

परिचय

जनस्वास्थ्य र राज्य^१

शरद वन्त

प्रवेश

राज्यले अवलम्बन गरेको मूल आर्थिक, राजनीतिक तथा सामाजिक नीतिले नागरिकको जीवनशैली, जीवनपद्धति, जीवनस्तर तथा जीवनका अन्य पक्षहरूलाई प्रभाव पारेको हुन्छ। प्रत्येक व्यक्तिमा निहित समाज विकासमा योगदान गर्न सक्ने क्षमताको प्रस्फुटन, आत्मविश्वास र जीवनप्रतिको दृष्टिकोण, जसले एक व्यक्तिको मात्र नभएर सिङ्गै समुदाय र राष्ट्रकै सामाजिक जीवनलाई प्रभावित पार्न सक्छ, राज्यको नीतिहरूबाटै प्रभावित भएका हुन्छन्। यसैले नागरिक जीवनको बहुपक्षीय हितमा राज्यले निर्वाह गर्ने भूमिकाको अहम् महत्व हुने स्पष्ट छ।

राज्यले नागरिकहितका लागि निर्वाह गर्नुपर्ने भूमिका इतिहासभरि नै प्रमुख चर्चाको विषय बनिरहे तापनि इसाको वीसौं शताब्दीमा यसलाई व्याख्या गर्न अनेकौं थप सिद्धान्तहरूको जन्म भएको छ। यति मात्रै होइन मानवविकासको

^१ यो लेख 'राज्यको भूमिका: जनस्वास्थ्यको दृष्टिकोणबाट' शीर्षक अन्तर्गत मेरी डेशन र प्रत्यूप वन्तद्वारा सम्पादित नेपालको सन्दर्भमा समाजशास्त्रीय चिन्तनमा प्रकाशित छ। यद्यपि यो लेख पूर्व प्रकाशित लेखको नयाँ संस्करण हो, जहाँ मूलतः नेपालको खण्ड नितान्त नयाँ लेखन हो।

मूल्याङ्कनसँग राज्यको भूमिका र दायित्वको मूल्याङ्कनसमेत गाँसिन थालेको छ । जनस्वास्थ्य मानवविकासकै एउटा पाटो भएकाले यसलाई राज्यसँगको सम्बन्धले प्रभाव पार्ने कुरा स्वतःसिद्ध छ । विश्वस्वास्थ्य सङ्घले स्वास्थ्य सूचकहरूको नामावलीमा स्रोतको न्यायोचित वितरण, स्वास्थ्यप्रणालीले जनतालाई दिन सकेको सन्तुष्टि आदिजस्ता सूचकहरूसमेत समावेश गरेर यसैलाई थप पुष्टि गरेको छ (WHO 2000; Murray and Frenk 2000) । वर्तमान विश्वमा यथेष्ट ज्ञान, सीप र स्रोत हुँदाहुँदै पनि धेरैजसो देशहरूमा अधिकांश जनताको स्वास्थ्यस्थिति अत्यन्तै दयनीय छ । स्वास्थ्यमा गरीब र धनी देशहरूबीचको खाडल त छँदै छ साथै एउटै देशभित्र पनि हुने र नहुनेहरूको बीच बढ्दै गएको असमानता अभै चिन्ताको विषय बनेको छ । त्यसमाथि विश्वव्यापीकरणको दौडमा प्रतिस्पर्धा गर्न नसकेर किनारा लागेका बहुसङ्ख्यक जनता स्वास्थ्यका सबै अवसरहरूबाट वञ्चित हुँदै छन् ।

देशको आर्थिक प्रणाली, कृषिसम्बन्धी नीति तथा खाद्यसुरक्षाको स्थिति, शिक्षा नीति, रोजगारी तथा सामाजिक सुरक्षाको प्रणालीले त्यहाँका जनताको स्वास्थ्यमा महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको हुन्छ । त्यसै गरी जनस्वास्थ्यको निम्ति औद्योगिक तथा वातावरणीय नीति त्यतिकै महत्वपूर्ण रहेको हुन्छ । यी सबै नीति र प्रणालीहरूलाई निश्चित दिशा दिन राज्यको केन्द्रीय भूमिका हुने भएकोले स्पष्टै छ जनस्वास्थ्यमा राज्यको भूमिकाको बृहत् चर्चा गर्ने हो भने माथि उल्लेख भएका सबै क्षेत्रको विश्लेषण गरिनुपर्छ । तर यहाँ स्वास्थ्यप्रणालीको आँखीभयालबाट जनस्वास्थ्यमा राज्यको भूमिकालाई हेर्न खोजिएको छ । यसका दुई प्रमुख कारणहरू छन् । पहिलो, स्वास्थ्यप्रणाली जनस्वास्थ्यसँग प्रत्यक्ष सरोकार राख्ने हुनाले यसको प्रकृतिले अहम् महत्व राख्दछ । दोस्रो कारण, स्वास्थ्यप्रणाली राज्यको मूल चरित्र र प्रकृतिलाई प्रतिबिम्बित गर्ने प्रतिनिधिमूलक पनि हुनाले यसको आँखीभयालबाट सिङ्गै राज्यको प्रकृतिलाई चियाउन सकिन्छ ।

राज्य र स्वास्थ्य

जीवनका अन्य पक्षहरूमा जस्तै नागरिकको स्वास्थ्यमा पनि राज्यको नीति र दृष्टिकोणले महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको हुन्छ । यद्यपि कुनै देशको सामाजिक तथा आर्थिक विकासको स्तरले निःसन्देह त्यस देशका जनताको स्वास्थ्यको स्थिति निर्धारण गर्न सक्छ, तापनि आर्थिक विकासको स्तर नै अन्तिम निर्णायक भने होइन । साथै राज्यले स्वास्थ्यमा गरेको औसत खर्चको आकार मात्रैले पनि यसको निर्णय गर्न सक्दैन । प्रमुख निर्णायक पक्ष भनेको त्यस राज्यले नागरिकको

स्वास्थ्यबारे अनुसरण गरेको नीति नै हो । यसको पुष्टिका लागि अनेकौँ उदाहरणहरू पाइन्छन् । यस सन्दर्भमा केही उदाहरणहरू प्रस्तुत गर्नु सामयिक होला । सन् १९८० को दशकमा दक्षिण अफ्रिकाको तुलनामा क्युवाको प्रतिव्यक्ति राष्ट्रिय उत्पादन (GNP) आधाभन्दा कम थियो (UNICEF 1994) । स्पष्टतः यी दुई राष्ट्रहरूमा राज्यले अभ्यास गरेको स्वास्थ्य नीतिहरू एकआपसका विपरीत थिए । क्युवामा राज्यले स्वास्थ्यलाई नागरिकको आधारभूत अधिकारको रूपमा स्वीकारेको थियो । यसैअनुरूप सबै नागरिकका लागि स्वास्थ्यसेवा समान रूपले उपलब्ध गराएर नागरिकको स्वास्थ्यलाई राज्यको दायित्वको रूपमा पालना गरेको थियो । अर्कोतिर दक्षिण अफ्रिकामा स्वास्थ्य राज्यको सरोकारको विषय थिएन र जेजस्ता स्वास्थ्य सुविधाहरू राज्यबाट प्राप्त हुन्थे ती श्वेत नागरिकहरूका लागि मात्र उपलब्ध हुन्थे (Walt 1994: 15) । आम अश्वेत नागरिकहरूको लागि कुनै किसिमको स्वास्थ्यसेवा पनि प्राप्त थिएन । फलस्वरूप, त्यतिखेर सरदरमा क्युवाको शिशु मृत्युदर दक्षिण अफ्रिकाको भन्दा पाँच गुणा कम थियो (UNICEF 1994) । यति मात्र नभएर, दक्षिण अफ्रिकाका अत्यन्तै नराम्रो स्वास्थ्य सूचक त के थियो भने त्यहाँ श्वेत र अश्वेत नागरिकहरूको बीचमा शिशु मृत्युदरमा झण्डै सातगुणा फरक थियो । निःसन्देह ती मुलुकहरूमा जनस्वास्थ्यको स्थितिमा प्रभाव पार्ने कारकका रूपमा केवल ती राज्यहरूले अवलम्बन गरेका स्वास्थ्यप्रणाली मात्र नभएर अन्य जननीतिहरू पनि उतिकै जिम्मेवार थिए । यसरी आर्थिक विकासको स्तरभन्दा राज्यले चयन गरेको स्वास्थ्य नीति जनताको स्वास्थ्यको क्षेत्रमा निर्णायक हुने कुरा स्पष्ट हुन्छ ।

यसबाहेक एउटै राष्ट्रमा पनि राज्यव्यवस्था, राज्यको चरित्र र यसले अवलम्बन गरेको नीतिले त्यहाँका जनताको स्वास्थ्यमा परेको असर निकारागुआमा केही दशकभित्र देखा परेको राज्यसत्ताको फेरबदल र यससँग गाँसिएर स्वास्थ्य स्थितिमा आएको परिवर्तनले स्पष्ट पारेको छ । सन् १९७० को दशकसम्म निकारागुआमा सोमोजाको शासनकालभरि जनताका अन्य आधारभूत आवश्यकताहरूसँगै स्वास्थ्य पनि राज्यले कुण्ठित पारेको थियो । अनुमानअनुसार सन् १९७० मा ९० प्रतिशत स्वास्थ्यका स्रोतहरू केवल १० प्रतिशत कुलीन परिवारले उपभोग गर्दथे, त्यतिखेर त्यहाँ जनस्वास्थ्यको स्थिति अत्यन्तै नाजुक रहेको थियो । त्यसपछिको १० वर्ष सान्निडिनिस्टाको समयमा जनस्वास्थ्यलाई प्रमुख महत्वका साथ सबैभन्दा दुर्गम र सबैभन्दा गरीब तप्कामा सेवा पुऱ्याउने नीति रह्यो । फलस्वरूप छोटो समयमै जनस्वास्थ्यको स्थितिमा द्रुत गतिले परिवर्तन देखिन थाल्यो । दुर्भाग्यवश सन् १९९० पछि चमाराले शासन— लगाम सम्हालेपछि निकारागुआमा पुनः

जनस्वास्थ्यको तहसनहस सुरु भयो (Werner and Sanders 1997: 53-160)। त्यस्तै पूर्व सोभियत सङ्घमा समाजवादी राज्यव्यवस्था भत्किएपछि जनस्वास्थ्यप्रति राज्यको कुनै पनि दायित्व बाँकी रहेन। स्वास्थ्य नीतिलगायत अन्य जननीतिहरूले कोल्टे फेरेपछि र सेवाका सबै ढाँचाहरू विस्थापित भएपछि पाँच वर्षभित्रै त्यहाँ मृत्युदर २० प्रतिशतले वृद्धि भयो र औसत आयु तीन वर्षले कम हुन पुग्यो (WHO 1996: 7-11)।

आजभन्दा एक सय वर्षअघि र अहिले रोगका कारणले मानिसहरूको अकालमै मृत्यु हुनुमा तात्त्विक रूपमा के फरक छ भने त्यतिखेर चिकित्सा प्रविधि नै नभएर चिकित्साशास्त्रको आफ्नै सीमित ज्ञानको कारणले जीवन गुमाउनुपर्थ्यो भने आज यस क्षेत्रमा असीमित ज्ञान, प्रविधि र सीप हुँदाहुँदै पनि तिनीहरूसम्म बहुसङ्ख्यक जनताको पहुँच नभएका कारणले बाँच्न सम्भव भएर पनि मानिसहरू मरिरहेछन्। हुने र नहुनेबीचको खाडल सयौँ वर्ष पुरानो भए तापनि स्वास्थ्य क्षेत्रमा व्याप्त यस असमानताले इसाको बीसौँ शताब्दीको उत्तरार्धमा बढी टड्कारो रूपमा चिन्तकहरूको ध्यान आकर्षण गर्न सक्यो। त्यसअघि पनि यस असमानताको आभास नभएको होइन। तर धेरैजसो विकासोन्मुख मुलुकहरूमा स्वास्थ्य सूचकहरूको अभावले गर्दा सङ्ख्यात्मक हिसाबले यसलाई नाप्न सन् १९६० को दशकदेखि नै सम्भव भयो। त्यति बेला विकासोन्मुख देशहरूको जनस्वास्थ्यको स्थितिबारे सोलोडोलो रूपमा देखिएको चित्र के थियो भने ती देशहरूमा प्रति १००० जिउँदा जन्मिएका बालकहरूमा १ वर्ष नपुग्दै २०० को मृत्यु हुने गर्थ्यो। थप १०० बालकहरू ५ वर्षको उमेर पुग्नुअघि नै जीवन गुमाउँथे भने ४९ वर्षको उमेरसम्म बाँच्ने केवल ५०० जना मात्रै हुन्थे (WHO 1981: 19)। स्वास्थ्यको स्तरको दृष्टिकोणले गरीब र धनी देशहरूबीच असमानताको सानो नमुना तालिका १ ले प्रस्तुत गर्दछ।

तुलनात्मक रूपमा देखिएको विकसित र विकासोन्मुख देशहरूबीचको यो असमानता चिन्ताको विषय त बन्यो नै, साथै यसले स्वास्थ्यप्रति र यसलाई सुधार्न गरिएका प्रयासहरूप्रति हेरिनुपर्ने वैकल्पिक दृष्टिकोणको खोजीको प्रेरक ऊर्जाको पनि काम गर्‍यो। यही असमानतालाई केन्द्रबिन्दु बनाएर भएका थुप्रै चिन्तनहरूमा नागरिकको स्वास्थ्यमा राज्यको भूमिका महत्वपूर्ण चर्चाको विषय बन्यो। यसबीच विभिन्न देशहरूमा अभ्यास भएका स्वास्थ्यसेवाप्रणालीहरूका विश्लेषण र मूल्याङ्कन गरिए। यसक्रममा विशेषतः चीन र क्युवाका स्वास्थ्यसेवाप्रणालीहरू, राज्यले नागरिकहरूको स्वास्थ्यमा निर्वाह गरेको जिम्मेवारीपूर्ण भूमिका र ती देशहरूमा छोटो अवधिमा नै स्वास्थ्य सूचकहरूमा

भएको प्रगतिले विशेष चर्चा पायो । स्वयं विश्व-स्वास्थ्य सङ्घ पनि ती अनुभवहरूबाट सबै देशहरू लाभान्वित हुनुपर्छ भन्ने निष्कर्षमा पुगेर यिनै एजेन्डाहरूसहित लामो तयारीपछि, सन् १९७८ मा ऐतिहासिक अल्माआटा सम्मेलन सम्पन्न भयो ।^२

तालिका १: सन् १९६० मा केही देशहरूका दुई प्रमुख स्वास्थ्य सूचकहरू

देश	शिशु मृत्युदर (प्रतिहजारमा)	बाल मृत्युदर (५ वर्षमुनि) प्रतिहजारमा
मालि	२३३	४००
सियरालिअन	२१९	३८५
अफगानिस्तान	२१५	३६०
भारत	१४४	२३६
स्वीडेन	१६	२०
नेदरल्यान्ड	२२	१८
जापान	४०	३१

स्रोत: UNICEF, *State of the World's Children, 1994*

‘... आज विश्वमा विशेषतः विकासोन्मुख देशहरूका करोडौं जनताको स्वास्थ्यको स्थिति स्वीकार नै गर्न नसकिने खालको छ । विश्वभरका आधाभन्दा बढी जनसङ्ख्या स्वास्थ्यसेवाको लाभबाट वञ्चित छन्’ (WHO 1978: 16) । यसरी सुरु भएको अल्माआटा सम्मेलनमा यो स्थितिमा सुधार ल्याउन राज्यको भूमिका अहम् मुद्दाको रूपमा प्रस्तुत भयो । अन्य निष्कर्षवाहेक यस सम्मेलनले ‘जनताको स्वास्थ्यका लागि सरकारले पूर्ण जिम्मेवारी लिनुपर्छ र यो जिम्मेवारी स्वास्थ्यसेवाको उचित व्यवस्था तथा अन्य सामाजिक उपायहरू अवलम्बन गरेर मात्र पूरा गर्न सकिन्छ’ (WHO 1978: 16-17) भन्दै राज्यको दायित्वलाई स्पष्ट पारेको छ । साथै, स्वास्थ्यमा नागरिकको सहभागिता जुटाएर मात्रै राज्यले यो भूमिका निर्वाह गर्न सक्नेतर्फ पनि यस दस्तावेजले औँल्याएको छ ।

^२ यस सन्दर्भमा जोन रोहडले चीनको स्वास्थ्य नीति र यसले विश्वसमुदायलाई पारेको प्रभावबारे यसरी उल्लेख गरेका छन्, ‘...चीनको स्वास्थ्यप्रणालीबारे जति पनि लेखिएका छन्, ती सबैले सम्पूर्ण चिनियाँ नागरिकहरूका लागि ‘सबैका लागि स्वास्थ्य’ प्राप्त भएको कुरा निर्वाध स्वीकार गरेका छन् । बहुचर्चित चिनियाँ स्वास्थ्यप्रणालीले सन् २००० सम्म सबैका लागि स्वास्थ्य नारासहित प्राथमिक स्वास्थ्य सेवालाई प्रवर्द्धन गर्न विश्वस्वास्थ्य संघलाई उत्प्रेरणासमेत दियो’ (Rhode 1987: 6) ।

कुनै पनि राज्यमा नागरिक हितको सन्दर्भमा राज्य र नागरिकबीचको अन्तर्सम्बन्ध एउटा प्रमुख सवाल हो। यो सम्बन्ध मुख्यतः राज्यले नागरिक हितका लागि निर्वाह गर्ने दायित्व र राज्य सञ्चालनमा नागरिकको सहभागिताको सम्भावना र अंशमा प्रतिबिम्बित भएको हुन्छ। एउटा संवैधानिक राज्यमा नागरिकको जीउधन र स्वतन्त्रताको रक्षा गर्नु राज्यको दायित्व भए तापनि (Held 1996: 78-80) यी राज्यहरूको दायित्व नागरिकका राजनीतिक अधिकार र स्वतन्त्रताको ग्यारेन्टीमा मात्रै अभिव्यक्त भएको पाइन्छ। यस सन्दर्भमा स्वस्थ रहन पाउने नागरिकको अधिकारलाई पनि राज्यले सुनिश्चित गर्नुपर्ने कुरालाई स्पष्टसँग राखेर अल्माआटा सम्मेलनले स्वास्थ्यलाई यसबाट स्वास्थ्य प्रविधि र प्राविधिकहरूको एकाधिकार र नियन्त्रणबाट मुक्त भएको छ। नागरिक अधिकार र राज्यको दायित्वको घेराभित्र ल्याएर ऐतिहासिक निर्णय लिएको छ।

स्वास्थ्यप्रणाली र राज्य

स्वास्थ्यको परिभाषा र यसको अवधारणामा आएको व्यापकतासँगै स्वास्थ्यप्रणालीको बुझाइमा पनि परिवर्तन आएको छ। स्वास्थ्यको बहुआयामिक प्रकृति र स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने वस्तुहरू बहुपक्षीय हुनुका साथै तिनीहरूबीचको अन्तर्सम्बन्ध जटिल भएकोले स्वास्थ्यप्रणालीलाई एउटा निश्चित आकारमा रेखाङ्कन गर्न गाह्रो छ। कुनै रोग र महामारी मात्र नभै सडक दुर्घटनामा हुने मृत्यु, मानवनिर्मित वा प्राकृतिक प्रकोपबाट हुने जीवको क्षति, युद्ध वा भोकमरीबाट स्वास्थ्यमा पर्ने नकारात्मक प्रभाव आदि सबै स्वास्थ्यप्रणालीको सरोकारका विषय हुन्। साथै स्वास्थ्य रक्षाका लागि व्यक्तिगत रूपमा वा पारिवारिक तहमा अथवा समुदायकै तहमा गरिने सबै प्रयासहरू पनि स्वास्थ्यप्रणालीकै एउटा पक्ष हो। यसैले सिद्धान्ततः स्वास्थ्यप्रणालीले यी सबै पक्षहरूलाई समावेश गर्नुपर्ने हो तापनि यहाँ राज्यसँगको सम्बन्धमा चर्चा गर्ने सन्दर्भमा स्वास्थ्यप्रणालीलाई निश्चित सीमाभित्र राख्न खोजिएको छ। त्यो भनेको प्रत्यक्ष रूपमा रोगहरूको रोकथाम, उपचार तथा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन र पुनर्स्थापनाको लागि गरिने चिकित्साशास्त्रीय तथा यससँग औपचारिक गतिविधिहरूको सीमा हो। यो उल्लेख गरिरहनु नपर्ला कि स्वास्थ्यप्रणालीको राज्य सञ्चालनमा अन्य प्रणालीहरूसँग अन्तर्सम्बन्ध रहन्छ र यिनीहरू एकअर्काबाट प्रभावित भइरहन्छन्।

स्वास्थ्यप्रणालीलाई विश्लेषण गर्ने विभिन्न पद्धतिहरू प्रचलनमा छन्। बेग्लाबेग्लै प्रयोजनका लागि गरिने स्वास्थ्यप्रणालीको विश्लेषणमा बेग्लाबेग्लै पद्धतिको अवलम्बन गरिन्छ। स्वास्थ्यसँग अनेकौँ पक्षहरू गाँसिएको कारणले

पनि स्वास्थ्यप्रणालीलाई हेर्ने र यसको लेखाजोखा गर्ने दृष्टिकोणहरू फरक हुन गएका हुन् । यी अनेकौं पक्षहरूमध्ये स्वास्थ्यमा समानता र सामाजिक न्यायको गहनता वा अभाव स्वास्थ्यप्रणालीलाई विश्लेषण र मूल्याङ्कन गर्ने एउटा प्रमुख आधार भएको छ । गरीब र धनी देशहरूबीच बढ्दै गएको अन्तर र एउटै देशभित्र पनि स्वास्थ्यको स्थितिमा गहिरिँदै गएको असमानतालाई ध्यानमा राख्दा स्वास्थ्यप्रणालीलाई समानता र सामाजिक न्यायको कसीमा राखेर हेर्नुपर्ने कुरा भन्नु टुङ्कारो हुन आउँछ । स्वास्थ्यप्रणाली कतिसम्म समानता र सामाजिक न्यायमा आधारित हुन्छ, त्यो कुरा राज्यको चरित्र र प्रकृतिमा निर्भर गर्दछ ।

राज्यव्यवस्था र स्वास्थ्यप्रणालीको चर्चा गर्दा ऐतिहासिक दस्तावेजहरूमा आधारित भएर तिनीहरूको अन्तरसम्बन्धबाट निर्माण भएको कुनै खास प्रणालीको सोभो चित्रण गर्न कठिन छ । यसको प्रमुख कारण के हो भने एकातिर राजनीतिशास्त्रीय साहित्यमा राज्यव्यवस्थाको विस्तृत चिरफार गर्दा पनि त्यहाँ अवलम्बन गरिएका स्वास्थ्यप्रणाली चर्चाभन्दा निकै पर रहेको हुन्छ भने अर्कोतिर जनस्वास्थ्यसम्बन्धी साहित्यमा बढी स्वास्थ्यप्रणालीमा केन्द्रित भएको हुन्छ र राज्यको प्रकृतिले गौण महत्व पाएको हुन्छ । उदाहरणका लागि, चिनियाँ स्वास्थ्यप्रणालीको चर्चा गर्दा त्यहाँ नागरिकको स्वस्थ रहने अधिकार राज्यले सुरक्षित गरेको कुरा उल्लेख भए तापनि यो प्रणालीलाई त्यहाँको राज्य र नागरिकबीचको अन्तर्सम्बन्ध अथवा राज्यको वर्गीय चरित्र र यसबाट सिर्जित राज्यव्यवस्थाको दार्शनिक पक्षसँग दाँजेर विश्लेषण गरिएको भने कमै पाइन्छ । यसरी स्वास्थ्यप्रणालीलाई विश्लेषण गर्दा त्यस प्रणालीको प्राविधिक तथा प्रशासनिक पक्षलाई बढी विस्तृत रूपमा हेरिन्छ र अन्य राजनीतिक तथा सामाजिक पक्षलाई छायाँमा पारिन्छ । स्वास्थ्य जनकल्याणको एउटा प्रमुख अंश भएको हुनाले र कुनै राज्यप्रणालीले कस्तो लोककल्याणकारी नीति अपनाएको छ, त्यसैमा जनस्वास्थ्यको दृष्टिकोण पनि प्रतिबिम्बित हुने हुनाले तिनै नीतिहरूको आधारमा स्वास्थ्यप्रणालीको पनि लेखाजोखा गर्नुपर्ने हुन्छ ।

अहिले इसाको एक्काइसौं शताब्दीको मुखमा आएर विश्वमा प्रायः सबैजसो राज्यहरूले प्रजातन्त्रकै कालत गरेर आफूलाई लोककल्याणकारी राज्य भएको दावा त गर्छन् नै, इतिहासको सबैजसो कालखण्डमा प्राचीन एथेन्सको 'नगरराज्य'देखि आधुनिकतम अथवा बीसौं शताब्दीको अन्तमा रूपान्तर भएका नवीनतम राज्यहरूले पनि यही दावा गर्ने गर्दछन् । तर अधिकांश राज्यहरू तथा राज्यव्यवस्थाप्रणालीहरू जनहित तथा लोककल्याणकारी दायित्व निर्वाह गर्ने सन्दर्भमा आलोचित हुनबाट मुक्त हुन भने सकेका छैनन् । प्राचीन एथेन्सको 'नगरराज्य'को

राज्यव्यवस्था समानता, न्याय, स्वतन्त्रता र जनहितको लागि आदर्श नमुनाको रूपमा प्रस्तुत हुने गरेको भए तापनि जनसङ्ख्याको ठूलो हिस्सा – दास, महिला तथा प्रवासी समुदायमाथि राज्यले निर्ममतापूर्वक भेदभाव गरेको थियो (Held 1996: 13-20) । जनसङ्ख्याको ठूलो हिस्सा ओगट्ने ती समूहहरू नागरिकको रूपमा भागेदारी बन्न सक्तैनथे ।

प्राचीन एथेन्स 'नगरराज्य'को राज्यव्यवस्था परिष्कृत हुँदै कालान्तरमा गणराज्यमा रूपान्तर हुँदा नागरिकहरूबीचको अधिकारमा समानता त स्थापित हुन सक्थो तर पनि यो समानता धेरै हदसम्म राजनीतिक अधिकारको रूपमा नै अङ्कियो । प्रत्येक नागरिकको राज्यव्यवस्थामा र सामुदायिक हितको निर्णयमा सहभागी हुने अधिकार भए तापनि यस्तो सहभागिताको अंश भने उसको स्वामित्वमा भएको सम्पत्ति र उसको सामाजिक हैसियतसँग समानुपातिक नै हुने हुँदा समाजमा अनेकन तप्काहरूबीच असमानताका रेखाहरू टडकारो देखिन्थ्यो । निरंकुशतन्त्र, औपनिवेशिक राज्यहरू, लिङ्गभेदी तथा वर्णभेदी नीतिमा आधारित राज्यहरूको त प्रसङ्ग नै नउठाए हुन्छ, किनभने ती राज्यहरूले नागरिकहरूमाथि सामाजिक न्याय गर्न सक्ने कुनै ठाउँ नै हुँदैन । ती राज्यहरूले नागरिकको सामाजिक सुरक्षा, स्वास्थ्यशिक्षाको दायित्वबोधसम्म पनि गर्न सक्तैनन् ।

यसरी बितेका शताब्दीहरूमा राज्यले नागरिकहरूको हितमा न्यायपूर्ण दायित्व निर्वाह गर्न सकेको उदाहरणहरू बिरलै भेटिन्छन् । इतिहासमा भेटिने जुनसुकै प्रणालीको राज्यव्यवस्थामा पनि शासक र शासितबीचको वर्गभेद कुनै न कुनै अंशमा रही नै रह्यो र यही वर्गीय चरित्रको जरामा उभिएको राज्यव्यवस्थाले नागरिक हितको नाममा वर्गहित नै गरिरह्यो । बीसौँ शताब्दीमा मानवसभ्यताको विकासमा जति परिवर्तनहरू भए त्यति परिवर्तन आउन यसअघि निकै शताब्दीहरू खर्चिन पर्थ्यो । राजनीतिक, आर्थिक, सामाजिक आदि जस्ता जीवनका सबैजसो क्षेत्रमा भएका विभिन्न परिवर्तन र प्रयोग तथा विज्ञानका अनेकौँ विधाहरूमा भएका चमत्कारपूर्ण खोज र आविष्कारले मानव जीवनका थुप्रै रहस्योद्घाटनहरू मात्र भएनन् मानवजीवनमा अनेकौँ जटिलताहरू पनि थपिदिए । जीवनलाई हेर्ने र भोग्ने थप अनेक दृष्टिकोणहरू विकास भए, सृजना र विनाशका अनेकन सम्भावनाहरू जन्मिए । जीवनका यी आयामहरूका बीच मानवस्वास्थ्य एउटा अत्यन्तै महत्वपूर्ण आयामको रूपमा स्थापित भयो । गएको शताब्दीमा स्वास्थ्य-विज्ञान र प्रविधिको अकल्पनीय विकासले मानवस्वास्थ्यका जटिल समस्याहरूलाई सुल्झाएको मात्रै होइन स्वास्थ्यलाई मानवविकास र मानवजीवनको गुणात्मकतालाई नाप्ने कसौको रूपमा समेत स्वीकारियो ।

बीसौ शताब्दीको पृष्ठभूमिमा नागरिकहरूको हितमा राज्यको भूमिकालाई स्वास्थ्यको आँखीभ्यालबाट चियाउने हो भने ती राज्यहरूले अवलम्बन गरेको भूमिकाहरूलाई राज्यव्यवस्थाको मूलदर्शन विश्व राजनीतिमा घटित घटनाक्रमको आधारमा मोटामोटी तीन समूहमा विभाजन गर्न सकिन्छ। पहिलो समूहमा उदार जनतान्त्रिक राज्यहरूले अवलम्बन गरेको भूमिका, दोस्रो समूहमा मार्क्सवादी दर्शनमा आधारित राज्यहरूको भूमिका र तेस्रो समूहमा समाजवादी देशहरूमा राज्यव्यवस्थाको परिवर्तनपछि, चर्चामा आएको नवउदारवादी राज्यको भूमिका पर्दछन्।

उदार जनतान्त्रिक राज्यहरू

निरंकुश राज्यहरूलाई विस्थापित गर्न विकास भएका सोचहरूको प्रमुख उद्देश्य व्यक्तिमा निर्णय गर्ने स्वतन्त्रताको मान्यता स्थापित गर्नु हो। 'सार्वभौम राज्य' र शक्तिको स्रोत मानिएको 'सार्वभौम जनता'को सम्बन्ध नै यी सोचहरूको केन्द्रीय प्रश्न हो। आफ्नो भलाइका लागि सबैभन्दा उत्तम निर्णय लिन सक्ने क्षमता भएकोले नागरिक सार्वभौम हुन्छ र राज्यको दायित्व भनेको नागरिकको निर्णय लिन पाउने अधिकार र स्वतन्त्रताको सुरक्षा गर्नमा सीमित हुनुपर्छ भन्ने मूल मान्यताको जगमा उभिएको भए पनि (Held 1996: 74-75) उदारवादी जनतन्त्रकै वकालत गर्नेहरूमा निर्वाध एकरूपता पाइन्छ। उदारवादी जनतन्त्रको सोचलाई नितान्त आलोचनात्मक हुँदै सतर्कतासाथ व्याख्या गर्नेहरूदेखि यसलाई न्यायको सिद्धान्तसँग एकाकार गर्ने मध्यमार्गी र उदारवादको कुनै विकल्प नभएको दाबी गर्ने अतिवादी सोचहरू यसै खेमामा पाइन्छन्। पहिलो खेमाका व्याख्याताहरू उदारवादी जनतन्त्रले सबै नागरिकहरूको हितलाई समेट्न नसक्ने दाबी गर्दछन्। क्यारोल पेटम्यानलाई त्यो समूहको प्रतिनिधि आलोचकको उदाहरण मान्न सकिन्छ। नारीवादको वरिपरि केन्द्रित हुँदै उनी उदार जनतन्त्रमा महिलाको सहभागिता न्यून रहने र समाजमा हर्ताकर्ता ठानिएको पुरुषको वाहुल्य हुने तर्क गर्दछन्। उनको आलोचनात्मक सोचअनुसार उदार जनतन्त्रमा केही सैद्धान्तिक छिद्रहरू रहेका छन् (Sullivan 1998: 175-195)। जोहन रवल्स न्याय सिद्धान्तको वकालत त गर्दछन्, तर उदारवाद अनि यससँग गाँसिएको जनतन्त्र नै सामाजिक न्याय प्राप्तिको औजार हुने विश्वास गर्दछन् (Wolfst 1998)। अर्को बिन्दुमा फुकुयामाजस्ता विचारक पर्दछन् जो उदार जनतन्त्रको कुनै विकल्प नभएको दाबी गर्दछन् (Held 1996)। जनतन्त्र दर्शनभन्दा माथि हुन्छ (Welton 1998) भन्ने ढुलमुले सोचहरू पनि यसैबीचमा कतै पाइन्छन्।

जति विविध रूपमा छरिएका भए पनि उदारवादी जनतन्त्रका पक्षधर राज्यहरूको एउटा साझा चरित्र के हो भने राज्यको अगाडि सबै नागरिकहरूको

कानूनी हैसियत बराबर हुन्छ, र स्वास्थ्यलगायतका अन्य जननीतिहरू यही सोचबाट निर्देशित भएका हुन्छन्। जनताका आवश्यकताहरूको माग र पूर्तिको सन्दर्भमा यो नीतिको चुरो भनेको खुला अथवा उदार बजार नीति नै हो। व्यक्तिसँग भएको श्रम, स्रोत र साधनको निजी रूपमा स्वतन्त्र बजारमा हुने क्रय-विक्रयबाट व्यक्तिले आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्नुपर्ने हुँदा त्यसैअनुरूप उसले आफ्नो स्वास्थ्यसेवाका आवश्यकताहरूलाई पनि मूलतः निजी तवरबाटै पूर्ति गर्नुपर्ने हुन्छ। यसको एकापट्टि कुनामा त्यस्ता लोककल्याणकारी राज्यहरू छन् जहाँ व्यक्तिको स्वास्थ्यको दायित्वको भार नागरिकहरूले नै करको रूपमा सामूहिक तवरले बहन गर्दछन्। नागरिकहरूबाट कर असुल गर्ने र त्यसलाई समान रूपले वितरण गर्न राज्यले सहजकर्ताको भूमिका मात्र निर्वाह गर्दछ। लोककल्याणकारी राज्यको सबैभन्दा उत्तम पक्ष सायद नागरिकको स्वास्थ्यमै अभिव्यक्त हुन्छ होला। कसले कति कर तिरेको छ भन्ने आधारमा नभएर कसलाई कति आवश्यकता छ भन्ने आधारमा राज्यमार्फत स्वास्थ्यसेवा वितरण हुने भएकाले त्यस्ता राज्यहरूमा स्वास्थ्यसेवाको वितरणमा सामाजिक न्याय पाइन्छ। विश्वमा अत्यन्तै थोरै मुलुकहरूले नागरिकको स्वास्थ्यमा लोककल्याणकारी भूमिका निर्वाह गरेका छन्। संयुक्त अधिराज्य, स्वीडेन, नर्वे, डेनमार्क, क्यानडा केही यस्ता राज्यका उदाहरणहरू हुन् तथापि यीमध्ये केहीले यी स्वास्थ्यप्रणालीहरूलाई धेरथोर विघटन गर्दै छन्।

उदारवादी जनतन्त्रकै अर्को कुनामा यस्ता राज्यव्यवस्था पर्छन्, जहाँ जनस्वास्थ्यमा राज्यको दायित्व अत्यन्तै न्यून हुन्छ। तीमध्ये केही थोरै राज्यहरूले नागरिकहरूको निश्चित सानो समूहलाई संरक्षण गरे तापनि आम नागरिकहरूले आफ्नो स्वास्थ्यको दायित्व आफैले बोक्नुपर्छ। यो वर्गका बहुसङ्ख्यक राज्यहरूले भने स्वास्थ्यको भार नागरिककै काँधमाथि थोपरिदिएका हुन्छन्। स्वास्थ्यसेवालाई मूलतः वस्तुको रूपमा हेरिने हुनाले त्यसमा लगानी, श्रम र मुनाफाका अंशहरू जोडिँदै स्वतन्त्र बजारमा विक्रीको लागि छाडिन्छन्। उदारवादी जनतन्त्रमा सबै नागरिकहरूले आफ्नो मतमार्फत शासकहरूलाई आफ्नो प्रतिनिधिको रूपमा छान्ने अधिकार र स्वतन्त्रता भएको आधारमा राज्य प्रतिनिधिमूलक र तटस्थ हुने विश्वास गरिन्छ। यद्यपि यो तटस्थतामा राज्यले आफ्नो उत्तरदायित्व गुमाउँछ। स्वास्थ्यलगायत नागरिकहरूको निजी आवश्यकताहरूको माग र पूर्तिको थलो स्वतन्त्र बजारमा नागरिक उपभोक्तामा रूपान्तर हुन्छ र त्यहाँ राज्यको न्यूनतम हस्तक्षेप हुने हुँदा क्रय क्षमता हुने नागरिक उपभोक्ताले मात्रै आफ्नो आवश्यकताहरूलाई पूर्ति गर्न सक्छ। यही सामान्य कारण हो आज उदारवादी जनतन्त्र र उदार

बजारमुखी अर्थतन्त्रले गाँजेका बहुसङ्ख्यक मुलुकहरूमा क्रयशक्ति नभएका अत्यधिक नागरिकहरू न्यूनतम स्वास्थ्यसेवाबाट वञ्चित भएका छन् । यो स्पष्टतः उनीहरूको तुलनात्मक स्वास्थ्य स्थितिमा प्रतिबिम्बित भएको छ । चाहे त्यो संयुक्त राज्य अमेरिकामा श्वेत र अश्वेतहरूको बीचको भिन्नता होस्, चाहे नेपालजस्तो सानो र गरीब देशभित्र पनि गाउँ र शहरवासीहरूको बीचको भिन्नता होस् ।

समाजवादी राज्यहरू

माक्सवादी दृष्टिकोणमा पूँजीवादी उत्पादन र वितरण सम्बन्ध अथवा उत्पादनका साधनहरूमाथि निजी स्वामित्व र वितरणलाई उदार बजार व्यवस्थाको वकालत र संरक्षण गर्ने राज्य नागरिक हितको सवालमा तटस्थ हुन सक्तैन । माक्सवादको केन्द्रीय सोच के हो भने यस्ता राज्यहरूले यथार्थमा पूँजीको मालिकको हित र स्वार्थको संरक्षण गरिरहेका हुन्छन् । त्यसैले पूँजीवादी अर्थव्यवस्थामा आधारित उदार जनतन्त्रीय राज्यहरूले दावी गर्ने तटस्थता भ्रमपूर्ण छ र यथार्थमा यस्ता राज्यहरूको वर्गीय चरित्र हुन्छ । पूँजीवादी आर्थिक सम्बन्धमा निहित मानवशोषणका कारणले त्यस्तो राज्यव्यवस्थामा नागरिक मुक्ति र स्वतन्त्रता सम्भव हुँदैन । माक्सको सिद्धान्तअनुसार राज्यसत्ता वर्गीय समाजमा एउटा वर्गको स्वार्थको संरक्षण गर्ने सङ्गठित राजनीतिक शक्तिको अभिव्यक्ति हो, त्यसैले सामाजिक रूपान्तरको एउटा बिन्दुमा जब वर्गहरू विलय हुन्छन्, त्यतिखेर राज्य तटस्थ हुने मात्र होइन यो क्रमशः निष्क्रिय पनि हुँदै जान्छ । माक्सको वर्ग र राज्यको अन्तर्सम्बन्धलाई हेल्ड (Held 1996: 139) ले यसरी व्याख्या गरेका छन्:

१. सामाजिक तथा आर्थिक सम्बन्धको जगमा राज्यको निर्माण हुन्छ,
२. राज्य उत्पादन सम्बन्धहरूको रूप र प्रकृतिको निर्णायक होइन, बरु राज्यले निश्चित उत्पादन सम्बन्धको संरक्षण र अभिव्यक्त गर्दछ,^३
३. समाजमा प्रमुख रहेको कुनै एउटा वर्गको दीर्घकालीन हितअनुरूप राज्यले औजारको रूपमा समाजलाई संयोजन गर्दछ,
४. वर्गसम्बन्धले नै शक्ति तथा अन्तरविरोधमा प्रमुख पक्षहरूलाई निर्धारण गर्दछ,
५. त्यसैले जब वर्गहरू नै रहँदैनन् तब राजनीतिक शक्ति र राज्यको कुनै पनि भूमिका नै रहँदैन ।

^३ यहाँ लेखकले व्यक्त गर्न खोजेको सन्दर्भ के हो भने राज्य निर्माण भइसकेपछि, यसले उत्पादन सम्बन्धहरू स्थापित गर्ने होइन, बरु समाजमा विद्यमान वर्गसङ्घर्षमा जुन वर्गको प्रभुत्व रहन्छ त्यही वर्गको हितमा पूर्वनिर्धारित उत्पादन सम्बन्धलाई राज्यले अनुकरण र परिमार्जन गर्दछ ।

राज्यको समाजवादी रूपान्तर हुँदा अथवा श्रमिकवर्गको नेतृत्वमा उत्पादनका साधनको निजी स्वामित्वबाट सामूहिक स्वामित्वमा रूपान्तर हुनेबित्तिकै वर्गविहीनताको स्थिति सम्भव भइहाल्दैन । वर्गविहीनताको अवस्था एउटा लामो प्रक्रियाबाट गुज्ने मात्र प्राप्त हुन सक्छ । सन् १९१७ मा अक्टोबर क्रान्ति भएदेखि आजसम्म कुनै राज्य वर्गविहीनताको अवस्थामा विकसित हुन सकेको वा सकेन त्यसको विश्लेषण कतै गरिएला । यहाँ त्यसलाई समेट्न खोजिएको होइन । वीसौं शताब्दीमा विश्वका धेरै देशहरूमा समाजवादी राजनीतिक रूपान्तर भयो । ती देशहरूमा स्वास्थ्यको दृष्टिकोणले नागरिक हितको लागि राज्यले निर्वाह गरेको भूमिकाको यहाँ संक्षिप्त विवेचना गर्न खोजिएको हो ।

समाजवादी देशहरूमा रोजगारी शिक्षा, स्वास्थ्य, निवृत्तिभरणजस्ता नागरिकका सामाजिक सुरक्षालाई राज्यले ग्योरेन्टीसहित दायित्व बोकेका हुन्छन् । यिनै सामाजिक सुरक्षामा राज्यको दायित्व जनस्वास्थ्यमा पनि अभिव्यक्त भएको हुन्छ । त्यसैले स्वास्थ्य राज्यको एकल दायित्वको रूपमा मात्र नभएर नागरिक हितमा राज्यले निर्वाह गरेको भूमिकाको एउटा पाटोका रूपमा स्थापित भएको हुन्छ । स्वास्थ्यसेवामा हुने लगानी पूर्णतः राज्यकोषबाट पूर्ति गरिने हुनाले नागरिकको लागि निःशुल्क हुने मात्र होइन स्वास्थ्यसेवालाई नागरिकको आधारभूत मानवअधिकारको रूपमा राज्यले स्वीकारेको हुन्छ (Walt 1994: 22) ।

पूँजीवादी राज्यहरूमा भन्दा फरक समाजवादी देशहरूमा राज्यले नागरिकको लागि अत्यावश्यक स्वास्थ्यसेवा उपलब्ध गराउने दायित्व बोकेअनुरूप राज्यको प्रत्येक नागरिकले आफ्नो आवश्यकताअनुसार स्वास्थ्यसेवा निर्वाह उपभोग गर्ने अवसर पाउँछ । स्वास्थ्यसेवामा सबैको लागि समान पहुँच हुने भएकाले समाजवादी राज्यव्यवस्थामा रूपान्तर भएका धेरै देशहरूमा स्वास्थ्यको स्तरमा छोटो समयमै अपत्यारिलो ढङ्गबाट सुधार आएको कुरा धेरै चर्चामा आइसकेको छ । तीमध्ये चीन र क्युवामा भएका परिवर्तनहरू ऐतिहासिक रूपले नै उल्लेखनीय हुँदै आएका छन् । सन् १९५९ को क्रान्तिअघि क्युवा त्यस क्षेत्रको आम देशहरूजस्तै अनेकौं स्वास्थ्य समस्याहरूबाट ग्रस्त थियो र राज्यव्यवस्थाले अत्यन्तै थोरै सङ्ख्यामा रहेको धनीमानी र राजधानी हवानावरिपरि बसोबास गर्ने केही कुलीन परिवारहरूको चासो र स्वार्थको मात्र रेखदेख गर्दथ्यो । त्यसैअनुरूप स्वास्थ्यसेवा पनि यही वर्गको पहुँचमा मात्र सीमित थियो । क्रान्तिपछि वर्गसम्बन्धमा आएको परिवर्तनले राज्यको भूमिकामा पनि परिवर्तन ल्यायो (Werner 1987: 17-37) । नागरिकको स्वास्थ्यलाई सर्वोपरि प्राथमिकताका साथ नीतिहरू लागू भए । ग्रामीण जनताको आवश्यकतालाई प्राथमिकता दिएर

स्रोतको वितरणमा परिवर्तन भयो । स्वास्थ्य समस्याहरूको रोकथाममा तथा मातृशिशु सेवामा अत्यधिक प्राथमिकता क्युवाली स्वास्थ्य नीतिको प्रमुख विशेषता बन्यो । संयुक्त राज्य अमेरिकाभन्दा एक वर्षअघि नै सन् १९६३ मा क्युवाबाट पोलियो उन्मूलन भएको तथ्यले पनि यस कुराको पुष्टि गर्दछ । त्यसबाहेक, क्युवाली स्वास्थ्यप्रणालीको उल्लेखनीय पक्ष भनेको जनताको जतिसक्दो नजिकसम्म स्वास्थ्यसेवाको विस्तार हो । सम्पूर्ण क्युवालीहरूलाई पोलिक्लिनिक अथवा ग्रामीण अस्पतालमार्फत नजिकै घरदैलामै अत्यावश्यक स्वास्थ्यसेवाहरू उपलब्ध गराइएका छन् । त्यहाँ सम्भव नभएका सेवाहरूका लागि क्षेत्रीय अथवा केन्द्रीय अस्पतालहरूमा सम्प्रेषण गरिन्छ । चिकित्साकर्मीहरूलाई तालिमकै अवधिमा ग्रामीण क्षेत्रमा गएर काम गर्न उत्प्रेरित गरिने प्रक्रियाले स्वास्थ्यसेवालाई त्यो तहसम्म विस्तार गर्ने कार्यमा महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको छ । लगभग दुई दशकको अवधिमा क्युवाका स्वास्थ्य सूचकहरू ल्याटिन अमेरिकी देशहरूको तुलनामा उत्तम मात्र होइन अन्य विकसित देशहरूकै हाराहारीमा आइपुग्यो । त्यसरी नै सन् १९५० को दशकमा चीनमा नौलो जनवादी क्रान्ति भर्खर सम्पन्न हुँदा जनस्वास्थ्यको स्थिति अत्यन्तै नाजुक थियो । शताब्दी पुरानो शोषणमुनि थिचिएका बहुसङ्ख्यक जनताहरूको स्थिति रुग्ण हुनुको साथै नयाँ निर्माण भएको सरकारसँग स्रोत र साधन अत्यन्तै सीमित थियो । अन्य आवश्यकताहरूसँगै स्वास्थ्यका आवश्यकताहरू पनि अनगिन्ती थिए । तर उच्चस्तरको राजनीतिक प्रतिबद्धता र राज्यको दायित्वबोधको कारणले नै यी समस्याहरूमाथि विजय पाउन सम्भव भयो (Rhode 1987: 5-16) । समुदायमै आधारित नाङ्गाखुट्टे डाक्टरहरूको व्यापक तालिम र परिचालन, स्वास्थ्यचौकी तथा कम्प्यून अस्पतालहरूको विस्तार तथा परम्परागत चिकित्साप्रणालीको खोज र प्रवर्द्धन अनि यसको आधुनिक चिकित्साप्रणालीसँगको एकीकरण चिनियाँ स्वास्थ्यप्रणालीका प्रमुख विशेषता हुन् ।

यान्त्रिक अनुसरणका असफलताहरू

पूर्व सोभियत सङ्घलगायत पूर्वी युरोपका समाजवादी देशहरूमा विकासका पूर्वाधारहरू निर्माण भइसकेको र ती देशहरू तुलनात्मक रूपमा आत्मनिर्भर बनेका भए पनि कतिपय एसिया, दक्षिण अमेरिका तथा अफ्रिकाका समाजवादी देशहरूको आर्थिक विकासको स्तर आम विकासोन्मुख देशहरूकै हाराहारीमा अझ निम्न नै थियो । त्यसैले यी समाजवादी देशहरूमा अवलम्बन गरिएका स्वास्थ्य नीतिकै कारण त्यहाँ जुन सकारात्मक परिवर्तनहरू आए, ती संसारभरमै उदाहरणीय बन्न गए । ती देशहरूमा राज्यले जनताको स्वास्थ्यमा निर्वाह

गरेको उत्तरदायित्वपूर्ण भूमिका सन् १९७० को दशकमा जनस्वास्थ्य विकासको महत्वपूर्ण सूत्रको रूपमा हेर्न थालियो । स्वास्थ्य नागरिकको नैसर्गिक र मानवअधिकारको रूपमा राज्यले स्वीकार्नुपर्ने र त्यसको संरक्षणका लागि राज्यले ग्यारेन्टी गर्नुपर्ने, स्वास्थ्यमा समता र सामाजिक न्यायको मान्यतालाई स्थापित गर्नुपर्ने जस्ता अवधारणालाई जनस्वास्थ्यको आधारस्तम्भको रूपमा वकालत गरियो । यिनै मान्यताहरूको जगमा अन्तर्राष्ट्रिय समुदायले सन् १९७७ मा सबैका लागि स्वास्थ्य पुऱ्याउने वचनबद्धता प्रकट गरेर एक वर्षपछि अल्माआटा सम्मेलनमा त्यसको औपचारिक घोषणा गरे ।

विश्व समुदायको वचनबद्धता रहँदा पनि स्वास्थ्यमा समता र सामाजिक न्याय स्थापित हुन सकेन र अधिकांश देशका नागरिकहरू स्वास्थ्यसेवाको पहुँचभन्दा निकै पर पुगेका छन् भन्ने कुरा अघि नै उल्लेख भैसकेको छ । जनस्वास्थ्यमा समताको कुरा जति चर्को स्वरमा व्यक्त गरे पनि यसको सही कार्यान्वयनमा भने राज्यले कसको हितमा वकालत गर्छ भन्ने कुरा नै निर्णायक हुन्छ । त्यसैले समाजवादी राज्यव्यवस्थाअन्तर्गत अवलम्बन गरिएका स्वास्थ्य नीति र सिद्धान्तहरू बेग्लै वर्गीय सम्बन्ध र उत्पादन सम्बन्ध भएका राज्यहरूमा यान्त्रिक अनुकरण मात्र सिद्ध हुन गए । यी नीतिहरूको सफल कार्यान्वयनले माग गर्ने राज्यको प्रतिबद्धता त्यसको वर्गीय प्रतिनिधिले मात्र जन्माउँछ, र यसको अभावमा धेरैजसो देशहरूमा स्वास्थ्यमा समता र सामाजिक न्यायको नीति सफल हुन सकेन । विश्वस्वास्थ्य सङ्घको बडापत्रमा स्वास्थ्य मानवअधिकार भएको उल्लेख भएअनुरूप अल्माआटा सम्मेलनले यो अवधारणालाई अभि सशक्त बनाउँदै नागरिकको स्वास्थ्यलाई राज्यले संरक्षण गर्नुपर्ने दायित्वको बोध त गरायो, साथै संयुक्त राष्ट्र सङ्घले पनि सदस्य राष्ट्रहरूलाई नागरिकको स्वस्थ रहने हकलाई ग्यारेन्टी गर्न राज्यलाई कानूनी दायराभित्र त ल्यायो (Chapman 1994),^४ तर यी दुवै संस्थाहरू राज्यको चरित्र तथा राज्यव्यवस्थाको वर्गीय विश्लेषण गर्न भने असफल रहे । राज्यले निर्वाह गर्नुपर्ने दायित्वहरूको पूर्वी

^४ अन्तर्राष्ट्रिय आर्थिक, सामाजिक तथा सांस्कृतिक अधिकार सन्धिको (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) दफा १२ ले नागरिकको स्वस्थ रहन पाउने अधिकारको पूर्ण सुरक्षाको लागि राज्यले निम्न दायित्व पूरा गर्नुपर्ने उल्लेख गरेको छ: (क) जन्म मृत्यु (stillbirth), शिशु मृत्यु र बाल मृत्यु घटाउने तथा बालकहरूको स्वास्थ्य विकासको प्रावधान गर्ने, (ख) वातवरणीय तथा औद्योगिक स्वास्थ्यको विकास गर्ने, (ग) महामारी रोग, व्यवसायजन्य तथा अन्य रोगहरूको नियन्त्रण एवं उपचारको व्यवस्था गर्ने, (घ) विरामी हुँदा सबैका लागि उपचार र चिकित्सासेवा उपलब्ध हुने वातवरण बनाउने ।

थमाई दिँदैन। कुनै पनि राज्यले त्यसलाई सहजै लागू गर्दैन। ती दायित्वहरूलाई जिम्मेवारीपूर्ण तरिकाले व्यवहारमा अनुवाद गर्न कस्तो राज्यव्यवस्थामा सम्भव हुन्छ, भन्ने विश्लेषण गर्न र त्यसअनुरूपको पूर्जी थमाउन भने न त संयुक्त राष्ट्र सङ्घ, न त विश्वस्वास्थ्य सङ्घ नै सक्षम रह्यो। यी संस्थाहरू राज्यको वर्गीय चरित्रप्रति नितान्त तटस्थ रहेर बढी आत्मपरक हुँदै त्यस्ता सुभावहरूको सूची लम्ब्याउनमै सीमित रहे।

समाजवादी राज्यव्यवस्थामा जनसहभागिताको प्रश्न

समाजवादी राज्यव्यवस्थामा उत्पादनका साधनहरूमाथि राज्यको स्वामित्व हुने हुनाले उत्पादन, वितरणलगायत महत्वपूर्ण निर्णयहरू केन्द्रबाट हुने गर्छन्। यसै गरी प्रमुख स्वास्थ्य नीतिहरू पनि केन्द्रबाटै तय गरिन्छ (Ellenweig 1992: 22-23)। समाजवादी राज्यव्यवस्थामै निहित चरित्र हो वा होइन त्यो बेग्लै प्रश्न हुन सक्ला, तर नीतिनिर्माण र निर्णयको प्रक्रियाहरूमा सोभो जनसहभागिताको सम्भावना न्यून रहेको पाइन्छ। यसो हुँदा नागरिकले आफूलाई योगदानकर्ताभन्दा बढी राज्यले प्रदान गरेको निःशुल्क स्वास्थ्यसेवाको उपभोक्ताको रूपमा प्रस्तुत गर्न सक्छ। त्यस्तो स्थितिमा नागरिकले स्वास्थ्यसेवाको उपभोग गर्दा यसलाई आफ्नो नैसर्गिक अधिकारसम्मत भएको अनुभूति गर्न सक्तैन, बरु राज्यले आफूमाथि दया गरेर पस्किएको र राज्यको दयामुनि आफू दबाएको बोध गर्न सक्छ। जनसहभागिताको अभावमा राज्यले प्रदान गर्ने यस्ता सेवाहरूमाथि नागरिकको निर्भरता बढ्न गई अन्ततः नागरिक राज्यमाथि पराश्रित बन्न पुग्दछन्। जनतालाई सशक्त बनाउँदै नीतिनिर्माण प्रक्रियाहरूलाई विकेन्द्रीकरण गरी जनताको योगदानलाई प्रोत्साहन र कदर नगर्ने हो भने आफूले प्रदान गरेका स्वास्थ्यसेवाहरू अन्ततः राज्यले नागरिकमाथि सामाजिक नियन्त्रण गर्ने औजार बन्न नपुग्ला भन्न सकिन्छ।

नवउदारवादी राज्य र स्वास्थ्य

इसाको बीसौं शताब्दीको दोस्रो दशकको अन्त्यतिर अक्टोबर क्रान्तिसँगै सुरु भएको राज्यव्यवस्थाको सामाजवादी रूपान्तरले शताब्दीभरि नै विश्वका धेरै देशहरूलाई प्रभावित पाऱ्यो। अनेकन ओराली-उकाली पार गरेपछि यसै शताब्दीको अन्तिम दशक पुग्दानपुग्दै मध्य एसिया र पूर्वी युरोपमा यो लहर प्रायः विसर्जन नै भयो। सन् १९८० को दशकपछि यी समाजवादी राज्यहरू एकपछि अर्को गरी भत्किँदै अन्तमा क्रेमलिनमा डुमाको पुनर्स्थापना भएपछि पुँजीवाद र

उदारवादको वकालत गर्नेहरूले मार्क्सवादी सिद्धान्त र समाजवादी राज्यको स्थायित्वमाथि औंला उठाउन थाले । यस क्रममा फ्रान्सीस फुकुयामा तुलनात्मक रूपमा बढी आक्रामक देखिएका छन् । इतिहास भन्नु मानवविकासको चरणबद्ध शृङ्खला हो भन्ने फुकुयामाले इतिहास उदार पुँजीवादबाट समाजवादमा संक्रमण हुँदै पुनः उदार पुँजीवादमा फर्किएको घोषणा गरेका छन् । यसैले उनी यही उदार पुँजीवाद नै मानवसमाज विकासको अन्तिम कडी भएको र यसको कुनै विकास नभएकोले इतिहासकै अन्त्य भएको समेत दाबी गर्दछन् (Held 1996: 78-83) । फुकुयामाका अनुसार इतिहासको अन्त्य सँगसँगै अब कुनै किसिमको वैचारिक अन्तरद्वन्द्व नरहेकोले बजारमुखी अर्थतन्त्रमा आधारित उदारवाद नै अब अन्तिम विजयी विचारधारा हो । यही मात्र शाश्वत हो । फुकुयामाको विसर्जनवादको पुँजीवादी शिविरमै अनेकौं आलोचना भएको भए तापनि र द्वन्द्वात्मक भौतिकवादी आँखाले हेर्ने हो भने यो तर्कको कतै कुनै तुक नै नभए तापनि इतिहासको यस कालखण्डमा फुकुयामा सोचको हालिमुहाली चलेको छ र यही सोचमा आधारित एकध्रुवीय विश्वको कल्पना गरिएको छ ।

नवउदारवाद सँगसँगै विगत एक दशकमा अत्यन्तै द्रुत गतिमा भएको पुँजीको विश्वव्यापीकरणले राज्यले परम्परागत भूमिका र यसको शक्ति सम्बन्धमा गहिरो प्रभाव पारेको छ । विश्वव्याङ्क, अन्तर्राष्ट्रिय मुद्रा कोषजस्ता अन्तर्राष्ट्रिय वित्तीय संस्थाहरूलाई केन्द्रबिन्दुमा राखेर विश्वका केही धनी राष्ट्रहरूको लागि बजार विस्तार गर्नका लागि पुँजीको विश्वव्यापीकरण गर्नु जरुरी भएको छ । यसको सफलता राज्यको भूमिकामा परिवर्तन नगरी सम्भव हुँदैन । राज्यले निर्वाह गर्ने यो नयाँ भूमिकाको विषयमा विश्वव्यापीकरणका पक्षधरहरू दुई खेमामा बाँडिएका छन् । पहिलो खेमाका अतिवादीहरूको अनुसार विश्वव्यापीकरणको प्रक्रियामा राज्यले सहजकर्ताको भूमिका निर्वाह गर्नुपर्दछ र यस सिक्रीको एउटा कडीको हैसियत मात्र राख्नुपर्छ । अर्को खेमाका केही मत्थरवादीहरू भने कम्तीमा पनि राज्यको सार्वभौमिकताको कदर गर्छन् र राज्यले आफ्नो हितलाई सर्वोपरि ठान्नुपर्ने मान्यता राख्दछन् (Held and McGrew 2000: 106) । राज्यले बाह्यशक्तिसँगको अन्तर्सम्बन्धबारे यी दुई शिविरका चिन्तकहरूमा सानो भिन्नता पाइए पनि यी दुईबीचको सहमतिका बुँदाहरू भने उदार बजार, निजी क्षेत्रमाथि न्यूनतम नियन्त्रण, सामाजिक सेवाको क्षेत्रमा कटौती आदि नै हुन् । यसैले विश्वव्यापीकरणका यी दुई समूहका पक्षधरहरूबीच महत्वपूर्ण तात्विक भिन्नता भने पाइन्छ ।

उदारवाद र विश्वव्यापीकरणको वर्तमान समयमा शक्तिसम्बन्धको हिसाबले राज्यको नयाँ भूमिकाको बारेमा प्रशस्त विवेचनाहरू भएका छन् । नवउदारवादले वकालत गर्ने प्रमुख दुई मुद्दाहरू हुन् – स्वतन्त्र बजार र नाम मात्रको राज्य । यसैसँग राज्यको भूमिकाको दुईओटा पाटाहरू छर्लङ्ग देखिन्छन् । पहिलो पाटो यसको अन्तर्राष्ट्रिय बजारसँगको सम्बन्ध हो । यसअन्तर्गत राज्यले अन्तर्राष्ट्रिय बजारको निमित्त विनारोकतोक आफ्नो राज्यको सबै ढोकाहरू खुला राख्दछ । अष्टचारो पर्न सक्ने सबै किसिमका कानूनी अथवा सवैधानिक व्यवधानहरू हटाइदिएर बजार विकासका लागि अत्यन्तै उर्वर वातावरण बनाइदिन्छ । रोबर्ट कोहेनको शब्दमा भन्ने हो भने राज्यका सीमाहरू खुकुलो हुँदै जान्छन् र आर्थिक रूपले सम्पन्न केही देशहरूको सार्वभौमिकता स्थापित हुँदै जान्छ (Keohane 2000: 100-23) । आर्थिक एकीकरण भएर एकल विश्वबजारको निर्माण भएपछि राज्यले आफ्नै देशको स्वतन्त्र अर्थव्यवस्था सञ्चालन र नियन्त्रण गर्ने क्षमता तथा अधिकार पनि गुमाउँदै जान्छ (Strange 2000: 148-156) । राज्यको नयाँ भूमिकाको दोस्रो पाटो यसको नागरिक हितसँगको सम्बन्ध हो । नागरिक हितका लागि राज्यले निर्वाह गर्नुपर्ने भूमिका वास्तवमा यसको पहिलो पाटोको भूमिकासँगै गाँसिएको छ । विश्व अर्थबजारको तालमेल मिलाउने पूजांमा रूपान्तर भएपछि राज्यको नागरिक हितमा विभिन्न पक्षहरूप्रतिको उत्तरदायित्व निर्वाह गर्नुपर्ने भूमिका छायामा पर्दै जान्छ । राज्यले नागरिकप्रतिको दायित्वलाई क्रमशः पन्छाउँदै स्वयम् नागरिककै काँधमाथि थोपरिदिन्छ । यस दायित्वलाई आत्मसात् गरेकै खण्डमा पनि विश्वअर्थबजार शक्तिको अगाडि घुँडा टेक्न बाध्य भएको राज्यले नागरिक हितको मुद्दालाई प्राथमिकता दिने हैसियत पनि गुमाउँदै जान्छ ।

उदारवाद र जनस्वास्थ्य

सानाठूला सबै देशहरू विश्व अर्थबजारको चपेटामा परेपछि नागरिक जीवनका अन्य पक्षहरूसँगसँगै जनस्वास्थ्यमा राज्यको भूमिका पनि व्यापक चर्चाको विषय बनेको छ । साथै सधैँभै तिनीहरू एकआपसमा विरोधाभासपूर्ण छन् । पछिल्लो समय प्रकाशित भएका डोलर (सन् २००१) र फिएचेम (सन् २००१) का लेखहरू त्यस्तो सोचका प्रतिनिधि हुन् जो विनाकुनै हिचकिचाहट उदारवाद र विश्वव्यापीकरणको वकालत गर्दछन् । उनीहरू उदारीकरणले गरीब देशहरूमा आर्थिक विकास हुने र अन्य अवसरहरूको सम्भावनाहरू बढ्ने भएकाले जनस्वास्थ्यमा प्रत्यक्ष सकारात्मक प्रभाव पार्ने दाबी गर्दछन् । तर कोर्निया (सन् २००१) ले ७३ देशहरूको आर्थिक विकासको विश्लेषणमा आधारित भएर यो

दावीलाई चुनौती दिएका छन् । उनको विश्लेषणअनुसार ७३ मध्ये ४८ देशहरूमा आर्थिक असमानता निरन्तर रूपमा बढ्दै गइरहेको छ । राज्यले आर्थिक गतिविधिहरूमा अन्तरिक नियन्त्रण कायम गरेको केही देशहरूमा मात्र आर्थिक असमानता या स्थिर या घट्ने क्रममा छ । यस विश्लेषणले आर्थिक असमानताको वृद्धिले आम जनताको स्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पारेको तर्फ इङ्गित गरेको छ ।

स्वास्थ्यको दृष्टिकोणबाट नवउदारवादमा राज्यको भूमिकाको चर्चा गर्दा तलका तीनओटा आधारभूत कुराहरूले महत्व राख्छन्:

राज्यको तटस्थता

सबैका लागि सबैथोकको सिद्धान्तमा आधारित भएर राज्य जनताको स्वास्थ्य आवश्यकताहरूप्रति तटस्थ रहन्छ । राज्यका लागि स्वास्थ्य प्रत्येक व्यक्तिको निजी मामिला हो र आपूर्ति पनि नागरिकको निजी दायित्व हो, राज्यले प्रदान गर्ने स्वास्थ्यसेवा क्रमशः कटौती हुँदै जाने र त्यो न्यूनतम सेवा पनि गणितीय समानताको आधारमा वितरण हुने हुँदा क्रयशक्ति नभएका आम जनताका स्वास्थ्य आवश्यकताहरू कहिल्यै पनि पूरा हुन सक्तैनन् ।

स्वास्थ्यसेवाको बजार

राज्यले आफ्नो दायित्व पन्छाउँदै गएपछि स्वास्थ्यका आवश्यकताहरूको आपूर्ति खुला बजारबाट हुन जान्छ । इसाको वीसौं शताब्दीको अन्तिम दशकहरूमा विकास भएको नवउदारवादको बजारको प्रमुख विशेषता के हो भने यो कुनै राज्यको सीमाभित्र नबाँधिँएर एउटै विश्व अर्थबजार बनेको छ । स्वास्थ्यसेवाको बजार राज्यको नियन्त्रणमा नभएर विश्वव्यापी भएको छ । सेवाको आपूर्ति र मूल्यको निर्धारण विश्वबजारबाट हुने गर्छ । यस प्रक्रियामा राज्य तटस्थ रहिने मात्रै बन्दैन बरु विश्वबजारका मालिकहरूको लागि बजार सुरक्षाको पहरेदारको भूमिका खेल्छ ।

स्वास्थ्य उद्योगहरू स्वास्थ्यसेवा मुनाफाबाट मात्रै प्रेरित नभई सामाजिक सेवाबाट बढी निर्देशित हुन्छन् भन्ने दावी गर्दछन् । यस्ता उद्योगहरूको कालत गर्दै डलरले एड्सको औषधिको मूल्यको उदाहरण प्रस्तुत गरेका छन् । उनको दावीअनुसार सामाजिक दायित्वकै बोध भएर केही औषधि कम्पनीहरूले विकसित देशहरूमा विक्री हुने मूल्यको तुलनामा एड्सको औषधि विकासोन्मुख देशहरूमा अत्यन्तै कम मूल्यमा वितरण गरेका छन् (Dollar 2001) । स्पष्ट छ— उदारवाद र विश्वव्यापीकरणका हिमायतीले बैसाखी बनाउन खोजे पनि यो दावी नितान्त

भ्रमपूर्ण छ । एड्सको औषधिको मूल्यकै सन्दर्भमा पनि यो आधारहीन छ । कहीं कतै अपवाद नहोला भन्न सकिन्न, तर एड्सको महामारीले आक्रान्त भएका कतिपय विकासोन्मुख देशहरूमा एड्सको औषधि बजारमा उपलब्ध नै छैन । औषधिको अपर्याप्तता नै धेरैजसो गरीब देशहरूमा यो घातक रोगको विरुद्ध लड्न बाधक बनेको छ (Cornia 2001) । निजी स्वामित्वमा भएको उद्योगको लागि मुनाफा जीवनमरणको प्रश्न हो र निजी लगानीबाट मुनाफाको अपेक्षा गर्नु पनि नितान्त स्वाभाविक हो । मुनाफा त्यस बेला मात्र सम्भव हुन्छ जब उत्पादित वस्तुको उपभोग हुन्छ । त्यसकारण स्वास्थ्य उद्योगहरूको सधैंभरि आफ्ना उत्पादनहरू बढीभन्दा बढी उपभोग होस् भन्ने चाहना राख्छन् र प्रयासरत हुन्छन् । यसका लागि बजार विस्तार जरुरी हुन्छ । यो बजारको घेरा राज्यसीमाभित्र नअटाएपछि विश्वव्यापी रूप लिन्छ ।

नवउदारवादीहरू के दाबी गर्छन् भने स्वास्थ्य उद्योगहरूले, उदाहरणका लागि औषधि कम्पनीहरूले, बजारको लागि एकआपसमा प्रतिस्पर्धा गर्नुपर्दछ । यो प्रतिस्पर्धाले नै मूल्य नियन्त्रण गर्ने हुनाले स्वास्थ्यसेवाको मूल्य कम हुने, ती सेवाहरू धेरैभन्दा धेरैको पहुँचमा पुऱ्याउने तथा सेवाको गुणमा पनि वृद्धि हुने गर्दछ । तर यस्तो सर्वथा भएको छैन । यसको विपरीत स्वास्थ्यसेवाहरू सहरमा केन्द्रित र घनीभूत भएका छन् । अनि ती सेवाहरू हुनेखाने र क्रय क्षमता भएकाहरूप्रति लक्षित छन् । समाजवादी र नवउदारवादी राज्यहरूबीचको तात्त्विक भिन्नता नै यही हो कि समाजवादी राज्यव्यवस्थामा राज्यकै अगुवाइमा सबैभन्दा कमजोर र अशक्त तप्काका आवश्यकताहरूलाई प्राथमिकता दिएर स्वास्थ्यसेवा त्यहाँ पुऱ्याउने प्रयास गरिन्छ, जबकि उदारवादी राज्यव्यवस्थामा भने बजारको स्वार्थमा सानो सक्षम वर्गको हितले प्राथमिकता पाउने गर्दछ ।

यसबाहेक, स्वास्थ्य प्रविधिको अनुसन्धान र विकास पनि बहुसङ्ख्यक जनताको स्वास्थ्य आवश्यकतालाई टार्नुभन्दा जहाँ बढी मुनाफा हुन सक्छ त्यहीं नै केन्द्रित हुन्छ । विश्वचित्रमा हेर्ने हो भने, उदाहरणका लागि, औषधिहरूको अनुसन्धानमा बहुसङ्ख्यक अनुसन्धानहरू विकसित देशहरूको आवश्यकतालाई ध्यानमा राखेर हुने गर्दछन् । गरीब देशका अत्यधिक जनतामा व्याप्त सरुवा रोगहरूको औषधिको खोज र विकास आकलभुकल मात्र हुने गर्दछ र त्यो पनि धेरै हदसम्म विकसित देशहरूमा जनावरहरूका लागि विकास गरिएको औषधिहरूको उपउत्पादन (वाई-प्रोडक्ट) का रूपमा (Chowdhury 1995: 16) । किनभने गरीब देशमा बस्ने गरीबहरूको कमजोर आर्थिक स्थितिको कारणले बजारको दृष्टिकोणले औषधि कम्पनीहरू तिनीहरूका लागि औषधि

उत्पादन गर्न त्यति आकर्षित हुँदैनन् । यसबाहेक चाँडचाँडो हुने स्वास्थ्य प्रविधिको विकास र खोजको कारण स्वास्थ्यसेवा स्वतः महँगो हुने हुँदा बजार स्वयं पनि प्रतिस्पर्धाद्वारा स्वास्थ्यसेवाको मूल्य कम गर्ने क्षमता राख्दैन ।

यसमाथि स्वास्थ्य उद्योगहरू बजार प्रवर्द्धन र विज्ञापनमा अत्यन्तै ठूलो धनराशि खर्च गर्ने गर्दछन् । वास्तवमा भन्ने हो भने औषधि उद्योगहरूद्वारा अनुसन्धानका लागि भनेर गर्ने खर्चको ठूलो अंश औषधिको विज्ञापन तथा चिकित्सकहरूको विलासी सभाहरूमा खर्च गरिन्छ, ^४ यो खर्च अन्ततः औषधिको मूल्यमै गएर जोडिने हुनाले त्यसलाई उपभोक्ताले नै व्यहोर्नुपर्दछ । यस्तो खर्चालु बजार प्रवर्द्धनले औषधिको मूल्य बढाउने मात्र होइन यसले उपभोगवादको पनि विकास गराउँछ । संसारभरि नै स्वास्थ्य प्रविधिको अनावश्यक र गलत प्रयोग हुनु यही उपभोगवादको दुष्परिणाम हो, जसबाट विशेष गरेर गरीब देशहरूको जनस्वास्थ्यमा गहिरोसँग नकारात्मक प्रभाव परेको छ ।

अन्य वस्तुहरूजस्तो विरामी नै यथार्थमा स्वास्थ्यसेवाको सही उपभोक्ता होइन, किनभने ऊ आफ्ना आवश्यकताबारे आफै निर्णय गर्न सक्तैन । उसका लागि अरू (स्वास्थ्यकर्मी) ले निर्णय गरिदिने भएकोले उसको आफै छनोट गर्ने सार्वभौमिकता ऊसँग हुँदैन (Onta 2000) । त्यसैले अन्य उपभोग्य वस्तुजस्तो स्वास्थ्यसेवाको किनमेलमा बजारी प्रतिस्पर्धाबाट विरामी सेवाको मूल्य न्यून हुने सन्दर्भमा लाभान्वित हुन सक्दैन ।

विश्वव्यापार र राज्यको लाचारीपन

विश्वव्यापार सङ्गठन (World Trade Organisation or WTO) को हिस्सा बनेपछि राज्यले आफ्नै राज्यसीमाभित्रको निर्णय प्रक्रियामाथि पनि अधिकार गुमाउँछ । विश्वबजारका लागि आफ्नो सिमाना उदाङ्गो राख्नुपर्ने बाध्यता बोकेको राज्य विश्वव्यापार सङ्गठनको बौद्धिक सम्पत्ति अधिकार (TRIPS) र व्यापारसम्मत सम्पत्ति अधिकार (GATT) आदिजस्ता सर्तहरूका अगाडि लाचार बन्नुपर्छ । यस्ता सर्तहरूलाई मान्नुपर्दा राज्यले आफ्नै स्रोतहरूमाथिको स्वामित्व पनि गुमाउनुपर्छ । विश्वबजारको दौडमा पछ्याडि परेका र स्वाधीनता गुमाएका राज्यहरूले आफ्ना नागरिकहरूको हित र स्वास्थ्यको दायित्व पूरा गर्न सक्ने त कल्पना पनि गर्न सकिन्न ।

^४ उदाहरणका लागि एउटा अमेरिकी औषधि कम्पनीले फ्लोरिडाको एउटा टापुमा चिकित्सकहरूको सप्ताहान्त छलफल गर्दा एक लाख अमेरिकी डलर खर्च गरेको थियो (Chowdhury 1995: 16-17) ।

अल्माआटा सम्मेलनको असफलता

अल्माआटाको अन्तर्राष्ट्रिय चौतारीबाट स्वास्थ्यमा समानता र सामाजिक न्यायको वकालत हुनु भनेको वास्तवमै एउटा परिवर्तनकारी पाइला मानिएको थियो । प्रविधि, ज्ञान, सीपको भण्डार हुँदाहुँदै पनि अकाल मृत्यु र रोगको सिकार हुनुपरेको विश्वका अधिकांश जनतालाई मुक्त गरी स्वस्थ र सभ्य समाज निर्माण गर्ने उपाय फेला परेको आभास भएको थियो । साथै, यस उद्देश्यका लागि विश्वभरिकै देशहरूले प्रतिबद्धता जाहेर गरेपछि आशा र विश्वासको फराकिलो फाँट पनि देखिएको थियो । दुर्भाग्यवश इसाको वीसौं शताब्दीको अन्त्यसम्म आइपुग्दा नपुग्दै विश्वभरिकै बहुसङ्ख्यक जनताको यो विश्वासमा तुषारापात भयो । यो दुई दशकभन्दा केही बढी अवधिमा विकासोन्मुख देशहरूमा स्वास्थ्यको स्थितिमा केही सुधारहरू त भए तर धनी र गरीब देशहरूको जनताको स्वास्थ्यको स्थितिमा विद्यमान असमानता घट्नुको साटो भन्नु बढ्नु गयो । उदाहरणका लागि सन् १९६३ मा स्वीडेन र अफ्रिकाको एउटा देश मालीबीच बालमृत्युदरको भिन्नता करिब २० गुणा फरक थियो भने सन् १९९९ मा यी दुई देशबीच यो भिन्नता विश्वस्वास्थ्य सङ्घको प्रतिवेदन २००० अनुसार झण्डै ४५ गुणाले फरक हुन पुगेको छ । त्यसै गरी नेपालसँग स्वीडेनको तुलना गर्ने हो भने बालमृत्युदरको भिन्नता सन् १९६३ मा १४ गुणाबाट बढेर सन् १९९९ मा झण्डै २२ गुणा पुगेको छ । यति मात्रै होइन, योभन्दा दुर्भाग्यपूर्ण स्थिति यो भयो कि खास गरी धेरैजसो गरीब देशहरूमा देशकै नागरिकहरूबीच स्वास्थ्य स्थितिमा अत्यन्तै लज्जापूर्ण ढङ्गले असमानता देखिन थाल्यो । तिनै गरीब मुलुकहरूभित्र पनि वर्गीय विश्लेषण गर्ने हो भने पनि स्वास्थ्यको स्थितिमा एकरूपता पाइन्न । यी देशहरूमा जेजति औसत स्वास्थ्य विकास भएको छ, त्यो त्यहाँका कुलीन तथा मध्यम वर्गीय तप्काहरूमा आएको सुधारको कारणले मात्रै हो । अरू बाँकी गरीब जनताको स्वास्थ्यको स्थितिमा या त सकारात्मक परिवर्तन नै भएको छैन या त भन्नु विग्रँदो छ । उदाहरणका लागि, देशको सबैभन्दा धनी र सबैभन्दा गरीब समूहबीच सरदर आयु मेक्सिकोमा २० वर्षको फरक छ, नाइजेरियामा १८ वर्षको फरक छ (WHO 1996) । पेरुको राजधानी लिमाको शिशुमृत्युदर प्रतिहजार ५० छ भने केही ग्रामीण क्षेत्रमा यो सूचकाङ्क प्रतिहजार १५० सम्म रहेको छ । यो स्थितिलाई हेरेर नै आलोचकहरूले अल्माआटामा सुरु भएको यात्राको दुर्घटनापूर्ण अन्त्य पनि भनेका छन् । यो दुःखपूर्ण स्थितिका लागि राज्यको भूमिका प्रमुख रूपले जिम्मेवार छ ।

राज्यले वचनबद्ध भएर पनि त्यसअनुरूप भूमिका निर्वाह गर्न नसक्नुका कारणहरूलाई दुई वर्गमा विभाजन गर्न सकिन्छ। पहिलो वर्गमा स्वयं ती राज्यहरू पर्छन्, जसले समानता, सामाजिक न्यायको मर्म र स्वास्थ्यमा जनताको सहभागितालाई निर्ममतासाथ कुल्चिन्छन्। असमानताको खाल्डोलाई पुर्न आफूलाई सशक्त बनाउँदै आफ्नै पाखुराका भरमा आफ्नो स्वास्थ्यको स्थिति सुधार गर्ने जनताका प्रयासप्रति ती राज्य सरकारहरू सशङ्कित हुँदै त्यसलाई दबाउने काम गर्छन्। ग्वाटेमालामा आफ्नो स्वास्थ्यका लागि आफ्नै प्रयासले थालिएको गतिविधिहरूको लहरले त्रस्त भएर त्यहाँको राज्य सरकारले त्यसलाई बुलेट र बुटले निर्ममतासाथ दबायो (Heggenhougen 1984)। जनताको यस्तै प्रयासलाई फिलिपिन्समा राज्यले क्रूरतासाथ कुल्च्यो (Galvez Tan 1987: 154-167)।

दोस्रो वर्गमा ती शक्तिहरू पर्छन्, जसले राज्यलाई निरन्तर कमजोर र खोक्रो बनाउँदै जनताको स्वास्थ्यप्रति आफ्नो दायित्व पूरा गर्न या त अक्षम बनाइदिन्छन् या त त्यसबाट विमुख पारिदिन्छन्। जनताको अज्ञानता, उनीहरूमा व्याप्त रोग र स्वास्थ्य समस्याहरूलाई मलिलो खेत सम्झने बहुराष्ट्रिय स्वास्थ्य उद्योगहरू विकासोन्मुख देशहरूलाई ऋणको बोझले थिचेर आफ्नो स्वार्थसिद्ध गद्दै राज्य सञ्चालनको साँचो आफ्नो हातमा लिएर आफ्नो हैकम चलाउन खोज्ने अन्तर्राष्ट्रिय वित्तीय संस्थाहरू र केही दातृ संस्थाहरू यस वर्गका प्रमुख पात्रहरू हुन्।

अन्तर्राष्ट्रिय वित्तीय संस्थाहरू र दातृ संस्थाहरूको दबावकै कारणले तेस्रो विश्वका देशहरू आर्थिक संरचनागत समायोजनका कार्यक्रमहरू लागू गर्न बाध्य भएका छन्। यी कार्यक्रमहरूले स्वास्थ्यलगायतका अन्य सामाजिक क्षेत्रहरूमा निजी नाफाखोर लगानीहरू भित्र्याउन थालेपछि जनस्वास्थ्यमा अत्यन्तै नकारात्मक असरहरू स्पष्ट रूपमा देखिएका छन्। सन् १९८५ पछि जाम्बिया तथा नाइजेरियाजस्ता मुलुकहरूमा स्वास्थ्य सूचकाङ्कहरूमा अपत्यारिलो ढङ्गबाट आएको परिवर्तन ढाँचागत समायोजन कार्यक्रमकै परिणामका नमूनाहरू हुन्। जाम्बियामा कुपोषणबाट अस्पतालमा हुने शिशु मृत्यु २.४ प्रतिशतबाट ५.७ प्रतिशतमा र बाल मृत्यु ३८ प्रतिशतबाट ६२.२ प्रतिशतमा वृद्धि भयो। त्यसै गरी नाइजेरियामा सन् १९८४ देखि १९९० सम्म कम तौलको बच्चा जन्मने दर झण्डै दुई गुनाले वृद्धि हुन गयो (WHO 1996)।

तान्जानिया यस्तै अर्को उदाहरण हो, जहाँ राज्यले जनताको स्वास्थ्यप्रति अत्यन्तै गहिरो प्रतिबद्धता देखाउँदा देखाउँदै पनि स्रोतको कमी र दातृ संस्थाहरूको उदासिनता तथा उनीहरूको समर्थनको अभावमा आफ्नो दायित्व निर्वाह गर्न

असमर्थ बन्नु पन्थो (Heggenhougen 1984) । मोजाम्बिकमा अत्यन्तै सफल प्रयोग भएको भाडापखालाको कार्यक्रम देशभरि फैलाउनुको साटो दातृ संस्थाले वचन गरेअनुसार सहयोगको मूल थुनिदिएर सम्पूर्ण कार्यक्रम नै बन्द गर्नुपन्थो । यसरी कार्यक्रम बन्द गर्नमा विश्वस्वास्थ्य सङ्घले समेत दवाव दिएको थियो किनकि यस कार्यक्रमले भाडापखालाको उपचारको लागि बजारमा उत्पादन गरिने प्याकेटको ठाउँमा घरैमा तयार गरिएको ORT को प्रयोग र प्रबर्द्धनमा वकालत गरेको थियो । जनताको बुता र नियन्त्रणमा भएको भाडापखालाको घरेलु उपचार प्रविधि नुन-चिनी-पानी नेपालमा जसरी कुटीलतापूर्ण तरिकाले बन्द गराइयो, त्यो पनि यसैको हाराहारीको अर्को उदाहरण हो (वन्त २०५४) ।

यसरी राज्यलाई भित्री वा बाहिरी कारणहरूले आफ्नो दायित्व पूरा गर्न दिएनन् जुन अन्ततः अल्माआटामा परिकल्पना गरिएको स्थिति तुहिनुमा एउटा प्रमुख कारण बन्न गयो ।

विश्वशक्तिसँग राज्यको संघर्ष

विश्वव्यापीकरणद्वारा बजारहरूको एकीकरणको प्रक्रियाले व्यावहारिक रूपमा एउटा अदृश्य विश्वराज्य (ग्लोबल स्टेट) विश्वशक्तिको निर्माण हुन गएको छ, जसले संसारभरि नै सामाजिक तथा आर्थिक सम्बन्धको निर्णय गर्न चाहन्छ । एउटा यस्तो स्थितिको कल्पना गर्न सकिन्छ जहाँ विश्वशक्ति शासक र अन्य कमजोर राज्यहरू शासित भएका छन् । विश्वशक्ति आफ्नो स्वार्थअनुरूप शासन गर्न चाहन्छ, र कमजोर राज्यहरू उन्मुक्त हुन चाहन्छन् । यस सङ्घर्षमा कतिपय राज्यहरू विश्वशक्तिको अगाडि आत्मसमर्पण गर्दछन् र अन्तमा त्यसैको पुच्छर बन्न पुग्दछन् । त्यतिखेर नागरिक समाजले मात्र विश्वशक्तिसँगको सङ्घर्षमा प्रतिनिधित्व गर्दछ । केही राज्यहरू भने आफ्नो नागरिक हितको रक्षाको तथा सार्वभौमिकताको लागि विश्वशक्तिको अगाडि त्यति सजिलै हार मान्दैनन् । क्यावामाथि थोपरिएको प्रतिबन्ध यही सङ्घर्षको एउटा उदाहरण हो । यही तहमा नभए पनि धेरैजसो राज्यहरूमा यो सङ्घर्षको सानातिनो अंश पाइन्छ । जनस्वास्थ्यकै सन्दर्भमा भने बाङ्गलादेशको औषधि नीतिले विश्वशक्तिको अगाडि गर्नुपरेको सङ्घर्ष ज्वलन्त उदाहरण हो । सन् १९८२ मा बाङ्गलादेशमा त्यहाँको जनस्वास्थ्यको लागि अत्यावश्यक औषधिहरू आफ्नै प्रविधिबाट उत्पादन गरी अत्यन्तै कम मूल्यमा जनतालाई उपलब्ध गराउने लक्ष्यसहित राष्ट्रिय औषधि नीतिको मस्यौदा तयार भएको घोषणापछि त्यतिखेर अत्यधिक महँगा, अनावश्यक तथा हानिकारक औषधिहरूले बाङ्गलादेशी बजार मूट्टीमा लिएका बहुराष्ट्रिय औषधि कम्पनीहरूको

प्रतिनिधित्व गर्दै अमेरिकी, बेलायती, डच तथा पश्चिम जर्मनका राजदूतहरूले यो औषधि नीति हाललाई स्थगित गर्न सरकारलाई प्रत्यक्ष दबाव दिएका थिए । यसका बावजुद बाङ्गलादेशी सरकारले राष्ट्रिय औषधि नीतिलाई यथाशीघ्र लागू गर्ने अडान लिएपछि त्यो दबाव धम्कीमा उक्लिएको थियो । यति मात्रै होइन अनेकौं लाजलाग्दो तल्लोस्तरको अनैतिक कार्यहरूसमेत भए । यति हुँदाहुँदै पनि बाङ्गलादेशमा राष्ट्रिय औषधि नीति लागू भएरै छाडियो, जसको कारण हजारौं अनावश्यक औषधिहरूको उत्पादनमा प्रतिबन्ध लाग्यो, औषधिको मूल्यमा अपत्यारिलो ढङ्गाट कमी आयो र बहुराष्ट्रिय औषधि उद्योगहरूका लागि मरणाशन्न हुने स्थिति बन्यो (Chowdhury 1995: 79) ।^६

बाङ्गलादेशको औषधि नीतिको सङ्घर्ष सन् १९८२ मा तुरिएन । विभिन्न रूपमा बहुराष्ट्रिय औषधि कम्पनीका मालिक देशहरू यो नीतिमाथि धावा बोलिरहेकै छन् र सङ्घर्ष निरन्तर छ । सङ्घर्षको यस्तै कथा सन् १९८७ मा फिलिपिन्समा दोहोरिएको थियो, जब राष्ट्रप्रति अक्विनोले राष्ट्रिय औषधि नीतिको घोषणा गरेकी थिइन् (Chowdhury 1995) । विश्ववजारलाई विस्तार गर्नका लागि सहजकर्ताको रूपमा विकास भएको विश्वव्यापार सङ्गठनले क्रमशः विकासोन्मुख देशहरूलाई पनि समेट्न थालेपछि यस्ता सङ्घर्षहरू अझ चर्केका छन् । तर पनि ती देशहरू बाङ्गलादेशको जस्तै बाटो लिन भने विश्वव्यापार सङ्गठनकै सर्तहरूका कारणले भन्भन् असमर्थ बन्दै गएका छन् ।

प्रतिज्ञाको नवीकरण

समानता, सामाजिक न्याय, राज्यको जिम्मेवारी जस्ता प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाका मूल सिद्धान्तहरूलाई आधार बनाएर सन् २००० सम्म सबैको लागि स्वास्थ्य प्राप्त गर्ने विश्व लक्ष्य आशातीत रूपमा हुन नसकेपछि अहिले सन् २०१५ सम्म हासिल गर्ने सहश्राब्दी विकास लक्ष्यसहित विश्व समुदायले आफ्नो प्रतिज्ञालाई फेरि एकपटक नवीकरण गरेको छ । स्वास्थ्यका सहश्राब्दी विकास लक्ष्यहरू आफैँ कति उपयुक्त वा अनुपयुक्त अथवा पर्याप्त वा अपर्याप्त छन्- यो छुट्टै

^६ बाङ्गलादेशको राष्ट्रिय औषधि नीति बनाउन र कार्यान्वयन गर्न सक्रिय भूमिका निर्वाह गर्ने गैरसरकारी संस्था गोनो स्वास्थ्यकेन्द्रद्वारा सञ्चालित राष्ट्रिय औषधिहरू उत्पादन गर्ने कारखाना आगो लगाउनका लागि बहुराष्ट्रिय औषधि कम्पनीहरू तथा यिनीहरूसँग साँठगाँठ हुनेहरूले करिब २००० जति हुल्याहाहरू भाडामा लिएका थिए । तिनीहरूको आक्रमणबाट कारखानाका ६३ जना महिला र २१ जना पुरुषहरू घाइते भएका थिए (Chowdhury 1995: 88) ।

विवादको विषय हुन सक्छ, तर ढाँचागत संयोजन कार्यक्रम तथा विश्व बजारमा प्रतिस्पर्धाको जालोमा पसेका राष्ट्रहरूले यी लक्ष्यहरू कसरी प्राप्त गर्न सक्लान्-यो भने गम्भीर छलफलको विषय बन्नै पर्छ। विगतमा भैं विश्व स्वास्थ्य सङ्घ लगायत दात्री संस्थाहरूले बजारकै पक्षमा मात्रै वकालत गरिरहने हो भने स्वास्थ्यमा यी लक्ष्यहरू पूरा गर्नु कम विकसित राष्ट्रहरूका लागि सन् २००० सम्म सबैको लागि स्वास्थ्य पुऱ्याउने लक्ष्य जस्तै अत्याधिक चुनौतीपूर्ण पक्कै हुनेछ।

नेपालको सन्दर्भ

नेपालले विश्व समुदाय सँगसँगै हातेमालो गर्दै विश्व सामु नागरिकको स्वास्थ्यको दायित्व वहन गर्ने औपचारिक प्रतिबद्धता देखाएर सन् १९७० को दशकदेखि नै स्वास्थ्य सेवाको संरचनामा सानोतिनो परिवर्तनहरू गर्न थालेको भएतापनि सन् १९९० को राजनीतिक परिवर्तनभन्दा अघि स्वास्थ्यबारे हुने लेखन तथा बहसहरू दुर्लभ नै थिए। स्वास्थ्य नीतिबारे औपचारिक दस्तावेज बनेको थिएन। अल्पकालीन वा दीर्घकालीन योजनाहरू सार्वजनिक हुँदैनथे। दातृ संस्थाहरूमा स्वास्थ्य नीति कार्ययोजनाहरू र कार्यक्रमहरू कहाँ कसरी निर्माण हुन्थे वा कार्यान्वयन हुन्थे यसको पनि सार्वजनिक लेखाजोखा थिएन। स्वास्थ्यकै स्थितिको पारदर्शितामा पनि सरकार अत्यन्तै संकीर्ण थियो- एचआइभी पोजेटिभको सङ्ख्यालाई सार्वजनिक गर्न बन्देज थियो। नेपालबाट अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा हैजा रिपोर्टिङ हुँदैनथ्यो। त्यति मात्र होइन राजधानीमा वितरण हुने खानेपानीको गुण परीक्षण गर्न र त्यसको नतिजा प्रकाशित गर्न समेत अनुमति थिएन। पेशागत समूह, नागरिक समाज तथा उपभोक्ताहरू, मिडिया आदि यथेष्ट सचेत नभइसकेकोले लेखन, चर्चा, परिचर्चाहरू विरलै हुने गर्दथ्यो। सन् १९९० पछि मात्रै स्वास्थ्य नीति, योजना तथा समस्याहरूबारे आलोचनात्मक छलफलको शुरुआत हुन सक्यो। यो पुस्तक यिनै लेखहरूको एउटा सङ्कलन हो।

नेपालको राजनीतिक तथा समाज विकासको क्रममा सन् १९९० लाई एउटा कोशेढुङ्गा मान्ने हो भने त्यसयता स्वास्थ्यको क्षेत्रमा उल्लेख्य प्रगति भएको छ। स्वास्थ्यको स्तर, स्वास्थ्य सेवाको उपयोगसँग सम्बन्धित थुप्रै सूचाङ्कहरूमा सुधार भएका छन्। तर यो सुधारको गति र मात्रा भने अझै सन्तोषजनक हुन सकेको छैन। अन्य मुलुकहरूले यसै अवधिमा हासिल गरेका सफलताको तुलनामा तथा यतिखेर हाम्रै हाराहारीका राष्ट्रहरूको स्वास्थ्यको स्थितिसँग तुलना गर्दा नेपाल निकै नै पछाडि परेको छ।

नीति र योजना

सन् १९९० मा बहुदलीय व्यवस्थाको स्थापनापछि लगत्तै नेपालले पहिलोपल्ट लिखित राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति सार्वजनिक गर्‍यो । तर यस स्वास्थ्य नीतिले स्वास्थ्य सेवाको विस्तार गर्ने बाहेक अपेक्षा गरिएको राज्यले नागरिकको स्वास्थ्यलाई अधिकारको रूपमा स्वीकारेर त्यसको रक्षा गर्ने दायित्व बोध गरेको आभाष दिन सकेन । त्यसैले राज्यले निर्वाह गर्नुपर्ने भूमिकाको स्पष्ट दिशानिर्देश गर्न स्वास्थ्य नीति असफल नै रह्यो (हेर्नोस् मास्के यसै संग्रहमा) । यही अस्पष्टतामा अल्मलिँदा नेपालमा भर्खरै शुरु भएको राजनीतिक खुलापनमा अवसर खोजीरहेको नाफामुखी बजारले स्वास्थ्यमा खुट्टा जमाउने मौका पायो ।

स्वास्थ्य सेवामा बजारको प्रवेश अझ आक्रामक बनाउन ९० को दशकको आधाआधीतिर तर्जुमा गरेको दोस्रो २० वर्षे दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाले थप भूमिका निर्वाह गर्‍यो । अन्तर्राष्ट्रिय वित्तीय संस्था तथा थुप्रै दातृ संगठनहरूले कसरत गरेर तयार गरेको दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (१९९७-२०१७) तीनवटा कुराहरूमा केन्द्रीत भएको देखिन्छ । पहिलो, राज्यले प्रदान गर्ने स्वास्थ्य सेवाको सीमा निर्धारण गर्नु अथवा आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको प्याकेज बनाउनु । दोस्रो, स्वास्थ्य सेवाको मूल्य चुक्ता गर्नु । र तेस्रो, स्वास्थ्यमा निजी क्षेत्रको संलग्नता र लगानी सुनिश्चित गर्नु । सारांशमा, दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजनाले नागरिकको स्वास्थ्यको सुरक्षाको जिम्मा लिने दायित्वबाट राज्य पन्छिन खोजेको आभाष दिन्छ (हेर्नोस् हार्पर-अधिकारी यसै संग्रहमा) ।

स्वास्थ्यमा निजीकरणका केही विसङ्गतिहरू

बहुदो स्वास्थ्यको मूल्यलाई नेपालजस्तो विकासमा संघर्षरत देशले धान्नु निश्चय नै सजिलो होइन । निजी लगानीलाई स्वास्थ्य सेवामा प्रवेश दिनु नेपालको लागि बाध्यता नै हुन जान्छ । राज्यको निर्देशन र रेखदेखमा साभेदारी भएर जिम्मेवारीपूर्ण काम गर्न सके निजी क्षेत्रले स्वास्थ्य विकासमा सार्थक योगदान दिन पनि सक्थ्यो । तर कमजोर राज्य र सशक्त भैनसकेको नागरिकहरूको आडमा स्वास्थ्यमा निजी लगानी नाफामुखी भन्दा बढी सावित हुन सकेन । क्रय क्षमता भएको सानो जमातलाई आधुनिक स्वास्थ्य सेवाहरू देशभित्रै उपलब्ध गराएर निजी क्षेत्रले स्वास्थ्य सेवाको निम्ति विदेश जाने अर्थको ठूलो हिस्सा देशमै रोक्न सक्षम भने भएको छ, साथै त्यो समूहको लागि स्वास्थ्य सेवा सुलभ पनि बनाइदिएको छ । तर अधिकांश नेपालीहरूको स्वास्थ्यको स्थिति सुधार्न भने निजी क्षेत्रको योगदान खासै महत्वको हुन सकेन । निजी लगानीको कारण केही

विसङ्गतिहरू थपिएर स्वास्थ्य सेवा अझ कष्टकर बन्न समेत पुगेको छ। निजी लगानी भन्ने बित्तिकै सामान्य सिद्धान्तअनुसार पनि त्यससँग नाफा त जोडिएको छ, जुन अत्यन्तै स्वभाविक हो। नाफा त्यतिखेर सम्भव हुन्छ, जतिबेला लगानी भएको बस्तुको लगानीकर्ताको लागि उचित मूल्यमा खपत हुन्छ। यसको निम्ति स्वास्थ्यमा लगानीकर्ताले दुईओटा उपायहरू अख्तियार गरेको देखिन्छ। पहिलो, स्वास्थ्य सेवाहरू त्यहाँ मात्र उपलब्ध भएका छन् जहाँ सन्तोषजनक क्रय क्षमता छ। त्यसैले स्वास्थ्य सेवाहरू ठूला ठूला शहरहरूमा र बजार केन्द्रहरूमा घनीभूत हुँदैछ। दोस्रो, उपभोगवादको आडमा स्वास्थ्य सेवा र स्वास्थ्य प्रविधिको अविवेकपूर्ण प्रयोग बढ्न थालेको छ। विडम्बना, स्वास्थ्य सेवा गरीब नेपालीहरूको लागि राहत हैन बोझ बनेको छ (हेर्नोस् हार्पर-अधिकारी यसै संग्रहमा)। 'माल प्राक्टिस' स्वास्थ्य सेवाको हिस्सा बन्न आट्दैछ (हेर्नोस् गाउँले यसै संग्रहमा)। भएको ठाउँमा औषधीको दुरुपयोग हुँदैछ (हेर्नोस् गाउँले यसै संग्रहमा) भने रोल्पासीहरू मात्रै होइन (हेर्नोस् कुन्दन अर्याल यसै संग्रहमा) थुप्रै नेपालीहरू औषधीको अभावमा अकालमा मरिरहेका छन्। त्यसमाथि राज्यले दायित्व बोध नै गुमाएपछि त जुम्लावासीहरू मात्रै होइन (हेर्नोस् भण्डारी यसै संग्रहमा), जुम्लावासीहरू जस्तै थुप्रै नेपालीहरूको बाँच्न पाउने अधिकार देउताकै हातमा मात्रै हुने नै भयो। त्यसो त फाइफुट्ट आशा लाग्दा प्रयासहरू नभएको होइन। सेवाका उदाहरणीय नमुनाहरू पनि छन् (हेर्नोस् रुइत बस्नेत यसै संग्रहमा)। तर यिनीहरू महासागरका स-साना टापुहरू जस्तै भएका छन्, नितान्त एकलो र छुट्टै।

स्वास्थ्यमा मानव स्रोतको विकासको क्षेत्रमा समेत निजी लगानीको प्रवेश अर्को गम्भीर विषय बनेको छ। राम्रो नराम्रो सम्भावना मानिएको यो क्षेत्रमा योजना र गुणस्तर नियन्त्रणको अभावमा अराजकता नै छ, भने पनि हुन्छ। यसले स्वास्थ्यको समस्या समाधान गर्न कति योगदान गर्ने हो वा कति समस्याहरू थपि दिने हो (हेर्नोस् हार्पर-अधिकारी यसै संग्रहमा) त्यसका सङ्केतहरू देखिसकेका छन्।

निजीकरण एउटा देशभित्रको मात्रै एकल नीति नभएको स्पष्ट छ। यो उदार अर्थनीति र स्वतन्त्र व्यापारमा आधारित विश्वव्यापीकरणको एउटा अभिव्यक्ति हो। शक्तिशाली बहुराष्ट्रिय कम्पनीहरू र तिनैको भरथेगमा खडा भएका शक्तिशाली राष्ट्रका सरकारहरूको अगाडि स्वतन्त्र निर्णय गर्न सक्ने सार्वभौमिकता गुमाएका नेपाल जस्ता राष्ट्रहरूले विश्वव्यापीकरणका अनेक दुष्परिणामहरूलाई खेप्नुपरेको छ। हाम्रा रोगहरू, हाम्रा अज्ञानता र निरीहपन लगानीको लागि

महत्वपूर्ण उर्वरभूमि बनेका छन् । नुन-चिनी-पानी विश्व बजारको शिकार भएको होइन भन्ने तर्कहरू आइरहे पनि (हेर्नोस् कविताराम श्रेष्ठ यसै संग्रहमा) यसमा दुक्क भइहाल्ने स्थिति भने पक्कै छैन ।

विश्वबजारकै कारण हाम्रा प्राथमिकताहरू दोषपूर्ण भएका छन् । भण्डै चारदशक अघि नेपालमा अत्यावश्यक औषधिहरूको उत्पादन शुरु भएतापनि अहिलेसम्म पनि हामी औषधी उत्पादनमा आत्मनिर्भर हुन सकेका छैनौं र देशमा खपत हुने करिब तीन चौथाई औषधीहरू अन्य देशहरूबाट आयात गर्छौं । तर हामी मदिराको उत्पादनमा आत्मनिर्भर छौं, सुतीजन्य वस्तुहरूको उत्पादनमा आत्मनिर्भर छौं । यस्तो उद्योगहरूलाई सरकार मोटो राज्यकोष जम्मा हुने स्रोतका रूपमा हेर्दछ, तर यसबाट जनस्वास्थ्यमा पर्ने नकारात्मक प्रभावको जिम्मेवारीको दायित्व बोध भने अलिकति पनि गर्दैन (हेर्नोस् बस्नेत-दीक्षित; मनिषा अर्याल यसै संग्रहमा) । यो निश्चितै छ यदि नागरिकको स्वास्थ्यको जिम्मेवारी राज्यले लिने हो भने धुम्रपान र मदिरापानबाट हुने स्वास्थ्यको क्षतिलाई सच्याउन ती उद्योगहरूले राज्यकोषमा बुझाउने रकम भन्दा कैयौं गुणा बढी खर्च हुनेछ ।

स्वास्थ्यको दृष्टिकोणमा संकीर्णता

स्वास्थ्यलाई समग्रतामा हेरिने दृष्टिकोण नीतिहरूमा अहिले पनि फितलो नै छ । यो फितलोपन महिला स्वास्थ्यको मामिलामा बढी प्रष्ट हुन्छ । काइरोदेखि बेइजिङ र त्यसपछिका राष्ट्रिय, अन्तर्राष्ट्रिय भेलाहरूमा भएको बलियो वकालतले महिलाको प्रजनन स्वास्थ्यलाई हेरिने दृष्टिकोणमा धेरै नै परिवर्तन आएको पनि महिलाको प्रजनन प्रणालीलाई जनसङ्ख्या नियन्त्रणको माध्यम बनाउने सोचको घेराबाट मुक्त गरेर प्रजननलाई महिलाको स्वास्थ्य र त्यसमाथि महिलाको नियन्त्रण र अधिकार हुनुपर्ने दृष्टिकोण स्थापित भएको छ । यद्यपि त्यो अधिकारको ग्यारेन्टी गर्ने नीति र कार्यक्रमहरू सशक्त हुन सकेका छैनन् । फलस्वरूप स्वास्थ्य विकासका लक्ष्य र कार्यक्रमहरूलाई हेर्दा अहिले पनि नीतिको केन्द्रबिन्दु जन्म नियन्त्रणकै वरिपरि भएको देखिन्छ । प्रजनन प्रणालीकै एउटा पाटो भएपनि महिलाहरूबीच व्याप्त आइ खस्ने समस्यालाई (हेर्नोस् उप्रेती भाग एकमा) गम्भीरतासाथ हेरिएको छैन । त्यसबाहेक, पाठेघरको क्यान्सरलगायत अन्य रोगहरू, स्तनको क्यान्सर जस्ता प्रजनन प्रणालीसँगै गाँसिएका महिलाका स्वास्थ्य समस्याहरूबारे पनि आजसम्म यकिनका साथ राष्ट्रिय रूपमा न त लेखाजोखा नै हुन सकेको छ, न त यसबारे कुनै कार्यक्रम नै देखिएको छ । यी तथ्यहरूले

पनि माथि उल्लेख गरेको कुरालाई नै थप पुष्टि गर्दछ। महिला स्वास्थ्यलाई प्रजननको सीमाभन्दा फराकिलो भएर हेर्नुपर्छ भन्ने आवाजहरू आइरहे पनि स्पष्ट नीति र कार्यक्रमहरूको भने अझै अभाव नै छ। फलतः महिलाहरूको स्वास्थ्यको दयनीय स्थिति कायमै छ (हेर्नोस् उप्रेती भाग एकमा)।

थपिदो स्वास्थ्य समस्याहरू

नेपालले अन्य कम विकसित देशहरू जस्तै यतिखेर स्वास्थ्य समस्याको दोहोरो मार खेपिरहेको छ। भाडापखाला तथा अन्य सरुवा रोगहरू, कुपोषण आदि जस्ता हाम्रा पुराना समस्याहरू त छँदैछन्। तिनीहरूबाट हामी मुक्त हुन सकेका छैनौं, त्यसमाथि विगत केही दशकदेखि हामीलाई 'विकसित देशका रोगहरू' भनिने नयाँ समस्याहरूको बोझ पनि थपिन थालेको छ। नेपालमा मानसिक रोग उल्लेख्य रूपमा बढ्दै हुन थालेको छ। केही वर्ष अघि सम्म 'यो हाम्रो समस्या होइन' भन्ने गरेको 'एड्स' अब नेपालीको घरदैलोमा आइसकेको छ (हेर्नोस् भट्टराई यसै संग्रहमा)। भोलि कस्तो रोगहरू जन्मने हो त्यो अझै हामीलाई थाहा भइसकेको छैन।

यति मात्रै होइन, सन् १९८० को दशकमा नियन्त्रण भयो भनेर विश्वास गरिएको औलो पुनः फर्केको मात्रै होइन अहिले यसले जटिल रूप पनि लिएको छ (हेर्नोस् केसी यसै संग्रहमा)।

नजिकको तीर्थ हेला

नेपालीको जिब्रोमा बसेको यो उखान स्वास्थ्य क्षेत्रमा पनि लागू हुन्छ। स्वास्थ्य समस्यालाई आफ्नो वर्कतअनुसार सयौं वर्षदेखि सम्बोधन गर्दै आएका हाम्रा अनेकौं ज्ञान प्रणालीलाई आधुनिक चिकित्सा विज्ञानको आडमा हाम्रो स्वास्थ्य नीतिले पाखा लगाएको छ। परम्परागत ज्ञान प्रणाली आफैँमा पूर्ण र पर्याप्त छ भन्ने पक्कै होइन, तर यस भित्र निहित ज्ञान र सीपले स्वास्थ्य सेवामा महत्वपूर्ण टेवा पुऱ्याउन सक्थ्यो, जुन सम्भावनाहरूले उचित अवसर भने पाउन सकेका छैनन्। आधुनिक चिकित्सा विज्ञानमा प्राविधिक विकासको उचाइ तथा स्वास्थ्य सेवाको विश्व बजारको आक्रामक शैलीले यिनीहरूलाई कमजोर र दुर्बल त बनाएकै छ साथै राज्यले सुरक्षा र सम्बर्द्धन गर्न नसक्दा यी ज्ञान प्रणालीहरू लोप हुँदै जाने डर समेत पैदा भएको छ (हेर्नोस् पन्त; शर्मा यसै संग्रहमा)। यिनै ज्ञान प्रणाली पाश्चात्य मुलुकहरूमा वैकल्पिक चिकित्साको नाममा फस्टाउँदै जानु र लोकप्रिय पनि हुनु भने विडम्बना हो। एलोप्याथिक चिकित्साले असाध्य

भनेका कतिपय रोगहरूमा समेत यी 'वैकल्पिक चिकित्सा'को प्रयोग र अभ्यास भैरहेका छन् । यदि राज्यले यी परम्परागत ज्ञान प्रणालीलाई ठीकसँग जोगाउन सकेन भने विश्व व्यापार सङ्गठनको प्रावधान अन्तर्गत त्यस्ता ज्ञानका भण्डारमाथि बहुराष्ट्रिय कम्पनीहरूले अधिकार जमाउने सम्भावना टड्कारो छ । त्यसो भएमा हाम्रै दैलोको सम्पदा हाम्रो लागि पराई भैदिन्छ ।

उपभोक्ताहरूको सुरक्षाको प्रश्न

स्वास्थ्य सेवामा बढ्दो बजारमुखी उपभोगवादको विकास र यससँगै जोडिएको सम्भावित चिकित्सा सेवा र प्रविधिको अविवेकपूर्ण प्रयोगले गर्दा उपभोक्ताको (विरामीको) अधिकारको सुरक्षाको प्रश्न ज्यादै सान्दर्भिक र महत्वपूर्ण भएको छ । विकसित देशहरूमा त विरामीहरूको अधिकारको व्याख्या र त्यसको ग्यारेन्टी राज्यले कानूनी प्रावधानहरूबाट गरिदिएको छ । यस्ता कानूनहरूको प्रयोगमा केही विसङ्गतिहरू भएका होलान्, त्यो समस्याको अर्कै पाटो हो । विरामी स्वास्थ्यकर्मीको अगाडि निरीह प्राणी होइन, ऊ स्वास्थ्यकर्मी जित्तिकै सम्मानित नागरिक हो र विरामीको रूपमा उसका निश्चित अधिकारहरू हुन्छन् अनि स्वास्थ्यकर्मीले ती अधिकारहरूको सम्मान गर्नुपर्छ । चिकित्साकर्मीबाट ती अधिकारहरूको हनन् भयो भने उ सजायको भागीदार हुनेछ, जस्ता मान्यताहरू स्थापित भएका छन् ।

विरामीहरूले चिकित्सा सेवाको गलत प्रयोगबाट बच्न आफ्ना अधिकारहरूलाई उपभोग गर्न पाउने अवसरहरू पाएका हुन्छन् । त्यसो भन्नुको अर्थ ती राष्ट्रहरूमा चिकित्सा सेवाको गलत प्रयोग हुँदै हुँदैन भन्ने पक्कै होइन । फरक यति हो त्यस्तो बेलामा दोषीले कानूनको आधारमा दण्ड पाउँछ ।

नेपालमा विरामीको अधिकारबारे भीनामसिना स्वरहरू कहिलेकाहीं सुनिने भएपनि सशक्त आवाज भने अझै उठ्न सकेको छैन । नेपालमा जति मात्रामा स्वास्थ्य सेवा र प्रविधिको गलत प्रयोग भएको छ त्यसको कुनै औपचारिक तथ्याङ्क त छैन तापनि यसको सम्भावनाको व्यापकताबारे चिन्ता भने उठ्न थालेको छ । आफूमाथि भएको ज्यादतीबारे विरामीहरूको आवाज उठ्न भने शुरु भएको छ । वर्तमान उपभोक्ता ऐनले विरामीहरूको अधिकारको कतिसम्म रक्षा गर्नसक्छ त्यसबारे यथेष्ट चर्चा हुन सकेको छैन । त्यसबाहेक नेपालमा विरामीको अधिकारबारे उपयुक्त कानून नभएको मात्रै होइन भएकै केही कानूनहरू पनि विसङ्गतिपूर्ण भएको तथा कार्यान्वयन हुन नसकेको विज्ञहरूको दावी छ ।

२१ औं शताब्दीमा प्रवेश

यिनै मुद्दाहरू, चुनौतीहरू र समाधानका सम्भावनाहरू विरासतमा लिएर र सहस्राब्दी विकास लक्ष्यहरू बोकेर नेपाल २१ औं शताब्दीमा प्रवेश गरेको छ। यो शताब्दी सँगसँगै नेपालमा राजनीतिक अस्थिरता र हिंसात्मक द्वन्द्व पनि नयाँ चरणमा उक्लिएको छ।

स्वास्थ्यमा सहस्राब्दी लक्ष्यहरू प्राप्त गर्नु अन्य विकासोन्मुख देशहरूलाई जस्तै नेपाललाई सजिलो छैन। विश्व स्वास्थ्य सङ्घले गरेको आर्थिक सर्वेक्षणलाई आधार मान्ने हो भने नेपालमा हाल स्वास्थ्यमा हुने सम्पूर्ण लगानीमा करिब तीन गुणाले वृद्धि गर्नुपर्ने हुन्छ। याद गर्नुपर्ने बुँदा के छ भने नेपालमा स्वास्थ्यमा हुने लगानीको करिब एक चौथाई हिस्सा मात्र राज्यले गर्दछ। बाँकी तीन चौथाई खर्च व्यक्तिको निजी स्रोतबाट हुने गरेको छ। यसरी राज्यको दायित्वलाई अलिकति मात्रै बढाउने हो भने पनि नेपालमा अहिले हुने सरकारी लगानी कैयौँ गुणाले वृद्धि गर्नु जरुरी हुन्छ। यसो गर्न नेपाल अहिले न त तयार देखिन्छ न त सक्षम नै छ। त्यसैले नेपालले सहस्राब्दी लक्ष्य प्राप्त गर्नको लागि स्वास्थ्य क्षेत्रको सुधारलाई नै प्रमुख रणनीतिको रूपमा ल्याएको छ। यद्यपि दातृ संगठनहरू, परामर्श दातृहरू र सरकारबीच विगत केही वर्षदेखि जोडदार कसरत गरेर स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार नीति अन्तिम चरणमा पुगेर अब कार्यान्वयनको विन्दूमा पुगिसकेको भएपनि यसबारे नागरिक समाज, उपभोक्ता समाज र स्वतन्त्र विज्ञहरूबीच सार्वजनिक छलफल र आलोचनात्मक बहस भने हुँदै भएन भने पनि हुन्छ। यही बहस र चर्चाको अभावको कारणले पनि होला यस विषयमा कुनै लेखहरू यस पुस्तकमा समावेश हुन सकेका छैनन्। सन् १९९० अघिकै शैलीमा आएको यो सुधार नीतिले कति सफलता हासिल गर्छ त्यो त समयले देखाउला नै तर मूल्य असुली र निजी लगानीलाई प्रश्रय दिने आसयको वरिपरि भएको यस नीतिले नागरिकमाथि नै स्वास्थ्यको दायित्व थपिदिने कुरा भने भण्डै पक्कापक्की छ। आधारभूत सेवालालाई ग्रामीण, दुर्गम र विशेष गरेर गरीबहरूसम्म पुऱ्याउने, सकारात्मक तथा आशा लाग्दा कुराहरू सुधार नीतिमा भएपनि यसको लागि स्वास्थ्य बीमालाई प्रमुख माध्यमको रूपमा अधि सारिएको छ, तर बीमाको प्रारूपबारे अझै स्पष्टता नभएकोले एउटा अन्योल भने बाँकी नै छ। यसबाहेक समस्याको घनत्व नै अत्यधिक भएको कारणले, गाउँ र शहरबीच तथा धनी र गरीबबीच स्वास्थ्य स्थितिमा अत्यधिक ठूलो दूरी विद्यमान भएकाले साथै विगतको स्वास्थ्य विकासको गतिलाई हेर्दा सन् २०१५ सम्म सहस्राब्दी विकास लक्ष्यलाई हासिल गर्नु हाम्रो लागि फलामको चिउरा चपाए सरह होला।

तथापि हामी आशावादी हुनुपर्छ । राज्यले इमान्दारीतासाथ दायित्व बोध गर्ने हो भने, राज्य सञ्चालन एवं व्यवस्थापनमा सहभागिता र पारदर्शिता बढाउने भने, दातृ सङ्गठनहरू नेपालीको स्वास्थ्य विकास गर्न इमान्दार भैदिने हो भने र निजी क्षेत्रसँग सार्थक साभेदारी गाँसेर प्रतिबद्धता साथ काम गर्ने हो भने अभै लक्ष्यको ठूलो हिस्सा हासिल गर्न सकिन्छ । हाम्रो अगाडि एउटा प्रश्न भने उभिएकै छ— वर्तमान विश्वव्यापीकरणको भेलमा विश्व व्यापार सङ्गठन र संरचनागत समायोजन कार्यक्रमको बीचमा चेपिएको नेपाल र यो परिदृश्यमा मुक्त दर्शक बनेका हाम्रा सहयोगी अन्तर्राष्ट्रिय समुदाय (हेर्नोस् वार्नर यस संग्रहमा) एवं हुने र नहुनेको बीच बढ्दै गएको दूरीको पृष्ठभूमिमा नेपालले यो लक्ष्य कसरी प्राप्त गर्ला ?

अन्तमा

राज्यको भूमिका जनताको स्वास्थ्यको प्रमुख निर्णायक हुँदाहुँदै पनि इतिहासको धेरैजसो अवधिमा राज्यले नागरिकको स्वास्थ्यको पूर्ण दायित्वबोध गर्न सकेको छैन । समाजवादी राज्यहरूले स्वास्थ्यलाई नागरिकको आधारभूत मानवअधिकारको रूपमा स्वीकारेर आफ्नो जिम्मेवारी पूरा गर्ने प्रयास गरेका हुन् तर पनि त्यहाँ राज्यले प्रदान गर्ने स्वास्थ्यसेवालाई राज्य स्वयंले नागरिकमाथि सामाजिक नियन्त्रण राख्ने औजारको रूपमा प्रयोग गर्ने सम्भावनाहरू देखिए । केही समाजवादी मुलुकहरूमा यस्तै अभ्यासहरू भएकै छ । इसाको वीसौं शताब्दीको अन्तमा विश्वव्यापारीकरणसँगै विकास भएको नवउदारवादमा राज्यका अधिकारहरू धमिलो हुँदै गएपछि स्वास्थ्य विश्ववजारमा वस्तुका रूपमा प्रस्तुत हुन थाल्यो । स्वास्थ्यमा समता र सामाजिक न्यायको मान्यता विस्थापित भयो । विश्ववजार शक्तिसँग सङ्घर्ष गर्न नसकेका धेरै राज्यहरू नागरिक स्वास्थ्यको दायित्वलाई बोझ नै ठान्ने गर्दछन् । यथार्थमा एकातिर नागरिक राज्यको स्रोत हो र यसमाथिको लगानीले अन्ततः सबै नागरिकको हित हुन्छ भने अर्कोतिर नागरिकप्रति राज्यको अटुट दायित्व हुनुपर्छ र स्वास्थ्यलगायत नागरिक हितको सबै पक्षमा राज्यले जिम्मेवारीपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्नु पर्दछ । तर राज्यको वर्गीय चरित्रवारे निरपेक्ष भएर संयुक्त राष्ट्रसङ्घ या विश्वस्वास्थ्य सङ्घले मनोगत ढङ्गले जनस्वास्थ्यप्रति राज्यको दायित्वको सिफारिस गर्दाँमा राज्यले त्यसलाई इमान्दारीसाथ निर्वाह गरेको पाइन्छ । नागरिकप्रति अनुत्तरदायी राज्यबाट त्यसको अपेक्षा पनि गर्न सकिन्न, यो तथ्य इतिहासले साबित गरिसकेको छ । आआफ्नो बजारी स्वार्थहरूले गोलबन्द हुँदै निर्माण भएको विश्ववजारको दबावलाई भेल्न सक्ने राज्यले मात्र

स्वास्थ्यलगायत नागरिकहितको सुरक्षा गर्न सक्दछ र निश्चित छ त्यो दबाव भेल्ल सक्ने शक्ति पनि राज्यले नागरिकवाटै प्राप्त गर्दछ ।

नेपाल आर्थिक विकासको एउटा खुड्किलो चद्द नपाउँदै र आत्मनिर्भरताको दरिलो खुट्टामा उभिन नपाउँदै विश्वव्यापीकरणको भेलमा हेलिन पुगेको छ । यो भेलमा राज्य कति टिक्न सक्ला र नागरिकको स्वास्थ्यको सुरक्षामा कति भरपर्दो भूमिका खेल्न सक्ला प्रश्न गर्ने थुप्रै ठाउँहरू छन् । तैपनि यतिखेर नेपालले इतिहासबाट सिक्ने हो भने र आफ्नो हितलाइ राम्ररी बुझ्न सक्ने हो भने (हेर्नोस् बेजरुक्का यसै संग्रहमा) नेपालीले भर गर्न सक्ने आधारहरू अझै छन् ।

सन्दर्भसामग्री

- वन्त, शरद । २०५४ । तुन-चिनी-पानीमाथि बन्देजको राजनीति—यो साम्राज्यवादी चाल नभए के हो त ? *मूल्याङ्कन* २०५६ (चैत) : २१-२३ ।
- Chapman, A.R. 1994. Introduction. In *Health Care Reform: A Human Rights Approach*. A.R. Chapman, ed., pp. 1-32. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Chowdhury, Z. 1995. *The Politics of Essential Drugs*. New Delhi: Vistaar Publications.
- Cornia Giovanni, A. 2001. Globalization and Health: Results and Options. *Bulletin of World Health Organisation* 79(9): 834-41.
- Dixit, H. 1995. *Quest for Health*. Kathmandu: Education Enterprise (P) Ltd.
- Dollar, D. 2001. Is Globalization Good for Your Health? *Bulletin of World Health Organisation* 79(9): 827-33.
- Elleneweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Feachem, Richard G.A. 2001. Globalization is Good for Your Health, Mostly. *British Medical Journal* 323: 504-506.
- Galvez Tan, J.Z. 1987. We Are For the People: Reflection of a Community Health Worker in the Philippines. In *Practicing Health for All*. D. Morley, J. Rhode, G. Williams, eds., pp. 154-167. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Heggenhougen, H. K. 1984. Will Primary Health Care Efforts Be Allowed to Succeed? *Social Science and Medicine* 19(3): 217-24.
- Hall, Stuart et al., eds. 1996. *Modernity: An Introduction to Modern Societies*. Cambridge: Blackwell Publisher Ltd.
- Held, D. 1996. *Models of Democracy*. Stanford: Stanford University Press.

- Held, D., and Anthony McGrew, eds. 2000. *The Global Transformation 27 Reader: An Introduction to the Globalization Debate*. Cambridge: Polity Press.
- Keohane, R.O. 2000. Sovereignty in International Society. In *The Global Transformations Reader: An Introduction to the Globalization Debate*. David Held and Anthony McGrew Anthony, eds., pp. 100-23. Cambridge: Polity Press.
- Murray Christopher, J.L. and J. Frenk. 2000. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6): 717-31.
- Onta, S. 2000. Public Health Amidst the Liberal Market Economy. *Health Prospect* 2(2): 1-2.
- Rhode, J. 1987. Health for All in China: Principles and Relevance for Other Countries. In *Practicing Health for All*. D. Morley, J. Rhode, G. Williams, eds., pp. 5-16. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Strange, S. 2000. The Declining Authority of States. In *The Global Transformations Reader: An Introduction to the Globalization Debate*. David Held and Anthony McGrew, eds., pp. 148-56. Cambridge: Polity Press.
- Sullivan, B. 1998. Carole Pateman: Participatory Democracy and Feminism. In *Liberal Democracy and Its Critics*. A. Carter and G. Stokes, eds., pp. 175-95. Cambridge: Blackwell Publishers and Polity Press.
- UNICEF. 1994. *Status of the World's Children*. Oxford: Oxford University Press.
- Walt, G. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg: itwatersrand University Press and Zed Books.
- Welton, K. 1998. Richard Rorty: Postmodernism and a Pragmatic Defense of Democracy. In *Liberal Democracy and Its Critics*. A. Carter and G. Stokes, eds., pp. 98-110. Cambridge: Blackwell Publishers and Polity Press.
- Werner, D. 1987. Health Care in Cuba: A Model Service or a Means of Social Control—or Both? In *Practicing Health for All*. D. Morley, J. Rhode, G. Williams, eds., pp. 17-37. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Werner, D. and D. Sanders. 1997. *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto, CA: Health Rights.
- WHO. 1978. Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Geneva: World Health Organisation.

- WHO. 1981. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. 1996. *Equity in Health and Health Care*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. 2000. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organisation.
- Wolft, J. 1998. John Rawls: Liberal Democracy Restated. In *Liberal Democracy and Its Critics*. A. Carter and G. Stokes, eds., pp. 119-27. Cambridge: Blackwell Publishers and Polity Press.