विषय हो । यस दृष्टिकोणबाट हेर्दा स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूलाई सार्वजनिक सम्पतिको रूपमा र चिकित्सा सेवालाई सार्वजनिक वस्तुको रूपमा लिनुपर्ने हुन्छ । तसर्थ मेडिकल कलेज लगायतका स्वास्थ्य शिक्षण संस्थाहरूले प्रदान गर्ने चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा सामाजिक सम्झौता (Social Contract) को अवधारणा मुताबिक सञ्चालन हुनुपर्छ ।

चिकित्सा शिक्षा प्रणाली जहाँ शिक्षाको प्रत्यक्ष सम्बन्ध जनताको स्वास्थ्य र सार्वजनिक हित (Well-being) सँग हुन्छ यस अवस्थामा शिक्षाको गुणस्तरलाई उपभोगकर्ता (विद्यार्थी तथा अभिभावक) को सन्तुष्टिसँग मात्र जोडेर मापन गर्न मिल्दैन । यसलाई समग्र समाजमा पर्न जाने सकारात्मक योगदानलाई नै मापनको आधार बनाईनुपर्दछ ।

हालको चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा सरकारी लगानीको अनुपात कम हुँदै गईरहेको देखिएकोले नेपालले अवलम्बन गरेको नीतिमा पुनरावलोकन गर्ने समय आएको छ । अन्यथा यसले चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको क्षेत्रमा हाल प्रचलनमा रहेको मूलतः नाफामूलक व्यवस्थालाई नै प्रोत्साहित गर्ने कार्य गर्नेछ । चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा जस्ता क्षेत्रमा राज्यको प्रतिवद्धता र आवश्यक आर्थिक लगानी पुनः बढाउनु पर्ने भएको छ । यो चिकित्सा शिक्षा र स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरीयता सुनिश्चित गर्न कठोर निर्णय लिनुपर्ने घडि पनि हो । विगतको मुलुक भित्रको अनुभव र संसारबाट हासिल गरिएका पाठहरू (सिकाइ) का आधारमा आम नेपाली जनताको बृहत्तर हितको लागि लिनुपर्ने उपयुक्त बाटो हामी आफैले तय गर्नुपर्ने बेला आएको छ । यहाँ प्रस्तुत गरिएका विषय तथा मुद्दाहरू तथा तिनका समाधानका उपायहरू व्यवहारमा लागू गर्न सके अबका दिनमा चिकित्सा शिक्षाको गुणस्तरमा बृद्धि हुने तथा आम जनताको स्वास्थ्यमा सकारात्मक परिवर्तन आउनेछ भन्ने विश्वास गर्न सकिन्छ ।

## सन्दर्भ सामग्री

शिक्षा मन्त्रालय (२०७१) । चिकित्सा विज्ञान सम्बन्धी विश्वविद्यालयको सम्भाव्यता अध्ययन कार्यदलको प्रतिवेदन, २०७१ (अधिकारी प्रतिवेदन) .शिक्षा मन्त्रालय, काठमाण्डौ ।

शिक्षा मन्त्रालय (२०७१) । मेडिकल कलेज उच्चस्तरीय राष्ट्रिय मापदण्ड सिफारिश समितिको प्रतिवेदन, २०७१ (गिरी प्रतिवेदन) : शिक्षा मन्त्रालय, काठमाण्डौ ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (२०७१) । नेपाल सरकारको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति, २०७१ : स्वास्थ्य मन्त्रालय, काठमाण्डौ ।

प्राविधिक तथा व्यावसायिक शिक्षा र तालिम: एक भ्रम (२०७०) .प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद, सानोठिमी, भक्तपुर ।

[http://www.ctevt.org.np/files/CTEVT%20JHALAK%20JULY%202013%20\\_%202070-04-01%20Final.pdf](http://www.ctevt.org.np/files/CTEVT%20JHALAK%20JULY%202013%20_%202070-04-01%20Final.pdf)

CTEVT (2014).A Study Report on National Skilled Human Resource Projection in Health and Engineering Profession : CTEVT, Sanothimi, Bhaktapur.

<http://www.ctevt.org.np/files/Research%20Journal%202010.pdf>

GIC, (2010).Education of Health Professionals for the 21st Century. A Global Independent Commission 2010

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)60450-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)60450-3.pdf)

Global Consensus, (2010).Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools 2010. SouthAfrica

[http://www.ub.edu/medicina\\_unitededucaciomedica/documentos/Global%20Consensus.pdf](http://www.ub.edu/medicina_unitededucaciomedica/documentos/Global%20Consensus.pdf)

Government of Canada (2001).Social Accountability: A Vision for Canadian Medical SchoolsCanada :2001

[https://www.afmc.ca/pdf/pdf\\_sa\\_vision\\_canadian\\_medical\\_schools\\_en.pdf](https://www.afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf)

LCME, (2015). *LCME Function & Structure of Medical School*.

<http://www.lcme.org/publications.htm#standards-section>

WFME (2012). *Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement*. Denmark.

<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>

WHO, (2010). *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. Global Policy Recommendation*. Geneva.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf?ua=1)

WHO, (2005). *WFME – WHO on Accreditation of Medical Schools*.

<http://wfme.org/accreditation/whowfme-policy/28-2-who-wfme-guidelines-for-accreditation-of-basic-medical-education-english/file>

WHO, (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. Geneva.

[http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/whoeduguidelines\\_PolicyBrief\\_Regulation.pdf](http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/whoeduguidelines_PolicyBrief_Regulation.pdf)


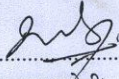
WHO, (2001). *Universities and the health of the disadvantaged*. Geneva.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.112.8929&rep=rep1&type=pdf>



## अनुसूचीहरू

### अनुसूची-१ उच्चस्तरीय कार्यदल गठन

	<p>नेपाल सरकार</p> <p><b>प्रधानमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय</b></p> <p>शाखा)</p>	<p>सिंहदरबार, काठमाडौं नेपाल ।</p>
<p>पत्र संख्या :-</p> <p>च.नं. :- २५.५.३०७९</p>		<p>मिति : २०७१।१।१८</p>
<p>प्राध्यापक केदारभक्त माथेमाज्यू, काठमाडौं ।</p>		
<p><b>बिषय : उच्चस्तरीय कार्यदल गठन सम्बन्धमा ।</b></p>		
<p>स्वास्थ्य शिक्षा सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तर्जुमा गर्न यहाँको संयोजकत्वमा देहाय अनुसार सदस्य रहेको उच्चस्तरीय कार्यदल नेपाल सरकार, सम्माननीय प्रधानमन्त्री स्तरीय मिति २०७१।१।१८ को निर्णयानुसार संलग्न कार्यविवरण तथा शर्तहरू बमोजिम कार्यसम्पादन गर्ने गरी गठन गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ । साथै, यस कार्यदलले आफ्नो कार्यविधि आफै निर्धारण गरी २(दुई) महिनाभित्र प्रतिवेदन पेश गर्न समयावधि तोकिएको व्यहोरा समेत जानकारी गराउँदछु ।</p>		
<p><u>तपसिल</u></p>		
१. प्रा. केदारभक्त माथेमा	- संयोजक	
२. प्रा.डा. सुरेशराज शर्मा	- सदस्य	
३. प्रा.डा. अर्जुन कार्की	- सदस्य	
४. प्रा.डा. मदन उपाध्याय	- सदस्य	
५. प्रा.डा. रमेशकान्त अधिकारी	- सदस्य	
६. प्रा.डा. भगवान कोइराला	- सदस्य	
७. प्रतिनिधि (सह सचिवस्तर), स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	- सदस्य	
८. सहसचिव, शैक्षिक व्यवस्थापन महाशाखा, शिक्षा मन्त्रालय	- सदस्य-सचिव	
<p><b>बोधार्थ तथा कार्यार्थ</b></p> <p>श्री शिक्षा मन्त्रालय, सिंहदरवार, काठमाडौं ।</p> <p>श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ, काठमाडौं ।</p>		<p> (शान्तराज सुवेदी) सचिव</p>
<p><u>O/c</u></p>		
<p>टेलिफोन : ४२११०२५, ४२११०४०, ४२११०३५, ४२११०८०, ४२११०७३, ४२११०२१, ४२११०३८ फ्याक्स : ४२११०६५, ४२११०८६, ४२११०३८, ४२११०२१, ४२११०४७, पो.ब.नं. : २३३१२ काठमाडौं, नेपाल इमलेल : info@opmcm.gov.np वेब साइट : http://www.opmcm.gov.np</p>		



## अनुसूची- २ उच्चस्तरीय कार्यदलको ToR



नेपालको अन्तरिम संविधानले सबै नेपाली नागरिकलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न पाउने अधिकारको प्रत्याभूति गरेको र हालै नेपाल सरकारले स्वीकृत गरेको राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति-२०७१ ले समेत सबै नेपालीलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा सुलभ गराउने उद्देश्यले Universal Health Coverage को सिद्धान्तलाई अगिकार गरिसकेको सन्दर्भमा मुलुकका सबै जनतालाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रवाह गर्न अत्यावश्यक पर्ने स्वास्थ्य जनशक्ति (Health Profession) को प्रक्षेपण, उत्पादन र सदुपयोग सन्दर्भमा स्पष्ट राष्ट्रिय नीतिको अभाव रहेको कारणले उत्पन्न अन्योल र विसंगतिहरूलाई उपयुक्त ढंगले सम्बोधन गर्न एउटा छुट्टै राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा नीति (National Health Profession Education Policy) को तर्जुमा गर्न अपरिहार्य भएकोले सो नीतिका अन्तरवस्तु र दिशानिर्देश सम्बन्धी स्पष्ट सिफारिस गर्नका लागि सम्माननीय प्रधानमन्त्रीज्यूबाट त्रिभुवन विश्वविद्यालयका पूर्व उपकुलपति तथा शिक्षाविद् श्री केदारभक्त माथेमाको संयोजकत्वमा निम्नलिखित महानुभावहरू संलग्न रहेको उच्चस्तरीय स्वास्थ्य शिक्षा नीति सिफारिस आयोग/समिति गठन भएको छ।

आयोग/समितिका देहायका क्षेत्रगत विषयवस्तुलाई समेत समेटि उल्लिखित नीति सिफारिस हुने अपेक्षा गरिएको छ।

१. स्वास्थ्य शिक्षा (Health Profession Education) क्षेत्रमा हाल देखिएका समस्या र चुनौतिहरूको पहिचान, विश्लेषण र प्रभावको आंकलन गर्ने।
२. सबै नेपालीहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय आकांक्षा र प्रतिवद्धता पुरा गर्न दिर्घकालीन रूपमा आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य विज्ञान सम्बन्धी विभिन्न तह र विधाका जनशक्तिको राष्ट्रिय प्रक्षेपण सम्बन्धमा समिक्षा र विश्लेषण गर्ने।
३. बँदा नं. २ मा उल्लेख गरिएको प्रक्षेपण अनुसार हाल मुलुकमा भइरहेको स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन र विस्तारको सम्बन्धमा संख्या, गुणस्तरियता, भौगोलिक सन्तुलन जस्ता महत्वपूर्ण पक्षलाई उपयुक्त ढंगले सम्बोधन गर्न आवश्यक पर्ने नीतिगत कदमहरू सिफारिस गर्ने।
४. राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय मान्यता र अनुभवहरूको उपयुक्त समिक्षा र संश्लेषण गर्दै नेपालको समग्र स्वास्थ्य शिक्षा (Health Profession Education) को आधारभूत उद्देश्य, गन्तव्य र निर्देशक सिद्धान्तहरूको निक्यौल गर्ने।
५. मुलुकको स्वास्थ्य सेवा तथा स्वास्थ्य शिक्षाका क्षेत्रमा हाल कार्यरत तथा भविष्यमा संलग्न हुने जनशक्तिलाई सक्षम, गुणस्तरीय तथा विवेकशील बनाउन सरकार, प्राज्ञिक संस्था तथा नियमनकारी निकायहरूको भूमिका र दायित्व स्पष्ट पार्ने।
६. स्वास्थ्य जनशक्ति उत्पादन गर्ने प्राज्ञिक निकायहरू र तिनबाट उत्पादित जनशक्तिहरूलाई उपयोग गर्ने निकायबीच प्रभावकारी समन्वय कायम गर्न आवश्यक पर्ने उपयुक्त व्यवस्थाबारे नीतिगत सुझाव दिने।
७. यस आयोग/समितिले उल्लिखित उद्देश्य प्राप्तिका लागि आवश्यक देखेका अन्य कार्यहरू गर्ने।

द. अन्य व्यवस्था:

- क) आयोग/समितिको कार्यावधि ३ महिनाको हुनेछ।
- ख) आयोग/समितिले आवश्यकता अनुसार उपसमितिहरू गठन गर्न सक्नेछ।
- ग) आयोग/समितिको कार्यविधि समितिले तोके बमोजिम हुनेछ।
- घ) आयोग/समितिका पदाधिकारी तथा उपसमितिका पदाधिकारीहरूलाई नेपाल सरकारको नर्म्स बमोजिम परिश्रमिक, भत्ता, बैठक भत्ता, इन्धन, खाजा खर्च र कार्यालय व्यवस्थापन खर्चका लागि आवश्यक पर्ने रकम अर्थ मन्त्रालयले शिक्षा मन्त्रालयलाई उपलब्ध गराउने छ।

*M. P. Sharma*  
2079/1/28  
मुख्यसचिव

अनुसूची- ३ सुझाव संकलनका लागि तयार पारिएको प्रश्नावली

### Questionnaire for feedback on Health Professional Education Policy

Please answer the following questions by clicking in the appropriate box.

Please feel free to choose questions that you would like to answer.

1. Do you think we should produce Health Professionals (Doctors, Dentists, Nurses, Pharmacists, Allied Health Personnel etc.) primarily for meeting the needs of the people of Nepal?  
 Yes                       No
2. Do you think Health Profession Education Institutions should be socially accountable?  
 Yes                       No
3. What do you think should be the optimal doctor-population ratio for Nepal for the foreseeable future?  
 1:250  
 1:500  
 1:1000  
 1:2000
4. Do you think the state needs to regulate Health Profession Education? In other words,  
Should the Health Profession Education be guided by the projected health system requirement?  
 Yes                       No

Or, should we let the market forces drive the Health Profession Education?

Yes       No

5. What do you think should be the fate of the Health Profession Education institutions (e.g. colleges) once the nation meets the required numbers of health human resources?

Continue to produce for global market

Close them

Let the market decide

6. Do you think medical colleges should be established on the basis of demography and regional balance?

Yes       No

7. Do you think the same principle should be followed in establishing other Health Profession Education Institutions?

Yes       No

8. How do you think the private medical colleges should operate?

As 'for profit'

As 'not for profit'

9. Do you think the MBBS graduates should be mandated to serve the country for a specified period of time before they are eligible for admissions to postgraduate trainings within and outside Nepal?

Yes       No

10. Do you agree with the principle of "legitimate expectation"? In other words, should the government honor the Letter of Intent (LOIs) it has already granted?

Yes       No

11. Do you think the Government should continue granting LOIs for new medical colleges?

Yes       No       Only under special circumstances as per Q. 6

12. Do you think the Government should follow the same principle in granting LOIs for new Nursing and other Health Educational Institutions?

Yes       No

13. Do you think we should make it mandatory for all new medical colleges to have a fully functioning hospital for 3 years before applying for affiliation and/or accreditation?

Yes       No

14. Do you think we should apply the same principle for Nursing and Allied Health Profession Education Institutions?

Yes       No

15. Do you think the presently available number of seats for postgraduate trainings is adequate?

Yes       No

16. If No, what do you think are the options for increasing the postgraduate seats?

Increase the seats in the university programs

Create national boards for specialist certification

Both

17. What do you think the admission process for the Health Profession Education Programs should be like?

Solely based on academic merit



- Also assess non-cognitive aspects (personal qualities such as mental agility, problem solving skills, interpersonal skills, moral orientation etc.)

18. Do you think the candidates' geographic origin, ethnicity and gender should also be considered in the selection process?

- Yes       No

19. Do you think the applicants who have rendered service in public institutions in remote areas should get preference in enrollment in postgraduate training programs?

- Yes       No

20. Do you think there should be a ceiling in the tuition fee for Health Profession Education Programs?

- Yes       No

21. Do you think the postgraduate (MD / MS etc.) residents should be paying for their training?

- Yes       No

A) If yes, should it be controlled?

- Yes       No

B) If no, should the government fully waive the fee and have the trainee sign a contract with the Health Ministry to serve in the designated areas upon completion of their training?

- Yes       No

22. Do you think the academic faculty should possess demonstrated competence and productivity in the domain of research, creativity and innovation?

- Yes       No

23. Do you think the government should provide adequate funding to the academic institutions for ensuring production and availability of competent health human resources?

Yes       No

24. Do you think every practicing doctor should undergo specified credit hours of continuous medical education programs every year?

Yes       No

25. Do you think recertification of specialists and relicensing of MBBS doctors should be introduced?

Yes       No

26. Do you think a specified teachers training program for each faculty should be made mandatory in all the institutions before/soon after being inducted?

Yes       No

27. Do you think medical teachers should be full time employees, not involved in private practice?

Yes       No

28. Do you think the Health Professional Education should be competence (professional knowledge, evidence based decision making, practical skills) based?

Yes       No

29. Do you think that we need a separate medical university to ensure uniform standard of education?

Yes       No

30. Do you think addition of humanities/liberal arts subjects to current science driven Health Profession Education will make better health professionals?

Yes       No

31. Please write any other suggestion you may have (Please attach a separate copy if required)

Please fill your name (optional).....



अनुसूची- ४

NMC Yardsticks for Monitoring of the Medical Schools for Accreditation

Table:1 Infrastructure 25

A = 100 B = 99-75 C = < 75

		A	B	C
Land	5	5	3	1
Educational infrastructure (class rooms , labs, equipment & instrument , etc.)	50	50	30	10
Support system	5	5	3	1
Library	20	20	12	4
Skills Lab	10	10	6	2
IT facilities	10	10	6	2

Table: 2 Teaching Hospital 25

A = 100 B = 99-75 C =< 75

		A	B	C
Bed occupancy	40	40	24	8
Daily OPD pt. number	15	15	9	3
Ambulatory T/I facilities and activities	15	15	9	3
OT facilities	10	10	6	2

<b>Community field posting</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Equipments</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

**Table: 3 Faculties 25**

**A = 100 B = 99-75 C = < 75**

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Basic Sciences</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
<b>Clinical Sciences</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
<b>Medical education</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Local:foreign faculties ratio</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>HRH dev. Initiatives</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

**Table: 4 Student welfare 10**

**A = 100 B = 99-75 C = < 75**

<b>Hostel</b>	<b>50</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Canteen</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>Sports facilities</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
<b>Student counseling</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

**Table no 5 : Educational Monitoring system & Outcome 15**

**A = 100 B = 99-75 C = < 75**

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Calendar of Operation</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>Educational Record Keeping (e.g.</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

<b>Log Book)</b>				
<b>Student feedback</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>% Pass UE</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>5</b>
<b>% Pass LME</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>5</b>

Guideline for skills laboratory skills

Students should be able to acquire following clinical skills and procedural skills:

Clinical skills:

- Rectal and vaginal examination
- Ear drum examination
- Breast examination
- Various heart sounds, breath sounds
- Palpation of abdomen and uterus
- Fundus examination
- Splint and bandage

Procedure skills:

- Cardio-pulmonary resuscitation (CPR)
  - Neonate
  - Child
  - Adult
- CPR with Advanced cardiac life support (ACLS)
- Intubation on
  - Paediatric

- Adult
- Obtain venous access
- Umbilical catheterization
- Urethral catheterization
- Insertion of N/G tube
- Radial artery puncture
- Lumber puncture
- Pleural aspiration
- Chest tube insertion
- Central line
- Wound closure
- Scrubbing
- Putting gown and gloves

Skills may be added on further according to the availability and requirement



