

शिलबन्दी दरभाउपत्र प्रक्रियाबाट वन पैदावार लिलाम बिक्री सम्बन्धी सूचना

प्रथम पटक सूचना प्रकाशित मिति: २०८२/०८/१५ गते

यस सामुदायिक वन उपभोक्ता समूहको स्वीकृत वन व्यवस्थापन कार्ययोजना अनुसार डिभिजन वन कार्यालय बाँकेको च.नं. ३२१३ मिति २०८१/१२/२२ को वन पैदावार संकलन सहमति बमोजिम उत्पादित काठ र दाउराहरूमध्ये आन्तरिक खपत भई बाँकी रहेका गोलिया काठ तथा दाउराहरूलाई डिभिजन वन कार्यालय बाँकेको च.नं. १३०२ मिति २०८२/०८/१० गतेको बाह्य लिलाम सहमति बमोजिम समूहको घाटगद्दीमा रहेका साल, धौटी, खयर जातका कुल जम्मा गोलिया थान १४७ को ३१४.२० क्यू.फिट काठ तथा साल जातको ०.१५ चट्टा दाउरालाई हाल जे-जस्तो अवस्थामा छ, सोही अवस्थामा आफ्नै खर्चमा उठाई लैजानुपर्ने गरि लिलाम बिक्री गर्नुपर्ने भएकाले यो सूचना प्रकाशित गरिएको हो । ईच्छुक वन पैदावरको लिलाम बिक्रीमा भाग लिनका लागि डिभिजन वन कार्यालयमा सुचीकृत भएका सःमिल वा कम्पनीले यो पहिलो पटक सूचना प्रकाशित भएको मितिले २१ (एक्काइस) दिनभित्र सिलबन्दी बोलपत्र खरिद गर्न र २२ दिनभित्र सिलबन्दी बोलपत्र दर्ता गर्न आह्वान गरिन्छ । यस सम्बन्धी बिस्तृत जानकारीको लागि यस सामुदायिक वन उपभोक्ता समूहको कार्यालयमा सम्पर्क राख्न सकिनेछ । पूर्ण व्यहोराको सूचना यस सामुदायिक वन उपभोक्ता समूहको कार्यालयको सूचना पाटिकमा टाँस गरिएको छ ।

श्री दुर्गा भवानी सामुदायिक वन उपभोक्ता समूह

राप्तीसोनारी-०२, बाँके

सम्पादकीय

गाउँबाट सुरु भएको कफीयात्रा

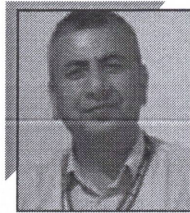
गुल्मी वीरबासका युवा शंकर शर्माले देखाएको दृढता र साहस आजका सबै नेपाली युवाका लागि प्रेरणाको स्रोत बनेको छ । नौ वर्षअघि कफीबारे सामान्य जानकारीसमेत नहुने एउटा गाउँले युवक आज कफी नर्सरीदेखि प्रशोधन र परिकार निर्माणसम्मका विषयमा दक्ष प्रशिक्षकका रूपमा पहिचान निर्माण गरिरहेका छन् । उनी केवल सफल उद्यमी मात्र होइनन्, आफ्नै श्रम, सिप र दृष्टिले धेरै युवाको जीवन बदलिदिने परिवर्तनका बाहक पनि बन्न सकेका छन् ।

बुटवल, भैरहवा र जितपुरका तीन शाखामार्फत सञ्चालन भइरहेको लुम्बिनी बारिष्टा एण्ड हस्पिटालिटी ट्रेनिङ प्रालिले हजारौँ किशोर-किशोरीलाई कफी, बेकरी, सुसी तथा विविध परिकार बनाउने सिप सिकाएर आत्मनिर्भरता र अवसरको नयाँ ढोका खोलीदिएको छ । आज ५० जिल्लाका १६ देखि ४५ वर्ष उमेर समूहका युवाहरू यहाँ सिप सिक्दै आफ्नो भविष्य निर्माण गरिरहेका छन् । यिनै सिपयुक्त युवाहरू विदेशमा समेत आवश्यक दक्ष जनशक्ति बनेर प्रतिस्पर्धा गर्न सकिरहेका छन्, कतिपय भने आफ्नै गाउँसहरमा रोजगारी सिर्जना गर्दै उद्यमशीलताका उदाहरण बनेका छन् ।

शंकर र उनको टोलीले गाउँमै पुगेर किसानलाई कफी खेती, मलपानी व्यवस्थापन, रेड चेरी संकलन र प्रशोधनका व्यवहारिक सीप सिकाएको पहल विशेष महत्वपूर्ण छ । नेपालमा वर्षेनी करोडौँ रुपैयाँ बराबरको कफी आयात भइरहेका बेला औपचारिक एक लाख बिस्वासासमेत रोप्ने योजना कफी आत्मनिर्भरता अभियानकै आधारस्तम्भ बन्न सक्छ । यसले गाउँमा रोजगारी, किसानमा उत्साह र नेपाली कफीलाई विश्व बजारमा फैलिने सम्भावना थप प्रस्ट्याएको छ । कृषिमा युवा पुस्तालाई आकर्षित गर्नका लागि पनि यसप्रकारका अभियानको खाँचो छ ।

यस्ता उदाहरणीय युवाको प्रयासले देशले खोजिरहेको परिवर्तन सम्भव छ भन्ने सन्देश दिन्छ । सिप, लगन र सकारात्मक सोचसँगै अघि बढेर आत्मनिर्भर बन्न कसैले रोक सक्दैन भन्ने प्रमाण शंकर र उनका सहकर्मी हुन् । सहकर्मीको असल नियत सहितको सहकार्य र सकारात्मक सोचले नै उनीहरूलाई यसप्रकारको काममा सफलता मिलिरहेको छ । थप सम्भावना पनि बढाएको छ ।

देशमा निराशा बोल्ने आवाज धेरै छन्, तर बदलिँदो परिस्थितिलाई सिर्जनशील कार्यद्वारा सकारात्मक दिशातिर लैजाने शक्ति युवामै छ । गाउँबाट सुरु भएको कफी यात्राले सिद्ध गरिदिएको छ-अवसरको खोजी मात्रै होइन, अवसर निर्माण गर्ने पुस्ता नेपालमा जन्मिँदै छ । यस्तै साहस, लगन र सिपयुक्त यात्राले नै आत्मनिर्भर, सम्भावनायुक्त र उज्यालो भविष्यको नेपाल निर्माण हुन्छ । माटोमै छ सम्भावना, माटोबाटै सम्भव छ आत्मनिर्भरताको सम्भावना ।

सन्दर्भ: विश्व एड्स दिवस
एचआइभी रोकथामका लागि रूपान्तरणकारी रणनीति

भविन्द्र भण्डारी

प्रत्येक वर्ष डिसेम्बर १ मा विश्व एड्स दिवस मनाइन्छ । यो दिवसले एचआइभी/एड्सका बारेमा जानकारी बढाउने मात्र होइन, धेरै प्रभावित व्यक्ति, परिवार र समुदायहरूलाई कसरी रोकथाम, उपचार र सहयोग सुनिश्चित गर्ने भन्ने महत्वपूर्ण सवालमा सरोकारवालाहरूको ध्यानकाकर्षण पनि गर्छ । एड्सबाट मृत्यु भएका व्यक्तिको सम्झना गर्ने दिन पनि हो । यो वर्षको नाराले सङ्क्रमितको आवाजलाई सम्बोधन गर्दै एड्सको रोकथामका प्रयासलाई स्पष्टान्वय गर्ने अभियानलाई विशेष जोड दिएको छ ।

एचआइभीको प्रकोप अझै सकिनेको छैन । धेरै व्यक्ति, परिवार र समुदायहरू अझै पनि एचआइभी सङ्क्रमणको जोखिममा छन् । युएनएड्सको प्रतिवेदनअनुसार सन् २०२४ को अन्त्यसम्म करिब नौ मिलियन एचआइभी सङ्क्रमितहरूले उपचार पाएका छन् । सन् २०२४ मा १.३ मिलियन व्यक्तिहरू सङ्क्रमित भएका थिए । राष्ट्रिय एड्स, तथा यौनरोग केन्द्रका अनुसार २०२४ को अन्त्य ३४ हजार ३३० जना एचआइभी सङ्क्रमित भएको अनुमान रहेको छ, जसमध्ये ७७ प्रतिशतले उपचार पाएका छन् । देशका ६४ जिल्लामा ९६ एचआइभी केन्द्रबाट एन्टी रेट्रोभाइरल उपचार नि:शुल्क उपलब्ध छ । सन् २०२४ मा मात्रै ५६९ व्यक्तिहरू एड्सका कारणले मृत्यु भएको अनुमान छ । यो सन् २०१० को तुलनामा ८६ प्रतिशतले घटेको हो ।

सम्बन्धित प्रयासको खाँचो

नेपालको एचआइभी अवस्था केन्द्रीकृत महामारी हो । उच्च जोखिममा रहेका समूहहरू जस्तै लागुपदार्थको प्रयोग गर्ने यौनकर्मी, पुष्प समाली, तथा येशोमाली यौनकर्मीमा एचआइभी सङ्क्रमण बढी छ । अहिलेसम्मको तथ्याङ्क हेर्दा लागुपदार्थ प्रयोग गर्नेमा ३ प्रतिशत, महिला यौनकर्मीमा २.२ प्रतिशत पुष्प समालीमा ६.२ प्रतिशत, भारतमा काम गर्ने जाने नेपाली कान्छामा ६.२ प्रतिशत रहेको छ । यसकारण सन् २०३० मा एड्सको महामारीलाई अन्त्य गर्ने मूलाकाय लक्ष्य लिइएको छ । अन्य अनुसन्धानका सन्दर्भले नेपालले पनि एचआइभी नियन्त्रणका लागि महत्वपूर्ण उपलब्धि हासिल गरेको छ । यसका लागि नीति, रणनीति र निर्देशिकाहरूको कार्यान्वयनले पनि यी उपलब्धिहरू हासिल भएका हुन् तर यी उपलब्धिलाई निरन्तरता दिन नेपालले पनि थिगो मार्गचित्रको संरचनात्मक क्षमता तयार गर्नुपर्ने देखिन्छ तर यसका लागि अझै पनि सम्बन्धितहरू प्रयास भएको छैन ।

अतिरिक्त विकसित देशमा एचआइभी रेस्योनस अझै पनि जोखिममा छ किनकि उच्च जोखिममा परेका समूहहरूमा रोकेथाम, परिणाम, उपचार र आधारभूत स्वास्थ्य सेवाहरू पर्याप्त छैनन् । समुदायकै नेतृत्वमा

सञ्चालित एचआइभी सेवा पनि अन्तर्राष्ट्रिय रूपमै बजेट कटौतीका कारण रोकिने अवस्थामा छन् । यसले गर्दा स्वास्थ्य सेवामा पहुँच, मानवअधिकार, लैङ्गिक समानता, समावेशीता, समता, सामाजिक न्यायजस्ता सवालहरू ओभरलुक्नुपर्ने हुन्छ । अनि सीमानाकृत र प्रभावित समूहहरू धेरै बाँच्नै नसक्ने भन्ने जोखिम बढ्छ ।

एचआइभी रेस्योनसका लागि बाह्य दातृ निकायमा निर्भर रहने परम्पराको पनि पछिछिँदै उल्लेख्य बजेट कटौती भएपछि एचआइभी कार्यक्रमहरूको निरन्तरता र दिगोपनमा थप सङ्कट र चुनौती थपिएको छ । यी परिस्थितिको सामना गर्न राज्यले आन्तरिक बजेट बढाउनुपर्ने, एचआइभी कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सरोकारवालाहरूसँग साझेदारी बढाउने र स्थानीय नागरिक समाज एवं उच्च जोखिममा

संस्थाहरूमा पाउनुपर्ने गुणात्मक उपचार, परामर्श सेवा र सहयोग उपलब्ध छैनन् । कतिपय स्वास्थ्य संस्थामा तालिम प्राप्त जनशक्ति, औषधि र प्रयोगशालाको अभावले गर्दा एचआइभी सेवाहरू प्रभावित भएका छन् । एचआइभी सेवाको प्रवाहमा असमानतामा घटाउँदै समुदाय र स्वास्थ्य प्रणालीलाई अफ बढी समावेशी, उत्पादनशील र दिगो बनाउने दिशामा नयाँ राष्ट्रिय एचआइभी रणनीतिले स्पष्ट मार्गचित्र दिने अपेक्षा गरिएको छ । त्यसैले एचआइभी रोकथामका लागि उच्च राजनीतिक प्रतिबद्धता, स्पष्ट राष्ट्रिय कार्ययोजना र आवश्यक प्राविधिक स्रोत सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ ।

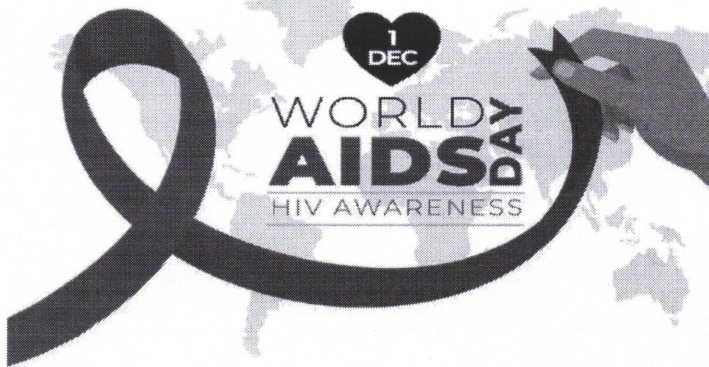
धियौंदा चुनौती

पछिल्लो देखि नै राष्ट्रिय एचआइभी कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन र अनुमन

समतामूलक वितरण र परिचालनमा थप सुधार गर्नुपर्छ । गुणात्मक एफेक्टिभ एचआइभी सेवाको निरन्तरता सुनिश्चित गर्न आन्तरिक स्रोत परिचालन पर्याप्त रूपमा बढाउन सकिनेको छ । त्यसैले एचआइभी कार्यक्रमको बजेट तर्जुमा र योजना प्रक्रियामा प्रादेशिक र स्थानीय सरकारको समता बढाउँदै सार्वजनिक-निजी साझेदारीको अवधारणालाई प्रवर्द्धन गर्नुपर्छ । यसले राष्ट्रिय अपनत्व पनि बढाउँछ ।

बहुक्षेत्रीय समन्वय र सहकार्य

राष्ट्रिय एचआइभी रणनीतिको आधारमा प्रदेश र स्थानीय तहमा बृहत् कार्ययोजना तयार गरी प्रभावकारी कार्यान्वयन लागि स्वास्थ्य मन्त्रालय, राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग केन्द्र, राष्ट्रिय समन्वय संयन्त्र, स्त्रोबल फण्ड, विस्वस्वास्थ्य सङ्गठनसंगै अन्य दातृ निकायसँग समन्वय र सहकार्य अझै



परेका समूहहरूको क्षमता अभिवृद्धिलाई संस्थागत गर्नुपर्ने देखिन्छ । यसका लागि एचआइभी सेवालाई समावेशी, एकीकृत र जनकेंद्रित स्वास्थ्यको मोडेलमा रूपान्तरण गर्न जरुरी छ ।

थिगो रोकथामका लागि स्वास्थ्यबारेका अन्य शिक्षा, सहरी विकास, श्रम तथा रोजगार, बालबालिका, महिला, सामाजिक संरक्षणलगायत क्षेत्रमा समन्वय र सहकार्य बढाउनुपर्ने देखिन्छ । बहुक्षेत्रीय समन्वयले नै एचआइभी रोकथामको मात्र र सेवाको कभरेज बढाउन उल्लेख्य सहयोग गर्छ । केही क्षेत्रीय र अन्तर्राष्ट्रियस्तरीय प्राप्त अनुभव र सिक्नुबाट स्वाभाविक भएका रोकथाम, परीक्षण र उपचारका नयाँ प्राविधिक र अभ्यासहरूलाई पनि कार्यान्वयन गर्नुपर्ने देखिन्छ । दक्षिण पूर्वी एसियामा देशहरू जस्तै: थाइल्याण्ड, कम्बोडियाका एचआइभी रेस्योनसका कार्यक्रम सफल मानिन्छन् । ती अभ्यासहरूलाई नेपालले पनि अनुसरण गर्न सक्छ तर यी नयाँ प्रयासहरू पर्याप्त जनशक्ति र प्राविधिक क्षमताको अभावले गर्दा बढाउनुपर्ने अनुभव स्थानीय तहमा प्राधिकाको रूपमा विस्तार गर्न सकिने छैन ।

एचआइभी सङ्क्रमित व्यक्तिलाई उपचार सेवामा पहुँच बढाउने प्रदेश र स्थानीय स्तरमा परीक्षण, परामर्श र प्रेषण सेवालाई उच्च प्राथमिकतामा राखिएको छ । एचआइभी रोकथामका बारेमा जनचेतना बढे पनि ठूलो क्षेत्रमा सङ्क्रमित व्यक्ति र उनीहरूको परिवारले स्थानीय

गर्न अन्तर्राष्ट्रिय साझेदार संस्थाले प्राविधिक सहयोगमा निरन्तरता दिँदै आएका थिए । यो सहयोगले एचआइभी सेवाको जोखिम समूहको पहुँच बढाउन उल्लेख्य सहयोग पुगेको देखिन्छ । तर अहिलेका सन्दर्भमा अन्तर्राष्ट्रियस्तरीय बजेट कटौतिले गर्दा दातृ निकायको आर्थिक र प्राविधिक सहयोग उल्लेख्य रूपमा घटेको छ । यो घटनाको विषय हो किनकि एचआइभीका सेवालाई कसरी निरन्तरता दिने भन्ने विषय अहिले मुख्य सवाल बनेको छ । यो परिवर्तनमा राष्ट्रिय र स्थानीयस्तरमा नागरिक समाजका सज्जोतामहत्त संस्थागत एचआइभी रोकथाम र उपचार सेवा अफ बढी परिणाममुखी बनाउन उनीहरूको सहभागिता र क्षमता अभिवृद्धि सुनिश्चित गर्न जरुरी देखिन्छ ।

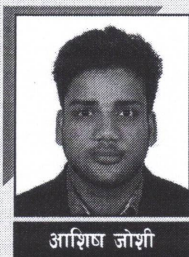
अर्कोतिर उच्च जोखिममा रहेका समूहहरूको यौनरोग, एचआइभी रोकथाम र उपचार सेवाको सहज पहुँचका लागि सूचना, सञ्चार र परामर्श सेवालाई विस्तार गर्न जरुरी छ । उनीहरूको सुस्थिति जीवनीशैलीका लागि व्यवहार परिवर्तनमा जोड दिने कार्यक्रम बढी प्रभावकारी भएका छन् । समुदायस्तरमा उपलब्ध एचआइभी रोकथाम र उपचार सेवाको निजीमामुलक अनुमन र सामाजिकमूलक मूल्यांकन प्रणालीलाई सुदृढ गर्दै तथ्यमा आधारित रोकथामका रणनीति र कार्ययोजनाको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्न जरुरी छ ।

बीबाहेक उपलब्ध स्रोतको पारदर्शिता,

सुदृढ बनाउनुपर्ने देखिन्छ । एचआइभी सङ्क्रमित बालबालिकाका लागि आवश्यक पर्ने शिक्षा स्वास्थ्य र पोषणका लागि सामाजिक संरक्षणका कार्यक्रम अझै पनि सीमित छन् । प्रदेश र स्थानीय सरकारले एचआइभी रोकथामका प्रमुख सवाललाई सम्बोधन गर्दै आवश्यक स्रोत परिचालनका लागि बढिबढि राजनीतिक नेतृत्व, प्रतिबद्धता र सामाजिक जवाफदेहिता सुनिश्चित गर्नुपर्छ ।

एचआइभी/एड्स जनस्वास्थ्यको मात्र सवाल होइन, यो थिगो मानवीय विकास थिगो विकाससँग जोडिएको सङ्क्रमणको कार्यक्रम अझै पनि सीमित छन् । प्रदेश र स्थानीय सरकारले एचआइभी रोकथामका प्रमुख सवाललाई सम्बोधन गर्दै आवश्यक स्रोत परिचालनका लागि बढिबढि राजनीतिक नेतृत्व, प्रतिबद्धता र सामाजिक जवाफदेहिता सुनिश्चित गर्नुपर्छ ।

नेपालको स्वास्थ्य सेवा 'भ्यालु-बेस्ड' मोडेलतर्फ



आरिशान जोशी

नेपालको स्वास्थ्य क्षेत्रमा पछिल्ला दशकमा संरचनागत तथा प्राविधिक रूपमा धेरै सुधारहरू भएका छन् । अस्पताल विस्तार, स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम, डिजिटल स्वास्थ्यको प्रयोग र रोग नियन्त्रणका कार्यक्रमहरू विस्तार जस्ता परिणामस्वरूप प्रणाली छर्चिलो तर कम

बिरामी आबो भन्ने नै सफलताको प्रमुख सूचक बनेको छ । विश्व भन्ने तीव्र गतिमा 'भ्यालु-बेस्ड केयर' तर्फ अघि बढिरहेको छ । नेपाल भने बिस्तारै पछि परिरहेको अवस्थामा छ । त्यसैले अब स्वास्थ्य प्रणालीलाई भ्यालु-केन्द्रित मोडेलमा लैजानु विकल्प होइन, भविष्यको अपरिहार्य आवश्यकता हो ।

स्वास्थ्य सेवा किन अझै भोल्युम केन्द्रित छ ?

नेपालका धेरै अस्पतालमा अझै पनि जति धेरै सेवा, त्यति धेरै आधुनिक भन्ने संस्कृतिको प्रभाव छ । जस्तै: अनावश्यक परीक्षण, आवश्यकता बिना भर्ना, उच्च दाबी, औषधि र प्रक्रिया दोहोरिने यी सबै भोल्युम-बेस्ड मोडेलका दुष्परिणाम हुन् । यस्तो मोडेलमा स्वास्थ्यकर्मीको ध्यान नतिजा (आउटकम) मा होइन, सेवा संख्या बढाउनुमा जान्छ । परिणामस्वरूप प्रणाली छर्चिलो तर कम

दीर्घकालीन सुधार कतिको टिकाउ रह्यो ? पुनः भर्ना दर घट्यो कि बढ्यो ? रोग रोकथामका कति प्रभावकारी योगदान भयो ? अर्थात्-सेवा संख्या होइन, सेवा गुणस्तर र मूल्य नै सूचक बन्ने ।

नेपालले किन अब भ्यालु-बेस्ड

बिरामी छिटो निको, अनावश्यक परीक्षण घट्ने, दाबी दुरुपयोग कम, अस्पतालको दक्षता वृद्धि, सरकारको खर्च कम, स्वास्थ्य प्रणाली दिगो । सन् २०३० को युनिभर्सल हेल्थ कवरेज लक्ष्य नजीकै गर्दा नेपालले पुरानो भोल्युम-बेस्ड सोचमा अडिगरनु उपयुक्त छैन । अब परिवर्तन नआए बीमा कार्यक्रम अस्थिर, खर्च बढ्दो र रोग नियन्त्रण कमजोर हुनेछ । नेपालले अब प्रश्न सोध्नुपर्ने स्पष्ट छ, कति सेवा दियो ? होइन, 'सेवाले कति मूल्य सिर्जना गर्‍यो ? बिरामी कति निको भयो ?' भ्यालु-बेस्ड केयर नै नेपालको स्वास्थ्य प्रणालीलाई दिगो, गुणस्तरिय र भविष्य-उन्मुख बनाउने सबैभन्दा व्यवहारिक मार्ग हो ।

केयर अपनाउनेपर्छ ?

१. चर्चामा प्रणाली छर्चिलो तर

अस्पष्ट शुल्क, सेवा गुणस्तरमा अन्तर, जानकारीको अभाव-यी सबैले सेक्टर जर्नी (बिरामीको उपचार अनुभव) अहमज बनाएको छ । भ्यालु-बेस्ड मोडेलले बिरामी अनुभवलाई नै केन्द्रीय सूचक बनाउँछ ।

२. सरकारको स्रोत सीमित स्वास्थ्य बजेट जिडिपीको ५ प्रतिशतभन्दा कम छ ।

भ्यालु-बेस्ड मोडेलले अनावश्यक खर्च कटौती र दीर्घगम व्यवस्थापनमा दृष्टो प्रभाव पार्छ ।

रूपान्तरण हुन सक्छ ?

१. गुणस्तर लाई सेवा मूल्यांकनको केन्द्रमा राख्ने

अस्पतालहरूले क्लिनिकल आउटकम, सार्वजनिक गर्नुपर्ने, संक्रमण दर, पुनः भर्ना दर, सर्जरी सफलता, मातृ-शिशु मृत्यु-अनिवार्य

फिरोङ्ग, 'जति धेरै सेवा : जति राम्रो' भन्ने सोच अन्त्य ।

मुक्तनीसँग जोड्ने ।

३. डिजिटल हेल्थलाई नतिजा-केन्द्रित बनाउने

(ओपन-आर्किभस), एचआइभी/एड्स, अर्बिङ डेटा भन्ने प्रणाली-अब यसले, जोखिम भविष्यवाणी (रिस्क प्रेडिक्सन), उपचार प्रभाव मापन, उच्च जोखिम समूह पहिचान, निरन्तर हेरचाह जस्ता कार्य गर्नुपर्नेछ ।

भ्यालु-बेस्ड केयर लागू भए के परिवर्तन आउँछ ?

बिरामी छिटो निको, अनावश्यक परीक्षण घट्ने, दाबी दुरुपयोग कम, अस्पतालको दक्षता वृद्धि, सरकारको खर्च कम, स्वास्थ्य प्रणाली दिगो । सन् २०३० को युनिभर्सल हेल्थ कवरेज लक्ष्य नजीकै गर्दा नेपालले पुरानो भोल्युम-बेस्ड सोचमा अडिगरनु उपयुक्त छैन ।

