



सबके लिए स्वास्थ्य और आरोग्य

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र: दृष्टिकोण और भावी रूपरेखा

टी सुंदररामन

भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का विकास

जे वी आर प्रसाद राव

भारत में स्वास्थ्य पर व्यय: दक्षता उन्नयन

आलोक कुमार

सबका स्वास्थ्य: महत्वपूर्ण वैश्विक परिदृश्य

सुभाष शर्मा

फोकस

जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं: वर्तमान और भविष्य

अभय बांग



विशेष आलेख

सतत विकास युग में स्वास्थ्य

के श्रीनाथ रेड्डी

प्रधानमंत्री ने किया राष्ट्रपति भवन शृंखला की पुस्तकों का विमोचन



बाएं से दाएं: माननीय राष्ट्रपति, माननीय प्रधानमंत्री और सूचना एवं प्रसारण सचिव श्री सुनील अरोड़ा।

माननीय प्रधानमंत्री ने राष्ट्रपति भवन शृंखला के भाग के रूप में प्रकाशन विभाग द्वारा प्रकाशित दो पुस्तकों 'दि प्रेसिडेंशियल रिट्रीट्स ऑफ इंडिया' तथा 'सेलेक्टेड स्पीचेज ऑफ दि प्रेसिडेंट-प्रणव मुखर्जी (वॉल्यूम 3)' का विमोचन 11 दिसंबर, 2015 को राष्ट्रपति भवन में किया। प्रधानमंत्री ने दोनों पुस्तकों की पहली प्रतियां माननीय राष्ट्रपति श्री प्रणव मुखर्जी को भेंट कीं। प्रेसिडेंशियल रिट्रीट्स कॉफी टेबल बुक है, जिसमें शिमला के निकट मशोरबा में प्रेसिडेंशियल रिट्रीट्स और सिकंदराबाद में



राष्ट्रपति निलयम के इतिहास, वास्तु कला एवं अन्य पक्षों का विवरण दिया गया है। पुस्तक में विश्राम स्थल की परंपराओं तथा आंतरिक बनावट की जानकारी दी गई है, जहां राष्ट्रपति विश्राम तथा आत्मचिंतन करने भी आते हैं और भारत के विभिन्न भागों के लोगों से मिलने के लिए भी आते हैं।

माननीय राष्ट्रपति श्री प्रणव मुखर्जी को सेलेक्टेड स्पीचेज (वॉल्यूम 3) की पहली प्रति भेंट करते माननीय प्रधानमंत्री श्री नरेंद्र मोदी

सेलेक्टेड स्पीचेज (वॉल्यूम 3) उन महत्वपूर्ण भाषणों के संग्रह का तीसरा खंड है, जो भारत के माननीय राष्ट्रपति प्रणव मुखर्जी ने विभिन्न अवसरों पर दिए। इन 92 भाषणों में विभिन्न विषयों के प्रति राष्ट्रपति की गहन जानकारी भी झलकती है और न क्षेत्रों में हमारे देश को कहां होना चाहिए, इसकी दृष्टि भी झलकती है।



योजना

वर्ष: 60 • अंक 2 • फरवरी 2016 • माघ-फाल्गुन, शक संवत् 1937 • कुल पृष्ठ: 68

हिंदी, असमिया, बांग्ला, अंग्रेजी, गुजराती, कन्नड़, मलयालम, तमिल, तेलुगु, मराठी, उड़िया, पंजाबी तथा उर्दू में एक साथ प्रकाशित

प्रधान संपादक: दीपिका कच्छल

संपादक: ऋतेश पाठक

उपसंपादक: भुवनेश

संपादकीय कार्यालय

648, सूचना भवन, सीजीओ परिसर,
लोधी रोड, नयी दिल्ली-110 003

दूरभाष (प्रधान संपादक): 24362971

ईमेल: yojanahindi@gmail.com

वेबसाइट: www.yojana.gov.in

www.publicationsdivision.nic.in

http://www.facebook.com/yojanahindi

संयुक्त निदेशक (उत्पादन): वी.के. मीणा

सहायक निदेशक (प्रसार): पद्म सिंह

(प्रसार एवं विज्ञापन)

ईमेल: pdjuicir@gmail.com

आवरण: संजीव कुमार, जी. पी. धोपे

पत्रिका मंगवाने, सदस्यता, नवीकरण, पुराने अंकों की प्राप्ति एवं एजेंसी आदि के लिए मनीऑर्डर/डिमांड ड्राफ्ट/पोस्टल आर्डर 'अपर महानिदेशक, प्रकाशन विभाग' के नाम से बनवा कर निम्न पते पर भेजें:

सहायक निदेशक (प्रसार एवं विज्ञापन)

प्रकाशन विभाग, कमरा सं. 48-53

भूतल, सूचना भवन, सीजीओ परिसर

लोधी रोड, नई दिल्ली-110003

दूरभाष: 011-24367453

सदस्य बनने अथवा पत्रिका मंगाने के लिए हमारे निम्नलिखित विक्रय केंद्रों पर भी संपर्क किया जा सकता है।

प्रकाशन विभाग के विक्रय केंद्र

शहर	पता	पिनकोड	दूरभाष
नयी दिल्ली	सूचना भवन, सीजीओ कॉम्प्लेक्स, लोधी रोड	110003	24367260
दिल्ली	हाल सं. 196, पुराना सचिवालय	110054	23890205
नवी मुंबई	701, सी- विंग, सातवीं मंजिल, केंद्रीय सदन, बेलापुर	400614	27570686
कोलकाता	8, एसप्लानेड ईस्ट	700069	22488030
चेन्नई	'ए' विंग, राजाजी भवन, बंसल नगर	600090	24917673
तिरुअनंतपुरम	प्रेस रोड नयी गवर्नमेंट प्रेस के निकट	695001	2330650
हैदराबाद	ब्लॉक सं-4, पहला तल, गृहकल्प, एमजी रोड, नामपल्ली	500001	24605383
बंगलुरु	फर्स्ट फ्लोर, 'एफ' विंग, केंद्रीय सदन, कोरामंगला	560034	25537244
पटना	बिहार राज्य कोऑपरेटिव बैंक भवन, अशोक राजपथ	800004	2683407
लखनऊ	हॉल सं-1, दूसरा तल, केंद्रीय भवन, सेक्टर-एच, अलीगंज	226024	2225455
अहमदाबाद	अंबिका कॉम्प्लेक्स, फर्स्ट फ्लोर	380007	26588669
गुवाहाटी	के. के. बी. रोड, नयी कॉलोनी, कमान संख्या-7, चेनीकुटी	781003	2665090

इस अंक में

- **संपादकीय** 7
- भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र: दृष्टिकोण और भावी रूपरेखा
टी. सुंदररामन 9
- भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का विकास
जे. वी. आर. प्रसाद राव 15
- भारत में स्वास्थ्य पर व्यय: दक्षता उन्नयन
आलोक कुमार 17
- **फोकस**
जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएं: वर्तमान और भविष्य
अभय बांग 21
- **विशेष आलेख**
सतत विकास युग में स्वास्थ्य
के. श्रीनाथ रेड्डी 25
- **विकास पथ** 28
- सबका स्वास्थ्य: महत्वपूर्ण वैश्विक परिदृश्य
सुभाष शर्मा 29
- संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज एवं सतत विकास लक्ष्य
चंद्रकांत लहरिया 33
- स्वास्थ्य संचार: क्षमताएं एवं संभावनाएं
संजीव कुमार 37
- कुपोषण की रोकथाम: महिला स्वास्थ्य की भूमिका
मीरा मिश्र 40
- ई-हॉस्पिटल से स्मार्ट बनता स्वास्थ्य-तंत्र
अमित कुमार सिंह 43
- खेलों का स्वास्थ्य से सीधा रिश्ता
संजय श्रीवास्तव 47
- **क्या आप जानते हैं?** 49
- सार्वजनिक स्वास्थ्य: समस्याएं एवं समाधान
जितेंद्र कुमार पाण्डेय 50
- बाल स्वास्थ्य के शैक्षिक सरोकार
पवन सिन्हा 53
- आपदाकालीन चिकित्सा प्रबंधन: विशेषीकृत तंत्र की जरूरत
हिमांशु शोखर मिश्र 55
- भारत में स्वास्थ्य जागरूकता: एक क्रांति की आवश्यकता
मनीष कुमार 57
- कुपोषण मुक्त स्वस्थ भारत: कृषिगत चुनौतियां व अवसर
गिरिजेश सिंह महारा, वी संगीता, प्रेमलता सिंह 64
- दीर्घाविधि में दिखेगा मेक इन इंडिया का असर
संदीप दास 64

- योजना का लक्ष्य देश के आर्थिक विकास से संबंधित मुद्दों का सरकारी नीतियों के व्यापक संदर्भ में गहराई से विश्लेषण कर इन पर विमर्श के लिए एक जीवंत मंच उपलब्ध कराना है।
- योजना में प्रकाशित लेखों में व्यक्त विचार लेखकों के अपने हैं। जरूरी नहीं कि ये लेखक भारत सरकार के जिन मंत्रालयों, विभागों अथवा संगठनों से संबद्ध हैं, उनका भी यही दृष्टिकोण हो।
- प्रकाशित विज्ञापनों की विषयवस्तु के लिए योजना उत्तरदायी नहीं है।

दरें: वार्षिक: ₹ 100 द्विवार्षिक: ₹ 180, त्रिवार्षिक: ₹ 250, विदेशों में वार्षिक दरें: पड़ोसी देश: ₹ 530, यूरोपीय एवं अन्य देश: ₹ 730



आपकी राय



भारत में नारी शिक्षा की हकीकत

भारत में 6 से 14 साल तक के बच्चों के लिए मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा के अधिकार का कानून भले ही लागू हो चुका हो लेकिन इस आयु वर्ग की लड़कियों में से लगभग 40 प्रतिशत का तो हर वर्ष स्कूलों से ड्रॉप-आउट हो जाता है। जाहिर है इस तरह से देश की आधी लड़कियां कानून से बेदखल होती रहेंगी। यह आंकड़ा मोटे तौर पर दो सवाल पैदा करते हैं।

पहला यह कि इस आयु वर्ग के बच्चों में से आधी लड़कियां स्कूलों से ड्रॉप-आउट क्यों हो जाती हैं? दूसरा यह है कि इस आयु वर्ग की आधी लड़कियां अगर स्कूलों से ड्रॉप-आउट हो जाती है तो एक बड़े परिदृश्य में मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा के अधिकार कानून का क्या अर्थ रह जाता है?

अनिवार्य शिक्षा का अधिकार कह देने भर से अधिकार नहीं मिल जाएगा, बल्कि यह भी देखना होगा कि मुफ्त और अनिवार्य शिक्षा के अधिकार के अनुकूल खास तौर से लड़कियों के लिए भारत में शिक्षा की बुनियादी संरचना है भी या नहीं! आज 6 से 14 साल तक के तकरीबन 20 करोड़ भारतीय बच्चों के प्राथमिक शिक्षा के लिए पर्याप्त स्कूल, कमरे, प्रशिक्षित शिक्षक और गुणवत्तायुक्त सुविधाएं नहीं हैं।

भारतीय शिक्षा पद्धति, शिक्षकों की कार्य-प्रणाली एवं पाठ्यक्रमों की पुनर्समीक्षा की जाए, लड़कियों की शिक्षा से जुड़ी हुई इन तमाम बाधाओं को सोचे-समझे और तोड़े बगैर शिक्षा के अधिकार का बुनियादी मकसद पूरा नहीं हो सकता है।

*स्त्री है संजीवनी, शिक्षा ले अगर पाए,
क्यों झूठी मुस्कान से, पिसे अभागन हाया।*

मनोरथ सेन

जामताड़ा, झारखंड

पर्यावरण बचाना जरूरी

योजना का जलवायु परिवर्तन विशेषांक (दिसंबर 15) संपूर्ण पर्यावरण-प्रदूषण को फोकस करता हुआ एक संग्रहणीय और दुनिया के लोगों के लिए अध्ययन और उस पर कार्य करने के लिए मार्गदर्शक-विशेषांक है। पर्यावरण पर संपूर्ण सामग्री देकर आपने विश्व की इस ज्वलंत-समस्या का सटीक समाधान प्रस्तुत किया है। आवश्यकता है इसके आद्योपांत पढ़ने एवं महसूस करने की, कि हम जिस दुनिया में रह रहे हैं, वह आज एक विनाशकारी असंतुलन और रेडियोधर्मी धूल, धुआं और शोरगुल की दुनिया है, जहां मानवीय जीवन कितना कठिन हो गया है, फिर भी हमें जीवन को बचाना है और इसके लिए इस पृथ्वी-ग्रह के पर्यावरण को बचाना होगा। संवेदना के सत्य और सत्य की संवेदना

में बहुत बड़ा फासला है। हम अपने आप से कितने दूर हो चले हैं, इसलिए प्रकृति से दूरी बढ़ गई है और इसीलिए पर्यावरण-प्रदूषण के गैस-चैबर में फंस गए हैं।

मानवीय संवेदना जो क्रूरता, बर्बरता, आतंक और कलह के बीच अपने अस्तित्व की रफ्तार तय कर रही है, उसे एक नये मोड़ पर लाना होगा। बारूद और विध्वंस के जखीरों को समाप्त कर इस विनाशकारी-शक्ति को नवनिर्माण के सृजन की केशरिया-धूप में लाना होगा। गीत, गजल, कविता, साहित्य, संगीत और कला में रूपायित करना होगा। विध्वंसक शक्ति को अहिंसक शक्ति बनाना होगा। तभी मानवता के सुखद-स्वर्णिम भविष्य की कल्पना साकार हो सकती है। अभी कुछ नहीं बिगड़ा है। समय के पंख हर समय नये आसमानों की खोज करते हैं। अभी भी हमारे सामने और भी कई आसमान हैं।

वात्सल्य

गुलाबचन्द वात्सल्य, बुधवारी,

छिन्दवाड़ा (म.प्र.)

शिक्षा: कल के भविष्य की जरूरत

योजना पत्रिका में प्रकाशित विषय 'शिक्षा: सफलता का मंत्र' ने शिक्षा की जरूरत और बुनियादी ढांचे की सफलता में शिक्षा की प्रासंगिकता को बड़े ही महत्वपूर्ण बिंदु के रूप में उल्लेखित किया गया है जो शिक्षा

के महत्व को भारत के समावेशी विकास की कल्पना से जोड़ने का काम करती है। “यदि ज्ञान केवल ज्ञान ही रह जाए तो व्यक्ति के पास जीने की कोई उम्मीद नहीं रह जाती लेकिन यदि वह ज्ञान को बुद्धि से बदल दे तो न केवल वह जीवित रहेगा बल्कि उपलब्धियों की नई से नई ऊंचाईयों को प्राप्त करने के योग्य हो जाएगा”। इस वाक्य में इस बात की सार्थकता की उपलब्धि निहित है कि शिक्षा के द्वारा सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक, राजनैतिक स्तर की समस्याओं को शून्य के स्तर पर पहुंचते हुए कैसे एक नये मुकाम और नई ऊंचाई को प्राप्त करते हुए एक सुहाने सुबह की कल्पना को मूर्त रूप दिया जा सकता है।

आज की भारतीय शिक्षा व्यवस्था में खामियां बहुत ही व्यापक स्तर पर मौजूद हैं, जिससे यहां का युवा आज की आधुनिक प्रौद्योगिकी प्रणाली को समझ पाने में अपने आप को असहाय पाता है। इसलिए भारतीय शिक्षा के स्तर को उस ऊंचाई पर ले जाना होगा जहां वह आज के विख्यात विश्वविद्यालय जैसे-कैंब्रिज, हार्वर्ड की शिक्षा नीति को टक्कर दे सके।

इस बात को आसानी से समझा जा सकता है कि शिक्षा में लैंगिक अंतराल की समस्या का समाधान आसान नहीं है, क्योंकि शहरों में पुरुष साक्षरता दर जहां 89.7% है वहीं महिलाओं की साक्षरता दर 79.1% के करीब है। ये तो इन आंकड़ों से ही स्पष्ट होता है। शिक्षा में व्याप्त इस अंतराल को समाप्त करके ही महिलाओं को जागृत और सशक्त किया जा सकता है जिससे वे पुरुषों के साथ देश के विकास में एक महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सके।

संविधान के ‘डीपीएसपी’ में संघ तथा राज्य को इस विषय में स्पष्ट निर्देश है कि वे समाज में पिछड़े तबके को उचित व्यवस्था उपलब्ध कराए जिससे वह समाज में अन्य

वर्गों के सामाजिक स्तर को प्राप्त कर सके लेकिन शिक्षा व्यवस्था को लेकर सरकारों ने अरुचि को ही प्रदर्शित किया है जिससे शिक्षा की नींव पर खड़ी योजनाएं मूर्त रूप नहीं ले सकेंगी।

विकास कुमार जुगीवंशी
विकास कालोनी, शांतिपुरम,
बाराबंकी, उ.प्र.

जीवन की महत्वपूर्ण इकाई: शिक्षा

मैं ने योजना का जनवरी माह 2016 का अंक पढ़ा जो नए साल पर नये उमंग व प्रेरणादायक की तरह था, जो मुझे बहुत ही अच्छा लगा, क्योंकि इसमें विद्यार्थियों का ध्यान रखते हुए जीवन की महत्वपूर्ण ईकाई शिक्षा से जुड़ी है। खासतौर पर यह योजना पत्रिका तैयारी करने वाले छात्रों के लिए वरदान साबित होती है। इसमें सभी लेख अच्छे व ज्ञानवर्धक है।

विशेष आलेख (एस.श्री. निवास राव) *वांचित के लिए शिक्षा: चिंताएं, चुनौतियां और भावी योजनाएं* में अजा, अजजा तथा दलित वर्गों के शिक्षा की स्थिति बताई गई है। अगर सही आंकड़ों के अनुसार देखा जाए तो सबसे ज्यादा शिक्षा व साक्षरता दर में कमी हमारे देश के रूरल व ट्राइबल क्षेत्रों में अजा, अजजा तथा यहां के महिलाओं में है जिसका मुख्य कारण आर्थिक कमजोरी व जागरूकता है क्योंकि यह आर्थिक व मानसिक रूप से बहुत ही कमजोर होते हैं। जो हमारे समाज और सरकार के लिए सबसे बड़ी समस्या व चुनौती बनी हुई है।

अतः सरकार को चाहिए कि इनके हितों व अधिकारों को विशेष संरक्षण व ध्यान देना चाहिए। अंत में योजना के समस्त टीम को नव वर्ष 2016 की हार्दिक शुभकामनाएं।

व्यास प्रसाद
काशी हिंदू विश्वविद्यालय, वाराणसी
ईमेल: vyasprasadbhu@gmail.com

निवेदन

योजना हमेशा द्विपक्षीय संचार में विश्वास रखती है। पाठकों से निवेदन है कि वह अपने राय व विचारों से हमें अवगत कराते रहें। साथ ही, पत्रिका में प्रकाशनार्थ आलेख भी हमें भेजे जा सकते हैं। पाठक हमें डाक द्वारा पत्र भेज सकते हैं। साथ ही आप अपनी सामग्री yojanahindi@gmail.com पर ईमेल के द्वारा हमें प्रेषित कर सकते हैं। आप हमारे फेसबुक पेज **योजना हिंदी** पर भी हमसे जुड़ सकते हैं। आपकी राय, सुझाव व सहयोग का इंतजार रहेगा।

—संपादक

जिज्ञासा

सर्वप्रथम क्रिसमस त्यौहार व नववर्ष 2016 के लिए मेरी ओर से आपको सपरिवार व योजना के समस्त स्टाफ को बधाई व शुभकामनाएं देता हूं।

देश के विकास को समर्पित हिंदी मासिक पत्रिका योजना (वर्ष: 59, अंक: 11) नवंबर 2015 के पृष्ठ संख्या-58, (शीर्षक-निवेदन) व पृष्ठ संख्या-61 (शीर्षक-पाठकों से) के संदर्भ में सुझाव है कि आप एक पम्पलेट/ब्रोसुर छपवाएं जिसमें योजना पत्रिका में किन-किन विषयों/क्षेत्रों के व किस प्रकार के लेख/आलेख आमंत्रित हैं, का ब्यौरा दें। साथ ही लेखकों के लिए नियम व शर्तें व मान देय राशि इत्यादि की भी जानकारी इसमें होनी चाहिए। मुझे भी इसकी एक प्रति भिजवाने की कृपा करें।

योजना पत्रिका जयपुर सिटी में किन-किन बुक सेलर्स के पास उपलब्ध है, उनके भी नाम व डाक पते पत्रोत्तर में दिखाएं। एक जानकारी और लिखे क्या आप संग्रहित खबरें भी प्रकाशित करते हैं?

राजकुमार टंकसाही
डी.एम.ई., बी. कॉम, एल.एल.बी.
जयपुर (राजस्थान)

समाधान

योजना में दिलचस्पी रखने के लिए सुधि पाठक का तहेदिल से शुक्रिया। जैसा कि कई अंकों में विज्ञापन के जरिए बताया गया है, योजना का हरेक अंक विकास केंद्रित विषयों पर विमर्श करता है और हर अंक किसी एक खास विषय के इर्द-गिर्द केंद्रित होता है। उस अंक में उसी केंद्रीय विषय से संबंधित आलेख लिए जाते हैं। प्रकाशनार्थ भेजे जाने वाले आलेख मौलिक व अप्रकाशित होने चाहिए। भुगतान भारत सरकार के विभिन्न नियमों के तहत किया जाता है।

पत्रिका डाक से केवल वार्षिक ग्राहकों को भेजी जाती है। किसी शहर विशेष में पत्रिका की उपलब्धता की जानकारी के लिए व्यापार अनुभाग से दूरभाष संख्या 011-24367453 पर संपर्क किया जा सकता है। विभिन्न शहरों में प्रकाशन विभाग के विक्रय केंद्रों का पता पृष्ठ संख्या 3 पर दिया गया है। योजना में संग्रहित खबरों/प्रकाशित सामग्री का प्रकाशन नहीं किया जाता।

—संपादक



Most trusted & renowned institute among IAS aspirants

हिंदी माध्यम के IAS/PCS टॉपर्स क्या कहते हैं 'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' पत्रिका के बारे में...



निशांत जैन (IAS - राजस्थान कैडर)

'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' स्वयं में एक अनूठी और बहुआयामी पत्रिका है। इसका सभी विद्यार्थियों के लिये उपलब्ध होना प्रतियोगिता जगत की एक बड़ी ज़रूरत पूरी करता है। मैंने खुद इस पत्रिका का लाभ उठाया है।

सिविल सेवा परीक्षा पर ही पूरी तरह केन्द्रित यह पत्रिका कई मायनों में विशिष्ट है। इंटरव्यू खंड, निबंध खंड, एथिक्स आदि पर विशेष ध्यान देना इस पत्रिका को बाकी पत्रिकाओं से अलग बनाता है। समसामयिक घटनाओं का सिविल सेवा परीक्षा के नज़रिये से विश्लेषण और फिर उनकी विन्दुवार प्रस्तुति बेहद उपयोगी और प्रासंगिक है।

'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' आपकी सफलता में सार्थक भूमिका निभाएगी, ऐसा मेरा विश्वास है।

राजेन्द्र पेंसिया (IAS - उत्तर प्रदेश कैडर)



हिंदी माध्यम के अभ्यर्थियों के सामने सबसे बड़ी समस्या यह है कि पत्रिका कौन सी पढ़ी जाए? इसके लिये सबसे अच्छा, श्रेष्ठ, प्रामाणिक और सारगर्भित स्रोत 'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' के माध्यम से मिलता है। इंटीग्रेटेड एप्रोच से तैयारी के लिये हिंदी माध्यम में ऐसी किसी पत्रिका का अभाव था जो प्रिलिम्स, मुख्य परीक्षा और साक्षात्कार की ज़रूरतों को पूरा कर सके। विकास सर के मार्गदर्शन में यह पत्रिका निश्चित ही इन सभी मानकों पर खरी उतरती है। हिंदी माध्यम के अभ्यर्थी गूगल ट्रांसलेटेड मैटीरियल पढ़ने की बजाय यह पत्रिका पढ़ें जो पूर्णतः मौलिक व अनुभवी टीम की मेहनत का परिणाम है। मुझे विश्वास है कि यह पत्रिका उनके लिये निश्चित रूप से वरदान साबित होगी। शुभकामनाएँ।

मनीष कुमार (IPS)



यह पत्रिका (दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे) हिन्दी माध्यम में उपलब्ध पाठ्य सामग्री की कमी को पूरा करने की एक गंभीर कोशिश है। इसके सभी खंडों का व्यवस्थित अध्ययन तैयारी को संपूर्णता प्रदान करता है। पत्रिका के 'समसामयिक मुद्दों पर संभावित प्रश्नोत्तर' खंड से मुझे मुख्य परीक्षा की तैयारी में विशेष मदद मिली थी।

अंकित तिवारी (IRS IT)



'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' एक सारगर्भित एवं विविध आयामी पत्रिका है जो सिविल सेवा परीक्षा के तीनों चरणों- प्रिलिम्स, मुख्य परीक्षा एवं साक्षात्कार के लिये आवश्यक पाठ्य सामग्री उपलब्ध कराती है। हिंदी माध्यम के अभ्यर्थियों के लिये सबसे बड़ी चुनौती समसामयिक मुद्दों पर प्रामाणिक कंटेंट की उपलब्धता की थी परंतु 'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' ने इस चुनौती को स्वीकारते हुए उत्कृष्ट एवं प्रामाणिक अध्ययन सामग्री उपलब्ध कराई है, जो सिविल सेवा अभ्यर्थियों के लिये वरदान साबित हो रही है। समसामयिक मुद्दों पर 'प्रश्नोत्तर खण्ड' तो मुख्य परीक्षा की तैयारी हेतु विशेष रूप से उपयोगी है। विकास सर का सम्पादकीय लेख अभ्यर्थियों को निरंतर प्रोत्साहित करता रहता है।

विवेक यादव (UPPCS, I-Rank)



राज्य व संघ लोक सेवा आयोग की परीक्षाओं की दृष्टि से यह पत्रिका मुझे बहुत उपयोगी लगी। यह पत्रिका समसामयिक घटनाचक्र के विषयों में आपकी समझ बढ़ाने के साथ ही साथ उस विषय पर बहुआयामी दृष्टिकोण का सृजन करती है। इस पत्रिका का निबंध व मॉक इंटरव्यू खण्ड तमाम डाउट्स को क्लियर करने में सहायक है।

आई.ए.एस., पी.पी.एस., तथा अन्य प्रतियोगी परीक्षाओं की तैयारी को समर्पित पत्रिका

दृष्टि

करेंट अफेयर्स टुडे

महत्त्वपूर्ण लेख

- इस 'कर्मविवेक' है वा 'कर्मविवेक' ?
- मानवीय में राजनीतिक अभिव्यक्ति
- भारत के अर्थव्यवस्था परियोजना समिति
- सोशल मीडिया का दुरुपयोग
- भारत की परमाणु क्षमता
- भारत की परमाणु क्षमता
- डिजिटल कनेक्शन और नैतिकता
- सुपरबम की बंदी चुनौती
- राज्योत्तर कानून और अभिव्यक्ति की स्वतंत्रता

प्रिलिम्स खंड

- पी.टी. एग्जामिनर : प्रारंभिक परीक्षा के लिये संभावित प्रश्नों का संकलन
- सामान्य अन्वयान प्रश्नोत्तर

टॉपर्स से बातचीत

- दोस्ताना - प्रिलिम्स सेना 2014 में IPS हेतु चर्चित
- डॉ. जयप्रकाश - प्रिलिम्स पी.पी.एस. में क्या स्थान

वी.पी.एस.सी. मुख्य परीक्षा पर विशेष सामग्री

- विहार की अर्थव्यवस्था, राजव्यवस्था, इतिहास, भूगोल एवं कला-संस्कृति पर सारगर्भित सामग्री

केस स्टडीज़ एवं वाद-विवाद

- राजेन्द्र पेंसिया (IAS) द्वारा विचार केस स्टडीज़ व सम्पादन
- क्या भारत में जातिवैधीन समाज की स्थापना संभव है ?

रणनीतिक आलेख

- पी.पी.एस. परीक्षाओं की तैयारी कैसे करें ? (पहली कड़ी)

और भी बहुत कुछ...

प्रदीप कुमार (IRS)



'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' एक मानक पत्रिका है। पिछले दो अंकों में तो इसने 'गागर में सागर' भर दिया है। वस्तुतः बाज़ार में उपलब्ध स्तरहीन सामग्री ने अभ्यर्थियों को दिशा-भ्रमित ही किया है। ऐसे में 'दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे' ने विद्यार्थियों की राह आसान कर दी है।

जय प्रकाश (IRTS)



विद्यार्थियों के समक्ष उच्च स्तर की पाठ्य सामग्री का सदैव अभाव रहा है जिसके कारण हिंदी भाषी छात्र हीन भावना का शिकार रहते हैं। यह पत्रिका (दृष्टि करेंट अफेयर्स टुडे) इस मानक पर खरी उतरती है। इसमें परीक्षा के अनुरूप बहुआयामी समसामयिक खंडों को विश्लेषित करने तथा रोचक ढंग से प्रस्तुत करने की क्षमता है। खास तौर पर निबंध, एथिक्स और इंटरव्यू के लिये किया गया प्रयास इसे अन्य पत्रिकाओं से बेहतर बनाता है जो अवश्य ही विद्यार्थियों की सफलता में निर्णायक सिद्ध होगा। मैं दृष्टि परिवार की अनुकरणीय पहल का आभार व्यक्त करता हूँ।

आदित्य प्रजापति (UPPCS, II-Rank)



मुख्य व प्रारंभिक परीक्षा के दृष्टिकोण से यह पत्रिका मुझे बहुत उपयोगी लगी। पत्रिका के लेख, निबंध व एथिक्स खण्ड परीक्षार्थियों के लिये निश्चित रूप से बहुत लाभदायक सिद्ध होंगे।

641, 1st Floor, Dr. Mukherji Nagar, Delhi-9 Ph.: 011-47532596, (+91)8130392354, 56, 59
E-mail: info@drishtiias.com, drishtiacademy@gmail.com * Website: www.drishtiias.com

स्वास्थ्य: राष्ट्रीय विकास लक्ष्यों में प्राथमिकता

19

83 के राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदे को अंगीकार करने के साथ ही *सबका स्वास्थ्य* की घोषणा के नीतिगत निर्देश भारत सरकार की घोषित नीति बन गई। स्वस्थ राष्ट्र हेतु वांछित परिणामों के अनुपात में हर वर्ष बजटीय खर्च को बढ़ाने की मांग खड़ी कर भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र ने नीति निर्माताओं के लिए सदैव बड़ी चुनौतियां प्रस्तुत की हैं। इस तथ्य को विशेषज्ञ स्वीकार कर चुके हैं कि आर्थिक वृद्धि तथा बेहतर स्वास्थ्य के बीच मजबूत संबंध है और यह दोतरफा संबंध है। बड़ी स्वास्थ्य समस्याओं वाली आबादी राष्ट्र की वृद्धि प्रक्रिया का हिस्सा कभी नहीं बन सकती। दूसरी ओर स्वास्थ्य समस्याओं से घिरा राष्ट्र देश के विकास संबंधी लक्ष्यों पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है।

सहस्राब्दी विकास लक्ष्य एवं बाद में सतत विकास के लक्ष्यों ने इस बात को और स्वास्थ्य के एकीकृत लक्ष्यों को अपनी कार्यसूची में शामिल किया है। सतत विकास के लक्ष्यों पर हस्ताक्षर करने के कारण भारत को अब वे लक्ष्य प्राप्त करने के लिए अपनी नीतियां तैयार करने तथा स्वास्थ्य संबंधी प्राथमिकताएं निर्धारित करने की आवश्यकता है। उतना ही महत्वपूर्ण यह भी है कि स्वास्थ्य क्षेत्र में अपनी नीतियों और कार्यों को अन्य क्षेत्रों में अपने विकास संबंधी कार्यक्रमों के साथ जोड़ने का काम यह अधिक लगन के साथ करे।

हमारे नीति निर्माताओं ने यह बात समझी और अतीत में स्वास्थ्य संबंधी कई कार्यक्रम आरंभ किए, जो अत्यंत सफल रहे हैं। हमारे टीकाकरण कार्यक्रमों विशेष रूप से दुनिया भर में सराहे गए पल्स पोलियो के कारण नवजात एवं माता मृत्यु दर में कमी आई है और कभी घातक कहलाने वाले चेचक के विरुद्ध लड़ाई हमने लगभग जीत ही ली है। हमारी चिकित्सा व्यवस्था अब दुनिया में सर्वश्रेष्ठ व्यवस्थाओं के साथ मुकाबला कर सकती है।

स्वास्थ्य के लिए धन की व्यवस्था करना स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने का प्रमुख घटक है। भारत में सरकार विशाल सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का संचालन मुख्यतः स्वयं करती है। फिर भी आबादी के एक बड़े हिस्से को इस प्रणाली से बाहर चिकित्सा सेवा की तलाश करनी पड़ती है। मध्यम एवं निम्न वर्गों के किसी भी व्यक्ति के लिए स्वास्थ्य सेवा सबसे महंगी सेवाओं में शुमार हो चुकी है। इसलिए सरकार प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सुधारने के प्रयास तो जारी रख रही है लेकिन उसे विशाल निजी क्षेत्र की अनदेखी भी नहीं करनी चाहिए। भारत की भारी आबादी हेतु किफायती स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित करने के लिए मिश्रित स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था वाली नीति बेहतर हो सकती है। निजी क्षेत्र के साथ मिलकर अधिक प्रभावी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली सुनिश्चित करने तथा सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्य प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य बीमा सबसे अच्छा तरीका है। सरकार को यह सुनिश्चित करने के लिए नियामकीय प्रणाली तो तैयार करनी ही होगी कि सरकारी मदद वाला स्वास्थ्य बीमा पर्याप्त वित्तीय सुरक्षा दे और स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध भी कराए। स्वास्थ्य नीति 2015 के मसौदे को प्रतिक्रिया एवं सलाह के लिए सार्वजनिक मंच पर रखते हुए एवं विभिन्न क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा के लिए संदर्भ में हुए बदलाव को समझते हुए इसमें पिछली नीतियों की कुछ खामियां दूर करने का प्रयास किया गया है। इसमें माना गया है कि स्वास्थ्य सेवा पर होने वाला तगड़ा खर्च कई परिवारों पर भारी पड़ता है और यह गरीबी का बड़ा कारण है। नीति को सर्वव्यापी स्वास्थ्य सेवा के ऐसे प्रावधान पर जोर देना चाहिए, जिसमें गरीबों एवं हाशिए पर पड़े लोगों के लिए दवाओं तथा रोग-जांच संबंधी सेवाओं का प्रावधान भी हो और वित्तीय खतरों से बचाने का प्रावधान भी हो।

आदिवासियों, किशोरों तथा युवाओं, महिलाओं एवं पूर्वोत्तर क्षेत्रों के लिए स्वास्थ्य सेवा की चुनौतियां आम जनता की चुनौतियों से अलग हैं। आदिवासी इलाकों में स्वास्थ्य सेवाओं के लिए अलग दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है, जो क्षेत्र विशेष के अनुरूप और आदिवासियों के प्रति संवेदनशील हो सकती हैं, उनमें स्थानीय जनता की प्रतिभागिता तथा उसका सशक्तिकरण पूरी तरह सुनिश्चित किया जा सकता है तथा ज्ञान एवं व्यवहार परिवर्तन संबंधी कमी पाटने के लिए स्वास्थ्य संबंधी साक्षरता तथा संचार को बढ़ा एवं रणनीतिक माध्यम बनाया जा सकता है।

इसी प्रकार स्त्री अथवा पुरुष की स्वास्थ्य संबंधी अलग आवश्यकताएं राष्ट्र के कल्याण के लिए महत्वपूर्ण हैं। देश में स्त्रियों एवं पुरुषों के लिए न्याय सुनिश्चित करने हेतु महिलाओं विशेष रूप से गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों में कुपोषण दूर करना आवश्यक है। जब आबादी का एक बड़ा हिस्सा कुपोषित रहता है तो देश के आर्थिक विकास पर भी निश्चित रूप से प्रभाव पड़ता है।

भारत में स्वास्थ्य सेवा की परंपरा रही है, जिसमें धन्वंतरि, जीवक, चरक और सुश्रुत जैसे प्रख्यात चिकित्सक हुए हैं। अतीत के वर्षों में विभिन्न सरकारी योजनाओं तथा कार्यक्रमों के जरिए इस परंपरा को जारी रखा गया है। समय की मांग है कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं को सघन बनाया जाए तथा श्रमशक्ति का विस्तार किया जाए। निजी क्षेत्र को बड़े स्तर पर शामिल करने तथा उसके साथ ही हितों के टकराव से निपटने एवं लोगों को सही चुनाव करने योग्य बनाने के लिए कठोर नियामकीय प्रणाली तैयार करने की भी आवश्यकता है।

स्वास्थ्य ही धन है तो अक्सर कहा जाता है। किंतु यह भी सच है कि स्वस्थ व्यक्ति अपनी तथा अपने परिवार एवं राष्ट्र की बेहतर देखभाल कर सकता है। स्वस्थ लोगों वाला राष्ट्र विकास के अपने लक्ष्यों में योगदान करने तथा उन्हें प्राप्त करने में और भारत को अधिक बलशाली एवं जीवंत बनाने में समर्थ होगा। □

सामान्य अध्ययन के लिए भारत का सर्वश्रेष्ठ एवं विश्वसनीय संस्थान...

I
A
S



P
C
S

ISO 9001 : 2008 Certified

Committed to Excellence

A Team of Best, Experienced & Renowned Experts...



Ashok Singh



Manikant Singh



Alok Ranjan



R. Kumar



Pushpesh Pant

Majid Husain



Abhay Kumar



Deepak Kumar



Rajesh Mishra



Dr. V.K. Trivedi



Niraj Singh
Managing Director



Divyansh Singh
Co-ordinator

Delhi Centre

सामान्य अध्ययन

CSAT

नया फाउंडेशन बैच
निःशुल्क कार्यशाला

10 Feb. 11.30 AM

बैच 15 Feb. 3.00 PM
प्रारंभ

Allahabad Centre

सामान्य अध्ययन

(नया फाउंडेशन बैच)

15 Feb.

(मुख्य परीक्षा बैच)

8 Feb.

Lucknow Centre

सामान्य अध्ययन

(नया फाउंडेशन बैच)

26 Feb. 8.30 AM

भूगोल
(Optional)

5 Feb. 12:15 pm

IAS - 2016

All India Pre. Test Series

प्रथम टेस्ट
निःशुल्क

Starts from 7 February 11.30 AM

सामान्य अध्ययन

- सामान्य अध्ययन फाउंडेशन बैच: विशेषताएं
- अद्यतन एवं परीक्षोपयोगी अध्ययन सामग्री
- उत्तर लेखन एवं संवर्द्धन कार्यक्रम
- समसामयिकी की नियमित कक्षाएं
- नियमित कक्षा टेस्ट

A well organised and managed programme of studies...

- सिधिल सेवा परीक्षा की नवीन भांग को देखते हुए हमारे संस्थान के द्वारा 'Thinking out of Box series' के तहत कई नये कार्यक्रम आरम्भ किए गए हैं-
- अभ्यर्थियों को आंकड़ों की जकड़ से मुक्त कर विश्लेषण की ओर उन्मुख करना।
- साप्ताहिक स्तर पर समसामयिक विकास की कक्षा का आयोजन तथा समसामयिक विकास को परंपरागत टॉपिक से जोड़ना।
- निबन्ध को महत्व को देखते हुए उसकी तैयारी की दीर्घकालीन रणनीति।

<http://www.gsworldias.com>



<http://www.facebook.com/gsworld1>

DELHI CENTRE

705, 2nd Floor, Main Road,
Mukherjee Nagar, Delhi - 9
PH. 011-27658013, 7042772062/63

ALLAHABAD CENTRE

GS World House, Stainly Road,
Near Traffic Choraha, Allahabad
PH. 0532-2266079, 8726027579

LUCKNOW CENTRE

A-7, Sector-J, Near Puraniya
Chauraha, Aliganj, Lucknow
PH. 0522-4003197, 8756450894

JAIPUR CENTRE

1-A, Dayal Nagar, Near Narayan
Niwas, Gopalpura Bypass, Jaipur.
7240717861, 7240727861, 9654349902

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र: दृष्टिकोण और भावी रूपरेखा

टी. सुंदररामन



स्वास्थ्य सेवा में निजी क्षेत्र को जोड़ने की दिशा में ज्यादा बड़े प्रयास किए जाने की जरूरत है, वहीं यह प्रबंधन और सहायक प्रयासों पर आधारित होना चाहिए, जो सूचना की विविध प्रकार की असमानताओं और हितों के टकराव को समाप्त करता हो तथा लोगों को सही फैसला करने का अधिकार देता हो। विनियमक तंत्र बनाए बगैर और उच्च स्तरीय सार्वजनिक निवेश के लिए राजनीतिक रूप से तैयार हुए बगैर, खरीद पर आधारित सेवाओं की दिशा में अपरिपक्व और बिना तैयारी के परिवर्तित होना जोखिम से भरपूर हो सकता है

भारत का स्वास्थ्य क्षेत्र दोराहे पर है। इसका आंशिक कारण विकास और स्वास्थ्य के बीच दिलचस्प रिश्ता है, जिसे प्रीस्टन कर्व के रूप में जाना जाता है। वर्ष 1975 में सैमुअल प्रीस्टन ने दर्शाया कि यदि जीवन प्रत्याशा के अनुसार आंके गए देशों के स्वास्थ्य को प्रति व्यक्ति जीडीपी के अनुसार आंके गए देशों के धन के विपरीत रखा जाए तो एक बिंदु पर प्रति व्यक्ति जीडीपी में मामूली वृद्धि होने पर भी जीवन प्रत्याशा में तेजी से वृद्धि होगी। उसके बाद यह कर्व एकाएक समतल हो जाता है और इस बिंदु के बाद जीवन प्रत्याशा में साधारण वृद्धि के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य पर होने वाले व्यय में बड़े पैमाने पर बढ़ोतरी किए जाने की जरूरत होती है (डीटन 2013)।

इस साल के नोबेल पुरस्कार विजेता एंगस डीटन ने अपनी पुस्तक *द ग्रेट एस्केप* में इस बात की व्याख्या की है कि प्रीस्टन कर्व में झुकाव के बाद भी स्वास्थ्य निष्कर्षों और वृद्धि में निरंतर पारस्परिक संबंध बना रहता है अब वह सिर्फ लघुगणकीय संबंध है उसी डिग्री की वृद्धि के लिए, प्रति व्यक्ति जीडीपी में चार गुणा वृद्धि की आवश्यकता होती है (डीटन 2013)। वह यह भी इंगित करते हैं कि यह दो तरफा संबंध है-सिर्फ आर्थिक वृद्धि ही बेहतर स्वास्थ्य से संबंधित नहीं है कर्व में यह झुकाव महामारी विज्ञान में बदलाव को भी प्रदर्शित करता है- जब से असंक्रामक रोगों से होने वाली मौतें, मृत्यु का मुख्य कारण बनने लगी हैं, वे मातृ और सामान्य बाल्यावस्था रोगों से होने वाली मौतों की घटती संख्या के कारण उनके अंश को तेजी से लगातार कम करती जा रही हैं।

प्रीस्टन कर्व के 2010 संस्करण में, आज भारत इस कर्व के झुकाव पर या उसके नजदीक है और नीति के लिए इसके बड़े निहितार्थ हैं। कर्व के झुकाव पर, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य तथा संक्रामक रोगों से संबंधित पिछली समस्याएं तो

बरकरार हैं ही, साथ ही नई समस्याएं भी उनके साथ जुड़ गई हैं। यदि स्वास्थ्य सेवा पर सार्वजनिक निवेश नहीं बढ़ाया गया, तो निजी निवेश बढ़ाना होगा लेकिन इससे बेहतर स्वास्थ्य निष्कर्षों की प्राप्ति होना तय नहीं है। यदि सार्वजनिक निवेश बढ़ता है, तो इस बात का चयन करना होगा कि उसे सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को सुदृढ़ बनाने पर खर्च किया जाए या निजी क्षेत्र से सेवाएं खरीदने पर खर्च किया जाए। यदि बाद वाला विकल्प चुनें, तो कड़ी नियामक व्यवस्था लागू करने के लिए तत्पर रहने और सार्वजनिक व्यय जीडीपी के 2 प्रतिशत से कहीं ज्यादा बढ़ाने की जरूरत होगी, जिसका वर्तमान राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का प्रारूप आह्वान करता है (सुंदररामन, मुरलीधरन और मुखोपाध्याय, 2016)। ये सभी मुश्किल फैसले हैं और यह आलेख इन्हीं मामलों और चुनौतियों की व्याख्या और इन पर मंथन करता है।

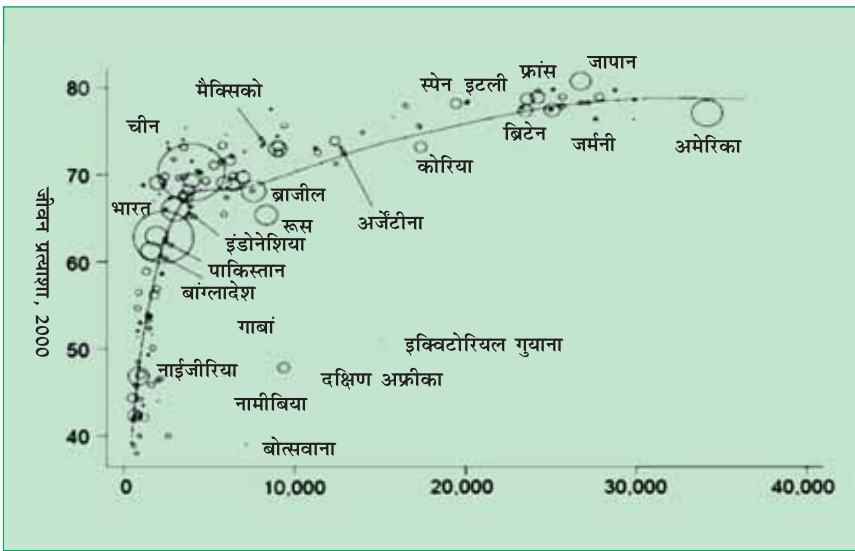
प्रजनन और बाल स्वास्थ्य की दिशा में प्रगति

प्रारम्भिक दशकों में, मौतों का बड़ा अनुपात बहुत छोटे बच्चों की मौतों से संबंधित था। इनमें से ज्यादातर मौते 5 साल से छोटे बच्चों से संबंधित थीं। गर्भावस्था से संबंधित मौतों की संख्या भी ज्यादा थी। इन दोनों तरह की मौतों में तेजी से कमी आई है। कुछ हद तक तो इसका कारण प्रति जीवित जन्म पर होने वाली मौतों की संख्या में काफी कमी आना है और कुछ हद इसका कारण प्रजनन दर पर नियंत्रण है जिससे बच्चों अथवा गर्भवती महिलाओं की तादाद में भी तेजी कमी आई है।

भारत इसमें कमी लाने में क्यों सफल हुआ, इसके कई कारण हैं। एक महत्वपूर्ण कारण पिछले 25 वर्षों में शिशु और मृत्यु दर में कमी लाने पर निरंतर ध्यान केंद्रित करना है। सबसे पहले हमने नब्बे के दशक की शुरुआत में बाल उत्तरजीविता और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम चलाए और उसके

लेखक टाटा इंस्टीट्यूट ऑफ सोशल साइंसेस, मुंबई के स्कूल ऑफ हेल्थ सिस्टम स्टडीज के प्रोफेसर तथा डीन हैं। वह राष्ट्रीय स्वास्थ्य तंत्र संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) के कार्यकारी निदेशक रह चुके हैं जो स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय तथा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लिए शीर्ष तकनीकी सहायता संस्था हैं। ईमेल: sundararaman.t@gmail.com

चित्र-1 सहस्राब्दि प्रीस्टन कर्व



स्रोत: डीटन, एंगस, 2004- "वैश्वीकरण के युग में स्वास्थ्य" नेशनल ब्यूरो ऑफ इकॉनॉमिक रिसर्च। लेखक की गणनाएं विश्व विकास संकेतक 2003 (जीवन प्रत्याशा और पेन वर्ल्ड टेबल) (जीडीपी) पर आधारित हैं।

बाद नब्बे के दशक के आखिर तथा पिछले दशक के आरंभ में प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम चलाए। उसके बाद वर्ष 2005 में, संशोधित और बहुत ज्यादा सफल आरसीएच-2 कार्यक्रम चलाया गया और इस बार इस कार्यक्रम को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन से जोड़ा गया। नब्बे के दशक में वित्तीय संकट और संरचनात्मक समायोजन कार्यक्रमों के विपरीत प्रभाव के बावजूद इन परियोजनाओं ने यह सुनिश्चित कर दिया कि आरसीएच कार्यक्रम संकट से अपेक्षाकृत बेहतर रहा है।

सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (एमडीजी) की घोषणा और इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए भारत की दौड़ ने भी इसे हासिल करने में कम योगदान नहीं दिया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदे में कहा गया है: "मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर) के लिए एमडीजी प्रति 100,000 जीवित शिशुओं के जन्म पर 140 निर्धारित किया गया है। वर्ष 1990 की 560 की आधार रेखा से, राष्ट्र ने वर्ष 2010-12 तक आते-आते 178 की दर प्राप्त कर ली और वर्ष 2015 तक गिरावट की इस दर के 141 एमएमआर तक पहुंचने का अनुमान है। 5 साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर (यू5एमआर) के संदर्भ में, एमडीजी लक्ष्य 42 है। वर्ष 1990 की 126 की आधार रेखा से, वर्ष 2012 में राष्ट्र की यू5एमआर 52 थी और वर्ष 2015 तक गिरावट की इस दर के 42 तक पहुंचने का अनुमान है (राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदा, 2015)।" वर्ष 2015 के आंकड़े अगले वर्ष तक उपलब्ध हो जाएंगे तभी हम यह पता लगा पाएंगे कि हम लक्ष्यों को प्राप्त कर सके या नहीं लेकिन उसके काफी करीब रहे। वर्ष 2015 तक, भारत के आंकड़े वैश्विक औसत से कुछ

बेहतर रहे। भारत ने आखिरकार गति पकड़ ली है और अब वह आगे बढ़ रहा है।

इस बात पर ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि ये उपलब्धियां स्वास्थ्य के दो सर्वाधिक महत्वपूर्ण निर्धारकों-स्वच्छता अथवा बच्चों के पोषण में तुलनात्मक सुधार लाए बिना हासिल की गईं जिनमें भारत की उपलब्धियों का स्तर वैश्विक औसत से कहीं पीछे है। ज्यादातर देशों में शिशु मृत्यु दर को गरीबी और असमानता के स्तरों के साथ निकटता से जोड़कर देखा जाता है। इन वर्षों में भारत में गरीबी में कमी विवादित रही है, दोनों पक्षों के प्रति विचार व्यक्त किए गए हैं। हालांकि यह स्पष्ट है कि विपरीत सामाजिक निर्धारकों के निरंतर बरकरार रहने के बावजूद बाल एवं मातृ उत्तरजीविता में कमी से संबंधित लक्ष्य स्वास्थ्य क्षेत्र को प्राप्त करना था।

दोनों सामाजिक निर्धारकों के बारे में सकारात्मक दिशा में, भारत ने वैश्विक मानकों के बराबर पहुंचने के लिए कुछ गंभीर कदम उठाए। पहला कदम सुरक्षित पेयजल की आपूर्ति था, जिसके दायरे में 94 प्रतिशत से ज्यादा कस्बे अब लाए जा चुके हैं (डब्ल्यूएचओ 2015) और दूसरा कदम महिला साक्षरता है, जिसके बारे में ताजा जनगणना से पता चलता है कि 65.04 प्रतिशत महिलाएं अब साक्षर हैं (जनगणना 2011)।

बेहतर महिला साक्षरता दर प्राप्त करने का मौजूदा जनसांख्यिकीय बदलाव के साथ निकट संबंध है। दशकीय जनसंख्या वृद्धि दर अब घट रही है और ज्यादातर राज्य अब जनसंख्या स्थिरीकरण के अनुरूप अशोधित जन्म दर प्राप्त कर चुके हैं (प्रति 1000 पर 21 से कम)। जनसंख्या गति (पॉपुलेशन मोमेंटम) के कारण कुछ और वर्षों तक वृद्धि दर निरंतर अधिक बनी रहेगी। यह इस

तथ्य की ओर इंगित करता है कि अतीत की उच्च प्रजनन दरों की बदौलत बहुत सी अन्य महिलाएं भी अब प्रजनन की अवस्था में प्रवेश कर रही होंगी और उससे गुजर रही होंगी। इसलिए, छोटे परिवार के मानक प्राप्त कर लिए जाने के बावजूद और ज्यादा बच्चों के जन्म लेने का सिलसिला जारी रहेगा। सिर्फ सात राज्यों - उत्तर प्रदेश, बिहार, मध्य प्रदेश और राजस्थान तथा कुछ हद तक झारखंड, छत्तीसगढ़ और मेघालय में अब तक प्रजनन दर गंभीर रूप से अधिक बनी हुई है लेकिन इनमें भी दरों में गिरावट का सिलसिला उत्साहजनक है (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय 2011)।

इस गिरावट का श्रेय काफी हद तक स्वास्थ्य प्रणालियों की सुदृढ़ता और जेएसवाई, जेएसएसके, आशा, डायल 108 और 104 एम्बुलेंस सेवाओं तथा बाहरी क्षेत्रों में अतिरिक्त नर्सों और ए एन एम की नियुक्तियों जैसे मातृत्व पर केंद्रित कार्यक्रमों के मिश्रित रूप से दिया जाना चाहिए, जो एनआरएचएम के साथ संभव हो सका है।

यह नहीं कहा जा सकता कि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की चुनौतियां अब समाप्त हो चुकी हैं। अभी तक हर साल करीब 46,500 माताओं और 15 लाख 5 साल से छोटे बच्चों की मौत होती है, जो मातृ एवं बाल मृत्यु दर के वैश्विक अनुपात की दृष्टि से अधिक है। स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता और सुरक्षा भी एक मामला है। हालांकि स्वास्थ्य केंद्रों या अस्पतालों में जन्म लेने वाले बच्चों के अनुपात में काफी सुधार हुआ है लेकिन स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता अभी तक चुनौती बनी हुई है। ज्यादातर जनसंख्या समूहों और राज्यों में गर्भनिरोधक सेवाओं की मांग भली भांति स्थापित हो चुकी है, वहीं सुरक्षित बंध्याकरण सेवाएं मुहैया कराना अब तक चुनौती बना हुआ है, जैसे कि बिलासपुर, छत्तीसगढ़ में बंध्याकरण से संबंधित मौतों का दुखद मामला सामने आया। गर्भपात सेवाएं भी विकास के साथ तालमेल नहीं बैठा पाई हैं।

एनआरएचएम के संचालक की भूमिका में होने पर, 11वीं पंचवर्षीय योजना में स्वास्थ्य सेवा खर्च पर दो गुणा (सही मायनों में) और सांकेतिक संदर्भ में तीन गुणा वृद्धि हुई लेकिन यह अपने स्वयं के वित्तीय लक्ष्यों से 40 प्रतिशत पीछे रही। निस्संदेह बेहतर वित्तीय परिव्यय और व्यापक एवं लगातार मानव संसाधन लगाकर तथा तीन महत्वपूर्ण सामाजिक निर्धारकों - गरीबी, पोषण एवं स्वच्छता के क्षेत्र में व्यापक कार्रवाई करने से यह इससे कहीं बेहतर प्रदर्शन हो सकता था।

संक्रामक रोगों पर मिली-जुली प्रगति

संक्रामक रोगों पर नियंत्रण पाने की दिशा में एनआरएचएम और पिछले दो दशकों की सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों के हस्तक्षेपों का प्रभाव मिला जुला रहा। एक कार्यक्रम जिसने

अपेक्षाकृत अच्छा प्रदर्शन किया वह राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम है। इस रोग के निरोधक और उपचारात्मक दोनों पहलुओं के बारे में अच्छी गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य संबंधी सूचना और अनुमानों के आधार पर व्यवस्थित प्रचार किया गया, जो इस बीमारी को सीमित करने और काफी हद तक पलटने में सक्षम रहा। इन उपलब्धियों की खुशियां मनाना जल्दबाजी होगी, क्योंकि इनकी स्थिति अभी नाजुक है और इन्हें आसानी से आघात पहुंच सकता है लेकिन सिर्फ इस बात की तुलना की जा सकती है कि इस बीमारी ने उप-सहारा अफ्रीका में क्या रूप लिया और यह आकलन किया जा सकता है कि हम वैसी स्थिति से बाल-बाल बचने में कितने भाग्यशाली रहे हैं। पोलियो के विरुद्ध मिली एकमात्र कामयाबी इस अवधि की एक अन्य उपलब्धि है लेकिन यहां चुनौती प्रचार प्रणाली और लाभ बरकरार रखने की बढ़ती लागत से बाहर निकलने की है। कुष्ठ रोग में आई महत्वपूर्ण कमी के बारे में बहुत कम टिप्पणियां की गई हैं लेकिन वह समान रूप से प्रभावशाली है इस बीमारी का प्रचलन उन्मूलन को परिभाषित करने के कगार से भी कम हो चुकी है। इस रोग के संबंध में भी, कार्यक्रम के तहत स्पष्ट रणनीति बनाने की जद्दोजहद की जा रही है जो इसके नए मामलों और इससे होने वाली अक्षमताएं रोक सके, जो इसके “उन्मूलन” के बाद भी कई वर्षों तक प्रकट होती रहेंगी।

मच्छर के काटने से होने वाली बीमारियों पर नियंत्रण की दिशा में मिली-जुली प्रगति हुई है। फाइलेरिया में अच्छी कमी आई है और एलिफन्टाइअसिस या फीलपांव के नए मामले बहुत

कम सामने आ रहे हैं। मलेरिया में भी पर्याप्त कमी आई है और कई तरह के साधनों की उपलब्धता से यह भरोसा होने लगा है कि मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम की राह अपनाई जा सकती है। संभवतः यह ऐसा रोग है जो 10 से 15 वर्षों में उन्मूलन की कगार तक पहुंच सकता है। काला-अजार पुराने समय का रोग है। अब तक इसका उन्मूलन हो जाना चाहिए था। इसकी अंतिम सीमा बार-बार बदली जाती रही है। दो-तीन राज्यों के कुछ अंदरूनी हिस्सों में यह रोग अब तक मौजूद है, और इससे छुटकारा पाने के लिए किए जा रहे समस्त प्रयासों को नकार रहा है। चार राज्यों में हर साल इस रोग के लगभग 20,000 मामले सामने आते हैं लेकिन इसके सबसे ज्यादा मामले बिहार में होते हैं। इस बीच मच्छर के काटने से होनी वाली नई बीमारियां सामने आई हैं-विशेषकर डेंगू और चिकनगुनिया। अच्छी खबर यह है कि इन दोनों से होने वाली मौतों में कुल संख्या में और सभी मौतों के अनुपात दृष्टि से, और यहां तक कि सभी मामलों की दृष्टि से व्यापक कमी आई है। (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, 2011)

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों में सबसे ज्यादा चिंता तपेदिक को लेकर है। इस रोग से होने वाली मौतों में पर्याप्त कमी आने के बावजूद, इसके नए मामलों की तादाद में ज्यादा कमी नहीं आई है और मल्टी-ड्रग प्रतिरोधी टीबी के मामले अब ज्यादा से ज्यादा राज्यों में बढ़ रहे हैं। (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, 2011)

हालांकि इन राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के अंतर्गत सभी रोगों से होने वाली मौतों की संख्या समस्त मौतों के 6 प्रतिशत से भी कम है। संक्रामक रोगों के कारण होने वाली ज्यादातर मौतों

की वजह विशेषकर बच्चों में अतिसार (डायरिया) और श्वास संबंधी संक्रमण और कई अन्य रोगाणु हैं, जो उतने संक्रामक तो नहीं हैं लेकिन वे व्यापक रूप से प्रबल हैं। कुल मौतों में से करीब 30 प्रतिशत मौतों की वजह अभी तक समस्त संक्रामक रोग ही हैं।

एनडीसी: सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए चुनौती

ज्यादा और बढ़ते अनुपात में होने वाली मौतों की वजह असंक्रामक रोग (एनएसडी) – जो समस्त मौतों में से 60 प्रतिशत से अधिक मौतों के लिए उत्तरदायी हैं और चोटें हैं, जो समस्त मौतों में से लगभग 12 प्रतिशत मौतों के लिए उत्तरदायी हैं (डब्ल्यूएचओ, 2014)। अनुमान है कि चार प्रमुख एनसीडी में से एक की वजह से सर्वाधिक उत्पादक वर्षों (30-70 साल की उम्र में) के दौरान 26 प्रतिशत तक मौते हो सकती हैं। इसकी गंभीरता को समझने के लिए इसकी तुलना स्वीडन से करनी होगी, जहां तुलनात्मक संख्या 10 है, ब्रिटेन, जहां यह तादाद 12 होगी, थाईलैंड, जहां यह संख्या करीब 17 होगी। इसे अन्य तरीके से कहें तो भारत में मुख्य एनएसडी के कारण 62 प्रतिशत पुरुषों की मौते 70 साल की आयु से पहले हो सकती हैं, जबकि इसके मुकाबले स्वीडन में यह तादाद सिर्फ 24 प्रतिशत, ब्रिटेन में सिर्फ 29 प्रतिशत और थाईलैंड में 45 प्रतिशत होगी। महिलाओं के संदर्भ में भी यही अनुपात है। महिलाओं में लगभग 52 प्रतिशत मौते एनएसडी के कारण 70 साल की आयु से पहले होती हैं, जबकि इसके मुकाबले स्वीडन में सिर्फ 15 प्रतिशत मौते होती हैं।

आयु मानकीकृत मृत्यु दर की भी यही स्थिति है। भारत में 4 प्रमुख एनएसडी के कारण प्रति 100,000 पर लगभग 785 पुरुषों की मौत हो सकती है जिनमें से कैंसर के कारण लगभग 80, मधुमेह के कारण 30, पुराने श्वसन रोगों के कारण 189 और हृदय रोग के कारण 349 मौते हो सकती हैं। स्वीडन में कैंसर से होने वाली मौतों की दर भारत से 50 प्रतिशत अधिक है लेकिन पुराने श्वसन रोगों के कारण होने वाली मौते सिर्फ दसवां हिस्सा, मधुमेह के कारण होने वाली मौते सिर्फ तीसरा हिस्सा हैं और लगभग आधी मौते हृदय रोग से होती हैं। ज्यादातर अन्य औद्योगिक देशों और विकासशील देशों में अधिक सावभौमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणालियों की वजह से यह दरें स्वीडन और भारत के बीच में कहीं हैं (डब्ल्यूएचओ, 2014)।

संक्रामक रोगों की वजह से लगातार होने वाली गंभीर समस्याओं के अलावा, भारत को ज्यादातर विकसित और विकासशील देशों की तुलना में असंक्रामक रोगों से बहुत अधिक और

तालिका-1 : भारत में असंक्रामक रोगों से मौतें व अन्य देशों से तुलना

संकेतक		स्वीडन	ब्रिटेन	थाईलैंड	भारत
70 साल से पहले हुई मौतों के 4 प्रमुख कारकों में एनडीसी अनुपात	पुरुष	23.4	29.1	45.5	62.0
	महिला	14.7	19.2	38.7	52.2
प्रति 100,000 की आबादी पर समस्त असंक्रामक रोग से मौतें	पुरुष	390.3	425.9	559.6	785
	महिला	286.3	302.2	358.3	586.6
कैंसर प्रति 100,000 की आबादी पर मौतें	पुरुष	124.9	133.9	127.8	79.0
	महिला	100.5	112.5	82.6	66.3
पुराने श्वसन रोग से प्रति 100,000 की आबादी पर मौतें	पुरुष	17.3	37.2	87.7	188.5
	महिला	13.8	23.7	29.1	124.9
हृदय रोग से प्रति 100,000 की आबादी पर मौतें	पुरुष	162.8	140.6	215.8	348.9
	महिला	105.7	86.7	156.9	264.6
मधुमेह से प्रति 100,000 की आबादी पर मौतें	पुरुष	10.6	5.0	23.5	30.2
	महिला	6.1	3.6	27.9	22.7

स्रोत: (डब्ल्यूएचओ, 2014)

बढ़ते प्रचलन एवं समय-पूर्व होने वाली मौतों की चुनौती का भी सामना करना पड़ता है। प्रति एक लाख आबादी में चोटों के मामलों में भी भारत की स्थिति खराब रही है।

भारत में एनसीडी से निपटने की चुनौती

असंक्रामक रोगों से निपटने की भारत की क्षमता तथा संक्रमणों और प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से निपटने की उसकी क्षमता में एक और भी प्रमुख अंतर है। वित्तीय और मानव संसाधनों व सेवाओं के प्रबंधन के संदर्भ में जरूरते कहीं अधिक हैं। इसकी सबसे अहम वजह, इन समस्याओं को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के स्तर पर निपटने की समझ कम होने के बावजूद दो दशक से ज्यादा अवधि तक इन रोगों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के सभी सरकारी प्रावधानों से जानबूझकर बाहर रखना है। प्राथमिक सेवा से जुड़ी ज्यादातर संवाद आईएमआर, एमएमआर, प्रतिरक्षण दरों और परिवार नियोजन तक सीमित रहे हैं। प्रणाली धारणात्मक रूप से इन बीमारियों को तृतीयक देखभाल (टर्शियरी केयर) का नहीं, बल्कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के प्रमुख अंग के रूप में देखने को तैयार तक नहीं है।

संक्रामक रोगों और असंक्रामक रोगों के बीच जोखिम के संदर्भ में अंतर को भी अवश्य ध्यान में रखना चाहिए। गरीबी, पोषण और स्वच्छता, जिनमें हमारा प्रदर्शन विकसित देशों, यहां तक कि बहुत से विकासशील देशों से भी खराब है, में पर्याप्त सुधार न होने के बावजूद भारत ने संक्रामक रोगों के मामले में प्रगति की है लेकिन जब एनसीडी में जोखिम के प्रमुख कारकों की बात आती है, तो चाहे ज्यादा वजन और मोटापे की बात हो, या चाहे शारीरिक निष्क्रियता, अल्कोहल या धूम्रपान की बात हो- जोखिम के ये कारक विकसित देशों में कहीं ज्यादा प्रबल हैं लेकिन तब भारत में इस रोग की प्रबलता की दर इतनी अधिक क्यों है? इसका जवाब उन मार्गों की पहचान में ही नहीं, जिनके माध्यम से सामाजिक निर्धारक एनसीडी के संदर्भ में अपनी भूमिका निभाते हैं, बल्कि इन बीमारियों से निपटने वाली प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा के लगभग पूरी तरह अनुपस्थित रहने में भी निहित है। निस्संदेह इसी कमी को दूर करने के लिए निजी क्षेत्र का विस्तार हुआ है लेकिन बाजार की ताकतें मोटे तौर पर उपचारात्मक और तृतीयक देखरेख (परामर्श सेवा) को ज्यादा तरजीह देती हैं। बाजार द्वारा संचालित वृद्धि प्राथमिक और द्वितीय स्तर की रोकथाम की जरूरतों को सार्थक रूप से पूरा करने में सक्षम नहीं है और यह दायित्व सरकार को वहन करना पड़ता है।

सरकार ने असंक्रामक रोगों से निपटने के लिए राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम प्रारंभ किया है लेकिन ये सर्वव्यापी होने से कोसों दूर हैं।

इसके विपरीत आरसीएच कार्यक्रम और टीबी, एचआईवी, कुष्ठ आदि जैसे के खिलाफ राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम सर्वव्यापी हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियां प्रत्येक गर्भवती महिला का पता लगाती हैं और उसकी उपयुक्त देखभाल की गारंटी देती हैं, वे प्रत्येक शिशु का पता लगाती हैं और प्रतिरक्षण सुनिश्चित करती हैं, वे टीबी के प्रत्येक मामले का पता लगाती हैं और देखरेख सुनिश्चित करती हैं, आदि। असंक्रामक रोगों के मामले में, कुछ इक्का-दुक्का घटनाओं को छोड़कर, सेवाओं तक ऐसी सर्वव्यापी पहुंच के लिए स्पष्ट योजना का कार्यान्वयन किया जाना अभी बाकी है।

एनसीडी के प्रति योजना बनाने की दिशा में एक समस्या यह है कि असंक्रामक रोगों की सूची लंबी है और ऐसे में बहुत लंबवत कार्यक्रम (मल्टीपल वर्टिकल प्रोग्राम) तैयार कर पाना आसान नहीं है, जिस तरह प्रमुख संक्रामक रोगों से निपटा जाता है। यहां तक कि संक्रामक रोगों के लिए भी तेजी से ऐसा महसूस किया जाने लगा है कि इन लंबवत कार्यक्रमों के स्थान पर क्षैतिज एकीकरण किया जाना चाहिए। असंक्रामक रोगों से प्रभावी ढंग से निपटने के लिए क्षैतिज एकीकरण

बाजार की ताकतें मोटे तौर पर उपचारात्मक और तृतीयक देखरेख (परामर्श सेवा) को ज्यादा तरजीह देती हैं। बाजार द्वारा संचालित वृद्धि प्राथमिक और द्वितीय स्तर की रोकथाम की जरूरतों को सार्थक रूप से पूरा करने में सक्षम नहीं है और यह दायित्व सरकार को वहन करना पड़ता है।

अनिवार्य है। प्रत्येक एनसीडी अथवा यहां तक कि समस्त एनसीडी के लिए पृथक चिकित्सकों और सहायता कर्मियों की अपेक्षा करना काफी अव्यवहारिक होगा।

11वीं पंचवर्षीय योजना में स्वास्थ्य

स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ बनाने का प्रमुख माध्यम राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) था, जिसका अब राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के साथ विलय कर दिया गया है और उसका नाम राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन रख दिया गया है। स्वास्थ्य हालांकि राज्य का विषय है लेकिन यह स्पष्ट है कि राज्यों को कठिनाइयों से निपटने और अपनी स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ बनाने के लिए वित्तीय एवं वैचारिक दोनों प्रकार से केंद्रीय सहायता जरूरत है। राज्यों के संघीय स्वरूप का सम्मान करने के लिए उनके लिए वार्षिक योजना कार्यान्वयन योजनाएं बनाने की जरूरत है, जिन्हें केंद्र-राज्य समन्वयन समिति के अंतर्गत मंजूरी दी जाए। यद्यपि समय के साथ नियम ज्यादा से ज्यादा कड़े होते गए हैं

लेकिन राज्यों ने अपनी योजनाएं बनाने में काफी लचीलापन अपनाया है।

ज्यादातर राज्यों ने जिन नवाचारों चुना है, उनमें से एक है 900,000 सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवियों आशा का कार्यबल तैयार करना। इन्होंने सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं को समुदाय तक पहुंचाने और उनका उपयोग बढ़ाने की दिशा में तथा स्वास्थ्य शिक्षा के क्षेत्र में बहुत बड़ा योगदान दिया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) का एक अन्य महत्वपूर्ण योगदान 178,000 स्वास्थ्य कर्मियों को सार्वजनिक प्रणाली से जोड़ना है, जिसमें 90 के दशक में लंबे अर्से की उपेक्षाओं की वजह से कार्यबल की कमी संकट के कगार तक पहुंच गई थी। एनएचएम के तहत निशुल्क आपात सेवा और मरीजों को परिवहन सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए 18000 से ज्यादा एम्बुलेंसों की व्यवस्था की गई।

सभी राज्यों में, बहिरंग रोगियों, बिस्तरों के उपयोग और अस्पतालों में प्रसव कराने के मामलों में काफी वृद्धि हुई है। हालांकि इन गतिविधियों में असमानताएं रहीं और सेवाओं में 80 प्रतिशत से ज्यादा वृद्धि में सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं के 20 प्रतिशत से भी कम ने योगदान दिया और वे मोटे तौर पर आरसीएच सेवाओं तक ही सीमित रहीं।

12वीं योजना अवधि में एनएचएम

वर्ष 2012 से वित्तपोषण में वृद्धि, जरूरतों के साथ तालमेल नहीं रख पाई और यही वह समय था जब जरूरतमंद राज्य धन को समाहित कर पाने की संस्थागत क्षमता विकसित कर रहे थे। वित्तपोषण में वृद्धि के अभाव का कारण धन के उपयोग में अकुशलता, खराब प्रशासन और लीकेज रहा, जिनकी वजह से कुछ नीतिगत हलकों में एनएचएम की बदनामी हुई। इसमें कोई संदेह नहीं कि एनएचएम को इन समस्याओं का सामना करना पड़ा लेकिन ये समस्याएं नई नहीं हैं और ये प्रशासन के अभाव का प्रतिबिंब हैं, जिसकी वजह से अन्य पद्धतियां भी परेशानी से घिरती रही हैं। एक अन्य स्पष्टीकरण सार्वजनिक प्रणालियों में निवेश करने के प्रति बेरुखी हो सकता है, क्योंकि नीति में निजी क्षेत्र की त्वरित वृद्धि को प्रोत्साहन देने पर ध्यान केंद्रित किया गया, जो अब निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग के रूप में सामने आ रहा है। अंत में कह सकते हैं कि एनएचएम का वित्तपोषण उसकी विफलता से बंद नहीं हुआ बल्कि सफल होने के खतरे के कारण वह सहायता से वंचित हो गया। यह अतिशयोक्ति हो सकती है लेकिन उल्लेखनीय है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का प्रारूप स्वास्थ्य सेवा उद्योग की वृद्धि के लिए अनुकूल स्थितियां तैयार करने के लिए सरकारी प्रयासों का सराहनापूर्वक ब्यौरा देता है।

वर्ष 2013 में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को मंजूरी दी गई थी लेकिन इसके बाद भी केंद्र की ओर से वित्तीय सहायता में कोई महत्वपूर्ण वृद्धि नहीं हुई। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदे में कहा गया है, “समग्र सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ बनाने के वास्ते जितना निवेश और मानव संसाधन उपलब्ध कराए गए, उनसे कहीं ज्यादा की जरूरत है। बजट की प्राप्ति हुई और एनआरएचएम की संरचना में पूरी तरह नई जान डालने के लिए जितने बजट की परिकल्पना की गई थी उसका मात्र करीब 40 प्रतिशत ही व्यय किया गया।”

राजनीतिक इच्छा शक्ति के अलावा तीन अन्य कारक हैं, जो स्वास्थ्य प्रणालियों को सुदृढ़ बनाने के लिए जरूरी निवेश की राह में प्रमुख चुनौती या बाधा हैं। इनमें से पहला है: केंद्र से राज्य की अधिकारसंपन्न स्वास्थ्य संस्थाओं को सीधे धन हस्तांतरित होने के स्थान पर, वह राजकोष और राज्य बजटीय व्यवस्थाओं के माध्यम से मिलने लगा है। इस प्रकार की व्यवस्था का समर्थन करने के पीछे अच्छे राजनीतिक कारण हो सकते हैं लेकिन महत्वपूर्ण बात यह है कि राजनीतिक विशुद्धता प्रशासनिक व्यवहारिकता के अनुरूप होनी चाहिए, अन्यथा हम इस धन का इस्तेमाल कर पाने में नाकाम रहेंगे। दूसरी समस्या है: सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं का वित्त पोषण सख्त विविध श्रेणी वाले मदों की आपूर्ति के पक्ष में बजटिंग पर आधारित होता है, जो लेन-देन की लागत और अक्षमताओं से भरपूर होता है। मांग के अनुरूप संसाधनों के आवंटन से वित्त के प्रवाह और उसके उपयोग में काफी सुधार हो सकता है, जैसे -मिसाल के तौर पर थाईलैंड में हुआ। हालांकि इसकी पेशकश स्वास्थ्य नीति के मसौदे में की गई है किंतु इसे लागू किया जाना बाकी है। तीसरी और सबसे बड़ी रुकावट: सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में नियमित और विश्वसनीय रोजगार के संदर्भ में कुशल स्वास्थ्य कर्मियों की तादाद बढ़ाने की दिशा में निवेश करने के प्रति अनिच्छा है। सभी स्वास्थ्य सेवा प्रणालियों में कुल सार्वजनिक स्वास्थ्य लागत का करीब 50 प्रतिशत हिस्सा, उससे भी ज्यादा सेवा प्रदाताओं के भुगतान पर खर्च होता है, जब अल्प विकसित देशों में यह प्राथमिक देखभाल से संबंधित है। सभी देश संपूर्ण स्वास्थ्य सेवा की दिशा में सफलतापूर्वक आगे बढ़ रहे हैं, इस बात पर ध्यान दिए बिना कि उनकी योजनाओं में एक समान विशेषता है: पर्याप्त संख्या में कुशल और वेतनभोगी स्वास्थ्य कर्मी अग्रिम कतार में हैं। यदि प्रणालियां निजी क्षेत्र से सेवा क्रय पर आधारित होंगी, तो इस बात की संभावना है कि वेतन पर कम नहीं, कहीं ज्यादा खर्च करेंगी।

स्वास्थ्य सेवा उद्योग का उदय व स्वास्थ्य सेवा लागत की वजह से बढ़ती निर्धनता

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति-2015 के मसौदे में आगे कहा गया है कि “स्वास्थ्य सेवा की समस्त आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र में सार्वजनिक निवेश का न होना, स्वास्थ्य सेवा की लागत की वजह से, सेवाओं के दाम और निर्धनता के संदर्भ में बदहाल होती स्थिति के रूप में बहुत अच्छे से परिलक्षित हुआ है।” रोगों के बोझ का रुख असंक्रामक रोगों की ओर मुड़ गया है और चूंकि ये रोग बेहद भीड़भाड़ वाले सरकारी मेडिकल कॉलेज अस्पतालों के अलावा, सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों के दायरे में नहीं आते ऐसे में लोगों को निजी स्वास्थ्य सेवाओं का रुख करना पड़ा है। यह बदलाव शहरी क्षेत्रों में और पुरानी बीमारियों के मामले में ज्यादा स्पष्ट है। इस परिवर्तन का तत्काल प्रभाव स्वास्थ्य सेवाओं की कीमत में बेतहाशा वृद्धि के रूप में सामने आया है और अपेक्षाकृत अच्छा प्रदर्शन करने वाले केरल और तमिलनाडु जैसे राज्यों भी इससे अछूते नहीं रहे हैं।

केंद्र से राज्य की अधिकारसंपन्न स्वास्थ्य संस्थाओं को सीधे धन हस्तांतरित होने के स्थान पर, वह राजकोष और राज्य बजटीय व्यवस्थाओं के माध्यम से मिलने लगा है। इस प्रकार की व्यवस्था का समर्थन करने के पीछे अच्छे राजनीतिक कारण हो सकते हैं लेकिन महत्वपूर्ण बात यह है कि राजनीतिक विशुद्धता प्रशासनिक व्यवहारिकता के अनुरूप होनी चाहिए, अन्यथा हम इस धन का इस्तेमाल कर पाने में नाकाम रहेंगे।

यह परिवर्तन उद्योग की तरह स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में भी निजी क्षेत्र की त्वरित वृद्धि का कारण और परिणाम है जबकि निजी स्वास्थ्य सेवा, मोटे तौर पर किसी डॉक्टर के दवाखाने या छोटे नर्सिंग होम तक सीमित होती थी, जहां मालिक ही निवेशक और प्रबंधक होते थे और जहां शीर्ष प्रबंधन के वेतन और मुनाफे में बहुत कम अंतर होता था वहीं यह नए प्रकार की निजी स्वास्थ्य सेवा है, जो निवेशकों से मिले धन पर आधारित है, जिनकी मुख्य चिंता निवेश पर मोटा मुनाफा कमाना होता है। यह निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग लगभग 15 प्रतिशत सीएजीआर पर वृद्धि कर रही है, सेवा क्षेत्र के वृद्धि दर से दोगुना और समग्र राष्ट्रीय वृद्धि दर से तीन गुना अधिक है। इसने व्यापक उद्यम पूंजी भी आकृष्ट की है। इसके बिल्कुल पीछे निजी स्वास्थ्य बीमा उद्योग भी है, जिसमें प्रत्यक्ष विदेशी निवेश की सीमाएं घटाए जाने के बाद और ज्यादा तेज गति से वृद्धि होने की संभावना है। निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग का

मूल्य 40 बिलियन डॉलर है और बाजार के स्रोतों के मुताबिक इसके 2020 तक 280 बिलियन तक बढ़ने का अनुमान है। इसमें से लगभग 50 प्रतिशत अस्पताल सेवाओं को जाता है, जिसके लिए मरीज भुगतान करते हैं। शेष औषधीय, चिकित्सकीय उपकरण और बीमा खंडों को जाता है।

निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग की वृद्धि सुनिश्चित करती है कि जनसंख्या के शीर्ष 10% की स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच है, जो तुलनात्मक रूप से वैश्विक तौर पर बेहतरीन है। स्वास्थ्य सेवा उद्योग का खंड, इस 10 प्रतिशत की जरूरतें पूरी करता है और साथ ही विदेशी ग्राहकों/मरीजों को भी आकृष्ट करता है। हालांकि यह विशेषज्ञों को स्वास्थ्य क्षेत्र के इस खंड में नौकरी करने के लिए आकृष्ट करता है, जिसका आशय है कि जिन्हें विशेषज्ञ के परामर्श की आवश्यकता है, वे भले ही आय या धन की दृष्टि से शीर्ष दस प्रतिशत में न आते हों, उन्हें इन कॉर्पोरेट अस्पतालों में ही जाना होगा। यह निजी स्वास्थ्य सेवा उद्योग के लिए अनर्थकारी स्वास्थ्य खर्च का भार भी बढ़ाता है, वैश्विक मापदंडों के अनुसार एक अथवा दो दशमक को सम्मिलित करने वाला बाजार बहुत विशाल, ज्यादातर यूरोपीय देशों से बड़ा बाजार है लेकिन इसकी वजह से आंतरिक स्तर पर विशेषज्ञों का प्रतिभा पलायन होता है और तो और यदि यह क्षेत्र उन्हें सार्वजनिक क्षेत्र के शीर्षतम वेतन के समान वेतन दे, तो भी उन्हें सार्वजनिक क्षेत्र के प्रति आकृष्ट करना या बनाए रख पाना तेजी से मुश्किल होता जा रहा है।

इस बात का खतरा है कि इनमें से ज्यादातर अस्पताल जिस व्यापारिक मॉडल पर आधारित हैं यथा- रैफर करने वाले डॉक्टरों को प्रोत्साहन देना अथवा किसी दवा या निदान का नुस्खा लिखने वाले या निदान का ज्यादा उपयोग करने वाले डॉक्टरों को प्रोत्साहन देना ये सभी मानक व्यवसायिक परिपाटी बन सकते हैं और इसकी वजह से अच्छी सेवा के बारे में जनता में गलत धारणा बन सकती है।

वित्तीय संरक्षण के प्रति सरकार के प्रयास

इस दिशा में सरकार के मुख्य प्रयास हैं कि यह सुनिश्चित किया जाए कि कम से कम सभी राष्ट्रीय कार्यक्रमों का लक्ष्य सबको निशुल्क स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराना हो, जो सबके लिए निशुल्क हो और उसकी पहुंच सर्वव्यापी हो तथा कवरेज की अपेक्षाकृत अच्छे दर हो। इसलिए राष्ट्रीय नीति का मसौदा इंगित करता है कि “भारत में सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित एचआईवी के लिए एआरटी ड्रग्स कार्यक्रम है, जो दुनिया के विशालतम कार्यक्रमों में से एक है। समस्त मच्छर जनित रोग कार्यक्रम, टीबी, कुष्ठ, त्वरित नैदानिक किट्स और तीसरी पीढ़ी के रोगाणु-रोधक सहित सभी औषधियां और निदान निशुल्क हैं और इसी

तरह की टापुनाशकों से उपचारित मच्छरदानियां जो पूरे इलाके के जनसंख्या को कवर करती हैं। संपूर्ण प्रतिरक्षण और गर्भावस्था से जुड़ी देखभाल के संबंध में भी काफी हद तक ऐसा ही है। इनमें से ज्यादातर क्षेत्रों में निजी बाजारों का योगदान बहुत कम रहा है।”

केंद्र ने हाल ही में राज्यों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में निशुल्क औषधियां और नैदानिक सेवाएं मुहैया कराने में सहायता देने के लिए योजना शुरू की है। इससे और उस क्षमता से अधिक खर्च में कमी लाने में मदद मिलेगी, जो गरीबों को सरकारी अस्पतालों तक में वहन करना पड़ता है। हालांकि सरकारी अस्पतालों में ओओपीई निजी स्वास्थ्य सेवाओं की लागत से अमूनन एक-तिहाई से कम, और तो और उनके दसवें हिस्से से भी कम है लेकिन यह बची हुई राशि भी ज्यादातर भारतीयों को निर्धन बना रही है। इस बात पर सर्वसम्मति बढ़ती जा रही है कि व्यापक पहुंच और वित्तीय संरक्षण उपलब्ध कराने का सबसे कारगर तरीका सरकारी अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं में उपयोगकर्ता शुल्क समाप्त करना और निशुल्क दवाओं और नैदानिक सुविधाएं उपलब्ध कराना है।

सरकार द्वारा वित्त पोषित बीमा कार्यक्रम

सरकार द्वारा शुरू किया गया तीसरा उपाय सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित बीमा योजनाएं हैं, जो गरीबों के अस्पताल में भर्ती होने पर आने वाले खर्च को वहन करती है। इस संदर्भ में केंद्र सरकार की प्रमुख योजना-राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना है, तो मोटे तौर पर द्वितीय श्रेणी की स्वास्थ्य सेवा की जरूरतें पूरी करती है। इसके अलावा आठ या उससे ज्यादा राज्यों ने बीमा कार्यक्रम शुरू किए हैं, जो तीसरी श्रेणी की स्वास्थ्य सेवा की जरूरतें पूरी करते हैं। इन विविध योजनाओं में सांकेतिक जनसंख्या की कवरेज 2014 में करीब 370 मिलियन (जनसंख्या का करीब एक-चौथाई) थी। इस आबादी का लगभग दो-तिहाई (180 मिलियन) हिस्सा गरीबी की रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले लोगों (बीपीएल) की श्रेणी का है। हालांकि इस बारे में संदेह उठते रहे हैं कि प्रभावी कवरेज क्या है इसका आशय यह है कि जिन्हें आधिकारिक रिकॉर्ड्स के मुताबिक कवर किया गया है, क्या जरूरत पड़ने पर उन्हें वास्तव में अस्पताल में भर्ती होने पर निशुल्क सुविधाएं मिल रही हैं या नहीं।

मंत्रालय इन बीमा कार्यक्रमों को एकल मंच पर लाने के विकल्प पर विचार कर रहा है। स्वास्थ्य मंत्रालय सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित बीमा कार्यक्रमों को सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा के प्रावधानों के ज्यादा करीब लाते हुए उनका

एकीकरण करने पर विचार कर सकता है। इस प्रकार आधारित मांग से संचालित वित्त पोषण वाले बीमा स्वरूप का पुनः उदय हो सकता है, जो सार्वजनिक प्रावधानों का विकल्प बनने के स्थान पर उनको सहायता और पूर्णता प्रदान करती हो।

निजी क्षेत्र को साथ जोड़ना

निजी क्षेत्र के आकार को देखते हुए-बेशक इस बात की तत्काल आवश्यकता है कि उसके साथ संबंध जोड़ा जाए और यह सुनिश्चित किया जाए कि वह सार्वजनिक स्वास्थ्य के लक्ष्यों के प्रति योगदान दे। बीमा, निस्संदेह ऐसा करने का उत्कृष्ट तरीकों में से एक है लेकिन इसे नियामक स्तर पर ज्यादा ज्यादा प्रयास करके सहायता पूर्णता प्रदान करने की आवश्यकता है। समस्त देश, जिनमें निजी सेवा प्रदाताओं से खरीद पर आधारित स्वास्थ्य प्रणाली है, वहां व्यापक नियामक व्यवस्था लागू है। भारत में ऐसी व्यवस्था लागू करना चुनौतीपूर्ण है। चिकित्सकीय प्रतिष्ठान अधिनियम बहुत ही साधारण शुरुआत है लेकिन इसके कार्यान्वयन के

चिकित्सकीय प्रतिष्ठान अधिनियम बहुत ही साधारण शुरुआत है लेकिन इसके कार्यान्वयन के लिए चिकित्सा व्यवसाय का भरोसा जीतना अभी बाकी है। सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा को वित्तीय संरक्षण और सेवाओं तक पहुंच सुनिश्चित करने वाले सार्थक स्तरों में परिवर्तित करने के लिए उपयुक्त नियामक ढांचा बनाने के लिए निजी सेवा प्रदाता और सरकार के बीच कहीं ज्यादा विश्वास और सहयोग की जरूरत होगी।

लिए चिकित्सा व्यवसाय का भरोसा जीतना अभी बाकी है। सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित स्वास्थ्य बीमा को वित्तीय संरक्षण और सेवाओं तक पहुंच सुनिश्चित करने वाले सार्थक स्तरों में परिवर्तित करने के लिए उपयुक्त नियामक ढांचा बनाने के वास्ते निजी सेवा प्रदाता और सरकार के बीच कहीं ज्यादा विश्वास और सहयोग की जरूरत होगी।

निजी क्षेत्र की वृद्धि का मार्गदर्शन करने के लिए बीमा और विनियमन के अलावा अन्य रास्ते भी हैं। शिकायत निवारण तंत्र निजी क्षेत्र के लिए मददगार हो सकता है। साथ ही छोटे सेवा प्रदाताओं और नर्सिंग होम्स के लिए प्रशिक्षण एवं कौशल में सुधार का प्रावधान भी सहायक हो सकता है। गैर-लाभकारी वर्गों के साथ भागीदारी करने से भी व्यापक लाभ हो सकता है, जिनके लिए कम कड़े विनियमों की जरूरत होती है। गौण अथवा सहायक सेवाओं के लिए भागीदारी, जो सार्वजनिक सेवा प्रावधानों का विकल्प प्रस्तुत करने की जगह उन्हें पूर्णता

प्रदान करती है। मिसाल के तौर पर डायल 108 सेवाओं ने अच्छा प्रदर्शन किया है।

निष्कर्ष

हमें राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत शुरू किए गए प्रयासों को बनाए रखने, उनमें तेजी लाने और उनका दायरा बढ़ाने की आवश्यकता है, ताकि हम उस मिशन द्वारा हासिल प्रगति को बरकरार रख सकें। विशेषकर हमें यह दायरा शहरी प्राथमिक सेवा और चार बड़े हिंदी भाषी राज्यों तक फैलाने पर ध्यान केंद्रित होगा।

स्वास्थ्य सेवा में निजी क्षेत्र को जोड़ने की दिशा में ज्यादा बड़े प्रयास किए जाने की जरूरत है, वहीं यह प्रबंधन और सहायक प्रयासों पर आधारित होना चाहिए, जो सूचना की विविध प्रकार की असमानताओं और हितों के टकराव को समाप्त करता हो तथा लोगों को सही फैसला करने का अधिकार देता हो। विनियमक तंत्र बनाए बगैर और उच्च स्तरीय सार्वजनिक निवेश के लिए राजनीतिक रूप से तैयार हुए बगैर, खरीद पर आधारित सेवाओं की दिशा में अपरिपक्व और बिना तैयारी के परिवर्तित होना जोखिम से भरपूर हो सकता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणालियों को सद्बुद्ध बनाने में चुनौती कार्यबल की तादाद बढ़ाने, निवेश और प्रशासन में वृद्धि करने में है, ताकि आरसीएच में और संक्रामक रोग नियंत्रण की दिशा में हुई प्रगति से समझौता किए बिना ही असंक्रामक रोगों की चुनौतियों से निपटा जा सके। □

संदर्भ

जनगणना: 2011 (2016): भारत की साक्षरता दर <http://www.census2011.co.in/literacy.php>

डीटन, एंगस (2013): द ग्रेट एस्केप: हैल्थ, वैल्यू एंड द ऑरिजन ऑफ इनडवैलिटी. प्रिंस्टन यूनिव. सिटी प्रेस

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2015 का मसौदा <http://www.mohfw.nic.in/WriteReadData/1892s/35367973441419937754.pdf>.

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय 2011: “एनुअल रिपोर्ट टू द पीपुल ऑन हैल्थ (दिसंबर, 2011): स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय”

सुंदररामन, टी.वी. मुरलीधरण और इंद्रनील मुखोपाध्याय, (2016): “एनएसएसओ सेवन्टी फर्स्ट राउंड डाटा ऑन हैल्थ एंड बियांड” इकॉनॉमिक एंड पॉलिटिकल वीकली, 51 (3): 7 16 जनवरी, 2016

डब्ल्यूएचओ: असंक्रामक रोगों पर वैश्विक स्थिति रिपोर्ट, 2014, जिनेवा

डब्ल्यूएचओ: असंक्रामक रोग के संबंध में देशों की रूपरेखा, 2014” <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>.

डब्ल्यूएचओ: विश्व स्वास्थ्य सांख्यिकी 2015 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/.

भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का विकास

जे. वी. आर. प्रसाद राव



भारत आर्थिक विकास, सामाजिक समावेश एवं पर्यावरण संरक्षण के तीन स्तंभों पर टिके अपने ही विकास के मार्ग में परिवर्तन के दौर से गुजर रहा है। नई स्वास्थ्य नीति में ये उद्देश्य पूरे करने की दृष्टि होनी चाहिए और लक्ष्य निर्धारित करने एवं इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए वित्तीय, तकनीकी तथा प्रशासनिक सहायता उपलब्ध कराने के मामले में व्यावहारिक भी होना चाहिए

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2014 के जिस मसौदे की घोषणा हुई है, वह भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र के प्रशासन के पिछले छह दशकों में तीसरी नीति है। अल्मा अटा घोषणापत्र के बाद '2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य' के वैश्विक दृष्टिकोण के साथ 1983 की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तैयार की गई थी। उसमें बुनियादी ढांचे के विकास, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा एवं स्वास्थ्य पेशेवरों के सुप्रशिक्षित वर्ग के विकास पर बहुत जोर दिया गया। किंतु यह दृष्टिपत्र बनकर ही रह गया क्योंकि इसमें प्राप्त किए जाने वाले लक्ष्यों एवं उनके लिए संसाधनों की आवश्यकता को स्पष्ट रूप से परिभाषित नहीं किया गया था। देश वर्ष 2000 तक सभी के लिए स्वास्थ्य का उद्देश्य प्राप्त करने के कहीं से भी करीब नहीं था।

सहस्राब्दी घोषणापत्र 2000 और वैश्विक स्तर पर स्वास्थ्य से संबंधित विभिन्न सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को स्वीकार किए जाने से 2002 में नई स्वास्थ्य नीति के निर्माण को बल मिला। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में सभी के लिए स्वास्थ्य का लक्ष्य प्राप्त करने में खामियों और चुनौतियों को स्पष्ट रूप से पहचाना गया तथा लोगों के स्वास्थ्य मानकों में सुधार के लिए अधिक व्यावहारिक तरीका अपनाया गया। उसने निकृष्ट संसाधन आधार को लोगों के लिए न्यूनतम स्वास्थ्य मानक सुनिश्चित करने के मार्ग में गंभीर बाधा के रूप में पहचानकर एकदम नया काम किया। उसमें सिफारिश की गई कि स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च को 10 वर्ष के भीतर सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के 1 प्रतिशत से बढ़ाकर 2 प्रतिशत किया जाना चाहिए। उसमें यह कहते हुए प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पर जोर

दिया गया कि स्वास्थ्य पर होने वाले व्यय का कम से कम 50 प्रतिशत भाग प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पर खर्च किया जाना चाहिए। उसमें पहली बार विभिन्न स्वास्थ्य परिणामों के लिए स्पष्ट रूप से पहचाने गए लक्ष्यों का उल्लेख किया गया, जिन्हें अगले 10 वर्ष के भीतर प्राप्त किया जाना था।

उस नीति स्वास्थ्य के लिए सरकारी खर्च पर अधिक जोर देने की वकालत की गई थी, इसके बावजूद स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च अगले 10 वर्ष तक जीडीपी के 1 प्रतिशत पर ही ठहरा रहा। यद्यपि रोग नियंत्रण तथा माता एवं शिशु स्वास्थ्य के संबंध में नीति में निर्धारित कुछ लक्ष्य प्राप्त करने की दिशा में देश ने अच्छा प्रदर्शन किया किंतु असंक्रामक रोगों के नियंत्रण, गरीबों और हाशिये पर पड़े लोगों को पक्षपात के बगैर स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने एवं देश में योग्य स्वास्थ्य पेशेवरों की भारी कमी दूर करने जैसे विभिन्न क्षेत्रों में वह वांछित उपलब्धियां प्राप्त नहीं कर सका।

नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2014 का मसौदा कई मामलों में सुखद रूप से अलग दृष्टिकोण वाला है। सरकार ने विशेषज्ञों और आम जनता की व्यापक प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए मसौदे को सार्वजनिक मंच पर प्रस्तुत कर नीति निर्माण में पारदर्शिता का सिद्धांत अपनाया है। नीति के मसौदे में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए संदर्भ में परिवर्तन पर कई प्रकार से विचार किया गया है। सबसे महत्वपूर्ण है कि इसमें स्वास्थ्य सेवाओं की लागत के कारण कमरतोड़ खर्च की घटनाएं बढ़ने की बात स्वीकार की गई है और माना गया है कि गरीबी बढ़ाने में इसका बड़ा योगदान है।

लेखक भारत सरकार के स्वास्थ्य सचिव रह चुके हैं और वर्तमान में संयुक्त राष्ट्र महासचिव के एशिया प्रशांत क्षेत्र के विशेष दूत (एचआईवी/एड्स मामलों के लिए) हैं। वह राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के निर्माण में बेहद सक्रिय थे। इस नीति में जनस्वास्थ्य शिक्षा तथा स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्तापूर्ण पहुंच जैसे विषयों को काफी महत्व दिया गया था। ईमेल: raojvrp@unaids.org

नीति में कहा गया है, “स्वास्थ्य सेवाओं की लागत के कारण पारिवारिक आय में लगने वाली संध आय में होने वाली वृद्धि को और गरीबी घटाने के लिए चलाई जा रही प्रत्येक

वर्तमान नीति में निर्धारित किए गए उद्देश्य आकांक्षा से संबंधित हैं, जैसे दृष्टिपत्र में होते हैं। उन्हें एक नीति में परिवर्तन करने की आवश्यकता है, जिसमें सुस्पष्ट लक्ष्य होने चाहिए, उन्हें प्राप्त करने के लिए निर्धारित समयावधि होनी चाहिए और लक्ष्य प्राप्त करने के लिए आवश्यक वित्तीय तथा तकनीकी संसाधनों का उल्लेख होना चाहिए।

सरकारी योजना को निष्प्रावी कर सकती है।” इसमें कहा गया है कि स्वास्थ्य की लागत के कारण असहनीय खर्च से जूझ रहे परिवारों की संख्या बढ़ती जा रही है (2004-05 में 15 प्रतिशत परिवारों की तुलना में 2011-12 में 18 प्रतिशत परिवार)। इसमें यह भी स्वीकार किया गया है कि सेवा आपूर्ति में अधिकांश वृद्धि प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से जुड़ी चुनिंदा सेवाओं तथा राष्ट्रीय रोग नियंत्रण कार्यक्रम में हुई थी, आम जनता के स्वास्थ्य मानक सुधारने के लिए आवश्यक व्यापक स्वास्थ्य सेवाओं में नहीं। संक्रामक रोगों एवं माता तथा नवजात के रोगों की बजाए असंक्रामक रोगों एवं चोटों के मामले बढ़ने पर नई नीति के मसौदे में पर्याप्त महत्व दिया गया है, जो दोनों के बीच संतुलन बिटाने का प्रयास करता है।

नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के मसौदे का प्राथमिक लक्ष्य निष्पक्षता, सर्वव्यापिता एवं समावेशी साझेदारी के कुछ निश्चित मुख्य सिद्धांतों का पालन करते हुए स्वास्थ्य व्यवस्था के सभी आयाम तैयार करने में सरकार की भूमिका की जानकारी देना, उसे स्पष्ट करना, सुदृढ़ करना एवं उसकी प्राथमिकता तय करना है।

किंतु दृष्टिपत्र और राष्ट्रीय नीति में बुनियादी अंतर होता है। राष्ट्रीय नीति परिणामोन्मुखी होनी चाहिए और संसाधनों की आवश्यकता के स्पष्ट उल्लेख के साथ विशिष्ट समयसीमा होनी चाहिए। नीति का ध्यान इसी बात पर होना चाहिए कि सरकार नियामकीय एवं विकासात्मक भूमिकाओं में क्या करना चाहती है।

वर्तमान नीति में निर्धारित किए गए उद्देश्य आकांक्षा से संबंधित हैं, जैसे दृष्टिपत्र में होते

हैं। उन्हें एक नीति में परिवर्तन करने की आवश्यकता है, जिसमें सुस्पष्ट लक्ष्य होने चाहिए, उन्हें प्राप्त करने के लिए निर्धारित समयावधि होनी चाहिए और लक्ष्य प्राप्त करने के लिए आवश्यक वित्तीय तथा तकनीकी संसाधनों का उल्लेख होना चाहिए।

नीति में 10 से 15 वर्ष की अवधि का लक्ष्य होना चाहिए तथा उसके परिणामों अथवा लक्ष्यों का सितंबर 2015 में संयुक्त राष्ट्र महासभा में स्वास्थ्य के संदर्भ में अन्य देशों के साथ भारत द्वारा भी स्वीकार किए गए सतत विकास के लक्ष्यों के साथ तालमेल होना चाहिए। सतत विकास के लक्ष्यों को 2030 तक प्राप्त किए जाने वाले स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्यों के विभिन्न घटकों के लिए समग्र लक्ष्य के रूप में स्वीकार किया जाना चाहिए। बुनियादी सिद्धांत के रूप में निष्पक्षता पर अधिक जोर दिया जाना चाहिए। वर्ष 2015 के बाद के विकास एजेंडा के अनुसार ‘कोई भी छूट नहीं जाए’ के वैश्विक सिद्धांत की प्रतिध्वनि राष्ट्रीय नीति के प्रारूप में होनी चाहिए।

पहली बार राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में निवेश के उस स्तर का संकेत जीडीपी के प्रतिशत के रूप में किया गया था, जो स्वास्थ्य सेवाओं का अभीष्ट स्तर प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि उसे प्राप्त किया जाना था तो अपनी जनता के स्वास्थ्य स्तर के मामले में भारत की तुलना ब्राजील और श्रीलंका के साथ की गई होती, जो अपने जीडीपी का 2 प्रतिशत से अधिक स्वास्थ्य पर खर्च करते हैं। वर्तमान नीति में इस असंतुलन को ठीक करने का शानदार अवसर मिला है। वास्तव में नीति में निवेश को बढ़ाकर जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक ले जाने का संकल्प दोहराया गया है किंतु यह लक्ष्य प्राप्त करने के लिए कोई निश्चित अवधि निर्धारित नहीं की गई है। राज्य सरकारों के लिए भी लक्ष्य निर्धारित होना चाहिए कि कुल सरकारी व्यय का कितना अंश उन्हें स्वास्थ्य पर खर्च करना है। विकसित अर्थव्यवस्थाओं और पड़ोसी देश श्रीलंका तथा हमारे अपने केरल राज्य में सरकारी खर्च के 11 प्रतिशत अंश को अभीष्ट माना जा सकता है।

स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच प्रदान करने के लिए अनुकूल वातावरण तैयार करने हेतु प्रशासन की बेहतर व्यवस्थाओं एवं कानूनी ढांचे को प्रभावी स्वास्थ्य नीति का महत्वपूर्ण घटक होना चाहिए।

संविधान के अंतर्गत स्वास्थ्य राज्य का विषय है किंतु विभिन्न रोग नियंत्रण एवं उन्मूलन कार्यक्रम तथा जनसंख्या नियंत्रण कार्यक्रम लागू करने के लिए केंद्र सरकार भी समान रूप से उत्तरदायी है। केंद्र एवं राज्य सरकारों के दायित्व स्पष्ट रूप से विभाजित होने चाहिए तथा प्रदर्शन के मामले में जवाबदेही स्पष्ट रूप में तय होनी चाहिए। केंद्र सरकार सामाजिक क्षेत्र के कार्यक्रमों के लिए राज्यों को अधिक संसाधन सौंप रही है, इसलिए लोगों को स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के मामले में राज्यों की अधिक जवाबदेही होनी चाहिए। किंतु ये बातें बहुत अस्पष्ट हैं और ठीक से समझी नहीं गई हैं। लोगों को न्यूनतम स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में राज्यों के जवाबदेह नहीं होने का ही नतीजा है कि अलग-अलग राज्यों में रहने वाले लोगों के स्वास्थ्य की स्थिति में जमीन आसमान का अंतर है। यदि वर्तमान नीति स्वास्थ्य के संदर्भ में सतत विकास के लक्ष्यों में निर्धारित किए गए परिणाम प्राप्त करने हेतु भौतिक एवं वित्तीय लक्ष्य प्राप्त करने के संदर्भ में केंद्र एवं राज्यों के लिए जवाबदेही के ये न्यूनतम मानक निर्धारित कर सकी तो यह मील का पत्थर साबित होगी।

कार्यक्रम के क्रियान्वयन का विकेंद्रीकरण सेवा आपूर्ति के निम्नतम स्तर तक किया जाना नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की महत्वपूर्ण विशेषता होनी चाहिए। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

पहली बार राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 में निवेश के उस स्तर का संकेत जीडीपी के प्रतिशत के रूप में किया गया था, जो स्वास्थ्य सेवाओं का अभीष्ट स्तर प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि उसे प्राप्त किया जाना था तो अपनी जनता के स्वास्थ्य स्तर के मामले में भारत की तुलना ब्राजील और श्रीलंका के साथ की गई होती, जो अपने जीडीपी का 2 प्रतिशत से अधिक स्वास्थ्य पर खर्च करते हैं। वर्तमान नीति में इस असंतुलन को ठीक करने का शानदार अवसर मिला है।

(एनएचएम), जो सभी के लिए स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित करने की दिशा में बड़ा कदम है, को विकेंद्रीकरण के मॉडल पर कार्य करना

(जारी ... पृष्ठ 19 पर)

भारत में स्वास्थ्य पर व्यय: दक्षता उन्नयन

आलोक कुमार



जनता के स्वास्थ्य में सुधार तथा स्वास्थ्य एवं विकास संबंधी वांछित लक्ष्य प्राप्त करने के लिए मिश्रित भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली के सर्वश्रेष्ठ संसाधनों का लाभ उठाने की जरूरत है। साथ ही, वित्तपोषण एवं आपूर्ति की अनूठी रणनीतियों के एकीकरण की आवश्यकता भी। इसलिए उन उपायों की आवश्यकता है, जो राज्यों को अपनी प्राथमिकता के आधार पर मुक्त संसाधनों का एक अंश स्वास्थ्य एवं सामाजिक विकास पर खर्च करने के लिए प्रोत्साहित करें

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र पर कोई भी चर्चा इसके लिए धन की आवश्यकता का उल्लेख किए बगैर अधूरी रहती है। पिछले कुछ वर्षों से स्वास्थ्य पर कम खर्च करने के लिए सरकारों की लगातार आलोचना होती रही है। इसके अलावा जानकारी रखने वाले टिप्पणीकारों ने भी सामाजिक क्षेत्र, विशेषकर स्वास्थ्य के लिए धन का आवंटन कम करने के लिए संभवतः अनुचित ढंग से भारत सरकार की आलोचना की। यह डर जताया गया है कि स्वास्थ्य के बजट में इन कटौतियों से जन स्वास्थ्य से संबंधित परिणामों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ेगा। हम इस आलेख में दिखाना चाहते हैं कि ऐसी बातें तथ्यों के आधार पर नहीं कही जाती हैं और मुक्त संसाधनों का अधिक से अधिक

हस्तांतरण राज्य सरकार को किए जाने की गलत व्याख्या करती हैं, जबकि संविधान की व्यवस्था के अनुसार जनता को स्वास्थ्य, पोषण, पेयजल और स्वच्छता की सुविधा प्रदान करना राज्यों का ही कर्तव्य है।

नीचे दी गई तालिका विभिन्न बजटीय मदों के अंतर्गत स्वास्थ्य सेवा समेत स्वास्थ्य के विभिन्न निर्धारकों पर केंद्रीय आवंटन के बजटीय आंकड़ें प्रदर्शित करती है। (तालिका-1)

उपरोक्त तालिका में कुल राशि (वर्ष के दौरान पूरक प्रतिबद्धता एवं स्वच्छ भारत अभियान के लिए उपकर समेत) बताती है कि 2015-16 में भी आवंटन 2014-15 के संशोधित अनुमान के लगभग बराबर ही रहे। किंतु केंद्र और राज्य की वित्तीय साझेदारी

तालिका 1: स्वास्थ्य एवं उसके कुछ निर्धारकों के लिए बजटीय आवंटन

घटक	संशोधित अनुमान 2014-15	बजटीय अनुमान 2015-16
समग्र स्वास्थ्य (स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, स्वास्थ्य अनुसंधान, एड्स नियंत्रण विभाग)	31274.00	32068.17
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन	17627.82	18295.00
आयुष	691.00	1214.00
पोषण	17529.74	8883.56*
स्वच्छ भारत अभियान (स्वच्छता एवं पेयजल)	12107.31	6243.87#
कुल योग (स्वास्थ्य+पोषण+जल स्वच्छता)	61602.05	48409.6

स्रोत: व्यय बजट, भारत सरकार, 2015-16

* हमें यह बताया गया है कि पुनर्गठित आईसीडीएस के अंतर्गत विश्व बैंक की साझेदारी में पांच वर्ष के दौरान 9,000 करोड़ रुपये के अतिरिक्त संकल्प के अलावा वर्ष के दौरान पूरक बजट के अंतर्गत 7,100 करोड़ रुपये की अतिरिक्त राशि मंजूर की गई।

स्वच्छ भारत उपकर से वित्त वर्ष 2015-16 के दौरान 3,700 करोड़ रुपये की अतिरिक्त राशि प्राप्त होने की संभावना है।

लेखक नीति आयोग में परामर्शी हैं तथा स्वास्थ्य व पोषण जैसे विभागों का काम देखते हैं। केंद्र तथा उत्तर-प्रदेश सरकार द्वारा नीतियां बनाने और उन्हें लागू करने में उनकी अहम भूमिका रही है। ईमेल: alokkumar.up@nic.in

का अनुपात 70:30/75:25 से बदलकर 60:40 हो गया है, जिसमें केंद्र को अधिक अनुपात में रकम खर्च करनी है। कुल बजट अनुमान की व्याख्या उसी संदर्भ में होनी चाहिए, जो इन आंकड़ों में पता नहीं चल रही है। इसके अतिरिक्त चौदहवें वित्त आयोग की सिफारिशों को स्वीकार किए जाने के कारण सभी राज्यों को कुल मिलाकर 1.78 लाख करोड़ रुपये की अतिरिक्त राशि हस्तांतरित की गई है। राज्य इस अतिरिक्त रकम का एक अंश इन्हीं क्षेत्रों में केंद्र द्वारा प्रायोजित योजनाओं में अपने हिस्से के रूप में खर्च करेंगे। शेष राशि इन राज्यों के पास मुक्त संसाधनों के रूप में होगी, जिसे वे केंद्र सरकार से निर्देश प्राप्त करने के बजाय अपनी प्राथमिकता के अनुसार मनचाहे क्षेत्रों पर खर्च करेंगे। यदि मुक्त संसाधनों का 10 प्रतिशत अंश भी स्वास्थ्य एवं उसके निर्धारकों के लिए आवंटित कर दिया जाता है, जो अनुचित अपेक्षा नहीं है, तो मोटा गणित बताता है कि स्वास्थ्य संबंधी परिणामों पर प्रभाव डालने वाले क्षेत्रों में संसाधनों की कमी शायद ही होगी।

इसलिए उन उपायों की आवश्यकता है, जो राज्यों को अपनी प्राथमिकता के आधार पर मुक्त संसाधनों का एक अंश स्वास्थ्य एवं सामाजिक विकास पर खर्च करने के लिए प्रोत्साहित करें। इसलिए धन का प्रवाह कम नहीं हुआ है बल्कि उसके हस्तांतरण का तरीका बदल दिया गया है ताकि स्वायत्ता बढ़े और उसके साथ ही सामर्थ्य या क्षमता भी बढ़े।

व्यय के वर्तमान स्तरों से प्राप्त होने वाले स्वास्थ्य संबंधी परिणामों का विश्लेषण किए जाने का भी उतना ही महत्व है। आय के समान स्तरों एवं विकास की समान स्थितियों वाले देशों के साथ भारत की तुलना से संकेत मिलता है कि परिणाम प्राप्त करने के मामले में हमारी प्रगति इन देशों से सुस्त रही है। उदाहरण के लिए 1990 से 2012 के बीच भारत में शिशु मृत्यु दर में 50 प्रतिशत कमी आई। किंतु उसी अवधि के दौरान बांग्लादेश (67 प्रतिशत), नेपाल (66 प्रतिशत) और कंबोडिया (60 प्रतिशत)¹ जैसे देशों में और तीव्र कमी आई। सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के प्रतिशत के रूप में स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च की बात की जाए तो बांग्लादेश तथा भारत अभी अपने जीडीपी का करीब 1.3 प्रतिशत हिस्सा खर्च करते हैं। किंतु बांग्लादेश

में परिणाम प्राप्त करने की दर बहुत अधिक है, जिसके अनुसार पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर 1990 (144) से 2013 (41) के बीच 5.4 प्रतिशत की वार्षिक दर से घटी है, जबकि उसकी तुलना में भारत में 1990 (126) से 2013 (53) के बीच यह दर केवल 3.8 प्रतिशत की दर से कम हुई है।²

इसलिए, खर्च के समान स्तरों के बाद भी भारत में परिणाम प्राप्त होने की गति धीमी है, जिससे पता चलता है कि केवल धनराशि बढ़ा देने से वांछित स्वास्थ्य परिणामों की प्राप्ति सुनिश्चित नहीं होती। सरकारी खर्च में भी आवंटन संबंधी सक्षमता को बढ़ाया जा सकता है ताकि बर्बादी कम हो एवं प्राथमिक तथा बचाव संबंधी सेवाओं पर अधिक ध्यान दिया जा सके, जो बीमारियों का बोझ कम करने के लिए आवश्यक है तथा जनता को स्वस्थ रखने के मामले में निवेश पर सबसे अधिक प्रतिफल प्रदान करती है। सार्वजनिक स्वास्थ्य

सरकारी खर्च में भी आवंटन संबंधी सक्षमता को बढ़ाया जा सकता है ताकि बर्बादी कम हो एवं प्राथमिक तथा बचाव संबंधी सेवाओं पर अधिक ध्यान दिया जा सके, जो बीमारियों का बोझ कम करने के लिए आवश्यक है तथा जनता को स्वस्थ रखने के मामले में निवेश पर सबसे अधिक प्रतिफल प्रदान करती है।

प्रतिष्ठानों की स्वायत्तता बढ़ाने के उपाय भी विकसित किए जाने चाहिए ताकि वे अपनी आवश्यकता के अनुसार धन जुटा सकें और उसका प्रबंधन भी स्वयं ही कर सकें।

इसके अतिरिक्त धन को स्वास्थ्य सेवा कर्मचारियों के भुगतान संबंधी परिणाम से जोड़ने के तरीके भी तलाशे जा सकते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में काम करने वाले कर्मचारियों में प्रेरणा का स्तर कम होता है। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण कार्यालय (एनएसएसओ) से मिले नवीनतम आंकड़ें बताते हैं कि सार्वजनिक क्षेत्र में सेवाएं होने के बाद भी असंतोषप्रद गुणवत्ता (45 प्रतिशत), लंबी प्रतीक्षा अवधि (27 प्रतिशत) एवं प्रतिष्ठान दूर स्थित होने (9 प्रतिशत) के कारण स्वास्थ्य सेवा के मामले में निजी सेवा प्रदाताओं को ही प्राथमिकता दी जाती है।³ सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों के लिए लाइन

आइटम बजट भुगतान पद्धति के कारण इस व्यवस्था में चुस्ती कम होती है। जवाबदेही बढ़ाने के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के प्रबंधकों एवं स्वास्थ्य कर्मियों के लिए प्रतिक्रियापूर्ण भुगतान प्रणाली जैसे प्रोत्साहन का भुगतान अथवा प्रदर्शन से जुड़ा प्रोत्साहन आरंभ किया जा सकता है और प्रदर्शन के सूचकों अथवा सेवाओं के बेहतर प्रसार अथवा स्वास्थ्य संबंधी मापनीय परिणामों की प्राप्ति के आधार पर उनका मूल्यांकन किया जा सकता है। सेवा प्रदाताओं के लिए प्रति व्यक्ति भुगतान प्रणालियां सेवा की आपूर्ति सुनिश्चित करने के लिए प्रोत्साहन का काम करती हैं। उदाहरण के लिए घाना ने अपनी राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत 22 प्रतिशत सेवाएं प्रति व्यक्ति भुगतान प्रणाली के अंतर्गत लाने का फैसला किया और स्वास्थ्य संबंधी गंभीर मामलों, जिनके लिए रेफरल की आवश्यकता होती है, की प्रतिपूर्ति ही डीआरजी प्रणाली के अंतर्गत की जाती है। सेवाओं के अधिक अथवा कम प्रावधान की निगरानी गुणवत्ता नियंत्रण तथा ऑडिट की मजबूत नियामकीय व्यवस्था के जरिये की जाती है, जिनमें विश्वसनीय सूचना प्रणाली शामिल होती है। इस प्रकार घाना ने सुविधा में कमी किए बगैर लागत पर नियंत्रण के लिए प्रति व्यक्ति भुगतान प्रणाली का प्रयोग कर लिया।⁴

तीसरी बात यह है कि भारत अपने जीडीपी का कुल 4 प्रतिशत स्वास्थ्य पर खर्च करता है, जो अच्छी खासी राशि है। किंतु रकम को टुकड़ों में बांटे जाने और पुराने तरीके, जिसके तहत स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करते वक्त अपनी जेब से रकम खर्च करनी होती है, चिंता के प्रमुख कारण हैं। चिकित्सा के समय जेब से होने वाले खर्च की बड़ी राशि, जो स्वास्थ्य पर होने वाले निजी खर्च की करीब 86 प्रतिशत होती है, के कारण प्रति वर्ष 3.7 करोड़ लोग गरीबी के दुष्चक्र में फंस जाते हैं।⁵ इस विशाल धनराशि को चिकित्सा पर खर्च के अधिक प्रगतिशील एवं प्रभावी तरीके में बदलने के लिए आवश्यक है कि इसका इस्तेमाल चिकित्सा पूर्व भुगतान में किया जाए और धन की पूंलिंग सही तरीके से की जाए।

इसका अर्थ यह नहीं है कि स्वास्थ्य पर होने वाले कुल खर्च में सरकारी रकम का अनुपात बढ़ाने की आवश्यकता नहीं है। परिवारों द्वारा स्वास्थ्य सुविधा के लिए जो भारी खर्च किया

जाता है, वह प्राथमिक तौर पर निजी स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र पर होता है, जो मुनाफे के लिए काम कर रहा है। एनएसएसओ के आंकड़ों के अनुसार भर्ती नहीं होने वाले 72 से 79 प्रतिशत और भर्ती होने वाले 58 से 68 प्रतिशत मरीज इन्हीं से चिकित्सा सुविधा पाते हैं।³ किंतु स्वास्थ्य में हितधारक के रूप में और स्वास्थ्य संबंधी परिणामों के लिए जवाबदेह के रूप में इसकी भूमिका को सरकार आम तौर पर नजरअंदाज ही करती रही है। इसी का परिणाम है कि सहयोगी के रूप में कार्य नहीं होने के कारण उपचार की ऐसी व्यवस्था पनप आई है, जिसमें निजी खर्च अधिक होता है और निजी क्षेत्र से सुविधा भी ज्यादा मिलती है।

इसलिए सरकार सार्वजनिक खर्च एवं सार्वजनिक आपूर्ति वाली मजबूत प्राथमिक चिकित्सा प्रणाली तैयार करने के अपने प्रयास तेज करती रहे किंतु वह विशाल निजी क्षेत्र को नजरअंदाज नहीं करती रह सकती। समुचित नियामकीय ढांचे के साथ हाथ मिलाने एवं परस्पर लाभकारी साझेदारी करने के लिए

रणनीतियां तैयार की जानी चाहिए, जांची जानी चाहिए और उनका मूल्यांकन होना चाहिए ताकि यह पता चल सके कि जनता के स्वास्थ्य में सुधार के लिए तथा स्वास्थ्य एवं विकास संबंधी वांछित लक्ष्य प्राप्त करने के लिए मिश्रित भारतीय स्वास्थ्य प्रणाली के सर्वश्रेष्ठ संसाधनों का लाभ कैसे उठाया जा सकता है। वित्तपोषण एवं आपूर्ति की अनूठी रणनीतियों का एकीकरण करने वाले प्रायोगिक अध्ययन प्राथमिकता के आधार पर कराए जाने चाहिए ताकि इस बात के प्रमाण मिल सकें कि प्रभावी तरीके से खर्च करने के लिए एवं उसके अनुपात में परिणाम प्राप्त करने के लिए अलग-अलग राज्यों में क्या कारगर होगा।

अंत में यह वास्तविकता काफी हद तक नजरअंदाज की गई है कि भारत के वर्तमान स्वास्थ्य संबंधी परिणाम खर्च के वर्तमान स्तर के भी अनुपात में नहीं हैं। इस वास्तविकता से यह तथ्य गौण नहीं हो जाता कि स्वास्थ्य पर खर्च को धीरे-धीरे बढ़ाया जाना चाहिए बल्कि इससे प्रश्न खड़ा होता है कि स्वास्थ्य परिणामों

में सुधार क्या पूरी तरह सार्वजनिक धन पर ही निर्भर हैं और आवंटन में ऐसी कौन सी खामियां हैं, जिन्हें उपलब्ध धन को चतुराई के साथ खर्च करने के लिए दूर करना होगा। □

संदर्भ

1. वर्ल्ड हेल्थ स्टैटिस्टिक्स, डब्ल्यूएचओ
2. कमिटिंग टु चाइल्ड सर्वाइवल: अ प्रॉमिस रिन्यूड - प्रोग्रेस रिपोर्ट 2014, यूनिसेफ
3. राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण, 71वां दौर, एनएसएसओ, सांख्यिकी एवं कार्यक्रम क्रियान्वयन मंत्रालय
4. पी वी मार्कीज, घानाज इनोवेटिव स्टेप टुवर्ड्स यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज: एक्सपैंडिंग कैपिटेशन, विश्व बैंक ब्लॉग <http://blogs.worldbank.org/health/ghana-s-innovative-step-toward-universal-health-coverage-expanding-capitation>
5. ई वान डूसलायर एवं अन्य, 2007, कैटॉस्ट्रोफिक पेमेंट्स फॉर हेल्थ केयर इन एशिया, हेल्थ इकनॉमिक्स

(पृष्ठ 16 से जारी ...)

चाहिए, जो संसाधनों के हस्तांतरण तक ही सीमित नहीं रहे बल्कि धरातल पर काम कर रहे संगठनों को विकेंद्रीकृत कार्य प्रभावी तरीके से करने एवं प्रदर्शन के मामले में जवाबदेह रहने की क्षमता प्रदान करे।

स्वास्थ्य से संबंधित कानूनी वातावरण भी अभी भ्रमित करने वाला है, जिसमें केंद्र तथा राज्यों द्वारा स्वीकार्यता एवं क्रियान्वयन के स्तर पर ढेरों कानून मौजूद हैं। उन्हें विशेष रूप से गरीबों एवं समाज के वंचित वर्गों को निष्पक्ष तरीके से स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के समग्र लक्ष्य के अनुरूप संवारा एवं व्यवस्थित किया जाना आवश्यक है। किरायाती स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करना देश में प्रत्येक व्यक्ति का अटल अधिकार होना चाहिए। नीति के वर्तमान मसौदे में स्वास्थ्य को मौलिक अधिकार का दर्जा दिलाने तथा राज्यों को इसे स्वीकार करने का विकल्प दिए जाने का महत्वाकांक्षी लक्ष्य निर्धारित किया गया है। नीति के इस पक्ष पर राज्यों सरकारों से ही नहीं बल्कि समुदायों के नेताओं एवं कानूनी विशेषज्ञों से भी अधिक चर्चा किए जाने की आवश्यकता है। ऐसा साहसिक कदम उठाने से पूर्व केंद्र एवं राज्य सरकारों को सतर्कतापूर्वक यह आंकना और समझना

चाहिए कि ऐसे प्रावधान के क्रियान्वयन में क्या चुनौती आएगी।

नीति में स्वास्थ्य पर सतत विकास के लक्ष्यों के एक भाग के रूप में सर्वव्यापी स्वास्थ्य सुविधा के वैश्विक सहमति वाले लक्ष्य के अनुसार ही सार्वभौमिक स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने पर ध्यान दिया गया है। भारत सरकार सार्वभौमिक स्वास्थ्य सुविधा को राष्ट्रीय लक्ष्य के रूप में स्वीकार करने पर सैद्धांतिक रूप में सहमत थी किंतु धरातल पर ऐसा करने के लिए पर्याप्त संसाधन उसे अभी उपलब्ध कराने हैं। सभी को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करनी है तो निम्न एवं मध्यम आय वाले वर्गों को वित्तीय जोखिम से बचाने के लिए स्वास्थ्य बीमा जैसी योजनाओं के साथ गरीबों एवं हाशिये पर पड़े लोगों के लिए औषधियों एवं निदान सेवाओं समेत पूर्ण वित्तीय सहायता वाली स्वास्थ्य सेवाओं का मिश्रण एकदम सटीक तरीका होगा।

यह बात आश्वस्त करने वाली है कि वर्तमान मसौदे में अंतरराष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य कूटनीति को मिलाकर नीतिगत ढांचा तैयार करने की बात कही गई है। भारत को औषधि उत्पादन में अग्रणी देश के रूप में,

अफ्रीकी एवं एशियाई देशों में जीवनरक्षक औषधियों के बड़े आपूर्तिकर्ता के रूप में तथा राष्ट्रीय आर्थिक वृद्धि तथा बेहतर स्वास्थ्य मानकों के विकास में सहायता करने वाली व्यापार एवं बौद्धिक संपदा प्रणालियां विकसित करने के प्रमुख पक्षधर के रूप में अंतरराष्ट्रीय स्तर पर अपनी भूमिका का पुनराकलन करना चाहिए। विदेशी सहायता प्राप्त करने वाले राष्ट्र से दक्षिण में अन्य देशों को वित्तीय एवं तकनीकी सहायता के शुद्ध दाता के रूप में भारत के कार्यांतरण के कारण भी उस पर नए दायित्व आए हैं, जो स्वास्थ्य क्षेत्र में भी झलकने चाहिए। यदि नई स्वास्थ्य नीति में इस नई भूमिका एवं बाजार का नीति के अभिन्न अंग के रूप में आकलन किया जाए तो अच्छा होगा।

भारत आर्थिक विकास, सामाजिक समावेश एवं पर्यावरण संरक्षण के तीन स्तंभों पर टिके अपने ही विकास के मार्ग में परिवर्तन के दौर से गुजर रहा है। नई स्वास्थ्य नीति में ये उद्देश्य पूरे करने की दृष्टि होनी चाहिए और लक्ष्य निर्धारित करने एवं इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए वित्तीय, तकनीकी तथा प्रशासनिक सहायता उपलब्ध कराने के मामले में व्यावहारिक भी होना चाहिए। □

सिविल सेवा प्रारम्भिक परीक्षा '16 टेस्ट सीरीज़

सिविल सेवा प्रारम्भिक परीक्षा '16

14* बार आयोजित की जाएगी

यदि आप CL की टेस्ट सीरीज़ में सम्मिलित होते हैं तो आपके लिए यह बिल्कुल सच है। CL में आपको 14 बार प्रारम्भिक परीक्षा 2016 का हबहब अनुभव प्राप्त करने का अवसर मिलता है, जबकि यह अनुभव अन्य संस्थानों में 2 से 3 बार ही प्राप्त होता है। इस प्रकार CL से जुड़कर आपको वास्तविक प्रारम्भिक परीक्षा 14 वें मॉक टेस्ट की तरह ही प्रतीत होगी।

टेस्ट सीरीज़ का कार्यक्रम पूरे भारत के 100 शहरों में उपलब्ध है

CL के 1069 छात्र सिविल सेवा (प्रधान) परीक्षा, 2014
के लिए योग्य घोषित किए गये

CL के पूर्व विद्यार्थियों, सिविल सेवा प्रारम्भिक एवं
प्रधान परीक्षा उत्तीर्ण कर चुके प्रतियोगियों के लिए विशेष ऑफर

CSAT के लिए नये बैच (हिन्दी एवं अंग्रेजी माध्यम) भी प्रारम्भ हो रहे हैं।

रजिस्टर कराने के लिए ☎ 888-2-520-520 पर मिस कॉल करें



CL

Civil Services Test Prep

www.careerlauncher.com/civils

दिल्ली CL सिविल सेवा परीक्षा के अध्ययन केंद्र

मुखर्जी नगर: 204/216, द्वितीय तल, विराटभवन/एमटीएनएल बिल्डिंग, पोस्ट ऑफिस के सामने, फोन - 41415241/46

ओल्ड राजेन्द्र नगर: 18/1, प्रथम तल, अणुवाल स्वीट्स के सामने, फोन - 42375128/29

एसडीए: सी-7 द्वितीय तल एसडीए कन्वेंशनल सेंटर आईआईटी मेन गेट के सामने, कोस्टा कॉफी के निकट, फोन - 26513072, 26536555

जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएं: वर्तमान और भविष्य

अभय बांग



अनुसूचित जनजातियों की आबादी के स्वास्थ्य सेवा संकेतकों में पिछले दशकों के दौरान यकीनन सुधार हुआ है। हालांकि सामान्य आबादी की तुलना में यह काफी खराब स्थिति में है।

अनुसूचित जनजाति की आबादी के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा सबसे कमजोर कड़ी है। जरूरत है उनके लिए किसी भी नीति अथवा कार्यक्रम का सिद्धांत भागीदारी क्षेत्र विशेष और जनजातियों की भावनाओं के अनुरूप नियोजन तथा अंतर-क्षेत्रीय समन्वयन पर आधारित हो

वर्ष 2011 में अनुसूचित जनजातियों (एसटी) की तादाद भारत की जनसंख्या का 8.6 प्रतिशत थी, यानी इनकी वास्तविक जनसंख्या कुल मिलाकर लगभग 10 करोड़ थी।⁽¹⁾ हाशिये पर मौजूद और असहाय दस करोड़ लोगों का स्वास्थ्य, राष्ट्र की चिंता का महत्वपूर्ण विषय होना चाहिए। उनकी सामाजिक-आर्थिक और शैक्षिक स्थिति सर्वविदित है।⁽²⁾ उनके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी है?

अनुसूचित जनजातियों की आबादी की मृत्यु दर के संकेतकों में पिछले दशकों के दौरान यकीनन सुधार हुआ है। हालांकि सामान्य आबादी की तुलना में यह काफी खराब स्थिति में है। कुछ बाल मृत्यु दर संकेतकों के बीच अंतर निम्नलिखित है⁽³⁾—

संकेत	अनुसूचित जनजातियां	अन्य	% अंतर
शिशु मृत्यु दर	62	49	27%
0-5 वर्ष के बच्चों की मृत्यु दर	96	59	39%

अनुसूचित जनजातियों में शिशु और बाल मृत्यु दर (जिसके वास्तविकता से कम आंके जाने की आशांका ज्यादा है) अन्य आबादी की तुलना में लगभग एक तिहाई अधिक है। इतना ही नहीं, राज्यों के बीच में भी, इनमें व्यापक भिन्नता देखी गई है और 7 राज्यों में यह विशेष रूप से अधिक है।

अनुसूचित जनजातियों के बच्चों, साथ ही साथ वयस्कों के पोषण की स्थिति दुखद तस्वीर प्रस्तुत करती है।⁽⁴⁾

विद्यालय जाने की आयु से छोटे 53 प्रतिशत लड़के और 50 प्रतिशत लड़कियां सामान्य से कम वजन की हैं और 57 प्रतिशत लड़के और 52 प्रतिशत लड़कियों के कद का पूर्ण विकास नहीं हो सका है।

अनुसूचित जाति की 49 प्रतिशत महिलाओं का बॉडी मास इंडेक्स (बीएमआई) 18.5 से कम है, जो स्थाई ऊर्जा की कमी की ओर से संकेत करता है।

जनजातीय घरों की खुराक में बड़े पैमाने पर प्रोटीन, ऊर्जा, वसा, विटामिन-ए और राइबोलेविन की कमी प्रदर्शित होती है।

गुजराते वक्त के साथ (1985-87 से लेकर 2007-08) अनुसूचित जनजातियों के बच्चों और वयस्कों में पोषण के अभाव वाली स्थिति में यकीनन सुधार हुआ है, इसके बावजूद उनके भोजन में कमियों का मौजूदा स्तर और पोषण की अपर्याप्त मात्रा स्वीकार्य नहीं होनी चाहिए।

जनजातीय इलाकों में प्रचलित बीमारियों को मोटे तौर पर निम्नलिखित श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है :

क) अल्पविकास से जुड़ी बीमारियां (कुपोषण, संक्रामक रोग, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य से जुड़ी समस्याएं)

ख) जनजातीय आबादी में असामान्य रूप से प्रचलित बीमारियां (सिकल सेल रोग, पशुओं का काटना, दुर्घटनाएं) और

ग) आधुनिक दौर की बीमारियां (उच्च रक्तचाप, लत और मानसिक तनाव)

अनुसूचित जनजाति की आबादी के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा सबसे कमजोर कड़ी है। इसमें कई अड़चनें हैं :

लेखक एमडी, एमपीएच, डीएससी (ऑनर्स), डी लिट (ऑनर्स) हैं तथा पिछले 30 वर्षों से महाराष्ट्र के गढ़चिरोली में रहते और काम करते हैं, जहां वे एमईएआरसीएच नामक गैर सरकारी संगठन के संस्थापक निदेशक हैं। वर्तमान में वे भारत सरकार की जनजातीय स्वास्थ्य से संबंधित विशेषज्ञ समिति के अध्यक्ष हैं। वे लेंसेट सहित राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय पत्रिकाओं में व्यापक रूप से लिखते और प्रकाशित होते रहे हैं। वह और उनका संगठन 'महाराष्ट्र भूषण' तथा टाइम पत्रिका के 'ग्लोबल हैल्थ हीरो' सहित 60 से ज्यादा पुरस्कार प्राप्त कर चुके हैं। ईमेल: searchogad@gmail.com

- अनुसूचित क्षेत्रों के लिए, अक्सर प्रमुख रूप से गैर-जनजातीय क्षेत्रों के लिए अभिकल्पित राष्ट्रीय मॉडल का रबड़ स्टैम्प संस्करण मात्र होना अनुपयुक्त है। इस मॉडल को तैयार करते समय विविध विश्वास, अलग-अलग तरह के बीमारियों के बोझ और स्वास्थ्य सेवा संबंधी जरूरतों, साथ ही साथ भौगोलिक रूप से अलग, वनों और अन्य प्राकृतिक संसाधनों से घिरी सांस्कृतिक रूप से भिन्न आबादी तक स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने में होने वाली कठिनाइयों पर गौर नहीं किया जाता। हैरान करने वाली बात यह है कि इससे पहले कभी अनुसूचित क्षेत्रों के लिए पृथक सार्वजनिक स्वास्थ्य योजना तैयार करने पर कभी गंभीर रूप से मंथन नहीं किया गया।
- जनजातीय आबादी तक सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने की दिशा में एक अन्य बड़ी कठिनाई ऐसे स्वास्थ्य सेवा कर्मियों का अभाव है, जो अनुसूचित क्षेत्रों में सेवाएं प्रदान करने के लिए इच्छुक, प्रशिक्षित एवं साधनों से लैस हों। अनुसूचित क्षेत्रों के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में चिकित्सकों, नर्सों, और प्रबंधकों की कमी-रिक्तियां, अनुपस्थिति अथवा उदासीनता की स्थिति है।
- इमारतों का निर्माण किया जा चुका है और स्वास्थ्य उप केंद्र, पीएचसी और सीएचसी के रूप में स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने वाले संस्थान बनाए जा चुके हैं- लेकिन वे अक्सर बेकार पड़े रहते हैं, जिनके परिणामस्वरूप अच्छी स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया नहीं हो पातीं। उचित निगरानी के अभाव, रिपोर्टिंग और जवाबदेही की खराब गुणवत्ता के कारण स्थिति और भी विकट है।
- कर्मियों का बेरुखा व्यवहार, भाषाई सीमाएं, लंबी दूरियां, परिवहन की उचित व्यवस्था न होना, कम साक्षरता और ज्यादा लोगों द्वारा स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने की इच्छा न रखना - इन सभी कारणों से अनुसूचित क्षेत्रों में विद्यमान स्वास्थ्य सेवाओं का बहुत कम उपयोग हो पाता है।
- जनजातीय क्षेत्रों में गंभीर रूप से बीमार लोगों की अस्पताल तक पहुंच भी बहुत कम हो पाती है।
इस प्रकार अनुसूचित क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था को कम आउटपुट,

कम गुणवत्ता और कम निष्कर्ष वाली व्यवस्था माना जाता है, जो अक्सर गलत प्राथमिकताओं को लक्षित करती है। इसका पुनर्गठन करना और इसे मजबूती प्रदान करना राज्यों और केंद्र सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालयों की सर्वोच्च प्राथमिकताओं में से एक होना चाहिए।

अनुसूचित क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं को अनुपयुक्त रूप से डिजाइन करने और उनके खराब प्रबंधन का एक कारण यह है कि स्वास्थ्य क्षेत्र की नीतियां और योजनाएं बनाते समय अथवा सेवाओं के कार्यान्वयन में अनुसूचित जनजातियों के लोगों या उनके प्रतिनिधियों की भागीदारी का लगभग पूर्णतः अभाव रहता है। यह बात ग्रामीण स्तर से लेकर राष्ट्रीय स्तर तक सत्य है।

उपरोक्त वर्णित विविध कठिनाइयों के अलावा, एक सामान्य अवधारणा और शिकायत यह है कि जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं के लिए निर्धारित की गई धनराशि का पूरा इस्तेमाल नहीं होता, उसे अन्य क्षेत्रों में लगा दिया जाता है या उसका अकुशलता से इस्तेमाल किया जाता है और सबसे खराब स्थिति यह है कि उसे भ्रष्ट तरीके से निकाल लिया जाता है।

कैसी हो नए सिरे से रचना

1. जनजातीय लोगों के लिए किसी भी नीति अथवा कार्यक्रम का पहला सिद्धांत भागीदारी है। आबादी के भाग के रूप में जनजातीय लोग राजनीतिक तौर पर ज्यादा मुखर नहीं होते। हालांकि उनके अलग-अलग भौगोलिक, सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक वातावरण हैं, अलग-अलग तरह की स्वास्थ्य संबंधी संस्कृतियां और स्वास्थ्य सेवा संबंधी जरूरतें हैं। ऐसे में उनके लिए बनने वाले स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम में उनके विचारों और प्राथमिकताओं को आवश्यक रूप से उचित स्थान मिलना चाहिए।

2. भारत की लगभग 700 जनजातियों में व्यापक विविधता होने के मद्देनजर, जिस दूसरे सिद्धांत का अनुकरण होना चाहिए वह है-क्षेत्र विशेष और जनजातियों की भावनाओं के अनुरूप नियोजन। पीईएसए इसके लिए एक संस्थागत आधार मुहैया कराता है। स्थानीय जनजातीय स्वास्थ्य सभाएं, जिला स्तरीय जनजातीय परिषदें और राज्य स्तर पर,

जनजातीय सलाहकार परिषदें संस्थागत तंत्र बन सकती हैं, जो स्थापित और चालू होने पर स्थानीय नियोजन की अनुमति देंगी।

3. **स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक-** साक्षरता, आय, जल, स्वच्छता, ईंधन, खाद्य सुरक्षा और भोजन संबंधी विविधता, महिलाओं के प्रति संवेदनशीलता, परिवहन एवं संपर्क-स्वास्थ्य संबंधी निष्कर्षों का निर्धारण करने में बहुत महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। इसलिए, अन्य क्षेत्रों में सुधार के लिए यदि ज्यादा नहीं, तो कम से कम स्वास्थ्य सेवा जैसा अंतर-क्षेत्रीय समन्वयन महत्वपूर्ण है।

इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य की स्थिति को बेहतर बनाने के लिए कुछ विशिष्ट सुझाव हैं-

1) अनुसूचित क्षेत्रों में जल निकासी की व्यवस्था करने, गांव में साफ-सफाई के लिए बुनियादी सुविधाएं जुटाने, निजी शौचालय बनाने एवं मच्छरों को पनपने से रोकने के लिए पर्यावरण के अनुकूल उपायों को एमजी-नरेगा योजना में शामिल किया जा सकता है और प्राथमिकता के आधार पर पूरा किया जा सकता है।

2) अनुसूचित क्षेत्रों में घरों में अस्वच्छ ईंधन के इस्तेमाल और जैविक ईंधन जलाने में कमी लाने के लिए, सौर ऊर्जा, विशेषकर सोलर कुकर, वॉटर हीटर्स और लाइट्स के इस्तेमाल को बढ़ावा दिया जाना चाहिए। इससे पेड़ों को बचाने में भी मदद मिलेगी।

3) अनुसूचित जाति की आबादी के बच्चों, किशोरों और गर्भवती एवं स्तनपान कराने वाली माताओं के पोषण में सुधार लाना महत्वपूर्ण है। अनुसूचित क्षेत्रों में पोषण के बारे में जागरूकता और भोजन संबंधी कार्यक्रम राष्ट्रीय ग्रामीण आजीविका मिशन और गांवों के महिलाओं के बचत समूहों के सहयोग से बेहतर तरीके से कार्यान्वित किए जा सकते हैं।

4) शराब और तंबाकू पर नियंत्रण से परिवार की सेहत और आमदनी में सुधार होगा।

4. अनुसूचित जाति के लोगों के लिए रोजगार एक अन्य मूलभूत सिद्धांत है। उनके स्वास्थ्य की देखरेख के लिए उनकी क्षमताओं का निर्माण करना निरंतर निर्भरता की स्थिति बनाए रखने से कहीं ज्यादा बेहतर दीर्घकालिक समाधान होगा। हालांकि इसका आशय यह हरगिज नहीं है कि सरकार अथवा बाकी समाज जनजातीय लोगों के प्रति अपनी जिम्मेदारी का त्याग कर दे, लेकिन स्थानीय

लोगों को क्षमतावान बनाकर लंबे अर्से तक इस उत्तरदायित्व का बेहतर ढंग से निर्वहन हो सकेगा। दूसरे शब्दों में कहें, तो स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के स्थान पर स्वास्थ्य सेवा के लिए क्षमता निर्माण की नीति बनाई जानी चाहिए। यह सिद्धांत स्वास्थ्य सेवा के नियोजन में मार्गदर्शन करेगा-विशेषकर इस बात का चयन करने में कि कौन, कहां, कब और कैसे स्वास्थ्य सेवा मुहैया कराएगा।

5. सदियों के वैज्ञानिक ज्ञान के अंतर को पाटने के लिए अनुसूचित क्षेत्रों की स्वास्थ्य सेवाओं को लोक मीडिया, आधुनिक मीडिया और स्कूल पाठ्यक्रम जैसी सामूहिक शिक्षा पद्धतियों के माध्यम से 'स्वास्थ्य साक्षरता' फैलाने को सर्वाधिक महत्व प्रदान करना चाहिए। स्थानीय बोलियों में संचार और प्रौद्योगिकी के इस्तेमाल की व्यापक संभावनाएं मौजूद हैं।

6. बड़ी तादाद में अनुसूचित जनजाति के बच्चे और युवा (एक करोड़ से अधिक) वर्तमान में स्कूलों में पढ़ रहे हैं। यह स्वास्थ्य में सुधार लाने तथा स्वास्थ्य से संबंधित ज्ञान और पद्धतियां प्रदान करने, दोनों के अपार अवसर उपलब्ध कराता है। प्राथमिक विद्यालयों, माध्यमिक विद्यालयों, उच्च विद्यालयों, आश्रम शालाओं सहित स्कूलों और आंगनबाड़ियों को प्राथमिक स्वास्थ्य ज्ञान केंद्र बनाना चाहिए।

7. परंपरागत हकीम और दार्इया स्वदेशी स्वास्थ्य सेवाओं में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। उन्हें अलग-थलग करने अथवा खारिज करने की जगह, उन्हें स्वास्थ्य सेवा के साथ जोड़ने या उनका सहयोग लेने जैसे संवेदनशील तरीके की संभावनाएं अवश्य तलाशी जानी चाहिए।

8. भौतिक दूरी के अलावा, विशाल सांस्कृतिक अंतर, जनजातीय आबादी को दूसरों से अलग करता है। इस अंतर को मिटाने के लिए अनुसूचित जनजातियों की आबादी तक स्वास्थ्य सेवाएं सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील ढंग से और स्थानीय भाषा में पहुंचानी चाहिए।

9. अनुसूचित क्षेत्रों के लिए स्वास्थ्य सेवा मुहैया कराने की प्रणाली को इस चीनी सूक्ति को अपना मार्गदर्शक सिद्धांत मानना चाहिए - मां अपने बीमार शिशु को उठाकर कितनी दूरी तक पैदल चल सकती है? स्वास्थ्य सेवा उसी दायरे में उपलब्ध होनी चाहिए। यह जंगलों में रहने वाले जनजातीय समुदायों के

लिए है, इसका आशय है कि स्वास्थ्य सेवा आवश्यक रूप से उनके गांव/टोले में उपलब्ध होनी चाहिए। साठ वर्षों की नाकामी से हमें यह सबक लेना चाहिए कि बाहर से स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना व्यवहार्य समाधान नहीं है। अनुसूचित क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा की अभिकल्पना ऐसी होनी चाहिए कि स्वास्थ्य को बढ़ावा देने वाली और निवारक तथा ज्यादातर उपचारात्मक सेवाएं गांव या टोले में ही सृजित की जाएं और वहीं मुहैया कराई जाएं।

10. नशे की लत अनुसूचित जनजाति की आबादी से बहुत कुछ छीन लेती है। इससे सिर्फ सेहत पर ही नहीं, बल्कि उत्पादकता, परिवार की आर्थिक स्थिति, सामाजिक सद्भाव और अंततः विकास पर भी असर पड़ता है। इसलिए 1) गृह मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा 1976 में मंजूर और राज्यों द्वारा स्वीकृत अनुसूचित क्षेत्रों के लिए आबकारी नीति कारगर ढंग से लागू की जानी चाहिए। 2) इतना ही नहीं, तंबाकू और मादक पदार्थों की उपलब्धता और इस्तेमाल पर सख्ती से नियंत्रण होना चाहिए। ये प्रयास जनजातीय उप योजना का महत्वपूर्ण अंग बनाए जाने चाहिए। 3) अनुसूचित जनजातियों की आबादी में शराब और तंबाकू उत्पादों की उपलब्धता और इस्तेमाल तथा राज्यों द्वारा नियंत्रण नीतियों के कार्यान्वयन की चुनिंदा संकेतकों के आधार पर निगरानी होनी चाहिए।

11. जनजातीय उप योजना (टीएसपी) बजट, अनुसूचित जनजातियों की आबादी के अनुपात में अलग से मिलना चाहिए, यह अनुसूचित क्षेत्रों में स्वास्थ्य विभाग की सामान्य गतिविधियों के लिए मिलने वाले नियमित बजट का विकल्प नहीं चाहिए। कुल टीएसपी बजट का कम से कम 15 प्रतिशत, अनुसूचित क्षेत्रों में जनजातीय स्वास्थ्य योजना के स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए समर्पित होना चाहिए। यह इन क्षेत्रों में सामान्य गतिविधियों के लिए मिलने वाले नियमित स्वास्थ्य बजट के अतिरिक्त होना चाहिए।

12. अनुसूचित जनजातियों की आबादी से संबंधित आंकड़ें अनुसूचित क्षेत्रों में नियोजन, स्वास्थ्य कार्यक्रमों की निगरानी और मूल्यांकन का बुनियादी संघटक हैं। समस्त राष्ट्रीय आंकड़ा प्रणालियों- जनगणना, एसआरएस, एनएफएचएस, एनएसएसओ, डीएलएचएस से विशेष तौर पर अनुसूचित

जनजातियों के लिए जिला और उससे ऊपरी स्तर पर विशिष्ट स्वास्थ्य संकेतकों के बारे में विशिष्ट अनुमान सृजित करने को कहा जाना चाहिए। अनुसूचित जनजातियों की आबादी से संबंधित कुल बजट के एक प्रतिशत का आवंटन स्थानीय से लेकर राष्ट्रीय स्तर पर अनुसूचित आबादी के बारे में विश्वसनीय, समयबद्ध, उपयुक्त, पृथक आंकड़ें तैयार करने के लिए किया जाना चाहिए। यह कार्यक्रम प्रबंधकों, नीति निर्धारकों और अनुसूचित जाति की आबादी का मार्गदर्शन करने के लिए आवश्यक महत्वपूर्ण साधन उपलब्ध कराएगा।

भविष्य की राह

जनजातीय स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य सेवा की वर्तमान स्थिति से असंतुष्ट स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय और जनजातीय मंत्रालय, भारत सरकार ने संयुक्त रूप से जनजातीय स्वास्थ्य पर एक विशेषज्ञ समिति का गठन किया है। इस समिति को जनजातीय लोगों के स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति, राज्यों के जनजातीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति की समीक्षा करने और जनजातीय क्षेत्रों में जिला स्वास्थ्य योजना (5) का प्रारूप तैयार करने सहित सुधारात्मक समाधानों का सुझाव देने का दायित्व सौंपा गया है। विशेषज्ञ समिति वर्तमान स्थिति की समीक्षा कर चुकी है और मुमकिन समाधानों की संभावनाएं तलाश रही है। हाल ही में एसईएआरसीएच, गढ़चिरौली में जनजातीय स्वास्थ्य सेवा में बेहतररीन पद्धतियों पर एक राष्ट्रीय कार्यशाला का आयोजन किया गया-देश में ऐसा संभवतः पहली बार किया गया। इसमें 23 बेहतररीन पद्धतियां प्रस्तुत की गईं और उन पर चर्चा हुई। हमें इस विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट की प्रतीक्षा करनी चाहिए। आशा है कि यह आगे की राह दिखाएगी। □

संदर्भ

1. भारत की जनगणना (2011)
2. जनजातीय लोगों की सामाजिक-आर्थिक स्थिति पर जनजातीय मंत्रालय, भारत सरकार की उच्च स्तरीय समिति की रिपोर्ट (2014)
3. भारत की जनगणना (2001 और 2011)
4. राष्ट्रीय पोषण निगरानी ब्यूरो, तकनीकी रिपोर्ट, 25, राष्ट्रीय पोषण संस्थान, हैदराबाद
5. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, जनजातीय लोगों के स्वास्थ्य के बारे में विशेषज्ञ समिति (2013)

सिविल सेवा परीक्षा 2016 हेतु उपयोगी पुस्तकें



<p>₹ 510/-</p>  <p>ISBN: 9789351342663</p>	<p>₹ 425/-</p>  <p>ISBN: 9780071329477</p>	<p>₹ 295/-</p>  <p>ISBN: 9789339222734</p>	<p>₹ 330/-</p>  <p>ISBN: 9781259064166</p>
<p>₹ 395/-</p>  <p>ISBN: 9789385880179</p>	<p>₹ 1450/-</p>  <p>ISBN: 9781259098864</p>	<p>₹ 995/-</p>  <p>ISBN: 9789339224189</p>	<p>₹ 550/-</p>  <p>ISBN: 9789339224998</p>
	<p>₹ 595/-</p>  <p>ISBN: 9789339222710</p>	<p>₹ 395/-</p>  <p>ISBN: 9789339220075</p>	

Prices are subject to change without prior notice.



सतत विकास युग में स्वास्थ्य

के. श्रीनाथ रेड्डी

3



सार्वजनिक स्वास्थ्य के प्रासंगिक क्षेत्रों पर सहस्राब्दि लक्ष्य ने सिर्फ उर्ध्वाधर दृष्टिकोणों को अपनाया। वहीं सतत् विकास लक्ष्य, स्वास्थ्य के प्रति जीवन का संदर्भगत अध्ययन करने का दृष्टिकोण अपनाकर और स्वास्थ्य इक्विटी को बढ़ावा देने और स्वास्थ्य देखभाल की लागत के खिलाफ वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने के लिए सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्रदान करने में स्वास्थ्य प्रणाली की भूमिका पर बल देकर, स्वास्थ्य सहस्राब्दि लक्ष्य की त्रुटियों को ठीक करता है। सतत् विकास का एकमात्र स्वास्थ्य लक्ष्य “सभी के लिए स्वस्थ जीवन और हर उम्र में आरोग्य” है

क

या किसी देश के आर्थिक विकास से स्वास्थ्य क्षेत्र को निश्चित ही लाभ मिलने की अपेक्षा की जा सकती है? क्या लोगों का स्वास्थ्य आर्थिक विकास के लिए एक महत्वपूर्ण निवेश है? स्वास्थ्य किस प्रकार विकास के अन्य क्षेत्रों से संबंधित है, जो अक्सर असंबद्ध प्रतीत होते हैं और यहां तक कि संसाधनों के लिए प्रतिस्पर्धा भी करते हैं? वैश्विक विकास के एजेंडे में शामिल वे स्वास्थ्य प्राथमिकताएं क्या हैं, जो भारत के लिए प्रासंगिक हैं?

हालांकि इन सवालों पर कई दशकों से चर्चा की गई है लेकिन अधिक स्पष्टता हाल के वर्षों में सामने आई है। सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (एमडीजी: 2000-2015) और सतत विकास में लक्ष्यों (2016-2030) में स्वास्थ्य की प्रमुखता, जिसे उसके उपरांत संयुक्त राष्ट्र संघ द्वारा स्वीकार किया गया, इस मान्यता से उत्पन्न होती है कि स्वास्थ्य न्यायोचित और टिकाऊ विकास के लिए निर्णायक है और विकास के अन्य क्षेत्रों से परस्पर बारीकी से जुड़ा है।

जनसंख्या के स्वास्थ्य की स्थिति देश के आर्थिक विकास के साथ सुधरती है। जैसा कि अक्सर उद्धृत किया जाने वाला प्रीस्टन कर्व दर्शाता है, जैसे-जैसे किसी देश में औसत प्रति व्यक्ति आय निम्न स्तर से बढ़ती है, समय के साथ जीवन प्रत्याशा तेजी से बढ़ जाती है। यह लाभ उच्च प्रति व्यक्ति आय के साथ अपने शिखर पर पहुंच जाता है और उसके उपरांत आय में वृद्धि के साथ, जीवन प्रत्याशा में मामूली वृद्धिशील बढ़त होती है। हालांकि,

केट पिकेट और विल्किनसन दर्शाते हैं कि प्रति व्यक्ति आय के समान स्तर पर, जिन देशों में जनसंख्या के भीतर आय में अंतर का निम्न स्तर (अधिक से अधिक समानता) होता है, उनमें जनसंख्या के भीतर उच्च आय अंतरों वाले देशों (कम समानता) की तुलना में जीवन प्रत्याशा और अन्य स्वास्थ्य संकेतक बेहतर होते हैं। उनकी पुस्तक ‘द स्प्रेड लेवल’ में उन्होंने इस आशय के साक्ष्य प्रस्तुत किए हैं कि किस प्रकार, कम समानता वाले देशों में अमीर भी अधिक समानता वाले देशों में अपने समकक्षों की तुलना में पिछड़ जाते हैं।

यद्यपि 20 वीं सदी के एक बड़े कालखंड में पारंपरिक आर्थिक ज्ञान अच्छे स्वास्थ्य और बेहतर पोषण को आर्थिक वृद्धि के निष्क्रिय लाभों के रूप में देखता रहा, लेकिन इस सदी के बाद के दौर में जनसंख्या के स्वास्थ्य और पोषण को त्वरित आर्थिक विकास को बलपूर्वक ऊपर ले जाने वाले उपकरण के रूप में मान्यता प्राप्त हुई। 1993 के अपने नोबेल पुरस्कार व्याख्यान में, अर्थशास्त्री रॉबर्ट फोगल ने समझाया था कि कैसे 1790-1980 के दौरान ब्रिटेन की आर्थिक वृद्धि का 50% बेहतर पोषण के कारण माना जा सकता है, जो 1790-1930 के दौरान अपनाई गई सामाजिक नीतियों में परिलक्षित होता है। स्वास्थ्य में निवेश शीर्षक वाली 1993 की विश्व विकास रिपोर्ट में अधिक से अधिक आर्थिक विकास का लाभ लेने के लिए स्वास्थ्य में अधिक से अधिक आर्थिक निवेश करने की सशक्त वकालत की गई है।

1990 के दशक के अंत में विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने समष्टि

लेखक पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया (पीएचएफआई) के अध्यक्ष हैं। वह नेशनल मेडिकल जर्नल ऑफ इंडिया के 10 वर्षों तक संपादक रहे और अन्य कई राष्ट्रीय-अंतर्राष्ट्रीय शोध पत्रिकाओं का संपादन कर चुके हैं। उनके 400 से ज्यादा शोध-पत्र प्रकाशित हैं। वैश्विक तंबाकू नियंत्रण नेतृत्व के लिए उन्हें विश्व स्वास्थ्य संगठन महानिदेशक पुरस्कार के अलावा पद्मभूषण (2005) और क्वीन एलिजाबेथ पदक आदि से सम्मानित किया जा चुका है। ईमेल: ksrinath.reddy@phpi.org

अर्थशास्त्र और स्वास्थ्य पर एक आयोग का गठन किया, जिसने आर्थिक विकास के लिए स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण योगदान पर साक्ष्य प्रस्तुत किए। स्वास्थ्य और आर्थिक विकास के बीच द्वि-आयामी संबंध अब दृढ़ता से स्थापित हैं। बाद में द लैंसेट कमीशन ऑन इन्वेस्टिंग इन हेल्थ (2013) ने अनुमान प्रस्तुत किया कि कम और मध्यम आय वाले देश स्वास्थ्य में आर्थिक निवेश करने पर 9 से 20 गुना रिटर्न हासिल कर सकते हैं।

गरीबी और स्वास्थ्य और शिक्षा और स्वास्थ्य के बीच संबंध, समग्र आय और स्वास्थ्य के बीच संबंधों से भी ज्यादा तीव्र हैं। मातृ एवं शिशु मृत्यु की उच्च दरों, अल्पपोषण, संक्रामक रोगों, मानसिक बीमारी, चोटों, तंबाकू की खपत और वायु प्रदूषण के संपर्क में आने के कारण गरीब लोगों के तमाम किस्म के रोगों से पीड़ित होने की संभावना अमीरों से अधिक होती है। समाजों के आर्थिक रूप से आगे बढ़ने और सामाजिक उतार-चढ़ाव के क्रमशः उलटे होते जाने के साथ-साथ, जब देश उच्च मध्यम और उच्च आय वर्ग की ओर बढ़ते हैं, तब यहां तक कि आमतौर पर अमीरों के साथ जुड़े हृदय रोग, मधुमेह और कैंसर जैसे रोग भी अमीरों की तुलना में गरीबों को अधिक प्रभावित करने लगते हैं। यह स्थिति अब अमेरिका, ऑस्ट्रेलिया और पश्चिमी यूरोप में है, जबकि शहरी चीन और शहरी भारत भी 'असंक्रामक' रोगों के लिए सामाजिक ढलान का एक उलट मार्ग दर्शाना शुरू कर चुके हैं। पीने के अशुद्ध पानी या तंबाकू, अच्छे पोषण की सुरक्षा के अभाव, स्वास्थ्य की अपर्याप्त जानकारी और स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सीमित पहुंच, विशेषकर स्वास्थ्य देखभाल की बूते के बाहर की लागत जैसे बीमारी के कारकों से गरीबों का वास्ता ज्यादा पड़ता है। शिक्षा का निम्न स्तर कमजोर स्वास्थ्य की स्थिति का एक विशेष रूप से प्रमुख कारक है, जो आय से अप्रभावित है।

दूसरी ओर, यदि स्वास्थ्य देखभाल की अधिकांश लागत परिवारों को क्षमता से अधिक व्यय करनी होती है, तो आर्थिक रूप से कमजोर वर्गों के बीच बीमारी का परिणाम अक्सर दरिद्रता या वित्तीय आघात में निकलता है (जिसमें मध्यम वर्ग का एक बड़ा हिस्सा भी शामिल है)। अनुमान लगाया गया है कि विश्व भर में लगभग 10 करोड़ व्यक्ति

आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल पर असहनीय व्यय के कारण प्रति वर्ष गरीबी में धकेल दिए जा रहे रहे हैं। उनमें से लगभग आधे भारतीय हैं। बीमारी का परिणाम रोजगार या आय की क्षति में, अक्सर मूल्यवान संपत्ति की विपत्तिपूर्ण बिक्री में निकलता है और बच्चों की शिक्षा और पोषण पर परिवार के खर्च को प्रतिकूल ढंग से प्रभावित करता है। इसी प्रकार, कोई बीमार बच्चा शिक्षा के लाभ का पूरी तरह से उपयोग करने में असमर्थ हो जाता है, जिसका परिणाम बाद में रोजगार और आय में क्षति में निकलता है।

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों में पानी, स्वच्छता, पोषण, पर्यावरण, लिंग, सामाजिक स्थिरता और सामाजिक स्थिति शामिल हैं, जो आय और शिक्षा से परे जाते हैं। कृषि और खाद्य प्रणाली की नीतियां और इनके साथ-साथ शहरी डिजाइन और परिवहन की नीतियां भी स्वास्थ्य को गहराई से प्रभावित करती हैं। यही स्थिति ऊर्जा सुरक्षा की कमी की है, विशेष रूप से भारत में जहां कई महिलाएं और बच्चे घर के अंदर लकड़ी और गोबर जैसे ठोस जैव ईंधन के जलने से वायु प्रदूषण से बुरी तरह प्रभावित होते हैं। इन संबंधों में से कई की रूपरेखा डब्ल्यूएचओ कमीशन ऑन सोशल डिटर्मिनेंट्स ऑफ हेल्थ (2005) द्वारा प्रस्तुत की गई है, जिसने सिफारिश की है कि स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों पर सुदृढ़ कार्यवाही के माध्यम से स्वास्थ्य की समानता में खाई को एक ही पीढ़ी के भीतर समाप्त किया जाना चाहिए, ताकि स्वास्थ्य के लिए अनुकूल परिस्थितियां सभी समाजों में निर्मित की जा सकें। यदि सामाजिक अभाव ने पहले से ही स्वास्थ्य की स्थिति में एक बड़ी खाई पैदा कर दी है, और स्वास्थ्य सेवाओं के लिए वास्तविक और तैयार उपयोग को सीमित कर दिया है, तो केवल स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने के लिए समान अवसर प्रदान करना पर्याप्त नहीं है। जैसा कि ब्रिटिश अर्थशास्त्री टॉवनी ने अपनी अत्यंत प्रभावशाली पुस्तक 'इक्वालिटी' में 80 से भी अधिक वर्ष पहले कहा था, जो समाज सामाजिक न्याय का वादा करता है, वहां लोगों को "मात्र एक खुली सड़क की नहीं, बल्कि एक समान शुरुआत की भी आवश्यकता" है।

इन सभी विचारों का परिणाम पहले एमडीजी (सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों) और

बाद में एसडीजी के गठन में निकला। हालांकि वैश्विक विकास के लक्ष्यों के इन दो सेट्स को मूर्तरूप देने वाली दृष्टि और मूल्यों में काफी भेद है। एमडीजी मुख्यतः संयुक्त राष्ट्र की सहायता करने वाले टेक्नोक्रेट द्वारा विकसित किए गए और 2000 में उन्हें नई सहस्राब्दी के जश्न में सभी देशों द्वारा बिना आपत्ति अपना लिया गया। ये मुख्य रूप से विकसित देशों के विचारों से निर्देशित किए गए थे, जिन्होंने कम और मध्यम आय वाले देशों में गरीबी और गरीबी से संबंधित बीमारियों और भूख को कम करने का संकल्प लिया था। जो लक्ष्य निर्धारित किए गए थे, वे कम और मध्यम आय वाले देशों पर ही लागू होते थे। उसमें विकास की कोई एकीकृत दृष्टि और कई सामाजिक निर्धारकों पर बहु-क्षेत्रीय कार्रवाई करने की कोई प्रतिबद्धता नहीं थी।

आठ सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों में से तीन में स्वास्थ्य को सीधे लक्ष्य बनाया गया था, हालांकि गरीबी में कमी और शिक्षा जैसे अन्य भी स्पष्ट रूप से इससे संबंधित थे। स्वास्थ्य एमडीजी विशेष रूप से मातृ मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और एचआईवी-एड्स, टीबी और मलेरिया जैसी प्रमुख संक्रामक रोगों पर केंद्रित थे। इन्हें कम और मध्यम आय वाले देशों की प्रमुख सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौतियों के रूप में देखा गया था। असंक्रामक रोगों के पहले से ही काफी व्यापक और तेजी से बढ़ते जा रहे बोझ, और तंबाकू जैसे एक बड़े हत्यारे को, जो 20 वीं सदी में 10 करोड़ लोगों को मार चुका है, एक विकृत मूल्य निर्णय के कारण, शामिल किए जाने के योग्य नहीं माना गया। बढ़ते विपरीत सबूतों के बावजूद इस निर्णय ने इन्हें 'गरीबों की समस्या नहीं' होने के रूप में देखा।

स्वास्थ्य पर तीन एमडीजी ने सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए बहुत प्रासंगिक क्षेत्रों पर राष्ट्रीय ध्यान और कार्रवाई आकर्षित करने, और साथ ही लक्षित कार्यों के लिए वैश्विक समर्थन प्रेरित करने में एक बहुत ही उपयोगी उद्देश्य की पूर्ति की थी। इनका परिणाम एड्स, टीबी और मलेरिया के लिए ग्लोबल फंड की स्थापना में और मातृ एवं शिशु जीवनरक्षा के लिए और फंडिंग भागीदारी निर्माण में निकला। हालांकि इनमें स्वास्थ्य को बीमारियों में वर्गीकृत और आयुवर्गों से खंडित कर दिया गया था। असंक्रामक रोगों, मानसिक रोग और

घावों जैसे स्वास्थ्य के लिए कई प्रमुख खतरों को छोड़ दिया गया था। बड़े बच्चों, किशोरों, वयस्क पुरुषों, गैर गर्भवती महिलाओं और बुजुर्गों को इससे बाहर रखा गया था। मात्र मृत्यु दर (मृत्यु) में कमी पर ही विचार किया गया था, जबकि रुग्णता (गैर घातक बीमारी) में कमी और विकलांगता एमडीजी के दायरे में नहीं थी। सबसे महत्वपूर्ण तौर पर, इन ऊर्ध्वाधर दृष्टिकोणों ने मजबूत स्वास्थ्य प्रणाली निर्माण की आवश्यकता को शामिल नहीं किया था, जो अन्य सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यों की उपेक्षा किए बिना इन वादों को प्रभावी ढंग से पूरा कर सकता है। इस बात को स्वीकार नहीं किया गया था कि ऊर्ध्वाधर कार्यक्रम, चाहे इरादे में कितने भी महान और डिजाइन में कितने भी विस्तृत हों, उन्हें कमजोर या बेकार स्वास्थ्य प्रणालियों में जबरन शामिल नहीं कराया जा सकता है। वास्तव में, उन्होंने ऊपर से उतारे गए वित्त पोषित कार्यक्रमों के माध्यम से, जिनके लिए कम और मध्यम आय वाले देशों के सीमित संस्थागत और मानव संसाधनों से पूरा ध्यान और पूर्ण समर्पण की आवश्यकता थी, स्वास्थ्य व्यवस्था में खलल डालने का जोखिम पैदा कर दिया था। स्वास्थ्य समानता के लक्ष्य के लिए, एमडीजी ने राष्ट्र के भीतर आय, शिक्षा, ग्रामीण-शहरी, लैंगिक और अन्य सामाजिक जनसांख्यिकीय विभाजनों के बीच समानता के अंतरों पर गौर किए बिना केवल सकल राष्ट्रीय संकेतकों को मापने की जरूरत समझी।

एसडीजी कई मायनों में एक विशिष्ट सुधार हैं। सबसे पहली बात यह कि इसके पाठ पर एक खुली और लोकतांत्रिक अंतर-सरकारी प्रक्रिया के माध्यम से बातचीत हुई थी। दूसरा, इसके लक्ष्य सभी देशों के लिए प्रासंगिक हैं। लक्ष्य विकास के कई डोमेन को कवर करते हैं, लेकिन सतत विकास के एक ढांचे के भीतर एकीकृत कर देते हैं, जो इन संबंधों को स्वीकार करता है। चौथे, पर्यावरण संरक्षण पर बहुवांचित ध्यान जाता है, जो हमें यह याद दिलाता है कि आर्थिक विकास और वैश्विक विकास का मार्ग इस धरती के स्वास्थ्य के लिए हानिकारक न होना चाहिए, और न होने की जरूरत है। पांचवें, स्वास्थ्य एसडीजी, स्वास्थ्य के प्रति जीवन का संदर्भगत अध्ययन करने का दृष्टिकोण (life course approach) अपना कर और स्वास्थ्य इक्विटी को बढ़ावा देने

और स्वास्थ्य देखभाल की लागत के खिलाफ वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने के लिए सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्रदान करने में स्वास्थ्य प्रणाली की भूमिका पर बल देकर, स्वास्थ्य एमडीजी की त्रुटियों को ठीक करता है।

17 एसडीजी का एकमात्र लेकिन बुलंद स्वास्थ्य लक्ष्य “सभी के लिए स्वस्थ जीवन और हर उम्र में आरोग्य” का आह्वान करता है। यद्यपि यह थोड़ा अस्पष्ट लगता है, लेकिन यह एक सार्वभौमिक दृष्टिकोण को प्रतिबिंबित करता है, जो सभी लोगों तक जाती है और एक सकारात्मक ढंग से स्वास्थ्य को बढ़ावा देती है। स्वास्थ्य लक्ष्य से जुड़े नौ लक्ष्य कार्रवाई का मार्गदर्शन करने के लिहाज से विशिष्ट हैं। उनमें आह्वान किया गया है: 2030 तक मातृ मृत्यु दर को कम करके (प्रति 1 लाख जीवित जन्म) 70 करना, 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर को 25 और नवजात मृत्यु दर को 12 (प्रति 1000 जीवित जन्म) करना, एड्स, मलेरिया और टीबी की महामारी को समाप्त करना, असंक्रामक रोगों से समय से पहले होने वाली मौतों को (30-70 वर्षों के आयु वर्ग में) कम करना, सड़क यातायात दुर्घटनाओं से होने वाली मौतों को आधा करना, मादक द्रव्यों के सेवन को कम करना और वायु, जल और मृदा प्रदूषण से होने वाले नुकसान को कम करना। इसमें आवश्यक दवाओं और टीकों की उपलब्धता और वित्तीय सुरक्षा, और साथ ही प्रजनन और यौन स्वास्थ्य सेवाओं की भी निर्बाध उपलब्धता के साथ सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज का आह्वान किया गया है। इसके अलावा, यह तंबाकू नियंत्रण के लिए डब्ल्यूएचओ फ्रेमवर्क कन्वेंशन के प्रभावी क्रियान्वयन की भी मांग करता है।

स्वास्थ्य के लक्ष्यों के साथ अन्य एसडीजी का संबंध बहुत स्पष्ट है, चाहे वह गरीबी में कमी से संबंधित हो, या भूख खत्म करने से, शिक्षा तक सार्वभौमिक पहुंच प्रदान करने से, लैंगिक समानता को बढ़ावा देने से, योजनाबद्ध शहरी विकास से, स्वच्छ ऊर्जा उपलब्ध कराने से, महासागरीय जीवन और वानिकी की रक्षा करने से, उपभोग कम करने से, शांति को बढ़ावा देने और सबसे महत्वपूर्ण तौर पर धरती की रक्षा करने से संबंधित हो। स्वास्थ्य पर वातावरण का प्रभाव एक बहुत ज्यादा चिंता का विषय है, क्योंकि वायु प्रदूषण का स्तर दुनिया भर में बढ़ रहा है, और रासायनिक प्रदूषण भी

पानी और मिट्टी की गुणवत्ता में कमी ला रहा है। तेज से तेज हो रही ग्लोबल वार्मिंग के साथ जलवायु परिवर्तन गर्म हवाओं, बाढ़, चरम मौसम की घटनाओं, वेक्टर जनित रोगों के प्रसार के माध्यम से- जैसे कि अधिक ऊंचाई और अधिक अक्षांशों पर मच्छरों की पैदाइश के रूप में, कई फसलों के कम उत्पादन और उनमें पोषक तत्वों की निम्न गुणवत्ता, तनाव से संबंधित मानसिक बीमारी और जलवायु संबंधित प्रवास के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य चुनौती बन गया है। स्वास्थ्य अब दृढ़ता से विकास डोमेन की इस परस्पर संबंधित मैट्रिक्स के भीतर स्थित है। हालांकि विभिन्न लक्ष्यों से जुड़े हुए लक्ष्यों को मापने के लिए संकेतक मार्च 2016 में स्वीकार किए जाएंगे, देशों को भी अन्य क्षेत्रों में नीतियों के स्वास्थ्य पर प्रभावों के आकलन का संचालन करने के लिए क्षमता का निर्माण करने की जरूरत है।

भारत ने संयुक्त राष्ट्र में, सितंबर 2015 में एसडीजी पर हस्ताक्षर किए थे। एसडीजी द्वारा निर्धारित स्वास्थ्य एजेंडा भारत के लिए अत्यंत प्रासंगिक है क्योंकि यह व्यापक विकास का एजेंडा है। बात चाहे एमडीजी के एजेंडे के प्रति अपनी प्रतिबद्धता जारी रखने की हो, असंक्रामक रोगों और मानसिक स्वास्थ्य जैसे नए तत्वों पर प्रभावी कार्रवाई की या सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के एक सुनियोजित कार्यक्रम को लागू करने की शुरुआत करने की हो, भारत की स्वास्थ्य प्राथमिकताएं एसडीजी लक्ष्यों के साथ अच्छी तरह तालमेल बैठाती हैं। इन लक्ष्यों तक पहुंचने के लिए हमें अपनी स्वास्थ्य प्रणाली के प्रदर्शन को बेहतर बनाने की जरूरत है। समान रूप से महत्वपूर्ण तौर पर, हमें विभिन्न विकास क्षेत्रों में कार्यों में तालमेल में अधिक से अधिक नीतिगत तालमेल की दिशा में काम करने की जरूरत है, ताकि वे एक दूसरे को सबल बनाएं, न कि एक-दूसरे को नष्ट करें। तभी हम स्वयं के लिए एक स्वस्थ भविष्य का निर्माण कर सकते हैं। स्थायी और समान विकास के लिए हमारे मार्ग पर आगे एक बड़ी छलांग लगाने के लिए 2016 का लीप वर्ष एक अच्छा शकून है। सभी एसडीजी में सफलता का सबसे अच्छा योगात्मक संसूचक स्वास्थ्य है। सतत विकास के इस युग में हमारी सफलता का मंत्र हमारे लोगों के स्वास्थ्य हो।

राष्ट्रपति ने वर्ष 2016 के प्लस पोलियो कार्यक्रम का शुभारंभ किया

भारत के राष्ट्रपति प्रणव मुखर्जी ने 17 जनवरी को राष्ट्रीय प्रतिरक्षण दिवस के मौके पर राष्ट्रपति भवन में 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए वर्ष 2016 के प्लस पोलियो कार्यक्रम का शुभारंभ किया। भारत सरकार के देश से पोलियो उन्मूलन को अनवरत जारी रखने के अभियान के अंतर्गत देशभर में 5 वर्ष से कम आयु के लगभग 17.4 करोड़ बच्चों को पोलियो ड्रॉप दी जाएगी। यहां उल्लेखनीय है कि भारत ने दिसंबर 2015 के लक्ष्य से काफी पहले, मई 2015 में ही मातृक और नवजात शिशु के टेटनस उन्मूलन हासिल कर लिया। यह विश्व स्तरीय स्वास्थ्य सुविधाएं और स्वास्थ्य असमानता के समाधान में महत्वपूर्ण सफलता है। पोलियो आगमन के खतरे की गंभीरता कम करने के लिए, पोलियो के राष्ट्रीय और उप राष्ट्रीय अभियानों से पोलियो संक्रमण के विरुद्ध प्रतिरक्षा के साथ-साथ उच्च गुणवत्तापूर्ण पोलियो निगरानी भी अनवरत रूप से जारी है। डब्ल्यूएचओ के दिशानिर्देशों के अनुसार भारत और 8 अन्य देशों पाकिस्तान, अफगानिस्तान, नाइजीरिया,

कैमरून, सीरिया, इथोपिया, सोमालिया और केन्या के बीच यात्रा करने वाले सभी यात्रियों के टीकाकरण के लिए यात्रा संबंधी एडवाइजरी प्रदान की गई है। एक आपातकालीन तत्परता एवं प्रतिक्रिया योजना (ईपीआरएफ) घोषित की गई है, जिसके अंतर्गत पोलियो के किसी भी आयातित संक्रमण से तुरंत निपटने के लिए सभी राज्यों और केंद्र शासित प्रदेशों में त्वरित प्रतिक्रिया दल (आरआरटी) का गठन किया गया है।

बच्चों को दोहरी सुरक्षा प्रदान और पोलियो उन्मूलन के लाभों को सुनिश्चित करने के लिए भारत सरकार ने 30 नवंबर 2015 से अपने पहले से चल रहे प्रतिरक्षण कार्यक्रम में पोलियो ड्रॉप के अलावा टीके के रूप में दिए जाने वाले पोलियो उन्मूलन टीकाकरण (आईपीवी) की शुरुआत की है। इसके पहले चरण में पोलियो निष्क्रिय टीकाकरण (आईपीवी) को 6 राज्यों असम, गुजरात, पंजाब, बिहार, मध्यप्रदेश और उत्तरप्रदेश में शुरू किया गया है। विश्व से कदम मिलाते हुए अगले कुछ महीनों में ट्राइवैलेंट ओपीवी से बाइवैलेंट ओपीवी में परिवर्तित करना है।

प्रधानमंत्री ने स्टार्ट-अप इंडिया आंदोलन का शुभारंभ किया

प्रधानमंत्री ने 17 जनवरी 2016 को स्टार्ट-अप इंडिया की पहल का शुभारंभ किया। स्टार्ट-अप की क्रियान्वयन योजना का अनावरण करते हुए उन्होंने कहा कि स्टार्ट-अप के निधिकरण के लिए समर्पित 10,000 करोड़ की धनराशि तय की गई है। स्टार्ट-अप

के पहले 3 वर्ष तक होने वाली आय को आयकर से छूट दी जाएगी। स्टार्ट-अप बिजनेस के पेटेंट शुल्क 80 प्रतिशत की छूट की घोषणा की गई और स्टार्ट-अप के लिए 9 मजदूर एवं पर्यावरण नियम वाली एक स्व प्रमाणन आधारित अनुपालन व्यवस्था उपलब्ध कराई जाएगी।

नागरिक केंद्रित स्वास्थ्य सेवाओं में 4 नये आईटी आधारित प्रस्ताव

इनमें सबसे पहला कदम 'किलकारी' नाम की ऑडियो-आधारित मोबाइल सेवा है। जो परिवारों को गर्भावस्था, शिशु जन्म और शिशु देखरेख के बारे में प्रत्येक सप्ताह ऑडियो संदेश भेजे जाएंगे। मातृ और शिशु ट्रेकिंग प्रणाली (एमसीटीएस) एक वेब सक्षम, नाम आधारित प्रणाली है। इससे गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं की देखरेख की जा सकेगी। इसमें प्रत्येक गर्भवती महिला और नवजात शिशु की मां का पंजीकरण किया जाएगा। प्रत्येक मां की प्रसूति तक उसे प्रसूति की सभी सेवाएं प्रदान की जाएंगी। गर्भावस्था के चौथे महीने से लेकर नवजात शिशु की आयु एक वर्ष होने तक लाभार्थी को 72 संदेश भेजे जाएंगे। औसतन प्रत्येक संदेश की अवधि 2 मिनट होगी। ये संदेश महिलाओं को शिक्षित और सशक्त बनाएंगे और शिशु स्वास्थ्य के लिए बेहतर वातावरण बनाने में माता-पिता की सहायता करेंगे। यह सेवा निशुल्क प्रदान की जाएगी। पहले चरण में 6 राज्यों झारखंड, उड़ीसा, उत्तरप्रदेश, उत्तराखंड और राजस्थान व मध्यप्रदेश के उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में ऐसे संदेश गर्भवती महिलाओं और नवजात शिशुओं की माताओं को भेजे जाएंगे। पहले चरण में ऐसे संदेश हिंदी, अंग्रेजी और उड़िया में बनाए जाएंगे, बाद में अन्य भाषाओं तक इनका फैलाव होगा, ताकि इससे पूरा देश लाभांविता हो सके। इससे प्रतिवर्ष 2-2 करोड़ गर्भवती महिलाएं और नवजात शिशुओं की माताएं लाभांविता होंगी।

एक नई मोबाइल आधारित एप्लिकेशन, मोबाइल एकेडेमी भी विकसित की गई है। इसके माध्यम से बहुत बड़ी संख्या में आशा कर्मी मोबाइल सेवाओं का उपयोग कर प्रशिक्षित हो सकेंगी। यह उनकी अंतर-व्यक्तिक कौशलों के विकास में सहायक होगी। इस पर पंजीकरण

के बाद आशा (अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) अपने मोबाइल के माध्यम से 240 मिनट का कोर्स कर सकेंगी। वे अपनी सुविधा के अनुसार इस मानक कोर्स को पूरा कर सकेंगी। डिजिटल बुकमार्किंग टेक्नालॉजी के माध्यम से आशा अपनी गति के अनुसार इस कोर्स को पूरा कर सकेंगी। पूरा पाठ्यक्रम में 11 अध्याय हैं। प्रत्येक अध्याय में 4 पाठ हैं। प्रत्येक अध्याय के अंत में एक अनौपचारिक परीक्षा है। न्यूनतम निर्धारित अंकों से ज्यादा अंक प्राप्त करके इस कोर्स को पूरा करने वाली आशा सरकार की ओर से कोर्स का एक प्रमाणपत्र भी प्राप्त करेगी।

संशोधित राष्ट्रीय टीबी नियंत्रण कार्यक्रम (आरएनटीपीसी) को भी ज्यादा मरीज केंद्रित बनाया जाएगा। इसके लिए कॉल सेंटर के साथ एक समर्पित टोल फ्री नंबर 1800-11-6666 शुरू किया गया है ताकि 24 घंटे रोगी को सलाह सहायता और उपचार सहायता की सेवाएं प्रदान की जा सके। कॉल सेंटर में प्रशिक्षित सलाह व उनके सवालों के जवाब देंगे और साथ ही सीने में रोग सूचक लोगों को आरएनटीपीसी सेवाओं के लिए रेफर करने काम भी करेगा। इस पहल के अंतर्गत कॉर्सेस को पूर्ण सहायता, रोग की पहचान और उपचार प्राप्त करने के लिए राष्ट्रीय टोल फ्री नंबर पर केवल एक मिस्ड कॉल या फोन करना होगा। यह सेवा पंजाब, हरियाणा, चंडीगढ़ और दिल्ली में शुरू हो रही है।

तंबाकू का सेवन करने वालों तंबाकू छोड़ने में सहायता करने वाला एक आईटी सक्षम उपकरण 'एम सेसेशन' की भी घोषणा की गई। यह हेल्पलाइन की अवधारणा पर तैयार किया गया है। यह मिस्डकॉल के माध्यम से लाभार्थियों का पंजीकरण करेगा। इसमें दोतरफा मोबाइल संदेशों की प्रक्रिया के जरिए सलाह प्रदान की जाएगी।

सबका स्वास्थ्य: महत्वपूर्ण वैश्विक परिदृश्य

सुभाष शर्मा



सबका स्वास्थ्य (हेल्थ फॉर ऑल-एचएफए) की मूल अवधारणा सामाजिक विकास के एक समग्र प्रतिमान पर आधारित है, जहां मानव कल्याण को तंदुरुस्ती से बढ़कर प्राथमिकता दी जाती है। यहां तक कि मानव विकास की अवधारणा जो कि सामाजिक विकास की तुलना में बहुत संकुचित और कठोर है, में भी तीन घटकों: व्यक्तिगत आय में वृद्धि, शिक्षा में विकास और स्वास्थ्य (अधिक जीवनकाल) को शामिल किया जाता है। यह न केवल सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) से व्यापक और समावेशी है बल्कि गुणवत्ता और गहराई में भी भिन्न है, क्योंकि यूएचसी में ध्यान कवरेज पर होता है, जबकि एचएफए में ध्यान स्वास्थ्य और देखभाल पर दिया जाता है

यू एचसी का ज्यादा जोर किसी देश के सभी लोगों के लिए स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने के उद्देश्य से सार्वजनिक, निजी और संयुक्त क्षेत्रों (इसमें लोगों द्वारा कुछ व्यक्तिगत योगदान को भी शामिल किया जाता है) से धन प्राप्त करने पर होता है, जबकि 'सबका स्वास्थ्य' की अवधारणा में सभी के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए सार्वजनिक (राज्य द्वारा) वित्तपोषण की बात होती है। साथ ही, यूएचसी बीमा कंपनियों [मुख्य रूप से निजी (खुले बाजार में प्रतिस्पर्धा के माध्यम से) लेकिन कभी-कभी सार्वजनिक और निजी दोनों] के जरिये एक पैकेज देती है, जबकि एचएफए विभिन्न प्रशासनिक स्तरों पर सरकारी सुविधाओं के जरिये लाभ मुहैया कराती है।

एचएफए की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि पर ध्यान दें तो, संयुक्त राष्ट्र ने 1978 में अलमा अटा घोषणा-पत्र में सामुदायिक जरूरतों से प्रेरित एकता को बढ़ावा देने के उद्देश्य से सभी के लिए स्वास्थ्य हेतु एक व्यापक और समन्वित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की परिकल्पना की थी।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के संविधान में कहा गया है कि, "स्वास्थ्य, संतोषजनक स्थिति, जीवन स्तर, चिकित्सीय देखभाल, बीमारी के मामले में सुरक्षा का अधिकार के साथ-साथ माताओं और बच्चों के लिए विशेष देखभाल व सहायता बहुत महत्वपूर्ण है और एचएफए के संदर्भ में उल्लेखनीय है।" इसके अलावा यूडीएचआर (मानव अधिकार की सार्वभौमिक घोषणा) के अनुच्छेद 3 में स्पष्ट रूप से कहा गया है कि प्रत्येक व्यक्ति

को 'जीवन, आजादी और सुरक्षा का अधिकार' है। जाहिर तौर पर जीवन के अधिकार में भोजन और स्वास्थ्य का अधिकार शामिल है (सर्वोच्च न्यायालय की व्याख्या के मुताबिक)। इस प्रकार 1978 का अलमा अटा घोषणा यूडीएचआर और डब्ल्यूएचओ के संविधान के मुताबिक ही है। वास्तव में अलमा अटा में (अब कजाकिस्तान में अलमाटी) 'प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल' पर अंतर्राष्ट्रीय कॉन्फ्रेंस में 'सभी सरकारों, सभी स्वास्थ्य एवं विकास कर्मियों और वैश्विक समुदाय द्वारा विश्व के सभी लोगों के लिए स्वास्थ्य की सुरक्षा व इसे बढ़ावा देने हेतु तत्काल कार्रवाई' की जरूरत की बात कही गई थी। इसके प्रमुख प्रस्ताव निम्नलिखित हैं:

(1) स्वास्थ्य, जो कि एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक सामंजस्य की अवस्था है, न कि केवल बीमारी या रुग्णता की अनुपस्थिति, एक मौलिक मानव अधिकार है और उच्चस्तरीय संभव स्वास्थ्य स्तर की प्राप्ति एक महत्वपूर्ण विश्वस्तरीय सामाजिक लक्ष्य है।

(2) विशेषकर विकसित और विकासशील देशों के बीच और देशों के भीतर राजनीतिक, सामाजिक और आर्थिक स्तर लोगों के स्वास्थ्य स्तर में उपलब्ध सकल असमानता अस्वीकार्य है।

(3) सभी के लिए स्वास्थ्य की पूर्ण प्राप्ति और विकासशील तथा विकसित देशों के बीच स्वास्थ्य स्थिति में अंतर को कम करने के लिए आर्थिक और सामाजिक विकास का बुनियादी महत्व है।

(4) लोगों का यह अधिकार और कर्तव्य है कि वे व्यक्तिगत और सामूहिक रूप से

लेखक सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय में अपर सचिव तथा वित्तीय सलाहकार हैं। वह एक दर्जन से अधिक पुस्तकें लिख चुके हैं। इनमें व्हाई पीपुल प्रोटेक्ट, डेवलपमेंट एंड इट्स डिस्कंटेंट, सोशियोलॉजी एंड लिटरेचर, भारतीय महिलाओं की दशा, भारत में बाल मजदूर, भारत में मानवाधिकार आदि प्रमुख हैं। 'भारत में मानवाधिकार' पुस्तक राष्ट्रीय मानवाधिकार द्वारा पुरस्कृत है। वह केंद्र तथा बिहार सरकार में कुल 32 वर्षों से वरिष्ठ प्रशासनिक पदों पर रहे हैं। ईमेल: sush84br@yahoo.com

अपने स्वास्थ्य के देखभाल की योजना और उसे लागू करने में शामिल हों।

(5) सरकार की जिम्मेदारी है कि नागरिकों के लिए उचित स्वास्थ्य की व्यवस्था वर्ष 2000 तक पूरा करे।

(6) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल जो कि महत्वपूर्ण और जरूरी है, को समुदाय और देश द्वारा वहनीय दर पर उपलब्ध कराया जाए।

(7) प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, प्रोत्साहक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाएं प्रदान करता है। यह समुदाय और व्यक्ति को अधिक से अधिक आत्मविश्वास के लिए प्रोत्साहित करता है तथा नियोजन, संगठन, संचालन और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के नियंत्रण, स्थानीय, राष्ट्रीय एवं अन्य उपलब्ध संसाधनों का संपूर्ण उपयोग करने में भागीदारी के लिए उन्हें प्रोत्साहित करता है।

(8) व्यापक राष्ट्रीय स्वास्थ्य तंत्र के हिस्से के रूप में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को लॉन्च करने और उसे जारी रखने के लिए सभी सरकारों को राष्ट्रीय नीतियां, रणनीतियां व कार्य योजनाएं तैयार करनी चाहिए।

(9) चूंकि किसी एक देश में लोगों का पूर्ण रूप से स्वस्थ हो जाना, सीधे तौर पर प्रत्येक दूसरे राष्ट्र को प्रभावित और लाभान्वित करता है। इसलिए सभी लोगों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने हेतु सभी देशों को साझेदारी और सेवा की भावना से सहयोग करना चाहिए।

(10) विश्व के संसाधनों के पूर्ण और बेहतर उपयोग के जरिये वर्ष 2000 तक विश्व के सभी लोगों के लिए स्वास्थ्य का एक स्वीकार योग्य स्तर पाया जा सकता है। इस संसाधन का एक वृहद् हिस्सा अभी शस्त्रीकरण और सैन्य टकरावों पर खर्च किया जाता है। आजादी, शांति, देशों के बीच मधुर संबंध और निःशस्त्रीकरण की एक असल नीति के तहत निश्चित रूप से अतिरिक्त संसाधनों को जारी किया जाना चाहिए, जिसे प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सहित आर्थिक-सामाजिक विकास पर खर्च किया जाए।

डब्ल्यूएचओ ने बार-बार सभी के लिए स्वास्थ्य की बात दोहराई है, विशेषकर 2005 में और 2011 में भी, यद्यपि इसने स्वास्थ्य वित्तपोषण तंत्र के साथ 'सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज' का उपयोग किया।

उपरोक्त तंत्र में विशेष तौर पर विश्व

बैंक के प्रभाव के तहत और सामान्य तौर पर उदारीकरण, निजीकरण और वैश्वीकरण की प्रक्रिया के तहत लोगों के बीच जोखिम के बंटवारे की दृष्टि से स्वास्थ्य देखभाल के लिए वित्तीय योगदानों के पूर्व भुगतान का तरीका अपनाया गया है। इससे आगे दिसंबर 2012 में संयुक्त राष्ट्र के प्रस्ताव (ए/67/एल3) में समग्र मानव विकास पर जोर दिया गया है और इसे 2015 के बाद के विकास एजेंडे में शामिल किया गया है। हालांकि, विश्व बैंक ने अपने विश्व विकास रिपोर्ट (1993) में समान स्वास्थ्य देखभाल के व्यवधानों को लागत-प्रभावशीलता के मुताबिक श्रेणीबद्ध किया है। निम्न आय वाले देशों के लिए न्यूनतम स्वास्थ्य पैकेज अनुमानित बीमारी बोझ का 1/3 पर ठहर गया और मध्यम आय वाले देशों के लिए यह 1/5 भाग रहा।

लेकिन, दुर्भाग्यवश कई निम्न आय वाले देशों में कई सामान्य बीमारियों (मामूली गंधीर चोटें और मधुमेह, मोतियाबिंद, उच्च रक्तचाप, मानसिक बीमारियां और गले के कैंसर) को सार्वजनिक वित्तपोषण से बाहर कर दिया गया (जैसा कि 2003 में एम सेगल द्वारा पाया गया)। नतीजतन संरचनात्मक व्यवस्था, 1980 और 1990 के दशक में निजीकरण और वैश्वीकरण के कारण अधिकतर विकासशील देशों ने स्वास्थ्य के संबंध में निम्नलिखित समस्याओं का सामना किया है:

(क) चूंकि विकास व्यवधानों से राज्य के पीछे जाने के बाद, अन्य सामाजिक उप-क्षेत्रों (शिक्षा, वंचित वर्गों के कल्याण, इत्यादि) की भांति स्वास्थ्य क्षेत्र में भी सार्वजनिक निवेश में भारी कमी आई। उदाहरण के तौर पर 1991 में पेरू ने स्वास्थ्य और शिक्षा पर 12 डॉलर प्रति व्यक्ति खर्च किए जबकि 1980 में लगभग 50 डॉलर खर्च किए थे और 1991 में इसने ऋण अदायगी के तौर पर पश्चिमी बैंकों को 25 डॉलर प्रति व्यक्ति भुगतान किया था।

(ख) डॉक्टरों और सहायक चिकित्सीय सदस्यों की भारी कमी हो गई। जिसके चलते मरीजों को निजी क्लिनिकों का रुख करना पड़ा।

(ग) चिकित्सीय उपकरणों, दवाइयों और पैथोलॉजिकल सुविधाओं की भारी कमी हो गई और सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं-अस्पतालों में केवल पर्चे लिखे जाने लगे और मरीज खुले बाजार से दवाइयां खरीदने और

उच्च दरों पर निजी लैबों में पैथोलॉजिकल जांच कराने को मजबूर हो गए।

(घ) निजी डॉक्टरों ने न केवल उच्च फीस वसूलनी शुरू की बल्कि गैर-जरूरी, ज्यादा और महंगी दवाइयों के साथ-साथ अवांछनीय पैथोलॉजिकल जांच लिखने शुरू कर दिए।

(ङ) राज्य उपकरणों की कमी के कारण, सरकारी डॉक्टरों और सहायक स्टाफों ने भी लाभ और वाणिज्यिक हितों के उद्देश्य से सरकारी कार्य समय के दौरान भी अपने निजी क्लिनिकों पर ज्यादा समय देना शुरू कर दिया।

(च) रियायती दर पर भोजन, पोषण, सुरक्षित पेय जल और शौचालय की सुविधा प्रदान करने में राज्य के नाकाम रहने के चलते गरीब लोग जो जरूरी चिकित्सीय उपचार हासिल करने में सक्षम नहीं थे, के बीच संक्रामक और असंक्रामक रोगों का प्रसार हो गया, जो लंबे समय तक अस्वस्थता और अंत में मृत्यु का कारण बना।

(छ) स्वतंत्र बाजार (अदृश्य हाथ) का लक्षण 'व्यक्तिगत देखभाल' पर निर्भर था, जिसे निजी सामान के तौर पर समझा गया, लेकिन चिले और कोलंबिया जैसे अधिकतर लातिन अमेरिकी देशों में स्वास्थ्य देखभाल, इक्विटी और स्थानीय लोगों के लिए क्षमता में कोई सुधार नहीं था जबकि निजी बीमा कंपनियों, परामर्श केंद्रों, निजी फार्मास्यूटिकल कंपनियों और निजी अस्पतालों ने बड़े-बड़े लाभ अर्जित किए।

इन दिनों, सार्वजनिक-निजी भागीदारी, आधुनिकीकरण, धन के लिए मूल्य, स्वास्थ्य बीमा आदि ज्यादातर विकसित और विकासशील देशों में प्रचलित शब्द हो गए हैं। हालांकि, क्यूबा, चीन, कोस्टा रिका, मलेशिया, श्रीलंका, रवांडा, वेनेजुएला और थाइलैंड में कुछ वैकल्पिक स्वास्थ्य निकाय हैं।

2002 से थाइलैंड में सभी लोगों के लिए निःशुल्क सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल कवरेज है और अब उस देश में 77 प्रतिशत अस्पतालों के बिस्तर सार्वजनिक क्षेत्र में हैं। लंबे समय से और लगातार सार्वजनिक सुविधाओं पर सभी बुजुर्ग व्यक्तियों के लिए मोतियाबिंद का ऑपरेशन सुनिश्चित करने के मामले में क्यूबा प्रसिद्ध रहा है। वहां पर डॉक्टरों और नर्सों के लिए तीन वर्षीय अनिवार्य ग्रामीण सेवा जैसे विनियमों के साथ न्यायसंगत स्वास्थ्य सेवा वितरण है, और थाइलैंड भर

में शहरी अस्पतालों से दूर प्राथमिक देखभाल पर वित्तपोषण का क्रांतिकारी बदलाव आया है। वहां पर स्वास्थ्य खर्च 2001 में जीडीपी के 1.7 प्रतिशत की तुलना में 2008 में 2.7 प्रतिशत पर पहुंच गया, लेकिन तब भी यह बहुत कम है, और वहां प्रत्येक 10,000 मरीजों पर तीन फिजिशियन हैं जबकि इतने ही लोगों पर मलेशिया में यह संख्या 9.4, फिलिपींस में 11.5, वियतनाम में 12.2 और सिंगापुर में 18.3 है। वेतनमान में कमी के कारण यहां नर्सों की संख्या भी कम है। आकर्षक वेतन की चाहत में वे सिंगापुर चली जाती हैं।

नतीजतन सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (एमडीजी) को संयुक्त राष्ट्र के सदस्य देशों द्वारा घोषित किया गया जिसमें से निम्नलिखित निर्विवाद रूप से स्वास्थ्य से जुड़ते हैं:

(क) 1990 और 2015 के बीच भुखमरी के शिकार लोगों की संख्या को आधा करना।

(ख) 1990 और 2015 के बीच पांच वर्ष से कम उम्र में मरने वाले बच्चों की संख्या में दो तिहाई की कमी लाना।

(ग) 1990 और 2015 के बीच मातृत्व मृत्यु अनुपात में तीन चौथाई की कमी लाना।

(घ) सार्वभौमिक रूप से 2015 तक उत्पादक स्वास्थ्य को प्राप्त करना।

(च) 2015 तक एचआईवी/एड्स की वृद्धि दर को रोक देना और वहां से इसकी वृद्धि दर को नकारात्मक करना।

(छ) 2015 तक मलेरिया और अन्य बड़ी बीमारियों की वृद्धि दर को रोक देना और वहां से इसकी वृद्धि दर को नकारात्मक करना।

(ज) 2015 तक सुरक्षित पेय जल और बुनियादी स्वच्छता के लिए सतत उपलब्धता के बिना रह रही आबादी के अनुपात को आधा करना।

विश्व स्वास्थ्य संगठन की 2015 की रिपोर्ट के मुताबिक पांच वर्ष से नीचे तक के बच्चों की सभी मृत्यु में से 45 प्रतिशत में पोषण की कमी और कुपोषण बढ़ा कारण रहा। 1990-2013 के दौरान विकासशील देशों में वजन की कमी वाले बच्चों का अनुपात 28 प्रतिशत से कम होकर 17 प्रतिशत हो गया और 2015 में इसे 16 प्रतिशत हो जाने की उम्मीद थी। वैश्विक स्तर पर यह 1990 में 25 प्रतिशत से घटकर 2013 में 15 प्रतिशत हो गया। जबकि भूख के शिकार लोगों की संख्या को आधी करने का लक्ष्य रखा गया था।

इस संकेतक के लिए एमडीजी के लक्ष्य

की प्राप्ति डब्ल्यूएचओ के उत्तरी और दक्षिणी अमेरिका, यूरोपीय क्षेत्र और पश्चिमी प्रशांत क्षेत्र में हुई जबकि पूर्वी भूमध्यसागरीय क्षेत्र, दक्षिण-पूर्वी एशियाई क्षेत्र और अफ्रीकी क्षेत्रों में लक्ष्य अधूरे रह गए। भारत में लगभग 47 प्रतिशत बच्चे सामान्य से कम वजन के हैं। उसी प्रकार से 1990-2013 के दौरान अविकसित बच्चों की संख्या वैश्विक स्तर पर 247 मिलियन से घटकर 161 मिलियन हो गई, इस प्रकार इसमें 37 प्रतिशत की कमी आई थी। हम इस लक्ष्य को छूने में नाकाम रहे।

दूसरा, 1990-2013 के दौरान पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर में 49 प्रतिशत (लक्ष्य इसमें दो तिहाई कमी करने का था) कमी आई। यह संख्या प्रत्येक 1000 प्रसव में 90 मृत्यु से घटकर 46 हो गई (वर्ष 2013 में यह संख्या 42 थी)। इस प्रकार वैश्विक स्तर पर 1990 की अपेक्षा 2013 में कुछ 17000 बच्चों की मृत्यु हुई। वैश्विक स्तर पर नवजात बच्चों की मृत्यु की संख्या 1990 में 4.7 मिलियन से घटकर 2013 में 2.8 मिलियन रह गई। उस दौरान प्रत्येक 1000 प्रसव में नवजात मृत्यु की संख्या 33 से घटकर 22 (39 प्रतिशत) हो गई।

पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर में क्षेत्रवार लक्ष्यों पर नजर डालने पर पता चलता है कि 2013 तक अफ्रीकी देशों (इसमें 47 देश शामिल हैं) 6 देशों में यह संख्या घटकर दो तिहाई रह गई और दो देश इसके लिए अग्रसर हैं जबकि 25 देशों ने कम से कम आधा लक्ष्य पा लिया है, वहीं 14 देशों ने अभी आधे से भी कम लक्ष्य की प्राप्ति की है।

यूरोपीय क्षेत्र (53 देश) में 23 ने लक्ष्य पा लिया है और 4 देश इसके लिए अग्रसर हैं जबकि 26 देशों ने कम से कम आधा लक्ष्य पा लिया है और एक भी देश ऐसा नहीं है जिसने आधा लक्ष्य भी नहीं पाया हो।

पूर्वी भूमध्यसागरीय क्षेत्र में (21 देश) 6 ने लक्ष्य पा लिया है और 2 देश इसके लिए अग्रसर हैं जबकि 12 देशों ने कम से कम आधा लक्ष्य पा लिया है और एक ने अभी आधे से भी कम लक्ष्य को पाया है। पश्चिमी प्रशांत क्षेत्र (27 देश) में 3 ने लक्ष्य पा लिया है और कोई भी देश इसके लिए अग्रसर नहीं है जबकि 18 देशों ने कम से कम आधा लक्ष्य पा लिया है और 6 ने अभी आधे से भी कम लक्ष्य को पाया है।

वैश्विक स्तर (194 देश) पर 48 (25

प्रतिशत) ने लक्ष्य पा लिया है और 13 (7 प्रतिशत) इसके लिए अग्रसर हैं जबकि 109 (56 प्रतिशत) देशों ने कम से कम आधा लक्ष्य पा लिया है और 24 (12 प्रतिशत) ने अभी आधे से भी कम लक्ष्य को पाया है। इस प्रकार ज्यादातर देश (133) पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर को 2015 तक दो तिहाई तक कम करने का लक्ष्य नहीं पा सके।

पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु के बड़े कारण हैं: (क) अपरिपक्व जन्म जटिलताएं (17 प्रतिशत), (ख) न्यूमोनिया (15 प्रतिशत), (ग) जन्म श्वासरोध (11 प्रतिशत), डायरिया (9 प्रतिशत), (घ) मलेरिया (7 प्रतिशत)। वास्तव में 'नवजात अवस्था' (प्रथम 28 दिन) बच्चे के जीवन के लिए सबसे अधिक संवेदनशील अवधि होती है। 2013 में पांच वर्ष से कम आयु में लगभग 44 प्रतिशत मृत्यु जन्मजात अवस्था के दौरान हुई जो कि 1990 के समय से 37 प्रतिशत अधिक है। यद्यपि प्रतिरक्षण क्षमता विश्व भर में उल्लेखनीय रूप से बढ़ी है, उदाहरण के लिए 2000-2013 के बीच खसरे की घटना में 72 प्रतिशत (प्रति मिलियन 146 से घटकर 40 मामले) की कमी आई है। वैश्विक स्तर पर 2000-2013 के बीच पांच वर्ष से कम उम्र में खसरे के कारण मृत्यु की घटनाएं 74 प्रतिशत (4,81,000 से घटकर 1,24,000) कम हो गईं।

तीसरा, 1990 से 2013 के बीच प्रति लाख प्रसव में मातृ मृत्यु अनुपात में 45 प्रतिशत (5,23,000 से घटकर 2,89,000) की कमी आई। जबकि लक्ष्य इसमें दो तिहाई की कमी करना था। इस प्रकार यह आंकड़ा लक्ष्य से कम रह गया। दुर्भाग्यपूर्ण है कि 89 देशों में जहां, 1990 में उच्चतम मातृ मृत्यु अनुपात (100 या अधिक) था, 13 ने अपर्याप्त या कुछ भी प्रगति नहीं की है, इस क्षेत्र में औसत वार्षिक कमी दर 2 प्रतिशत से कम है। मातृ मृत्यु के बड़े मामलों में रक्तस्राव (27 प्रतिशत), गर्भावस्था के दौरान उच्च रक्तचाप संबंधी बीमारियां (14 प्रतिशत) और रोगाणुता (11 प्रतिशत) है। इस प्रकार हमने यह लक्ष्य भी अभी तक नहीं पाया है।

चौथा, 1920-2012 के दौरान प्रजनन स्वास्थ्य को सार्वभौमिक तौर पर पाने के लिए महिलाओं (15-49 वर्ष) द्वारा गर्भनिरोधक का उपयोग 55 प्रतिशत से बढ़कर 64 प्रतिशत हो गया और गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं करने वालों की संख्या 15 प्रतिशत से घटकर

12 प्रतिशत रह गई। लेकिन अफ्रीकी देशों में गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं करने वालों की संख्या सर्वाधिक 24 प्रतिशत है। इससे आगे वैश्विक स्तर पर 83 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व देखभाल का कम से कम एक मौका मिला जबकि भारत में 64 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को चार बार प्रसव पूर्व देखभाल का मौका मिला। अफ्रीकी देशों और कम आय वाले देशों में केवल 51 प्रतिशत गर्भवती महिलाओं को प्रसव के दौरान प्रशिक्षित नर्स की सेवा प्राप्त हुई। अतः हम यह लक्ष्य पूरा नहीं कर पाए हैं।

पांचवां, 2013 में वैश्विक स्तर पर एचआईवी/एड्स से ग्रस्त 32.6 मिलियन लोगों में से 12.9 मिलियन लोगों ने एंटी-रेट्रोवायरल थेरेपी (एआरटी) प्राप्त किया (जिनमें से 11.7 मिलियन लोग कम या मध्यम आय वाले देशों में रहते थे)। इस प्रकार के इलाज के कारण एचआईवी से मरने वालों की संख्या 2005 में 2.4 मिलियन के स्थान पर 2013 में 1.5 मिलियन हो गई। इस प्रकार हम 2015 तक एचआईवी के मामले में बढ़ती को रोक देने का लक्ष्य नहीं पा सके और न ही एचआईवी/एड्स के सार्वभौमिक उपलब्धता के लक्ष्य को पा सके हैं।

छठवां, वैश्विक स्तर पर 3.20 मिलियन लोगों को मलेरिया या अन्य बड़ी बीमारियों से संक्रमित होने का खतरा होता है, जिनमें से 1.2 बिलियन लोगों को सर्वाधिक खतरा है। 2013 में, वैश्विक स्तर पर मलेरिया के 198 मिलियन मामले हुए (2000 में यह संख्या 227 मिलियन थी) जिसके कारण 5,84,000 लोगों की जानें गईं। इनमें से 90 प्रतिशत अफ्रीकी क्षेत्र में और 78 प्रतिशत पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों में हुई थी। 2000-2013 के दौरान वैश्विक स्तर पर मलेरिया मृत्यु दर में 47 प्रतिशत की कमी आई।

उप-सहारा अफ्रीका में जोखिम में रह रहे 44 प्रतिशत जनसंख्या कीटनाशक से उपचारित मच्छरदानी के नीचे सो रहे हैं, जबकि 2004 में यह संख्या केवल 2 प्रतिशत थी। कुल 64 देशों ने मलेरिया की घटनाओं में कमी लाने की एमडीजी लक्ष्य को पा लिया है। इससे आगे बढ़े तो 2000-2013 के दौरान वैश्विक स्तर पर क्षय रोग के नए मामलों के वार्षिक औसत में 1.5 प्रतिशत की कमी आई है। वैश्विक स्तर पर क्षय रोग के प्रसार दर में 41 प्रतिशत की कमी के साथ मृत्यु दर में 45 प्रतिशत की

गिरावट हुई है। 2007 से उच्च वैश्विक उपचार सफलता संकेत (85 प्रतिशत) जारी है लेकिन 2013 में लगभग 1.5 मिलियन लोग वैश्विक स्तर पर क्षय रोग के कारण मृत्यु के शिकार हो गए। इस प्रकार 2015 तक वैश्विक स्तर पर मलेरिया और क्षय रोग की वृद्धि पर रोक लगाने का एमडीजी लक्ष्य पा लिया गया है।

सातवां, 2015 तक लगातार सुरक्षित पेय जल से वंचित जनसंख्या के अनुपात को आधा करने का एमडीजी लक्ष्य 2010 में ही पूरा कर लिया गया लेकिन राष्ट्रीय स्तर पर केवल 116 देश ही लक्ष्य को पा सके हैं और 45 देश इस दिशा में प्रयासरत हैं। 2012 में, 748 मिलियन लोग अभी इससे वंचित थे और विभिन्न क्षेत्रों के बीच, शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों के बीच और विभिन्न आर्थिक-सामाजिक वर्गों के बीच इसमें असमानता है। वहीं दूसरी ओर बुनियादी स्वच्छता से वंचित जनसंख्या के अनुपात को

हमने विकासशील देशों में वहनीय जरूरी दवाईयों को उपलब्ध कराने के एमडीजी लक्ष्य को नहीं पाया है, क्योंकि 21 निम्न और मध्यम आय वाले देशों में चुनिंदा जरूरी (जेनेरिक) दवाईयां केवल 55 प्रतिशत सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधा केंद्रों पर उपलब्ध थी। निम्न और मध्यम आय वाले देशों में आम मरीज अंतर्राष्ट्रीय संदर्भ मूल्यों से दो से तीन गुणा ज्यादा चुका रहे हैं।

आधा करने के एमडीजी लक्ष्य को नहीं पाया जा सका है। लगभग एक बिलियन लोग (विश्व जनसंख्या का 14 प्रतिशत) के पास कोई शौचालय नहीं है, अतः वे खुले में शौच के लिए जाते हैं। भारत में लगभग 55 प्रतिशत जनसंख्या खुले में शौच के लिए जाती है। इससे उच्च स्तर का पर्यावरणीय दूषण होता है और वे सूक्ष्म जीवाणु संक्रमण, कॉलरा, ट्राकोमा, हेपेटाइटिस और सिस्टोसोमियासिस के संपर्क में आ जाते हैं। वैश्विक स्तर पर ग्रामीण क्षेत्र में रहने वाली 90 प्रतिशत जनसंख्या खुले में शौच के लिए जाती है।

आठवां, हमने विकासशील देशों में वहनीय जरूरी दवाईयों को उपलब्ध कराने के एमडीजी लक्ष्य को नहीं पाया है, क्योंकि 21 निम्न और मध्यम आय वाले देशों में चुनिंदा जरूरी (जेनेरिक) दवाईयां केवल 55 प्रतिशत सार्वजनिक क्षेत्र की सुविधा केंद्रों पर उपलब्ध थी। निम्न और मध्यम आय वाले देशों में

आम मरीज अंतर्राष्ट्रीय संदर्भ मूल्यों से दो से तीन गुणा ज्यादा चुका रहे हैं। भारत जैसे विकासशील देशों में कई चिकित्सक, ज्यादातर निजी (लेकिन कई सरकारी भी) विभिन्न दवा कंपनियों के चिकित्सा प्रतिनिधियों के साथ अवैध रूप से मिले होते हैं और इसलिए महंगी और गैर-जरूरी अतिरिक्त दवाईयां और पैथोलॉजिकल जांच लिखते हैं, अक्सर लापरवाही में भी लिखते हैं, अतः इस संबंध में उपभोक्ता कचहरी में ढेरों मामले दर्ज हैं।

उपरोक्त को ध्यान में रखते हुए, हम जाहिर तौर पर यह निष्कर्ष निकाल सकते हैं कि सभी विकासशील देशों (भारत सहित) को 'सबका स्वास्थ्य' को लिखित और भावनात्मक रूप से प्रथम प्राथमिकता देनी चाहिए क्योंकि यह न केवल मानव संसाधन विकास को सुनिश्चित करता है बल्कि बिना किसी जाति, वर्ग, लिंग, धर्म या क्षेत्रीय आधार पर किसी प्रकार के रोक लगाए बिना हमारी भावी पीढ़ी की बेहतरी भी सुनिश्चित करता है, जिनके हित से किसी भी प्रकार से समझौता नहीं किया जा सकता है। इसलिए विकासशील देशों को स्वास्थ्य पर अपने बजट में वृद्धि करनी होगी (सकल घरेलू उत्पाद के अनुपात में, और स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति कुल खर्च में सार्वजनिक खर्च की हिस्सेदारी के तौर पर)। भारत में हम स्वास्थ्य पर जीडीपी का केवल लगभग एक प्रतिशत खर्च करते हैं हमारा सार्वजनिक खर्च केवल 30 प्रतिशत है, जबकि जापान इस पर 82 प्रतिशत खर्च करता है, ओईसीडी (औसत) 73 प्रतिशत, कनाडा 70 प्रतिशत, स्विट्जरलैंड 65 प्रतिशत, संयुक्त राज्य 48 प्रतिशत और यहां तक कि थाइलैंड 72 प्रतिशत खर्च करता है। नतीजतन जन्म के समय जीवन प्रत्याशा जापान में (82.7 वर्ष), आइसीडी में (80.1 वर्ष), कनाडा (80.4 वर्ष), स्विट्जरलैंड (82.8 वर्ष), यूएस (78.7 वर्ष) और थाइलैंड (74.3 वर्ष) है जो कि भारत में (66.3 वर्ष) से काफी अधिक है। दूसरी तरफ शिशु मृत्यु दर भारत में (43.8 प्रति हजार) है जो जापान (2.3 प्रति हजार) से 20 गुणा, ओईसीडी और कनाडा से 10 गुणा (क्रमशः 4.1 और 4.4), स्विट्जरलैंड (3.8) से 11 गुणा, यूएस (6.1) से 7.5 गुणा और थाइलैंड (9.9) से 4.5 गुणा है। केरल ने वर्षों से सामाजिक क्षेत्र को वरीयता देने के कारण स्वास्थ्य और शिक्षा दोनों में ही कई विकसित देशों का स्तर प्राप्त किया है। भारत के अन्य हिस्से इसे क्यों नहीं प्राप्त कर सकते हैं? □

संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज एवं सतत विकास लक्ष्य

चंद्रकांत लहरीया



शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य तथा कल्याण को बढ़ावा देने, और सबके लिए जीवन प्रत्याशा प्रदान करने के लिए, हमें हर हाल में संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करनी होगी और अच्छी स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच बनानी होगी। किसी भी हाल में एक भी व्यक्ति पीछे नहीं छूटना चाहिए” और यह बात समग्र विकास के एजेंडे में स्वास्थ्य के औचित्य को बताती है। एसडीजी और यूएचसी सामाजिक एवं आर्थिक विकास के ताने-बाने में गुंथे हुए हैं। यूएचसी स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए एक नई एकीकरण करने वाली ताकत है, जिसका संबंध समग्र विकास के एजेंडे से है

सं

पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) का लक्ष्य है- “समस्त लोगों की आवश्यक, प्रोत्साहक, निवारक, उपचारात्मक और पुनर्वास संबंधी ऐसी स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच कायम करना है, जो प्रभावित करने की पर्याप्त क्षमता से युक्त हों, साथ ही यह भी सुनिश्चित करती हों कि इन सेवाओं के लिए भुगतान करते समय लोगों को आर्थिक कठिनाइयों का सामना न करना पड़े”। यूएचसी ने एक विचार और महत्वाकांक्षा के रूप में दुनिया भर का ध्यान आकृष्ट किया है और विश्व स्वास्थ्य सभा 2005 का प्रस्ताव (डब्ल्यूएचए 58.33) सदस्य देशों से अनुरोध करता है कि वे यूएचसी में परिवर्तित होने के लिए अपनी स्वास्थ्य वित्तीय प्रणालियां विकसित करें। इसके बाद *प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा: पहले से कहीं ज्यादा शीर्षक वाली विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट-2008* और उसके बाद *स्वास्थ्य वित्तीय प्रणालियां: संपूर्ण कवरेज का मार्ग* शीर्षक वाली विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट- 2010 को यूएचसी में गढ़ा गया और इस दिशा में निरंतर ध्यान देना जारी रखा। इस अवधि के दौरान, कई देशों (यथा ब्राजील, मैक्सिको, किर्गिस्तान, थाईलैंड और चीन) ने स्वास्थ्य संबंधी वित्तीय सुधारों के साथ-साथ अतिरिक्त आबादी को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने की दिशा में प्रगति की।

अंतर्राष्ट्रीय मंच पर यूएचसी पर निरंतर ध्यान दिया जाता रहा है। वर्ष 2011 में डब्ल्यूएचए द्वारा यूएचसी के बारे में अतिरिक्त प्रस्ताव (डब्ल्यूएचए 64.9) जोड़ा गया और उसके बाद संयुक्त राष्ट्र महासभा (यूएनजीए) में यूएचसी पर विचार विमर्श किया गया और

12 दिसंबर 2012 को यूएचसी के बारे में प्रस्ताव (ए/67/एल-36) पारित किया गया। यूएनजीए प्रस्ताव एक महत्वपूर्ण कदम था, क्योंकि इसने यूएचसी एजेंडे के कार्यक्षेत्र को स्वास्थ्य मंत्रियों (विश्व स्वास्थ्य सभा में भाग लेने वालों) के दायरे से निकालकर राष्ट्राध्यक्षों और विदेश मंत्रियों (यूएनजीए में भाग लेने वालों) तक फैला दिया। यूएचसी पर पारित किए गए यूएनजीए प्रस्ताव की याद में, वर्ष 2014 से 12 दिसंबर को यूएचसी से संबंधित कार्यक्रमों का आयोजन किया जाता है और 12 दिसंबर 2014 को प्रथम संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज दिवस अथवा यूएचसी दिवस मनाया गया। पिछले 10 वर्षों में यूएचसी के प्रति समर्थन और गति निरंतर बरकरार रही है और विभिन्न मंचों (डब्ल्यूएचए, यूएनजीए, क्षेत्रीय एवं राष्ट्रीय स्तर) पर उसे प्रोत्साहन मिलता रहा है और विचार-विमर्श तथा प्रस्तावों का समर्थन मिलता रहा है, जो संभवतः यूएचसी की आवश्यकता और महत्व के बारे में उभरती सर्वसम्मति को परिलक्षित करता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की महानिदेशक मारग्रेट चान का कहना है, “संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज सार्वजनिक स्वास्थ्य द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली अकेली सबसे सशक्त अवधारणा है।”

यूएचसी के तीन आयाम हैं: आबादी की कवरेज, स्वास्थ्य सेवाओं की कवरेज और वित्तीय संरक्षण की कवरेज इसे अक्सर क्यूब द्वारा प्रस्तुत किया जाता है जिसे ‘यूएचसी क्यूब’ या ‘यूएचसी कवरेज बॉक्स’ (चित्र-1) के रूप में उल्लिखित किया जाता है। ‘क्यूब का अंदरूनी हिस्सा’ देशों की वर्तमान स्थिति प्रदर्शित करता है, जहां स्वास्थ्य सुविधाओं तक

लेखक चिकित्सक हैं और सार्वजनिक स्वास्थ्य एवं नीतिगत विश्लेषण में उन्होंने उन्नत प्रशिक्षण प्राप्त कर रखा है। इन्होंने अकादमिक और विकास के क्षेत्र में व्यापक कार्य किया है और जीव विज्ञान से संबंधित राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय पत्रिकाओं में इनके 60 से ज्यादा लेख प्रकाशित हुए हैं, जिनमें अन्य बातों के अलावा स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूती प्रदान करने, संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज, नीतिगत विश्लेषण और प्रमाण से कार्यान्वयन पर मुख्य रूप से ध्यान केंद्रित किया गया है। इस समय नई दिल्ली में विश्व स्वास्थ्य संगठन के साथ नेशनल प्रोफेशनल ऑफिसर (संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज) के रूप में कार्यरत हैं। ईमेल: c.lahariya@gmail.com; lahariyac@who.int

तालिका 1 : सतत विकास लक्ष्यों के अंतर्गत स्वास्थ्य से संबंधित लक्ष्यों के केंद्र के रूप में संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज

सतत विकास लक्ष्य-3 और उसके लक्ष्य		
एसडीजी-3: सभी आयु वर्ग के समस्त लोगों के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करना		
लक्ष्य 3.8: संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना		
सबके लिए वित्तीय जोखिम से रक्षा, गुणवत्तापूर्ण आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच, और सुरक्षित, असरदार, अच्छी और किफायती आवश्यक दवाइयां और टीकों सहित संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना		
एमडीजी: अधूरा और विस्तारित एजेंडा	नए एसडीजी-3 लक्ष्य	एसडीजी-3 लक्ष्यों के कार्यान्वयन के साधन
3.1: मातृ मृत्यु दर में कमी लाना: वर्ष 2030 तक, वैश्विक मातृ मृत्यु दर का अनुपात प्रति 100,000 शिशुओं के जीवित जन्म पर 70 से कम करना	3.4: एनसीडी से मौतों में कमी लाना और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देना: वर्ष 2030 तक, रोकथाम और उपचार के माध्यम से असंक्रामक रोगों से समय पूर्व मौतों में एक-तिहाई तक कमी लाना और मानसिक स्वास्थ्य एवं कल्याण को बढ़ावा देना	3.ए: एफसीटीसी कार्यान्वयन को सशक्त बनाना: सभी देशों में विश्व स्वास्थ्य संगठन के तंबाकू नियंत्रण समझौते के प्रारूप (एफसीटीसी) के कार्यान्वयन को उचित रूप से सशक्त बनाना
3.2: नवजात शिशुओं और बच्चों की टाली जा सकने वाली मौतों पर काबू पाना: समस्त देशों द्वारा नवजात शिशुओं की मृत्यु दर में अधिकतम कमी लाकर प्रति 1000 बच्चों के जीवित जन्म पर 12 तक और प्रति 1000 बच्चों के जीवित जन्म पर और 5 साल से छोटे बच्चों की मृत्यु दर 25 तक लाने का लक्ष्य निर्धारित करते हुए वर्ष 2030 तक, नवजात शिशुओं और 5 साल से छोटे बच्चों की टाली जा सकने वाली मौतें रोकना	3.5: मादक पदार्थों पर रोक और उपचार को सशक्त बनाना: नार्कोटिक्स पदार्थों और अल्कोहल के नुकसानदायक इस्तेमाल सहित मादक पदार्थों पर रोक और उपचार को सशक्त बनाना	3.बी: दवाओं और टीकों तक सबकी पहुंच, अनुसंधान एवं विकास में सहायता देना प्राथमिक तौर पर विकासशील देशों को प्रभावित करने वाले संक्रामक और असंक्रामक रोगों के टीकों और दवाओं के अनुसंधान व विकास में सहायता, टीआरआईपीएस समझौते और सार्वजनिक स्वास्थ्य पर दोहा घोषणापत्र के अनुरूप किफायती आवश्यक दवाओं और टीकों तक पहुंच उपलब्ध कराना, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य की रक्षा, और विशेषकर दवाओं तक सबकी पहुंच सुनिश्चित कराने से संबंधित लचीलेपन के बारे में बौद्धिक संपदा अधिकार के व्यापार से संबंधित पहलुओं पर समझौते के प्रावधानों का पूर्ण इस्तेमाल करने के विकासशील देशों के अधिकारों की पुष्टि करता है
3.3: एचआईवी, टीबी, मलेरिया और अन्य बीमारियां समाप्त करना: वर्ष 2030 तक, एड्स, तपेदिक, मलेरिया और उपेक्षित ऊष्ण कटिबंधीय बीमारियों को समाप्त करना और हेपेटाइटिस बी, जल जनित बीमारियों और अन्य संक्रामक रोगों से निपटना	3.6: सड़क दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मौतों और घायलों की तादाद आधा करना: वर्ष 2020 तक दुनिया भर में सड़क दुर्घटनाओं के कारण होने वाली मौतों और घायलों की तादाद आधा करना	3.सी: विकासशील देशों में स्वास्थ्य वित्त पोषण और स्वास्थ्य कर्मियों की संख्या बढ़ाना: विकासशील विशेषकर अल्प विकसित देशों और छोटे द्वीपीय विकासशील देशों में स्वास्थ्य वित्त पोषण और स्वास्थ्य कर्मियों की भर्ती, विकास तथा प्रशिक्षण में वृद्धि
3.7: यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना: वर्ष 2030 तक परिवार नियोजन, सूचना एवं शिक्षा, तथा प्रजनन स्वास्थ्य को राष्ट्रीय नीतियों और कार्यक्रमों में सम्मिलित करने सहित यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना	3.9: घातक रसायनों, प्रदूषण और दूषण से होने वाली मौतों और बीमारियों में कमी लाना: वर्ष 2030 तक, घातक रसायनों, वायु, जल एवं मृदा प्रदूषण और दूषण से होने वाली मौतों और बीमारियों में पर्याप्त मात्रा में कमी लाना	3.डी: स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों के लिए पूर्व चेतावनी देने, जोखिम घटाने और उसका प्रबंधन करने क्षमता को मजबूती प्रदान करना सभी देशों विशेषकर विकासशील देशों की स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों के लिए पूर्व चेतावनी देने, जोखिम घटाने और उसका प्रबंधन करने क्षमता को मजबूती प्रदान करना

आबादी के एक हिस्से की ही पहुंच है, कुछ ही सेवाएं उपलब्ध होती हैं और इन सेवाओं को प्राप्त करने वाले सभी लोग इनकी कीमत चुकाने में समर्थ नहीं हैं। 'क्यूब का बाहरी हिस्सा' देशों के लिए यूएचसी द्वारा परिभाषित महत्वाकांक्षी लक्ष्य प्रस्तुत करता है और प्रस्ताव करता है कि सभी देश किफायती दाम वाली अच्छी सेवाओं की कवरेज का दायरा बढ़ाते हुए बॉक्स को भरने का प्रयास करें। दिलचस्प बात यह है कि इन सेवाओं को मुहैया कराने से स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार होता है, और इसके फलस्वरूप देशों में रोगों का स्वरूप

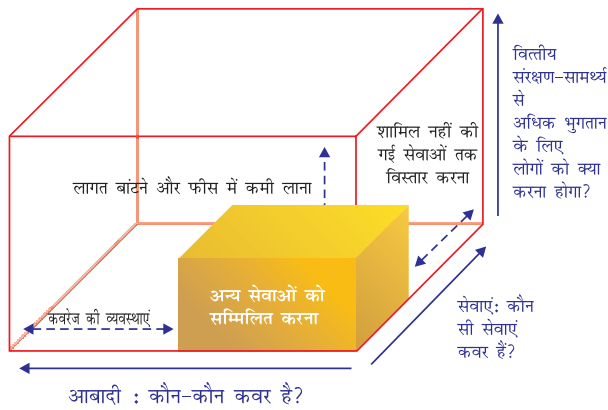
बदलता है और नई तकनीकों की उपलब्धता से सेवा की आवश्यकता और उपयोग प्रभावित होते हैं। इसलिए, महामारी विज्ञान की बदलती वास्तविकताओं से निपटने की सदैव जरूरत रहेगी और बॉक्स के अंदरूनी और बाहरी हिस्से में सदैव अंतर रहेगा। ये कुछ कारण हैं जिनकी वजह से यूएचसी को 'गंतव्य' के स्थान पर 'यात्रा' माना जाता है। यूएचसी एक गतिशील प्रक्रिया है और इसका विचार जहां तक संभव हो सके 'यूएचसी कवरेज बॉक्स' को भरने का प्रयास करना है। देशों से प्राप्त अनुभव ने दर्शाया है कि इस दिशा में वाजिब प्रगति करने

में 10-15 वर्ष लगते हैं और यूएचसी एक अथवा दो साल में संभव नहीं है। जहां एक ओर यूएचसी लक्ष्य है, वहीं स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार और उसकी सुदृढ़ता बुनियाद और साधन हैं, जिनकी बदौलत यूएचसी की दिशा में प्रगति की जा सकती है।

यूएचसी और भारत

भारत 2005 की विश्व स्वास्थ्य सभा में सदस्य देश के रूप में यूएचसी से संबंधित प्रस्ताव का हिस्सा था। हालांकि उस समय भारत में यूएचसी पर चर्चा नहीं हो रही थी,

चित्र-1 संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) कवरेज बॉक्स



तालिका 2: एसडीजी और एसडीजी कार्यान्वयन साधन

लक्ष्य 1: गरीबी मिटाना

लक्ष्य 1.3: सबके लिए सामाजिक सुरक्षा लागू करना

लक्ष्य 2: भूख मिटाना, खाद्य सुरक्षा और बेहतर पोषण

लक्ष्य 2.2: कुपोषण समाप्त करना, बच्चों में पूर्ण विकास न होने की स्थिति और कमजोरी में कमी लाने का लक्ष्य

लक्ष्य 4: समावेशी और समान शिक्षा सुनिश्चित करना

लक्ष्य 4.2: बाल्यावस्था में विकास, देखरेख और पूर्व प्राथमिक शिक्षा तक पहुंच सुनिश्चित करना ...

लक्ष्य 5: महिलाओं और पुरुषों में समानता लाना और सभी महिलाओं और लड़कियों को सशक्त बनाना

लक्ष्य 5.2: महिलाओं और लड़कियों के साथ होने वाली सभी तरह की हिंसा पर रोक लगाना....

लक्ष्य 6: सबके लिए पानी और स्वच्छता की उपलब्धता और निरंतर प्रबंधन सुनिश्चित करना

लक्ष्य 6.1: सुरक्षित और किफायती पेयजल तक संपूर्ण और समान पहुंच प्राप्त करना

लक्ष्य 7: किफायती और स्वच्छ ऊर्जा

सबके लिए किफायती, विश्वसनीय, सतत और आधुनिक ऊर्जा तक पहुंच सुनिश्चित करना

लक्ष्य 8: स्वास्थ्य क्षेत्र और आर्थिक प्रगति

स्वास्थ्य और अन्य क्षेत्रों में श्रम बाजार, आर्थिक वृद्धि, फलदाई रोजगार, युवाओं का रोजगार और अच्छे कार्य को प्रोत्साहन

लक्ष्य 10: असमानताएं घटाना

लक्ष्य 11: सतत शहर और समुदाय

लक्ष्य 13: जलवायु कार्रवाइयां

लक्ष्य 16: सतत विकास के लिए शांतिपूर्ण और समावेशी समाजों को बढ़ावा देना

लक्ष्य 16.1: सभी जगह समस्त प्रकार की हिंसा और उनसे संबंधित मृत्यु दर में कमी लाना।

लक्ष्य 17 : भागीदारी

क्षमता निर्माण करने और उसे कार्यान्वयन के साधनों से जोड़ने के लिए संस्थागत भागीदारी का उपयोग

भारत ने देश में स्वास्थ्य प्रणालियों में सुधार लाने और जनता के स्वास्थ्य की स्थिति को बेहतर बनाने के उद्देश्य से 12 अप्रैल, 2005 को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) का प्रारंभ किया था।

भारतीय राज्यों द्वारा वर्ष 2007-08 से अस्पताल में भर्ती की माध्यमिक स्तर की लागत के लिए गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वालों को वित्तीय कवरेज उपलब्ध कराने वाली राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) और कुछ अन्य वित्तीय संरक्षण योजनाएं प्रारंभ कीं। वर्ष 2010 की विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट जारी होने के तत्काल बाद, पूर्व योजना आयोग ने भारत में संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज पर उच्च स्तरीय विशेषज्ञ समूह (एचएलईजी) का गठन किया। एचएलईजी ने अक्टूबर 2011 को अपनी विस्तृत सिफारिशों और रिपोर्ट सौंपी, जिसे भारत की 12वीं पंचवर्षीय योजना (2012-17) का खाका तैयार करने में उपयोग में लाया गया।

12वीं पंचवर्षीय योजना में भारत के प्रत्येक राज्य के 2 जिलों में यूएचसी प्रयोग की पेशकश की थी और इन प्रस्तावित प्रयोगों को लागू करने के लिए कार्य भी शुरू हो गया, ताकि देश में पूरी तरह यूएचसी लागू करने के लिए सबक सीखे जा सकें। मई, 2013 में, शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (एनयूएचएम) प्रारंभ किया गया दो उप-मिशनों (एनआरएचएम और एनएचएम) का राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के रूप में विलय कर दिया गया।

एनएचएम का विजन "स्वास्थ्य के व्यापक सामाजिक निर्धारक को प्राप्त करने के लिए अंतर-क्षेत्रीय सम्मिलित कार्रवाई सहित जनता की जरूरतों के प्रति जवाबदेह और उत्तरदायी, समान, किफायती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक संपूर्ण पहुंच प्राप्त करना" काफी हद तक यूएचसी की अवधारणा के अनुरूप है।

वर्ष 2014 के मध्य से, यूएचसी के अनुरूप संघटकों और उद्देश्यों सहित संपूर्ण स्वास्थ्य आश्वासन (संक्षेप में यूएचए) मुहैया कराने पर काफी बुनियादी कार्य किया गया। भारत में राष्ट्रीय स्वास्थ्य आश्वासन मिशन (एनएचएम) की शुरुआत के माध्यम से कथित तौर पर यूएचए को कार्यान्वित करने की रूपरेखा तैयार की गई। आरएसबीवाई योजना अप्रैल, 2015 में श्रम एवं रोजगार मंत्रालय से स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में भेज दी गई, नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (मसौदा) तैयारी की अंतिम अवस्था तक पहुंच चुका है और उसके नीति संबंधी दस्तावेज में यूएचसी के सभी प्रमुख पहलुओं को शामिल किया गया है। कुल मिलाकर कहें, तो भारत में यूएचसी को आगे बढ़ाने की दिशा में बुनियादी कार्य पूरा हो चुका है, हालांकि इसे मंजूरी मिलना और इसका त्वरित कार्यान्वयन बाकी है।

सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी) और यूएचसी

सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) का अनुमोदन 25 सितंबर 2015 को संयुक्त राष्ट्र सतत विकास शिखर सम्मेलन में किया गया था। सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों (एमडीजी) के अंतर्गत किए गए कार्यों को आगे बढ़ाने और अगले 15 वर्षों तक वैश्विक विकास का मार्गदर्शन करने वाले इस शिखर सम्मेलन में राष्ट्राध्यक्षों और शासनाध्यक्षों ने भाग

लिया था। यूएनजीए ने 17 सतत विकास लक्ष्यों और 169 संबद्ध लक्ष्यों सहित सतत विकास के लिए सार्वभौमिक, एकीकृत और परिवर्तनकारी 2030 एजेंडा औपचारिक रूप से पारित कर दिया। साथ ही 17 सतत विकास लक्ष्यों में -गरीबी, भूख, स्वास्थ्य शिक्षा, महिलाओं और पुरुषों में समानता, पानी एवं स्वच्छता, ऊर्जा, कार्य एवं आर्थिक वृद्धि, उद्योग एवं अवसंरचना, असमानताओं, शहरों, जिम्मेदार उपभोग, जलवायु, पानी के अंदर जीवन, जमीन पर जीवन, शांति और सशक्त संस्थानों और भागीदारी पर ध्यान केंद्रित किया गया है।

सतत विकास के लिए 2030 एजेंडा के अंतिम मूलपाठ की प्रस्तावना में कहा गया है: “शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य तथा कल्याण को बढ़ावा देने, और सबके लिए जीवन प्रत्याशा प्रदान करने के लिए, हमें हर हाल में संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करनी होगी और अच्छी स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच बनानी होगी। किसी भी हाल में एक भी व्यक्ति पीछे नहीं छूटना चाहिए” और यह बात समग्र विकास के एजेंडे में स्वास्थ्य के औचित्य को बताती है। सतत विकास लक्ष्यों में से एक- लक्ष्य-3 (या एसडीजी-3) स्वास्थ्य चुनौतियों से निपटना और “सभी आयु वर्ग के लोगों के लिए स्वस्थ जीवन सुनिश्चित कराना और कल्याण को बढ़ावा देना है।” लक्ष्य-3.8 “वित्तीय जोखिम से रक्षा, गुणवत्तापूर्ण आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच, सबके लिए दवाइयां और टीकों सहित संपूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना है।” यूएचसी स्वास्थ्य से संबंधित एसडीजी-3 के केंद्र में है और एसडीजी-3 के अंतर्गत 13 लक्ष्यों में से 3 (लक्ष्य-3.8, 3.बी और 3.सी) विशेष रूप से यूएचसी को आगे बढ़ाने से संबंधित हैं।

वैश्विक संवाद में, यूएचसी के संबंध में लक्ष्य-3.8 को अति महत्वपूर्ण और एसडीजी में स्वास्थ्य लक्ष्य प्राप्त करने का साधन समझा जा रहा है। एसडीजी-3 के अंतर्गत लक्ष्यों को तीन व्यापक समूहों: एमडीजी का अधूरा और विस्तारित एजेंडा, नए एसडीजी-3 लक्ष्य और लक्ष्यों के कार्यान्वयन में एसडीजी-3 साधन, के रूप में देखा जा रहा है। स्वास्थ्य के ध्येय और लक्ष्यों की प्राप्ति 16 अन्य लक्ष्यों और उनसे संबंधित लक्ष्यों के अंतर्गत उठाए गए कदमों पर भी निर्भर (और योगदान देगी) करेगी (तालिका-1)।

निष्कर्ष

स्वास्थ्य विकास संबंधी संवाद के केंद्र में रहा है और उसे किसी भी राष्ट्र की आर्थिक उन्नति के लिए महत्वपूर्ण समझा जाता है- यह गरीबी में कमी लाने में योगदान दे सकता है और किसी राष्ट्र को ज्यादा उत्पादक एवं वित्तीय दृष्टि से सुरक्षित दर्जा प्राप्त करवा सकता है तथा एसडीजी और यूएचसी सामाजिक एवं आर्थिक विकास के ताने-बाने में गुंथे हुए हैं। यूएचसी स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए एक नई एकीकरण करने वाली ताकत है, जिसका संबंध समग्र विकास के एजेंडे से है। अतीत में मिले सबक पर आधारित यूएचसी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा की अवधारणा सहित स्वास्थ्य सेवा के एजेंडे और एमडीजी अवधि के दौरान शुरू की गई पहल को आगे बढ़ाता है। जहां एक ओर वैश्विक नेताओं और एजेंसियों को एसडीजी प्राप्त करने की दिशा में आगे बढ़ना चाहिए, वहीं राष्ट्रीय सरकारों को अच्छी स्वास्थ्य सेवाओं तक बिना आर्थिक तकलीफें उठाए, ज्यादा से ज्यादा लोगों की पहुंच सुनिश्चित करते हुए स्वास्थ्य क्षेत्र की विसंगतियों को दूर करने के लिए ठोस नीतिगत

उपाय करने चाहिए। इस पर अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर संवाद हो रहा है और लगभग 100 देश यूएचसी की दिशा में आगे बढ़ने के लिए कुछेक अथवा ज्यादा कदम बढ़ा रहे हैं। भारत नीतिगत संवाद में अग्रणी रहा है और उसने कुछ बुनियादी कार्य किया है और वह यूएचसी की दिशा में बड़ी छलांग भरने और राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर एसडीजी-3 और अन्य एसडीजी प्राप्त करने की दिशा में योगदान देने को तत्पर प्रतीत हो रहा है।

एसडीजी और यूएचसी एक साथ मिलकर-स्वास्थ्य प्रणाली के सुधारों में तेजी लाने और उसे सुदृढ़ बनाने हेतु स्वास्थ्य को महत्वपूर्ण कगार पर लाने के लिए- एक अन्य और संभवतः अब तक के सबसे बड़े सार्वजनिक संवाद का अवसर उपलब्ध कराते हैं। संभव है कि जब दुनिया भर के नेता 2030 में एसडीजी की उपलब्धियों का जायजा लेने के लिए दोबारा एकत्र हों, तो एसडीजी अवधि में यूएचसी चमकता सितारा बन जाए। □

संदर्भ

- सतत विकास लक्ष्यों पर संयुक्त राष्ट्र का मुक्त कार्य समूहों का प्रस्ताव स्रोत: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf>
- विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2010: संपूर्ण कवरेज: स्वास्थ्य वित्त पोषण, डब्ल्यूएचओ, जिनेवा, 2010
- विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2010: स्वास्थ्य प्रणालियों का वित्त पोषण: संपूर्ण कवरेज का मार्ग। जिनेवा: डब्ल्यूएचओ, 2010
- विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट 2008: प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा: अब सबसे अधिक: जिनेवा: डब्ल्यूएचओ, 2008
- हमारे विश्व का कायाकल्प: सतत विकास के लिए 2030 एजेंडा। न्यूयॉर्क: संयुक्त राष्ट्र 2015
- <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

कायाकल्प पुरस्कार योजना

भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने जन स्वास्थ्य सुविधाओं में गुणवत्ता गारंटी सुनिश्चित करने के प्रयासों को मान्यता प्रदान करने के लिए ‘कायाकल्प’ पुरस्कार प्रदान करने की राष्ट्रीय योजना का शुभारंभ किया है। कायाकल्प पुरस्कार जन स्वास्थ्य सुविधाओं में उच्च स्तरीय स्वास्थ्य विज्ञान,

स्वच्छता, संक्रमण नियंत्रण का प्रदर्शन करने वालों को प्रदान किया जाएगा। इस पुरस्कार योजना का लक्ष्य जन स्वास्थ्य सुविधाओं में स्वास्थ्य विज्ञान, स्वच्छता और संक्रमण नियंत्रण के अभ्यास को प्रोत्साहित करना है। ऐसी जन स्वास्थ्य सुविधाओं को पहचानने और इसकी प्रेरणा देने के लिए, जो स्वच्छता और संक्रमण

नियंत्रण के मानक प्रोटोकॉल के पालन के लिए अनुकरणीय प्रदर्शन करे। स्वास्थ्य विज्ञान, स्वच्छता, साफ-सफाई प्रदर्शन के जारी मूल्यांकन और समीक्षा की संस्कृति को अंतर्निविष्ट करना और जन स्वास्थ्य सुविधाओं में बेहतर स्वच्छता का सतत अभ्यास करना जिसका संबंध सकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों से हो।

स्वास्थ्य संचार: क्षमताएं एवं संभावनाएं

संजीव कुमार



स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों एवं गतिविधियों के परिणाम तथा प्रभाव की गति तेज करने के लिए भारत में रणनीतिक स्वास्थ्य संचार प्रयासों को मजबूत किए जाने की आवश्यकता है। संक्रामक एवं असंक्रामक रोगों के बढ़ते बोझ को बचाव एवं व्यवहार परिवर्तन संबंधी संचार के उन कार्यक्रमों से कम किया जा सकता है, जो रचनात्मक, अकाट्य, प्रमाणों पर आधारित हों, पेशेवर तरीके से तैयार किए जाएं, साझेदारी का लाभ उठाएं एवं स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार में सकारात्मक परिवर्तन तथा वांछित स्वास्थ्य आदतों को अपनाए जाने में जिनके योगदान की निगरानी एवं मूल्यांकन किया जा सके

सा माजिक एवं व्यवहारगत परिवर्तन के लिए संचार को स्वास्थ्य की स्थिति एवं स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रदर्शन में सुधार हेतु महत्वपूर्ण रणनीति के रूप में स्वीकार कर लिया गया है। संचार की क्षमता एवं संभावना को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय एवं विभाग की योजना एवं प्रक्रिया में शुरुआत से ही समझा जाता रहा है। हालांकि पिछले कई वर्षों में विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों (जैसे पोलियो, चेचक) एवं योजनाओं में कई उपलब्धियां हासिल की जा चुकी हैं लेकिन जहां तक स्वास्थ्य की प्रमुख स्थिति एवं सूचकों का सवाल है तो भारत के सामने आज भी बड़ी चुनौती है।

वर्तमान स्थिति के लिए कई कारक जिम्मेदार हैं, जो *आपूर्ति* से संबंधित हैं, जैसे अपर्याप्त बुनियादी ढांचा, मानव संसाधनों में कमी, धन जारी होने और उसके उपयोग में चुनौतियां, सेवा की गुणवत्ता, उपलब्धता एवं प्रबंधन तथा परिचालन की चुनौतियां तथा स्वास्थ्य राज्य का विषय होना। मांग पक्ष से भी भारी चुनौतियां रही हैं, जिनमें विशाल और विविधता भरी जनसंख्या, परंपरा एवं रीतियां, मिथक एवं भ्रांतियां, आस्था एवं धारणाएं, स्वभाव एवं दृष्टिकोण, मूल्य एवं नियम हैं तथा मुद्दों की सूचना एवं जानकारी तथा जागरूकता में कमी भी है। नई स्वास्थ्य नीति विचाराधीन है और सतत विकास के लक्ष्य भी मौजूद हैं, इसलिए जागरूकता से व्यवहारगत परिवर्तन तक संचार के प्रयासों की यात्रा को समझना एवं मांग तथा *आपूर्ति* के मोर्चों पर प्रमुख चुनौतियां पता लगाने का प्रयास करना और वास्तविक, तीव्र एवं व्यापक परिवर्तन लाने का खाका तैयार करना उपयोगी होगा।

1950 के दशक के आरंभिक वर्षों में जब स्वास्थ्य संचार कार्यक्रम शुरू किए गए थे तो लंबे समय तक वे जागरूकता अर्थात् जानकारी, सूचना एवं शिक्षा बढ़ाने पर केंद्रित रहे लेकिन इस बात को स्पष्ट एवं विशिष्ट रूप से नहीं समझा गया कि कई बार *जानने* से भी अधिक ताकतवर अन्य कारक होते हैं, जो लोगों को *करने* अथवा व्यवहार बदलने से रोकते हैं। *जानने* से *करने* तक की यह यात्रा ही सामाजिक एवं व्यवहारगत परिवर्तन हेतु संचार का सार है। लेखक को लगता है कि स्वास्थ्य संचार की समस्या को कागजी रूप में तो समझ लिया गया है किंतु भारतीय संदर्भ में उसके आयाम एवं पहलू ठीक से नहीं समझे गए हैं और गड़बड़ी इसीलिए हुई है क्योंकि हमने परिवर्तन के सिद्धांतों को बिल्कुल वैसे ही थोप दिया, जैसे वे पश्चिम अथवा विकसित अर्थव्यवस्थाओं से हमें मिले थे।

व्यक्तिवाद एवं सामाजिक अस्तित्व के बीच मूल भेद का ध्यान उन आरंभिक मॉडलों तथा खाकों में नहीं रखा गया, जो स्वास्थ्य शिक्षा एवं स्वास्थ्य प्रोत्साहन पर केंद्रित थे। मांग का पक्ष *जानना* था और लोग नहीं जानते थे, इसलिए संचार का प्रवाह एकतरफा (व्यवस्था से लोगों की ओर) ही था। मान लिया गया था कि लोग *जान जाएंगे* और अपने फायदे और व्यावहारिकता के कारण ही वे नए व्यवहार एवं तरीकों को अपना लेंगे। इसका उद्देश्य उस समय किए गए प्रयासों को कमतर ठहराना नहीं है, वास्तव में स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देने वाले कार्यक्रम और लोग बहुत ईमानदार और गंभीर थे तथा कठिन परिश्रमी थे। आगे *सूचना शिक्षा एवं संचार* (आईईसी) में कुछ विस्तार हुआ किंतु तब भी ध्यान मुख्य रूप से सूचना तथा

लेखक वरिष्ठ संचार विशेषज्ञ हैं। वह भारतीय जनसंचार संस्थान (आईआईएमसी) में अतिथि अध्यापक भी हैं और अनेक प्रतिष्ठित राष्ट्रीय-अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं में संचारमूलक भूमिकाओं में रहे हैं। इनमें एचएलएफपीपीटी, पीडब्ल्यूसी, एनएसीओ, यूनिसेफ यूएनडीपी विश्व बैंक आदि प्रमुख हैं। ईमेल: sanjeevbee@yahoo.co.in

आपूर्ति पक्ष के नजरिए पर ही रहा और यह धारणा भी रही कि लोग स्वयं ही अथवा दूसरों के उदाहरण से उस व्यवहार को देख लेंगे। परिमाण तथा विभिन्न महत्वपूर्ण स्वास्थ्य संबंधी

पहले तो संचार के प्रयासों के लिए केंद्र एवं राज्य के स्तर पर बजट प्रावधान के मामले में रणनीतिक परिवर्तन करना होगा। संचार के प्रयासों के लिए धन बहुत कम होता है। कभी-कभी योजनाकारों के सामने यह समस्या आती है कि राज्य दिए गए बजट का पूर्ण उपयोग भी नहीं कर पाते तो अधिक धन मांगने का क्या औचित्य है?

व्यवहार (जैसे परिवार कल्याण एवं पोषण से संबंधित व्यवहार) के स्तर पर वास्तविक लक्ष्य प्राप्त नहीं कर पाने की चुनौतियों का पता चलने के बाद रुख बदलकर व्यवहार परिवर्तन संचार (बीसीसी) की ओर कर दिया गया। इस रुख में कई लाभ थे, जहां किसी विशिष्ट व्यवहार में परिवर्तन करने के लिए प्रमाण एवं परिवेश संबंधी दृष्टिकोण के आधार पर कार्य किया जा रहा था। इस तरीके में जल्द ही विस्तार किया गया और अस्पष्ट दिखने वाले सामाजिक भाग को स्पष्ट रूप से शामिल करते हुए सामाजिक एवं व्यवहार परिवर्तन संचार (एसबीसीसी) का खाका तैयार किया गया। एसबीसीसी खाके में नियमों तथा मूल्यां एवं पारिस्थितिकी के अनुसार परिवर्तित होने वाले कारकों के महत्व का ध्यान रखा जाता है।

इस प्रकार खाकों, मॉडलों, तरीकों, सिद्धांतों के नाम, आकृतियां एवं आकार बदल चुके हैं किंतु क्या हमें महत्वपूर्ण प्रश्न का उत्तर मिला है? क्या संचार के उपकरणों एवं क्षमता की हमारी समझ और उसमें निवेश बदला है? क्या हमने दिखाया है कि संचार को केंद्रीय महत्वपूर्ण रणनीति मानकर निवेश करना अच्छा है, केवल सहायक रणनीति मानकर नहीं, जिसमें सहयोगी सामग्री, गतिविधियां एवं अभियान दिखा देना काफी है? क्या हम व्यापक स्तर पर लोगों के जीवन में परिवर्तन की गति एवं गुणवत्ता बढ़ाने में सक्षम रहे हैं? क्या संचार की रूपरेखा तथा आपूर्ति की प्रणाली लोगों, परिवारों एवं समुदायों तथा समाजों एवं व्यवस्थाओं के साथ आने वाले परिवर्तनों की गहन एवं व्यापक समझ पर आधारित नए उपकरणों एवं तकनीकों के अनुरूप है? क्या हम लोगों को आंकड़ा मानने

के बजाय परिवर्तनकारी मानने लगे हैं? क्या हम शब्दजाल से पार पाने और अपने जमीनी स्तर के कार्मिकों को समाज के साथ जुड़ने एवं बदलने योग्य बनाने में सक्षम हुए हैं? ऐसा लगता है कि नीतिगत स्तर पर परिवर्तन हुए हैं किंतु ये परिवर्तन संस्थानों तक और जमीनी स्तर पर कार्मिकों तक नहीं पहुंचे हैं।

संचार की क्षमता का पूरा अनुभव तभी किया जा सकता है, जब यह जनसामान्य तक पहुंचे और सक्षम, योग्य एवं संवेदनशील कार्मिक तैयार करे तथा जागरूक नागरिक भी तैयार करे, जो स्वयं कार्य करने हेतु सक्षम हो चुका है। वास्तव में इससे मांग घटेगी क्योंकि बचाव एवं प्रोत्साहन के उपाय यह सुनिश्चित कर सकेंगे कि स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता नाजुक परिस्थितियों अथवा आपातकालीन स्थितियों में ही पड़े। आने वाले वर्षों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में स्वास्थ्य संचार के खाके के अंतर्गत छह स्पष्ट तरीकों पर अधिक गंभीर एवं महत्वपूर्ण विचार किए जाने की आवश्यकता है।

पहले तो संचार के प्रयासों के लिए केंद्र एवं राज्य के स्तर पर बजट प्रावधान के मामले में रणनीतिक परिवर्तन करना होगा। संचार के प्रयासों के लिए धन बहुत कम होता है। कभी-कभी योजनाकारों के सामने यह समस्या आती है कि राज्य दिए गए बजट का पूर्ण उपयोग भी नहीं कर पाते तो अधिक धन मांगने का क्या औचित्य है? हालांकि यह एक सीमा तक सच हो सकता है किंतु वास्तव में इससे व्यवस्था को सतर्क होना चाहिए तथा उन चुनौतियों एवं खामियों की पड़ताल करनी चाहिए, जिनके कारण राज्य अथवा संस्था स्वास्थ्य संचार की अपनी धनराशि का ठीक से इस्तेमाल नहीं कर पा रहे हैं। इसके दो पहलू हैं, पहला तो यह है कि आवंटन किस आधार पर किया जाता है, आवश्यकता के आधार पर अथवा प्रदर्शन के आधार पर? संचार के लिए प्रदर्शन के आधार पर आवंटन करने से दो खामियां दूर हो सकती हैं - जवाबदेही की और संचार प्रयासों की गुणवत्ता की। धन खर्च करने पर ही जोर नहीं होना चाहिए बल्कि संचार साधनों के कारण स्पष्ट परिणाम एवं प्रभाव प्राप्त करने के लिए उसे ठीक से खर्च करने पर जोर होना चाहिए। संचार विभाग एवं नीति और कार्यक्रम से लेकर जमीनी कार्मिकों तक सभी स्तरों के लोगों के लिए प्रदर्शन आधारित प्रोत्साहन होना चाहिए।

दूसरा, संचार विभाग के कर्मचारियों एवं प्रशिक्षण संस्थाओं की क्षमता में व्यापक वृद्धि करनी होगी। वे परिवर्तन के संवाहक हैं और यदि उनके पास नए, अनूठे उपकरण एवं तकनीक नहीं होंगी और उन्हें तेज तथा बेहतर आपूर्ति के लिए नियमित रूप से प्रशिक्षित नहीं किया जाएगा तो वे परिवर्तन ला ही नहीं सकेंगे। यह बड़ा किंतु त्वरित महत्व का कार्य है, जिसके लिए संचार विशेषज्ञों एवं एनआईएचएफडब्ल्यू, एसआईएचएफडब्ल्यू, एएनटीसी एवं एडब्ल्यूटीसी जैसी प्रशिक्षण संस्थाओं में विशेष रूप से तैयार संचार पाठ्यक्रमों की आवश्यकता होगी। संचार संबंधी योग्यता पर जोर देते हुए प्रशिक्षण संस्थाओं में नई ऊर्जा एवं जीवन के संचार की त्वरित आवश्यकता है। ये प्रशिक्षण प्रदर्शन में सुधार करने वाले उन कारकों पर आधारित हो सकते हैं, जिनसे नतीजे प्राप्त हों। सामान्य अंतर वैयक्तिक संचार (आईपीसी) से आगे जाने की आवश्यकता है, जिसमें लोगों से केवल परामर्श करने एवं प्रेरित करने के बजाय उन्हें मनाने, बातचीत करने एवं प्रभावित करने की क्षमता उत्पन्न करने वाली रणनीतियां शामिल होंगी। सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय के साझेदार विभाग जैसे क्षेत्रीय प्रचार निदेशालय, गीत एवं नाट्य प्रभाग, दूरदर्शन, ऑल इंडिया रेडियो, श्रव्य एवं दृश्य प्रचार निदेशालय से अधिक सक्रिय भागीदारी की जा सकती है।

तीसरा, बेहतर परिणामों एवं जवाबदेही हेतु स्वास्थ्य संचार के लिए बेहतर निगरानी, आकलन, मूल्यांकन एवं अनुसंधान प्रयासों को ठीक से लागू करने की आवश्यकता है। इस

सकारात्मक समाचारों एवं पर्याप्त प्रचार के लिए मीडिया के साथ साझेदारी करने और बढ़ाने की भी आवश्यकता है। मीडिया पक्ष रखने वाला और सूचना प्रसारित करने वाला महत्वपूर्ण साझेदार हो सकता है, जिसके जरिए विशाल जनसंख्या तक पहुंचा जा सकता है और उसे प्रभावित किया जा सकता है। निजी क्षेत्र एवं कंपनियों के साथ भी साझेदारी हो सकती है, जो प्रबंधन, परिचालन, तकनीक के मामले में विशेषज्ञता का लाभ दे सकते हैं।

पहलू को गंभीरता से नहीं लिया जाता और प्रमाण के रूप में केवल उपयोग प्रमाणपत्रों तथा छायाचित्रों और प्रेस विज्ञापित जैसे दस्तावेजों से काम चला लिया जाता है।

रचनात्मक एवं योगात्मक अनुसंधान बहुत कम और कभी-कभार होते हैं। कार्यक्रम प्रबंधकों एवं अधिकारियों तथा संबंधित साझेदारों एवं एजेंसियों को इस प्रकार के अनुसंधान एवं मूल्यांकन शीघ्रता एवं गुणवत्ता के साथ करने के कौशल प्रदान किए जाने चाहिए। स्वास्थ्य संचार गतिविधियों के लिए सूचकों की निगरानी एक अन्य पहलू है। अभी तक इनमें से अधिकतर सामग्री अथवा प्रक्रिया अथवा परिणाम संबंधी सूचक हैं किंतु उन्हें बदलकर *परिवर्तन* का पता लगाने वाले सूचक अपनाने की आवश्यकता है। स्वास्थ्य संचार गतिविधियों हेतु प्रतिपुष्टि की प्रणाली को भी सशक्त बनाए जाने की आवश्यकता है।

चौथा, स्वास्थ्य संचार की सामग्री एवं गतिविधियों की रचनात्मक परिकल्पना एवं प्रस्तुतिकरण में आमूल-चूल परिवर्तन की आवश्यकता है। संचार के उपकरणों को स्वयं तैयार करने के मामले में व्यक्तिगत तथा संस्थागत स्तर पर सीमित क्षमताएं हैं। इस मामले में संदेश, डिजाइन, लेआउट एवं ब्रांडिंग की गुणवत्ता चुनौती बनी हुई है। संचार के उत्पादों का निर्माण एवं आपूर्ति दो तरीकों से होती है, स्वयं और ठेके पर अर्थात् आउटसोर्सिंग के जरिए। प्राप्ति एवं प्रबंधन तथा लागत के मामले में आउटसोर्सिंग की अपनी चुनौतियां हैं। किसी सामग्री में महत्वपूर्ण यह है कि वह महत्वपूर्ण बात यह दर्शकों अथवा श्रोताओं को अपने साथ जोड़ पाती है अथवा नहीं और उनकी आकांक्षाओं तथा आवश्यकता के अनुरूप है अथवा नहीं। कभी-कभी यह चुनौती भी आती है कि इन्हें राज्यों के प्रचार के लिए इस्तेमाल किया जाता है और अधिकतर स्थान प्रचार से ही घिर जाता है। जब तक इस प्रकार के प्रचार अथवा उपस्थिति की आवश्यकता न हो, उससे बचा जाना चाहिए। *सामाजिक संचार* (अर्थात् सरकारी संचार) को वाणिज्यिक संचार की तुलना में कई बार रस्मी अथवा उबाऊ माना जाता है। इसे बदलने की आवश्यकता है और उससे संचार में ही नहीं बल्कि सरकारी सेवाओं एवं कर्मचारियों की छवि में भी बहुत बड़ा परिवर्तन होगा। लोगों का ध्यान खींचने और परिवर्तन की प्रक्रिया में उनकी रुचि जगाते हुए उसमें उन्हें लगाने के लिए संदेशों को नए सिरे से गढ़े जाने की आवश्यकता है।

पांचवां, केंद्र एवं राज्य के स्तर पर स्वास्थ्य संचार ढांचे को बदलने की आवश्यकता है। केंद्र में तथाकथित आईईसी इकाई अथवा

राज्यों में आईईसी ब्यूरो अथवा कुछ जिलों में बीसीसी प्रकोष्ठ छोटी इकाई हैं, जिनमें कभी-कभार बहुत कम अधिकारी एवं संसाधन होते हैं। इन इकाइयों को मोटे तौर पर आईईसी सामग्री तैयार करने वाली एवं वितरण करने वाली इकाई माना जाता है। दशकों पहले स्थापित हुए संचार विभाग ने अपने ढांचे और कामकाज में आज तक बदलाव नहीं किया है। इसलिए इकाई के कर्मचारी, शर्त एवं कार्य का दायरा अब भी सामग्री तैयार करने अथवा प्राप्त करने और वितरित करने तक ही सीमित रहे हैं। उन्हें कार्यक्रम अथवा प्रेस का प्रबंधन करने वाला भी माना जाता है, जो प्रेस कार्यक्रम, रिपोर्ट को देखते हैं और अधिकारियों तथा विभागों के लिए प्रेस विज्ञप्ति तैयार भी करते हैं। सामाजिक एवं व्यवहार परिवर्तन के लिए रणनीतिक संचार का ठोस एवं पेशेवर काम अक्सर पिछड़ जाता है और

सामान्य अंतर वैयक्तिक संचार (आईपीसी) से आगे जाने की आवश्यकता है, जिसमें लोगों से केवल परामर्श करने एवं प्रेरित करने के बजाय उन्हें मनाने, बातचीत करने एवं प्रभावित करने की क्षमता उत्पन्न करने वाली रणनीतियां शामिल होंगी। सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय के साझेदार विभाग जैसे डीएफपी, गीत एवं नाट्य प्रभाग, दूरदर्शन, ऑल इंडिया रेडियो, श्रव्य एवं दृश्य प्रचार निदेशालय से अधिक सक्रिय भागीदारी की जा सकती है।

प्रशासनिक, सामग्री जुटाने तथा परिचालन के पहलू भारी पड़ जाते हैं। पर्याप्त संसाधनों एवं जवाबदेही के साथ महत्वपूर्ण कार्य करने हेतु विशेषज्ञता एवं उपकरणों वाली संचार इकाइयों की आवश्यकता है, जो उपरोक्त चार तत्वों का भी खयाल रखेंगी।

छठा, स्वास्थ्य संचार प्रयासों में सभी स्तरों पर साझेदारी मजबूत करने एवं उनका पोषण करने की आवश्यकता है। यह साझेदारी एनजीओ तथा सीबीओ के साथ हो सकती है क्योंकि वे समुदाय के अधिक करीब होते हैं तथा समुदायों को उनमें भरोसा होता है, जो उन्हें जोड़ने के लिहाज से अच्छी बात है। सकारात्मक समाचारों एवं पर्याप्त प्रचार के लिए मीडिया के साथ साझेदारी करने और बढ़ाने की भी आवश्यकता है। मीडिया पक्ष रखने वाला और सूचना प्रसारित करने वाला

महत्वपूर्ण साझेदार हो सकता है, जिसके जरिए विशाल जनसंख्या तक पहुंचा जा सकता है और उसे प्रभावित किया जा सकता है। निजी क्षेत्र एवं कंपनियों के साथ भी साझेदारी हो सकती है, जो प्रबंधन, परिचालन, तकनीक के मामले में विशेषज्ञता का लाभ दे सकते हैं तथा कॉर्पोरेट सामाजिक दायित्व (सीएसआर) के अंतर्गत धन भी दे सकते हैं, जिसका लाभ संचार अभियानों को मिल सकता है। आस्था पर आधारित संगठनों, वैचारिक नेताओं, शैक्षिक एवं अनुसंधान संगठनों, अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं, संयुक्त राष्ट्र एवं बहुराष्ट्रीय संगठनों, प्रतिष्ठानों एवं धर्मार्थ संगठनों के साथ भी साझेदारी मजबूत किए जाने की आवश्यकता है, जो व्यवहार में परिवर्तन की बात कर सकते हैं एवं लोगों को प्रभावित कर सकते हैं। मांग के मोर्चे पर ध्यान देने का अर्थ यह नहीं है कि आपूर्ति के मोर्चे पर नाकामियों एवं गड़बड़ियों की ओर आंखें मूंद ली जाएं। मांग के मोर्चे पर अपेक्षाएं इतनी बढ़ा ली गईं कि पूरी ही नहीं हो सकीं तो प्रदाताओं एवं उपयोगकर्ताओं दोनों में हताशा बढ़ जाएगी। उदाहरण के लिए मांग संबंधी उपकरणों को आपूर्ति के मामले में महत्वपूर्ण हस्तक्षेप कराने का तरीका मानने के बजाए स्वास्थ्य व्यवस्था में सुधार का विकल्प मान लेना सरल है। आपूर्ति के मोर्चे पर संसाधन संबंधी एवं संस्थागत रुकावटों का ही वास्तव में समाधान होता रहना चाहिए।

निष्कर्ष यही है कि स्वास्थ्य संबंधी कार्यक्रमों एवं गतिविधियों के परिणाम तथा प्रभाव की गति तेज करने के लिए भारत में रणनीतिक स्वास्थ्य संचार प्रयासों को मजबूत किए जाने की आवश्यकता है। संक्रामक एवं असंक्रामक रोगों के बढ़ते बोझ को बचाव एवं व्यवहार परिवर्तन संबंधी संचार के उन कार्यक्रमों से कम किया जा सकता है, जो रचनात्मक, अकाट्य, प्रमाणों पर आधारित हों, पेशेवर तरीके से तैयार किए जाएं, साझेदारी का लाभ उठाएं एवं स्वास्थ्य संबंधी व्यवहार में सकारात्मक परिवर्तन तथा वांछित स्वास्थ्य आदतों को अपनाए जाने में जिनके योगदान की निगरानी एवं मूल्यांकन किया जा सके। 12वीं पंचवर्षीय योजना के लक्ष्य एवं सतत विकास के लक्ष्य तेजी से प्राप्त करने हैं तो स्वास्थ्य संचार की क्षमता एवं संभावना को केवल संभावना एवं भाषण के स्तर पर नहीं छोड़ना चाहिए बल्कि उसे अमली जामा पहनाकर उसका लाभ उठाना चाहिए। □

कुपोषण की रोकथाम: महिला स्वास्थ्य की भूमिका

मीरा मिश्र

अगर महिलाएं पोषण और स्वास्थ्य देखभाल से वंचित रहती हैं तो समाज में उसका विपरीत प्रभाव यह पड़ता है कि उनके पूरे वंश का स्वास्थ्य प्रभावित होता है- भले ही वे पुरुष हों या फिर महिलाएं। -सादिक ओस्मानी और अमर्त्य सेन



बीमारियों और कुपोषण के बीच गहरा संबंध है। जैसा कि पोषण पर संयुक्त राष्ट्र की स्थाई समिति का कहना है, विश्व की कई बड़ी बीमारियों का सबसे बड़ा कारण कुपोषण है। कई बार कुपोषण के कारण बीमारियां होती हैं तो कई बार बीमारियों के तमाम कारणों में कुपोषण भी शामिल होता है। मातृ पोषण में सुधार से न सिर्फ महिलाओं के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार होगा, बल्कि इससे उनके बच्चों और साथ ही, पूरे देश को लाभ होगा। देश में हर वर्ष ढाई करोड़ से भी अधिक बच्चे (2 करोड़ 60 लाख) जन्म लेते हैं। निस्संदेह, वे एक बेहतर जीवन के हकदार हैं

बच्चों में कुपोषण, उनके शारीरिक और मानसिक विकास को प्रभावित करता है। विकासशील देशों (यूएनएससीएन 5) में कुपोषण के कारण लगभग 14 करोड़ 70 लाख छोटे बच्चों (प्री स्कूलर्स) का उचित शारीरिक और मानसिक विकास नहीं होता। विश्व भर में बच्चों की 45% मौतों का कारण पर्याप्त पोषण का न मिलना है। अगर बच्चों को पूरा पोषण नहीं मिलता तो वे या तो गंभीर रूप से बीमार हो जाते हैं या फिर उनकी दूसरी बीमारियां कुपोषण के कारण और गंभीर हो जाती हैं। जिन बच्चों का वजन थोड़ा-बहुत भी कम होता है, उन बच्चों के मौत का शिकार होने की आशंका उन बच्चों की तुलना में दुगुनी होती है जिन्हें पूरा पोषण मिलता है। सूक्ष्म पोषक तत्वों में विटामिन ए की कमी से बच्चों की रोग प्रतिरोधक क्षमता प्रभावित होती है जिसके कारण हर वर्ष लगभग 10 लाख बच्चे मौत का शिकार होते हैं। विश्व स्तर पर हर वर्ष 60 हजार से अधिक गर्भवती महिलाओं की मृत्यु आयरन की कमी के कारण होती है। इसी प्रकार गर्भवती महिलाओं में फोलेट की कमी से हर साल ढाई लाख शिशुओं में जन्म के समय कोई न कोई विकृति हो जाती है। गर्भावस्था में आयरन की कमी के कारण प्रति वर्ष लगभग 1 करोड़ 80 लाख शिशुओं में मानसिक विकृतियां हो जाती हैं और स्कूली

बच्चों का आईक्यू प्वाइंट 0 से 15 तक कम हो जाता है। (भारत स्वास्थ्य रिपोर्ट: पोषण, 2015)।

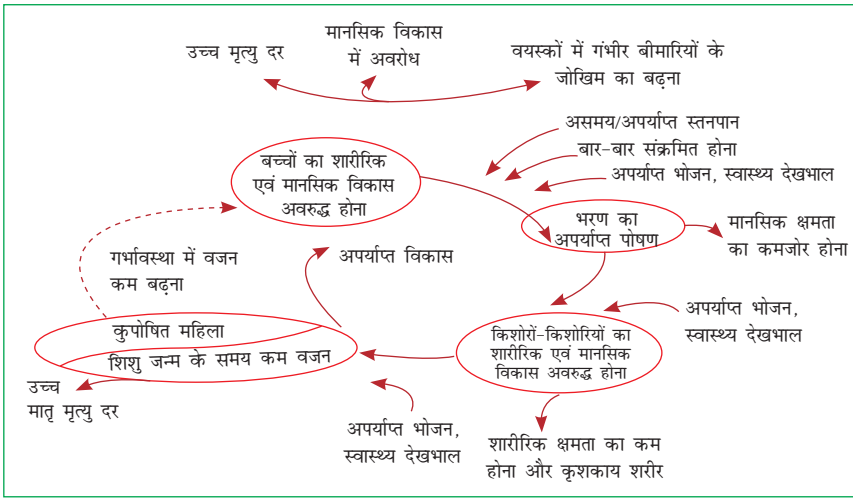
आयरन की कमी की वजह से गर्भवती महिलाओं का शरीर कमजोर हो जाता है जिसके परिणामस्वरूप उनके गर्भ में पल रहे शिशु का विकास भी प्रभावित होता है। इससे महिला और उसके बच्चे के बीमार होने या मृत्यु का शिकार होने की आशंका बढ़ जाती है (विश्व स्वास्थ्य संगठन 2000 ए)। कुपोषण का आर्थिक प्रभाव भी व्यापक होता है। एनीमिया यानी खून की कमी की वजह से बच्चों में कम समझ और वयस्कों में कम उत्पादकता जैसी समस्याएं उत्पन्न होती हैं। इन समस्याओं की आर्थिक लागत अकेले दक्षिण एशिया में पांच अरब अमेरिकी डॉलर प्रति वर्ष है। (रॉस एंड होर्टन, 1998)

स्वास्थ्य और पोषण में परस्पर पीढ़ीगत और बहु-आयामी संबंध

1992 में पहली बार शारीरिक एवं मानसिक विकास में होने वाली कमी के पीढ़ीगत स्वरूप को स्पष्ट किया गया था। बताया गया था कि किस प्रकार पीढ़ी दर पीढ़ी लोगों का विकास प्रभावित होता है जिसकी शुरुआत असल में महिलाओं से होती है। यह भी कहा गया कि महिलाओं के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार

लेखिका विश्व स्तर पर स्वास्थ्य और सामाजिक विकास के क्षेत्र में लगभग 25 वर्षों से कार्य कर रही हैं। 2011 से भारत में कृषि विकास के लिए संयुक्त राष्ट्र अंतरराष्ट्रीय कोष की राष्ट्रीय सह-समन्वयक के रूप में वह कृषि, खाद्य और पोषण सुरक्षा के मुद्दों पर कार्य कर रही हैं। ईमेल: m.mishra@ifad.org

आरेख 1: जीवन चक्र के दौरान पोषण की कमी



स्रोत: 21 वीं सदी की पोषाहार चुनौतियों पर नियुक्त आयोग-एसीसी/एससीएन के अनुसार तैयार किया गया

से ही कुपोषण को रोकथाम की जा सकती है। अगर बच्चियां कुपोषण का शिकार होंगी तो अस्वस्थ शरीर के साथ किशोरावस्था में कदम रखेंगी। इसका उनके समूचे स्वास्थ्य पर असर होगा, विशेष रूप से जब वह कम उम्र में गर्भधारण करेंगी। जिन गर्भवती किशोरियों का शारीरिक विकास पहले से प्रभावित है या जिनमें खून की कमी है, उन किशोरियों में प्रसव के समय और उसके बाद समस्याएं होने की आशंका अधिक पाई जाती है, जैसे उनका प्रसव समय से पहले हो सकता है या उनके शिशु कमजोर पैदा हो सकते हैं। बार-बार गर्भ धारण करना या कम अंतराल पर बच्चों को जन्म देना, साथ ही भारी शारीरिक श्रम, आहार उपलब्ध न होना, भेदभाव और पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल न मिलने के कारण अनेक महिलाओं में पोषण की कमी हो जाती है। इससे उनका स्वास्थ्य तो प्रभावित होता ही है, अगली पीढ़ी के स्वास्थ्य और पोषण पर भी बुरा असर होता है। (विश्व स्वास्थ्य संगठन 1997, 2000ए, संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष 1997, 2000)।

शुरुआती 1,000 दिनों का महत्व

गर्भावस्था से लेकर शिशु के दूसरे जन्मदिन के बीच के 1,000 दिनों के दौरान महिलाओं को पोषण प्रदान करना विशेष महत्वपूर्ण है क्योंकि यह भविष्य की आधारशिला रखता है। इस दौरान पूरा पोषण देने से बच्चे के बढ़ने, उसके सीखने और समझने की क्षमता पर गहरा और स्थाई प्रभाव पड़ता है जो देश के स्वास्थ्य और कल्याण में भी योगदान देता है। महिला

को गर्भावस्था के दौरान और बच्चे को जन्म के शुरुआती एक साल में पूरा पोषण देने से मस्तिष्क का उचित विकास होता है। स्वस्थ शारीरिक विकास होता है और रोग प्रतिरोधक क्षमता मजबूत होती है। इस बात के वैज्ञानिक प्रमाण हैं कि किसी व्यक्ति के जीवनपर्यन्त स्वास्थ्य का आधार इन्हीं 1,000 दिनों से निर्धारित होता है जिसमें उस व्यक्ति का मोटापा या कई गंभीर रोगों से ग्रस्त होना भी शामिल है।

भारत: स्थिति और प्रतिक्रिया

कुपोषण को कम करने की प्रतिबद्धता और अपनी सतत आर्थिक वृद्धि के बावजूद भारत सभी प्रमुख पोषण संकेतकों में पीछे है। रैपिड सर्वे ऑफ चिल्ड्रन के अनुसार, पांच वर्ष से कम आयु के 38.7% बच्चों का विकास अवरुद्ध (स्टंटड) है, 19.8% बच्चे अत्यंत जीर्ण हैं और 42.5% का वजन बहुत कम है। स्टंटिंग यानी शारीरिक विकास अवरुद्ध होने की वजह अल्प पोषण है, जीर्ण होना अत्यंत अल्प पोषण का संकेत है और इन्हीं दोनों के कारण बच्चों का वजन बहुत कम है। वर्ष 2006 तक इन आंकड़ों में गिरावट की दर धीमी थी। हालांकि, एनएफएचएस- 3 के बाद से इसमें प्रगति हुई। वर्ष 1992-2006 में 1.2% की तुलना में, वर्ष 2006-14 से हर वर्ष स्टंटिंग की औसत वार्षिक दर में 2.3% की गिरावट आई। (आरएसओसी, 2014)

देश में कुपोषण की समस्या से निपटने के लिए कई तरह के प्रयास किए जा रहे हैं। इस दिशा में सरकारी विभाग और मंत्रालय ऐसी अनेक योजनाओं और कार्यक्रमों का

संचालन कर रहे हैं जो प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष रूप से पोषण की स्थिति को प्रभावित कर रहे हैं। विशेष रूप से महिला एवं बाल विकास मंत्रालय का प्रमुख कार्यक्रम आईसीडीएस आंगनबाड़ी केंद्रों के कार्यकर्ताओं के माध्यम से बच्चों और गर्भवती माताओं के पोषण और स्वास्थ्य की स्थिति में सुधार की दिशा में कार्य करता है। इसके अंतर्गत अनेक सुविधाएं उपलब्ध कराई जाती हैं, जैसे अनुपूरक पोषण, टीकाकरण, स्वास्थ्य जांच, रेफरल सेवाएं आदि। इसी प्रकार खाद्य एवं नागरिक आपूर्ति मंत्रालय लोगों को सस्ता भोजन उपलब्ध कराने के सार्वजनिक वितरण प्रणाली (पीडीएस) का संचालन करता है। ग्रामीण विकास मंत्रालय ने घरेलू आय का स्तर बढ़ाने के उद्देश्य से मनरेगा लागू किया है जिससे लोगों के लिए भोजन पाना आसान हो। मानव संसाधन विकास मंत्रालय द्वारा लागू मध्याह्न भोजन योजना (मिड-डे मील स्कीम) दुनिया का सबसे बड़ा स्कूली भोजन कार्यक्रम है। जनजातीय मामलों का मंत्रालय जनजातीय आबादी की भूख और पोषण जैसी जरूरतों को पूरा करने के लिए अनेक प्रकार की पहल करता है। इसके अतिरिक्त निजी क्षेत्र, नागरिक समाज के संगठनों और संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों सहित अन्य विकास भागीदारों द्वारा भी विभिन्न प्रकार की पहल की जा रही हैं।

राज्य स्तरीय पहल:

उत्तराखंड का उदाहरण

उत्तराखंड के तीन जिलों में महिला संगठन आईसीडीएस के तहत टेक होम राशन (राशन घर ले जाओ) की आपूर्ति कर रहे हैं। वे राशन के रूप में मंडवा और अन्य परंपरागत अनाज और दालों की आपूर्ति करते हैं। संगठन की सदस्य महिलाएं इन अनाजों की ग्रेडिंग, छंटाई और पैकेजिंग करती हैं और बदले में संगठन उन्हें हर पैकेट पर एक रुपये चुकाता है। एक औसत महिला हर दिन 4 से 5 घंटों में 150 से 200 पैकेट बना लेती है। 10% से अधिक के मुनाफे के साथ, आईसीडीएस राशन संगठनों की व्यावहारिकता और स्थिरता में सुधार लाने में तो महत्वपूर्ण योगदान कर ही रहा है। साथ ही साफ-सुथरे और पौष्टिक आहार की आपूर्ति भी सुनिश्चित कर रहा है। संगठन किसानों को एक किलो मंडवे के लिए 10 से 15 रुपये चुकाते हैं जबकि पहले मंडवे

की कीमत 5 से 8 रुपये ही थी। कीमत में बढ़ोतरी के कारण, किसान भी अब परंपरागत फसलों को उगाने में रुचि ले रहे हैं और मोटे अनाज की मांग में भी तेजी से वृद्धि हो रही है। एक लाभ यह हुआ है कि प्रोसेसिंग और पैकेजिंग के काम ने संगठन के सदस्यों के लिए रोजगार उत्पन्न किया है। वर्ष 2014-15 में आईसीडीएस और महिला संगठनों के बीच 15 समझौता ज्ञापनों पर हस्ताक्षर किए गए और 2.53 करोड़ का कारोबार किया गया जिसमें 23 लाख रुपये का मुनाफा हुआ। अप्रैल 2014 से दिसंबर 2014 के बीच, इन संगठनों ने लगभग 7,500 गर्भवती एवं स्तनपान करने वाली महिलाओं तथा 22,430 बच्चों को लाभ पहुंचाया। उत्तराखंड सरकार के समन्वित आजीविका सहायता कार्यक्रम के तहत यह पहल की गई है। इस योजना को अंतरराष्ट्रीय कृषि विकास कोष द्वारा वित्त पोषण प्राप्त है।

निष्कर्ष

हाल ही में पोषण पर देश में एक स्वास्थ्य रिपोर्ट जारी की गई। इसके छह महत्वपूर्ण संदेश हैं:

- भारत के बच्चों में अवरुद्ध शारीरिक एवं मानसिक विकास (स्टंटिंग), जीर्णता और कम वजन की दर में पिछले एक दशक में गिरावट आई है लेकिन समान आय स्तर वाले अन्य देशों की तुलना में यह दर उच्च है।
- पोषण की स्थिति में सुधार की दर हाल के दशकों में आर्थिक समृद्धि और कृषि उत्पादकता में भारत की महत्वपूर्ण बढ़त के साथ तालमेल नहीं रखती। हालांकि आर्थिक प्रगति के साथ अवरुद्ध शारीरिक एवं मानसिक विकास में गिरावट आ सकती है लेकिन आर्थिक वृद्धि से अल्प पोषण में अपने-आप कमी नहीं आ सकती, बल्कि इसके कारण अधिक वजन और मोटापे जैसी स्थितियां उत्पन्न हो सकती हैं।
- भारत के विभिन्न राज्यों में पोषण की स्थिति और अवरुद्ध शारीरिक एवं मानसिक विकास में आने वाली कमी से यह भी पता चलता है कि इस दिशा में उपलब्धियां हासिल करने के लिए राज्यों की विशेष पहल बहुत जरूरी है।
- भारत में अवरुद्ध शारीरिक और मानसिक विकास (स्टंटिंग) की उच्च दर और

प्रगति में परिवर्तनशीलता के अंतर्निहित कारण जटिल और परस्पर संबंधित हैं। इस दिशा में अनुपूरक आहार, महिलाओं की स्थिति और स्वास्थ्य, साफ-सफाई और सामाजिक एवं जातिगत असमानताएं कुछ प्रमुख चुनौतियां हैं।

- यदि भारत अल्प पोषण की समस्या और बच्चों के विकास पर उसके प्रभाव को अनदेखा करेगा तो आने वाली पीढ़ियों पर आर्थिक, स्वास्थ्य एवं सामाजिक संकट मंडराएगा।
- भारत में अल्प पोषण की समस्या बच्चों के विकास पर गंभीर खतरा है। यदि देश के बच्चों के भविष्य को सुधारना है तो राज्यों के स्तर पर तेज गति से कार्रवाई किए जाने की आवश्यकता है।

भारत की अधिकतर महिलाओं की लंबाई और वजन कम होता है और उनमें खून की कमी होती है। परिणाम के तौर पर वे कमजोर बच्चों को जन्म देती हैं और खुद भी कुपोषण का शिकार होती हैं। पिछले एक दशक से भी अधिक समय से, स्वास्थ्य सेवाएं जच्चा-बच्चा की सेहत में सुधार पर ध्यान केंद्रित कर रही

पिछले एक दशक से भी अधिक समय से, स्वास्थ्य सेवाएं जच्चा-बच्चा की सेहत में सुधार पर ध्यान केंद्रित कर रही हैं। हालांकि इस दिशा में सफलता मिल रही है लेकिन मातृत्व पोषण जैसे उपेक्षित क्षेत्र पर भी तत्काल ध्यान दिया जाना चाहिए, विशेष रूप से गर्भावस्था से पहले और उसके दौरान महिलाओं का वजन बढ़ाना, जिससे जन्म के समय शिशुओं का वजन भी उचित हो।

हैं। हालांकि इस दिशा में सफलता मिल रही है लेकिन मातृत्व पोषण जैसे उपेक्षित क्षेत्र पर भी तत्काल ध्यान दिया जाना चाहिए, विशेष रूप से गर्भावस्था से पहले और उसके दौरान महिलाओं का वजन बढ़ाना, जिससे जन्म के समय शिशुओं का वजन भी उचित हो (आरडब्ल्यूएनएस 6)।

महिलाओं को जीवनपर्यन्त पूरा पोषण मिले, इस संबंध में जीवन चक्रिय दृष्टिकोण की जरूरत है। अगर महिलाओं की पोषण की स्थिति पर पर्याप्त आंकड़े हों तो इससे सरकारों और जन समुदायों को महिला कुपोषण की प्रकृति, उसकी सीमा और परिणामों के संबंध

1,000 दिनों के दौरान सही पोषण मिलने से:

- बच्चे के मस्तिष्क का निर्माण होता है और उसका विकास होता है।
- बच्चे की पढ़ने-लिखने की क्षमता में सुधार होता है। उसकी शैक्षणिक उपलब्धियों में सुधार होता है।
- स्वास्थ्य, शिक्षा और आय क्षमता की असमानताओं में कमी आती है।
- बाद के वर्षों में गंभीर बीमारियों, जैसे मधुमेह और हृदय रोगों का खतरा कम होता है।
- हर वर्ष लगभग 10 लाख से अधिक लोगों की जान बचती है।
- किसी देश की जीडीपी में 12% तक इजाफा होता है।
- गरीबी का पीढ़ी दर पीढ़ी चक्र टूटता है।

स्रोत: <http://thousanddays-org/the&issue/why&1000&days/>

में जागरूक किया जा सकता है लेकिन इन आंकड़ों को नियमित स्तर पर एकत्र किया जाना चाहिए। उनका नियमित विश्लेषण किया जाना चाहिए और उन्हें प्रसारित किया जाना चाहिए। मातृ पोषण में सुधार से न सिर्फ महिलाओं के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार होगा, बल्कि इससे उनके बच्चों और साथ ही, पूरे देश को लाभ होगा। देश में हर वर्ष ढाई करोड़ से भी अधिक बच्चे (2 करोड़ 60 लाख) जन्म लेते हैं। निस्संदेह, वे एक बेहतर जीवन के हकदार हैं।

रीडिंग्स

- यूएनएससीएन की विश्व पोषण की स्थिति पर पांचवीं और छठी रिपोर्ट
- **भारत की स्वास्थ्य रिपोर्ट: पोषण, 2015** http://www-transformnutrition-org/wp-content/uploads/sites/3/2015/12/INDIA&HEALTH&REPORT&NUTRITION_2015_for&Web-pdf
- **रैपिड सर्वे इन चिल्ड्रन** (आरएसओसी, 2014)
- **महिला और स्वास्थ्य पर लर्निंग पैकेज**: न्यूट्रिशन एंड विमेन हेल्थ www-the&network-tufh-org
- **न्यूट्रिशन ऑफ विमेन एंड एडोलेसेंट गर्ल्स**: वार्ड इट मैटर्स। एलिजाबेथ आई. रैनसम और लेसली के. एल्डर
- <http://www-prb-org/Publications/Articles/2003/NutritionofWomenandAdolescentGirlsWhyItMatters-aspU>
- **जे रॉस और स्यू होर्टन**: इकोनॉमिक कॉन्सीक्यूएन्सेस ऑफ आयरन डेफिशिएंसी (1998)

ई-हॉस्पिटल से स्मार्ट बनता स्वास्थ्य-तंत्र

अमित कुमार सिंह



जिंदगी की बदलती चाल-ढाल को देखते हुए आज हमें लगभग सभी क्षेत्रों में कुछ बदलाव की गुंजाइश दिख रही है जो समस्त दशाओं की अनुकूलता का परिणाम ही है। यही कारण है कि हम आज शहर सहित तमाम क्षेत्रों के स्मार्ट बनने की बात करते हैं। इसी स्मार्टनेस की ओर बढ़ने की दिशा में डिजिटलाइजेशन का भी पड़ाव आता है। इस दिशा में विशेष रूप से मौजूदा सरकार ने कई महत्वपूर्ण और आवश्यक कदम भी बढ़ाए हैं। आज हम ई-टिकटिंग, ई-कॉमर्स और ई-बैंकिंग जैसी तमाम डिजिटल सेवाओं का लाभ ले भी रहे हैं, जहां अब गांव-गांव में इंटरनेट की पहुंच को आसान बनाने के लिए ऑप्टिकल फाइबर केबल बिछाई जा रही है, जो कहीं न कहीं मौजूदा सरकार की डिजिटल सोच और उस ओर बढ़ाए गए आवश्यक कदम के परिणाम हैं। इस दिशा में ई-हॉस्पिटल भी एक क्रांतिकारी कदम हो सकता है

ई-

हॉस्पिटल अस्पताल और मरीजों से संबंधित समस्त छोटी-बड़ी सुविधाओं, प्रबंधन और उनके प्रशासन को सरल, सुगम, अधिक सुविधाजनक एवं उसकी बेहतरी के लिए बनाई गई एक स्वचालित प्रणाली है जो हेल्थ मैनेजमेंट इन्फॉर्मेशन सिस्टम (एचएमआईएस) और एचएल7 डेवलपमेंट फ्रेमवर्क पर आधारित है। एचएल7 हेल्थकेयर सिस्टम और मेडिकल डिवाइसों में बाधारहित अंतरकार्यकारी कार्यों को निष्पादित करता है, यानी ये तमाम अस्पतालों के मध्य परस्पर निर्बाध डाटा स्थानांतरण का काम सुगमता से करता है। इसे सरकार की डिजिटल इंडिया योजना की दिशा में भी एक महत्वपूर्ण कदम माना जा रहा है। प्रधानमंत्री के बेहतर प्रशासन के लिए किए जा रहे प्रयासों को आगे बढ़ाने में ई-हॉस्पिटल जेएएम (जनधन, आधार और मोबाइल) के तहत एक महत्वपूर्ण पहल है, जो समाज के उन वंचित और जरूरतमंदों के लिए एक क्रांतिकारी पहल है, जो अब तक चिकित्सा के क्षेत्र में उसके सहज उपयोग के साधन न होने और उसकी जटिलता के कारण गुणवत्तापरक चिकित्सकीय सुविधाएं लेने में असमर्थ रहे हैं।

वास्तव में ई-हॉस्पिटल की शुरुआत, विकास और इसका कार्यान्वयन अगरतला गवर्नमेंट मेडिकल कॉलेज और जीबीपी टीचिंग हॉस्पिटल त्रिपुरा में एनआईसी, त्रिपुरा स्टेट सेंटर द्वारा सन् 2009 में हुआ। इसके बाद एनआईसी के एक समूह ने इसकी और अधिक बेहतरी के लिए बाद में जमकर काम किया और ई-गवर्नेन्स के माध्यम से इसके लिए एक क्वालिटी एवं निःशुल्क नीति को

तैयार किया, जिसमें हम e-hospital@nic के नाम से जानते हैं। इसको बाद में लोगों से बहुत अच्छी प्रतिक्रियाएं मिलीं जो आज भी बदस्तूर जारी है क्योंकि ई-हॉस्पिटल के यूजर इंटरफेसों और सूचनाओं को आसानी से प्रयोग में लाया जा सकता है।

उपयोक्ता अनुकूल व्यवस्था

जनसंख्या वृद्धि के बहुत अधिक दबाव होने से बढ़े हुए कामकाज के भार को ई-हॉस्पिटल ने कम किया है, जिससे लोगों के कार्य-प्रवाह में तेजी आई है और उनको आसानी से स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ भी मिल रहा है। इसके अलावा ई-हॉस्पिटल को उपयोग करने वाले जन अस्पताल की आवश्यकताओं और अन्य छोटी-मोटी जरूरतों तक भी आसानी से पहुंच सकता है। ई-हॉस्पिटल की सेवाओं का लाभ प्राप्त चुके एक मरीज जिन्हें फियोक्रोमो सायटोमा नाम की बीमारी थी, एम्स में इलाज उन्होंने ई-हॉस्पिटल के जरिए कराया है। यह कहते हैं 'मेरा ई-हॉस्पिटल की सेवा का अनुभव बहुत ही अच्छा रहा है। इससे मैं बीमारी के दौरान होने वाले भारी तनाव और अतिरिक्त परेशानियों से बच गया हूँ। इस सेवा के लाभ से किसी मरीज के साथ लगने वाले लगभग किसी तीमारदार की काफी हद तक जरूरत कम हुई है और स्वयं मरीज को भी आवाजाही से छुटकारा मिल गया है। मुझे अपने ट्रीटमेंट के दौरान तमाम कागजातों को संभालने के लिए कोई जोखिम नहीं था, क्योंकि इससे पहले मेरे साथ पिछले कई मामलों में ऐसा भी हुआ है कि कई बार अस्पतालों से हमें मिलने वाले पर्चे पानी में धुलकर खराब हो

लेखक भारतीय जनसंचार संस्थान, नई दिल्ली से प्रशिक्षित पत्रकार हैं और थिंक टैंक भारत-नीति की राष्ट्रीय कार्यकारिणी से जुड़े हुए हैं। ये तमाम पत्र-पत्रिकाओं और वेब-पोर्टल पर सामाजिक, राजनीतिक और नीतिगत मामलों पर लगातार लिखते रहे हैं। ये युवा नाटककार एवं कहानीकार के रूप में भी जाने जाते हैं और इन्होंने इलाहाबाद में रंग कर्म की संस्था द थर्ड बेल के साथ वर्षों तक काम भी किया है। संप्रति आकाशवाणी, नई दिल्ली से संबद्ध हैं। ईमेल: amitrajpoor.ar@gmail.com

गए, वे सड़ गए तो कई बार उनको चूहों ने भी कुतर डाला था लेकिन इस ई-हॉस्पिटल की सेवा को पाकर मैं इस दफा ऐसे तनावों और जोखिमों से भी दूर था। डॉक्टरों में भी मुझे इलाज के दौरान अतिरिक्त रोमांच देखने को मिला। मैं इस सेवा का लाभ लेकर बहुत अच्छा महसूस कर रहा हूँ और लोगों को भी सलाह दूंगा कि लोग अधिक-से-अधिक इस सेवा का लाभ लेकर अपना कीमती समय और पैसा दोनों बचाएं।’

कार्यप्रणाली

वास्तव में ई-हॉस्पिटल एक वृहद संरचना में तैयार की गई प्रणाली है जो कुछ विशेष मूलभूत उपागमों के अतिरिक्त तमाम अतिरिक्त सेवाओं से संबंधित उपागमों से सजा एक तंत्र है। मूलभूत उपागम सभी अस्पतालों में अनिवार्य रूप से उपलब्ध होते हैं। इसमें सबसे पहले मरीजों के पंजीकरण और अस्पताल में उनके एप्वाइंटमेंट से संबंधित सुविधाएं दी गई हैं। इसके अंतर्गत मरीज पंजीकरण उसके समस्त ब्यौरों के साथ किया जाता है, जिससे मरीज को प्रशासनिक कार्यों और देखरेख प्रक्रिया में सुगमता मिलती है।

दूसरा, बाह्य रोगी प्रबंधन की सुविधाओं के अंतर्गत भी मरीजों को चिकित्सकों की उपलब्धता की व्यवस्था की गई है। इस मॉड्यूल में सभी मरीजों और उनकी रोग-संबंधी सूचनाएं त्वरित उपलब्ध होने से चिकित्सकों को मरीजों की प्रशासनिक जानकारीयां हासिल करने और उनकी देखभाल दोनों प्रक्रियाओं में सुगमता होती है। इसके अलावा मूलभूत उपागम के अंतर्गत ही मरीजों की दीर्घकालिक एवं तत्कालिक सभी प्रकार की बिलिंग का भी निराकरण किया जाता है। इस मॉड्यूल में बिलिंग प्रक्रियाओं के समस्त प्रकार जैसे—बाह्य-रोगी, आंतरिक रोगी और रेफरल रोगियों को भी सम्मिलित किया जाता है। इसके अंतर्गत अस्पताल से संबंधित सभी भुगतान जैसे— बेड चार्ज, लैब परीक्षण, औषधियां, चिकित्सकीय शुल्क, भोजन आदि के बिल शामिल होते हैं। इन सबके लिए भीड़-भाड़ की रेलमपेल से निजात पाने में ई-हॉस्पिटल बेहद उपयुक्त है जो इन सबके अतिरिक्त धन और समय दोनों को भी बचाता है।

इसके अतिरिक्त सेवा संबंधी मूलभूत उपागम भी ई-हॉस्पिटल की सेवाओं में शामिल

हैं। इसके अंतर्गत अस्पताल से संबंधित सभी सुविधाओं और सेवाओं की व्यवस्था उपलब्ध हो जाती है। साथ ही सुरक्षा कार्य-प्रवाह अथवा प्रयोगकर्ता प्रबंधन भी ई-हॉस्पिटल की सेवाओं से जुड़े अस्पतालों में हमें मूलभूत रूप से मिल जाते हैं। इसका मुख्य काम एप्लीकेशन में उपलब्ध सूचनाओं की पहुंच की सुरक्षा पर नियंत्रण करना है।

इन तमाम मौलिक उपागमों के अतिरिक्त कुछ अतिरिक्त उपागम भी ई-हॉस्पिटल की सेवाओं से जुड़े हैं। यद्यपि सभी अस्पतालों में समस्त सुविधाएं प्राप्त होती हैं, फिर भी ई-हॉस्पिटल की अतिरिक्त सुविधा यही है कि यदि कोई सेवा जो आपको चाहिए आपके

ई-हॉस्पिटल के मुख्य आकर्षण

- ISO/IEC 9126 पंजीकृत
- HDF (HL7 डेवलपमेंट फ्रेमवर्क) आधारित
- यूनीकोड आधारित भारतीय बहुभाषा समर्थन
- विभिन्न अनुकूलन मापदंडों के आधार पर व्यापकता एवं सुगमता
- नियंत्रण और सुरक्षा आधार पर व्यापक महत्व
- डाटा सुरक्षा और गोपनीयता
- लेन-देन का अंकेक्षण
- शब्दकोष-ICD-9 & LOINC etc.
- मरीजों के ब्यौरे की तीव्र एवं प्रभावशाली उपलब्धता
- KIOSK टच स्क्रीन यूजर इंटरफेस
- WINDOWS और LINUX पर उपलब्धता

स्रोत: <http://tsu.trp.nic.in/ehospital>

द्वारा पंजीकृत अस्पताल में उपलब्ध नहीं है तो ई-हॉस्पिटल से जुड़े दूसरे अस्पताल से वह सेवा लेकर आपको उपलब्ध करा दी जाती है तो यह कहना कोई अतिशयोक्ति न होगा कि ई-हॉस्पिटल से स्वास्थ्य-तंत्र स्मार्ट बन रहे हैं। फिर भी एक नजर ई-हॉस्पिटल के द्वारा उपलब्ध अतिरिक्त उपागमों पर डाल लेनी चाहिए।

स्वचालित तंत्र

सबसे पहले फार्मसी के अंतर्गत सामान्य कार्य-प्रवाह और प्रशासनात्मक प्रबंधन का स्व-चालन होता है। औषधियों को मरीजों तक पहुंचाने के लिए बार-कोड का प्रयोग

होता है। प्रयोगशाला सूचना प्रणाली के तहत संबंधित डॉक्टर अपने अनुभाग से प्राप्त परीक्षण प्रस्ताव और उत्पादित परिणामों को प्रेषित करता है। डॉक्टर ऑनलाइन प्रस्ताव के माध्यम से प्रयोगशाला कर्मचारी को संबंधित रिपोर्ट बनाने की सूचना देता है। इसके अंतर्गत बायोमेट्रिक, कोशिका-विज्ञान या साईटोलॉजी, माईक्रो-बायोलॉजी, न्यूरोलॉजी और रेडियोलॉजी आदि से संबंधित परीक्षणों की व्यवस्था उपलब्ध है। इसके अतिरिक्त रेडियोलॉजी प्रबंधन के अंतर्गत एक्स-रे, स्कैनिंग और अल्ट्रासाउण्ड आदि की सुविधाएं भी ई-हॉस्पिटल में दी जाती हैं।

दूसरा, ई-हॉस्पिटल के उपागमों में इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड (ईएमआर) की भी अतिरिक्त व्यवस्था है। यह पूर्ण रूप से समाकलिक ज्ञान-कोष होता है जिसमें मरीज के क्लीनिकल रिकॉर्ड्स और अन्य संबंधित सूचनाएं सुरक्षित रहती हैं। इस पर सभी संबंधित अनुभागों से प्राप्त सूचनाएं जैसे—चिकित्सकीय परीक्षण, निदान, निदान का इतिहास या पूरा ब्यौरा और परीक्षण रिपोर्ट आदि उपलब्ध होती हैं। इसके अलावा आहार संबंधी मॉड्यूल भी ई-हॉस्पिटल की अतिरिक्त सेवाओं का हिस्सा है। इस मॉड्यूल पर अस्पताल प्रबंधन प्रणाली सॉफ्टवेयर में अस्पताल के रसोई घर से रोगी को दिए जाने वाले आहार की रूपरेखा और उसकी मात्रा डाईटीशन के निर्देशानुसार संग्रहीत रहती हैं। इसके साथ ही हाऊस कीपिंग यानी साफ-सफाई की भी बेहतर व्यवस्था होती है। इस मॉड्यूल के अंतर्गत अस्पताल के बेड, कमरों और अन्य संबंधित कक्षों की साफ-सफाई से संबंधित सूचनाएं अस्पताल प्रबंधन प्रणाली सॉफ्टवेयर में संग्रहीत रहती हैं। साथ ही यदि हम नर्सिंग मॉड्यूल की बात करें तो इसमें अस्पताल प्रबंधन प्रणाली सॉफ्टवेयर में मरीज की देखरेख और उसकी गुणवत्ता को बढ़ाने संबंधी सूचनाएं नर्सों को नियमित रूप से प्राप्त होती रहती हैं।

विशिष्ट आपातकालीन प्रबंध

ई-हॉस्पिटल में आपातकालीन प्रबंधन की भी अतिरिक्त व्यवस्था की गई है। आपातकालीन मॉड्यूल में अस्पताल प्रबंधन प्रणाली सॉफ्टवेयर मरीज को अतिशीघ्र पंजीकरण कराने की सहूलियत देता है तथा मरीजों को बहुत सी विशेष पंजीकरण सूचनाएं यथा सांख्यिकी सूचनाएं आदि प्राप्त हो जाती

हैं। इसमें तमाम मशीनों और उपकरणों के रख-रखाव एवं रख-रखाव संबंधी समय-सारणी की जानकारी अस्पताल प्रबंधन प्रणाली सॉफ्टवेयर पर उपलब्ध होती हैं। इसके अलावा एक अत्यंत महत्वपूर्ण उपागम ई-हॉस्पिटल के अंतर्गत आता है और वह है सीएसएसडी यानी सेंट्रल स्टेरिल सप्लाई डिपार्टमेंट। ये मध्यम और बड़े अस्पतालों हेतु एक अत्यंत महत्वपूर्ण उपागम हैं। कुछ देशों में तो ये उपागम अस्पताल लाइसेंस प्राप्त करने हेतु अनिवार्य भी हैं। इसके अलावा पिक्चर आर्काइविंग एंड कम्युनिकेशन सिस्टम (पीएसएस) भी ई-हॉस्पिटल के गुणों को बढ़ाने का काम करता है, जो एक मेडिकल इमेजिंग प्रौद्योगिकी है और इसमें हम किसी इमेज के तमाम रूपों पर वृद्ध रूप से अध्ययन और उसका विश्लेषण कर सकते हैं।

अन्य विशेषताएं

ई-हॉस्पिटल के अतिरिक्त उपागमों में रक्त-कोष की भी अच्छी व्यवस्था है, जिसके अंतर्गत ई-एचएमएस पर व्यापक रूप से रक्तदान देने वाले रक्तदाता एवं ग्राही की समस्त सूचनाएं संग्रहीत रहती हैं। यहां अस्पतालों के लिए वित्तीय लेखा-जोखा की भी सुगम व्यवस्था है जिसके अंतर्गत कैश, बैंक रसीद, भुगतान, बाउचर एवं कैश बुक आदि से संबंधित सूचनाएं संग्रहीत रहती हैं। साथ ही इसमें बैलेंस-शीट और लाभ-हानि की भी जानकारी उपलब्ध होती है।

ई-हॉस्पिटल के अंतर्गत किसी भी अस्पताल की निर्धारित या स्थिर संपत्ति का लेखा-जोखा भी आता है। यहां भुगतान रजिस्टर के अंदर सैलरी स्लिप की रसीद, कैल्कुलेशन और सैलरी के प्रमाण-पत्र आदि के विवरण की भी पूरी जानकारी होती है। इसके अलावा ई-हॉस्पिटल के अंदर मैनेजमेंट इनफॉर्मेशन सिस्टम यानी डैशबोर्ड की भी सुविधा पाई जाती है। इस माड्यूल में किसी अस्पताल प्रबंधन के अनुभागों से संबंधित समस्त सूचनाएं उपलब्ध होती हैं, जिनका अस्पताल के शीर्ष प्रबंधन समूह द्वारा निरीक्षण किया जाता है। अर्थात् ई-हॉस्पिटल का संपूर्ण जाल न सिर्फ एकहरा है जो मात्र मरीजों के लिए है बल्कि यह पूरी तरह से एक विशाल-तंत्र है जिसके अंतर्गत संपूर्ण अस्पताल प्रबंधन और उसका पूरा प्रशासन बल्कि यह भी कह सकते हैं कि कई अस्पतालों की श्रृंखला इसमें शामिल

है। तो निश्चित रूप से ई-हॉस्पिटल ने हमें स्वास्थ्य-क्षेत्र में स्मार्ट बनाया है जहां हमें इससे जुड़ी तमाम सहूलियतें बड़ी आसानी से प्राप्त हो जाती हैं।

इसके अलावा नागरिकों के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय ने किलकारी, द रिवाइज्ड नेशनल टीबी कंट्रोल प्रोग्राम (आरएनटीसीपी) मोबाइल एकेडमी और एम-संश्लेषण जैसी चार महत्वपूर्ण योजनाएं भी हाल ही में घोषित की हैं, जो आईटी पर आधारित सेवाएं हैं। यानी सरकार अपनी पूरी कोशिश कर रही है कि स्वास्थ्य-सेवाओं का तंत्र ज्यादा से ज्यादा कैसे स्मार्ट बन सके।

आंकड़ों की सुरक्षा का मुद्दा

चूंकि क्लाउड कंप्यूटिंग आज के दौर का एक महत्वपूर्ण डाटा संचरण माध्यम बन चुका है। सुगमता, उपयोगिता और परस्परानुकूलता के कारण विभिन्न क्षेत्रों में इसका व्यापक पैमाने पर उपयोग हो रहा है। बहुत ही महत्वपूर्ण सुविधाएं इसी सुविधा की वजह से

ई-घरे में आई हैं। ई-हॉस्पिटल भी इनमें से एक है जिसका पूरे विश्व के कई देशों में व्यापक पैमाने पर उपयोग हो रहा है। यद्यपि परिणामस्वरूप कार्य प्रणाली में बदलाव होने से इसके कार्य प्रवाह में काफी तेजी आई है, किंतु ई-हॉस्पिटल प्रणाली के अंतर्गत संचरित होने वाला स्वास्थ्य डाटा कई मामलों में सुरक्षा दृष्टिकोणों से काफी असुरक्षित भी है। विभिन्न प्रकार के साइबर क्राइम और अन्य माध्यमों से इस स्वास्थ्य सूचना का गलत उपयोग भी हो सकता है। चूंकि संचरित होने वाली सूचनाएं संवेदनशील हो सकती हैं, इसलिए इन सूचनाओं का दुरुपयोग संभव है। यह निजता कानून के खिलाफ है और इसके लिए आईटी सुविधादाताओं को कानूनी रूप से जुर्माना भी देना पड़ सकता है। हालांकि सेवा का लाभ ले चुके एक लाभार्थी दिव्यांशु का इस मामले में मानना है कि सिक्योरिटी बहुत बड़ा मुद्दा नहीं है। आज भी मरीजों को सही समय पर सुविधाजनक लाभ नहीं मिल पाता है और

तालिका 1: ई-हॉस्पिटल की अस्पतालों की मैन्युअल सेवाओं से तुलना		
सेवा/सुविधाएं*	मैन्युअल प्रणाली में	ई-हॉस्पिटल प्रणाली में
मरीज पंजीकरण	1 से 15 सेकंड	3 से 5 सेकंड
पुनः पंजीकरण	15 से 30 मिनट	15 सेकंड
भुगतान और नकद जमा	2 से 4 घंटे	30 सेकंड
प्रयोगशाला परीक्षण रिपोर्ट (ओपीडी)	1 से 2 दिन	अधिकांशतः उसी दिन
रेडियोलॉजी परीक्षण रिपोर्ट (आरपीडी)	1 से 2 दिन	अधिकांशतः उसी दिन
आपातकालीन सेवाओं जैसे-एंबुलेंस/रक्त-कोष/OT	अप्रबंधित/कुछ विशेष केंद्रों पर उपलब्ध	प्रबंधित और लगभग सभी केंद्रों पर उपलब्ध
आहार सुविधाएं	अप्रबंधित आहार/प्रति आहार पैमाने पर ही वितरण	प्रबंधित आहार वितरण प्रणाली/ प्रति आहार पैमाने पर विस्तृत सूची प्रणाली द्वारा वितरण
सामान-सूची	प्रबंधित और महत्वपूर्ण भंडार का दुरुपयोग	प्रबंधित/दुरुपयोग पर नियंत्रण
रक्त-कोष	मैन्युअल और अपर्याप्त	रक्त उपयोगिता में बढ़ोत्तरी/रक्त की सूचना का प्रसारण और अतिरिक्त परीक्षणों की पुनरावृत्ति से बचाव/ केंद्रित रक्त सूची की उपलब्धता और धन की बचत
चिकित्सकों द्वारा देखभाल की योजना	मौका मिलने पर देखभाल और समय का अपव्यय	EMR होने से चिकित्सक को योजना निर्माण और निरीक्षण में सुगमता

* प्रति मरीज

स्रोत: informatics.nic.in

इसी को आसान बनाने के लिए आम लोगों के हित में ये सेवा लाई गई है। वह कहते हैं कि 'मेरा मानना है कि जिनकी सिक्वोरिटी का मुद्दा आता है उनके पास उनके निजी डॉक्टर होते हैं, उनके फैमिली डॉक्टर होते हैं, तो यदि जहां तक सिक्वोरिटी का मुद्दा है तो इससे आम लोगों का बहुत सरोकार नहीं जुड़ा हुआ है। यदि फिर भी कुछ जोखिम हो तो वह इस सेवा के लाभ के सामने गौण भी सिद्ध हैं।'

हालांकि यद्यपि इस प्रक्रिया में ऐसे कुछ सामान्य खतरे जरूर हैं लेकिन बावजूद इसके तमाम विशेषज्ञों द्वारा कई महत्वपूर्ण तकनीकों के माध्यम से इसकी सुरक्षा के लिए जरूरी कदम उठाए गए हैं और तमाम प्रयास लगातार जारी भी हैं।

पंजीकरण प्रणाली

चूंकि अस्पतालों में मरीज के रोग से संबंधित अलग-अलग ओपीडी होती हैं और उनकी अपनी निर्धारित क्षमताएं भी होती हैं। इस लिहाज से प्रश्न खड़ा होता है कि क्या सामान्यतः एप्वाइंटमेंट मिलने में मरीजों को किसी तरह की असुविधा का भी सामना करना पड़ता है अथवा नहीं। इस मामले में अखिल भारतीय विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी संस्थान

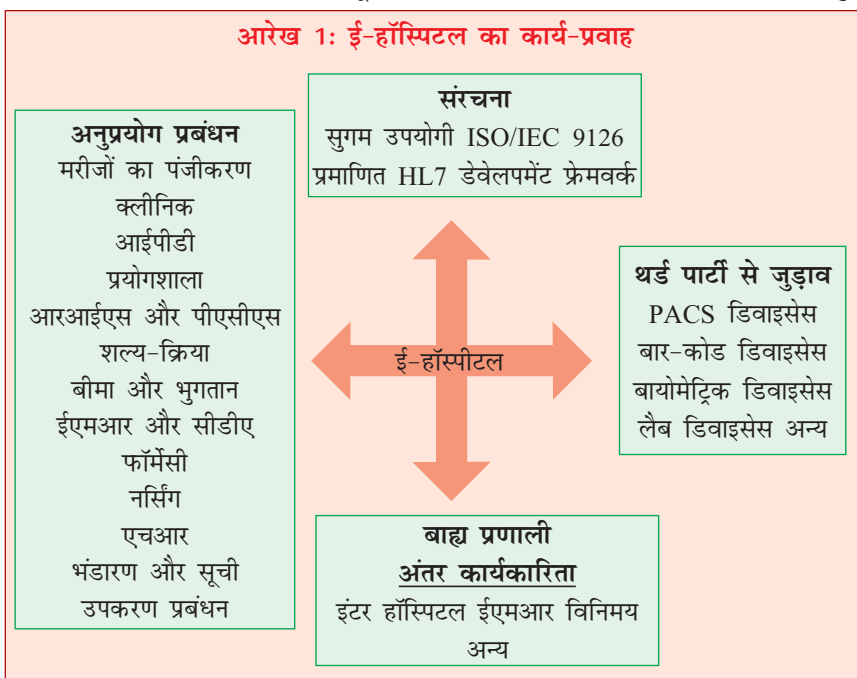
नई दिल्ली के मीडिया को-ऑर्डिनेटर राजीव मैखुरी का कहना है कि "कई बार ऐसा होता है कि देश के दूर-दराज इलाकों से हमारे पास मरीज बिना एप्वाइंटमेंट के चले आते हैं और हमारे पास ओपीडी में जगह नहीं होती है तो उस मरीज को अगली बार का एप्वाइंटमेंट लेकर वापस जाना पड़ जाता है, जिससे उसको दिक्कत होती है। इस तरह हम देखते हैं कि पंजीकरण मरीज के लिए पहली सीढ़ी होती है जिसको वह आसानी से बढ़ जाना चाहता है। इस लिहाज से ई-हॉस्पिटल की सेवा लोगों को बहुत पसंद आ रही है। हमारे पास अब मैन्युअल मरीजों की संख्या में भी कुछ कमी देखने को मिल रही है। अधिकतम लोग ई-हॉस्पिटल की सेवा से लाभांशित हो रहे हैं। उनकी और बेहतर

के लिए सरकार ने सभी क्षेत्रों में अलग-अलग ओपीडी की भी व्यवस्था कर दी है, तो लोगों को निश्चित रूप से ई-हॉस्पिटल का लाभ लेना चाहिए और लोग भारी मात्रा में इसका उपयोग कर भी रहे हैं।"

ई-हॉस्पिटल में पंजीकरण के लिए ऑनलाइन रजिस्ट्रेशन सिस्टम यानी ओआरएस विकसित किया गया है जो संपूर्ण देश में आधार कार्ड पर आधारित पंजीकरण करता है। यानी आप मात्र अपने आधार नंबर को अंकित कर ई-हॉस्पिटल में अपना पंजीकरण करा सकते हैं। इसमें आउट पेसेंट डिपार्टमेंट आदि की सुविधाएं भी प्राप्त कर सकते हैं और अगर मरीज का मोबाइल नंबर यूनिक आईडेंटिफिकेशन आथॉरिटी

हैं कि 'यदि आप रोगी हैं और एम्स या डॉ. राम मनोहर लोहिया, नई दिल्ली जैसे अस्पताल में दिखाना चाहते हैं तो आप ors.gov.in नामक पोर्टल पर जाकर पहले से ही अप्वाइंटमेंट ले सकते हैं जो आपको रजिस्ट्रेशन करवाने के लिए लंबी कतारों में खड़े होने से बचाएगा। आप आधार नंबर से या बिना आधार नंबर के अप्वाइंटमेंट ले सकते हैं। इसके अलावा आप लैब-रिपोर्ट भी घर बैठे देख सकते हैं। कुछ ब्लड बैंकों में खून की उपलब्धता भी पता कर सकते हैं। आज तक इस पोर्टल के माध्यम से 15 अस्पतालों से 1.13 लाख से भी अधिक अप्वाइंटमेंट ले चुके हैं।'

आरेख 1: ई-हॉस्पिटल का कार्य-प्रवाह



यानी नए मरीज कोई हॉस्पिटल सेवा का लाभ लेने के लिए सबसे पहले www.ors.gov.in पर जाना होगा। अगर आपके पास आपका आधार नंबर है और आपका मोबाइल नंबर आपके आधार से लिंक है तो आपके मोबाइल पर एक वन टाइम पासवर्ड यानी ओटीपी प्राप्त होगा, फिर उसे आप वेबसाइट पर अंकित करके अपना अस्पताल चुनकर उसकी ओपीडी का अप्वाइंटमेंट ले

स्रोत: ehospital.nic.in सकते हैं और यदि

ऑफ इंडिया में दर्ज है तो ई-केवाईसी के माध्यम से हम इस पोर्टल में विभिन्न अस्पतालों के तमाम विभागों में ऑनलाइन एप्वाइंटमेंट ले सकते हैं लेकिन पुनः ध्यान रहे कि अगर मरीज का मोबाइल नंबर यूआईएडीआई में पंजीकृत नहीं है तो उसके नाम के आधार पर पंजीकरण होता है। नए मरीज को अप्वाइंटमेंट के साथ-साथ एक यूआईएडीआई नंबर दिया जाता है। अगर आधार नंबर यूआईएडीआई नंबर से पहले से ही लिंक है तो अप्वाइंटमेंट नंबर दिया जाता है और यूआईएडीआई वही रहता है।

नए मरीज के अप्वाइंटमेंट लेने का तरीका

राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केंद्र के वरिष्ठ तकनीकी निदेशक सुनील कुमार बताते

आपके आधार कार्ड से आपका मोबाइल नंबर लिंक नहीं है तो उस स्थिति में आपको आधार कार्ड पर लिखित अपना नाम वेबसाइट पर भरना होगा और जनसांख्यिकीय प्रमाणीकरण के बाद आपको अपना मोबाइल नंबर और अन्य जानकारियां जैसे पता और उम्र आदि की जानकारियां देनी होंगी। इसके अलावा यदि मरीज के पास आधार नंबर नहीं है तो उस स्थिति में वह ऑनलाइन अप्वाइंटमेंट तो कर सकता है लेकिन उसे संबंधित अस्पताल के ओपीडी में जाकर अपने पहचान की पुष्टि करारकर ओपीडी-कार्ड प्राप्त करना होगा और इसके बाद मरीज को उसका एप्वाइंटमेंट स्टेटस एक एसएमएस के द्वारा प्राप्त हो जाएगा।

खेलों का स्वास्थ्य से सीधा रिश्ता

संजय श्रीवास्तव



स्वास्थ्य की चर्चा करते समय अक्सर हमारा ध्यान बीमारियों के उपचार पर केंद्रित हो जाता है जबकि वास्तव में स्वास्थ्य केवल उपचार नहीं बल्कि निरोग अर्थात् रोगमुक्त रहने की संकल्पना है। रोगों से दूर रहने की इस संकल्पना को साकार करने के लिए एक विशिष्ट स्वास्थ्यानुकूल जीवनशैली की आवश्यकता होती है। खेल ऐसी ही जीवनशैली का एक हिस्सा है। खेलों से फिटनेस और स्वास्थ्य के अंतर्संबंध सीधे तौर पर दिखाई देता है। नियमित तौर पर खेलकूद निश्चित तौर पर उपचार के रूप में स्वास्थ्य पर होने वाले निवेश को कम करेगा

प्रा

चीन यूनान में जब ओलंपिक खेलों की शुरुआत हुई तो उसकी मुख्य अवधारणा यही थी कि खेलों के जरिए समाज और लोगों को स्वस्थ रखा जा सकता है। इन खेलों के जरिए स्वास्थ्य को लेकर एक खास संदेश दिया जाता है। समाज इसे ग्रहण भी करता है। चूंकि यूनान के बहुसंख्य लोग इसमें हिस्सा लेते थे, इसी का नतीजा था कि यूनान को तब दुनिया के सबसे स्वस्थ लोगों का देश भी माना जाता था। अब भी वे देश और समाज ज्यादा खुशहाल और स्वस्थ हैं, जहां रोजमर्रा के जीवन खेलों की अनिवार्य भूमिका है, चाहे वह नियमित रनिंग या दौड़ने में हो या तेज वॉक, सायकलिंग, तैराकी या फिर अन्य उन खेलों का हमारे स्वास्थ्य पर पड़ता है, उतना शायद ही किसी और बात का पड़ता हो। लिहाजा अब आमतौर पर डॉक्टरों से लेकर फिटनेस गुरु तक एक ही संदेश लोगों को देते हैं कि अपने जीवन में खेलों को किसी-न-किसी रूप में शामिल जरूर करें, इससे स्वास्थ्य पर गुणात्मक असर पड़ेगा। आप शारीरिक से लेकर मानसिक तौर पर ज्यादा स्वस्थ और खुश महसूस करेंगे, ज्यादा फिट रहेंगे। समाज में खेलों का रिश्ता उतना ही पुराना है, जितनी हमारी सभ्यता की ओर आगे बढ़ने की कहानी। तमाम खेल नैसर्गिक तौर पर हमारी जिंदगी में शामिल होते चले गए। एक प्रसिद्ध मुहावरा है, स्वस्थ बुद्धि स्वस्थ शरीर में होती है, इसलिए कि मन व शरीर का परस्पर तालमेल बहुत जरूरी है।

अंग्रेजी में कहावत है—*आर यू गेम!* हालांकि इस कहावत के मूल में खेल ही है, जिनका आशय है कि जीवन और खेलों का खास संबंध है। हमारे प्राचीन समय में खेलों

के महत्व को बखूबी को समझा जाता था। हम अपने रोज के जीवन में काम के दौरान ही तमाम बातें ऐसी करते थे, जो हमें खेलों के करीब ही रखती थीं। मसलन हम तब रोज पैदल चलते थे, दौड़ते थे, वर्जिश करते थे। ऐसे काम करते थे, जो हमारे पूरे शरीर में हरकत लाते रहते थे, इससे हम ज्यादा ऑक्सीजन लेते थे, खून का बहाव शरीर में ज्यादा व एक समान होता था, पैर से लेकर सिर तक रक्त का बहाव अवरुद्ध नहीं होता था, इससे हम रक्त चाप और डायबिटीज की उन बीमारियों से दूर रहते थे, वे बीमारियां पास भी नहीं फटकती थीं, जो आजकल जीवनशैली के जरिए हमारे अंदर जगह बना रही हैं।

अगर प्राचीन भारत के ही जीवन पर गौर फरमाएं तो आपको लगेगा कि तब हमारा समाज खेलों के कितने करीब था, जब हम खेलों की बात करते हैं तो यकीनन इसका मतलब उन शारीरिक प्रक्रियाओं से होता है, जो खुशनुमा तरीके से सारे शरीर को ज्यादा हरकत देने वाली होती थीं। तब सुबह की शुरुआत भोर में होती थी। योग, व्यायाम, कुश्ती, घुड़सवारी और शस्त्रकला से जुड़ी शालाएं सक्रिय दिखने लगती थीं। जो लोग यहां नहीं जा पाते थे, वे घरों में योग और व्यायाम कर लेते थे। ये आमतौर पर सभी के लिए अनिवार्य था और हर कोई किसी न किसी तरह इनसे जुड़ा था। इसी का नतीजा था कि समाज ज्यादा स्वस्थ समाज था, लोग लंबे समय तक निरोग रहते थे, खुश रहते थे और बलिष्ठ रहते थे। कुछ धर्मों में तो बकायदा खेलों की खासतौर पर पैरवी की गई। तैरने, निशानेबाजी, घुड़सवारी पर जोर दिया गया है।

बदलते समाज और दौर में जैसे-जैसे हम

लेखक वरिष्ठ पत्रकार हैं। लगभग ढाई दशक से बहुविध विषयों पर लेखन कर रहे हैं। प्रकाशित पुस्तकें: 1857 से लेकर 1947 वे 90 साल, क्रिकेट के चर्चित विवाद आदि। संप्रति एक राष्ट्रीय दैनिक से जुड़े हैं। ईमेल: sanjayratan@gmail.com

मशीनों और आरामतलब जिंदगी की गिरफ्त में आते चले गए, हमारा शरीर अस्वस्थ होने लगा, हम ज्यादा जल्दी और कहीं ज्यादा बीमारियों की पकड़ में आने लगे। आलस्य एवं शारीरिक निष्क्रियता शरीर को कमजोर करती है या बहुत अधिक मोटा बना देती है, ऐसे लोग

सप्ताह में कम से कम तीन दिन की तैराकी दमखम, मांसपेशियों की मजबूती और वजन कम करने के लिए सटीक कही गई है। अमेरिकन कॉलेज ऑफ स्पोर्ट्स मेडिसिन के एक शोध के अनुसार एक घंटे की तैराकी से आप 878 कैलोरी बर्न करते हैं। जिससे शरीर में हल्कापन और ताजगी महसूस करने लगते हैं। अक्सर पीठ दर्द की शिकायत करने वालों को तैराकी की हिदायत दी जाती है, इससे ये असरदार ढंग से दूर हो जाती है।

मानसिक रूप से शांत एवं प्रफुल्लित नहीं रह सकते। ऐसे लोग सामान्य रूप से चिड़चिड़े, झगड़ालू, टाल-मटोल करने वाले हो जाते हैं। उनके शरीर पर भी बुरा प्रभाव पड़ने लगता है।

हमारी प्रतिरोधक क्षमता कम होती जा रही है। ऐसे हालात में खेलों का महत्व फिर से बढ़ा भी है और समझा भी जाने लगा है। स्कूलों में अब खेलों को अनिवार्य करने की मांग उठ रही है लेकिन हकीकत ये है कि ज्यादातर स्कूल अब पढ़ाई के साथ खेलों और फिटनेस पर भी उतना ही जोर दे रहे हैं। कोशिश की जा रही है कि बचपन से ही बच्चों को खेलों से जोड़ा जाए। यूरोप और अमेरिका में खेल अनिवार्य तौर पर लोगों की जिंदगी से जुड़े हैं। सुबह की शुरुआत किसी न किसी रूप में खेलों से होती है। चाहे वो रनिंग हो, साइकलिंग हो या फिर तैराकी या कोई और टीम खेल। इसके अलावा सप्ताहांत तो हर हाल में मुख्य तौर पर ऐसी गतिविधियों के करीब होता है, जहां कुछ न कुछ खेला जाए या फिर एडवेंचर गतिविधियों मसलन माउंटेनरनिंग, ट्रैकिंग आदि की जाए।

बच्चों और किशोरों के लिए खेलों के खासे फायदे हैं। इसमें हिस्सा लेने से न केवल स्वास्थ्य और पूरे जीवन पर सकारात्मक असर पड़ता है बल्कि अलग-अलग खेलों की शारीरिक गतिविधियों से हम अपनी सामान्य फिटनेस को बेहतर कर सकते हैं। बीमारियों

से भी दूर रह सकते हैं। खेल याददाश्त भी मजबूत करते हैं, तनाव और दबाव में कमी लाने में मुख्य भूमिका निभाते हैं। शरीर का वजन नहीं बढ़ेगा। शरीर में अतिरिक्त वसा इकट्ठा नहीं होगी। हड्डियों के क्षय की शिकायत नहीं होगी। वर्ष 2007 में *ब्रिटिश जर्नल ऑफ स्पोर्ट्स मेडिसिन* में एक अध्ययन प्रकाशित हुआ, उसके अनुसार अलग खेलों के फायदे शरीर में अलग तरह से होते हैं। मसलन टेनिस खिलाड़ियों को जीवन में बाद में भी हड्डियों की शिकायत नहीं होती। यहां तक कि अगर आप नियमित तौर पर टेनिस नहीं भी खेलते हैं तो हड्डियों का क्षय कम होता है। शोध में कहा गया कि टेनिस के कारण बोन मिनरल का नुकसान कम होता है। यहां तक कि जिन लोगों ने अपने किशोरवय में टेनिस खेला है, उसका फायदा उन्हें वृद्धावस्था में भी होता है।

इसी तरह एक और अध्ययन दूसरे विश्व युद्ध के 50 साल पूरे होने पर उन लोगों पर किया गया, जिन्होंने एक सैनिक या सैन्य अधिकारी के रूप में विश्व युद्ध में हिस्सा लिया था और जीवित थे। रिपोर्ट के अनुसार, वे सैन्यकर्मी, जिन्होंने हाईस्कूल में स्पोर्ट्स में हिस्सा लिया था, उन्हें डॉक्टरों की जरूरत कम पड़ती है। अध्ययन के समय ये सभी लोग 70 वर्ष या ऊपर के थे और बेहतर व स्वतंत्र जिंदगी बिता रहे थे।

कुछ खेलों से आप लगातार अपने शरीर को बेहतर स्थिति में रख सकते हैं। मसलन तैराकी को ही लें। इससे आपकी मांसपेशियां और हृदय धमनियां मजबूत होती हैं। महज दस मिनट की तैराकी से ही पूरे शरीर का वर्कआउट हो जाता है। अगर आप तैरने को और ज्यादा समय देते हैं तो इसके फायदे कहीं ज्यादा होते हैं। शरीर का गठीलापन और लचीलापन बढ़ता है। जोड़ों की समस्या दूर होती है। यानि घुटने और कोहनी में आप दिक्कत महसूस नहीं करेंगे। इसमें आप ज्यादा कैलोरी खर्च करते हैं और शरीर के अनावश्यक वजन को कम करने में सफल रहते हैं। दरअसल तैराकी से शरीर में ज्यादा वसा में कमी आती है। अगर आपकी निचली मांसपेशियां कमजोर हैं और शरीर के संतुलन की दिक्कत है तो ऐसे लोगों को तैराकी की सलाह दी जाती है। पानी में आप भाररहित होते हैं और वहां तैरने से मांसपेशियों की एक्सरसाइज हो जाती है। संतुलन में असरदार ढंग से सकारात्मक

प्रभाव पड़ता है। हृदय और फेफड़े भी मजबूत होते हैं। सप्ताह में कम से कम तीन दिन की तैराकी दमखम, मांसपेशियों की मजबूती और वजन कम करने के लिए सटीक कही गई है। अमेरिकन कॉलेज ऑफ स्पोर्ट्स मेडिसिन के एक शोध के अनुसार एक घंटे की तैराकी से आप 878 कैलोरी बर्न करते हैं। जिससे शरीर में हल्कापन और ताजगी महसूस करने लगते हैं। अक्सर पीठ दर्द की शिकायत करने वालों को तैराकी की हिदायत दी जाती है, इससे ये असरदार ढंग से दूर हो जाती है।

दौड़ने से भी शारीरिक क्षमता और मांसपेशियों में वृद्धि होती है। दौड़ने से रक्तचाप कम रहता है। हार्ट अटैक का खतरा कम होता है। फिटनेस स्तर बेहतर होता है। दौड़ने वाले धावकों की हृदय की धमनियां जहां बेहतर रहती हैं वहीं पैर की मांसपेशियां मजबूत होती हैं। उनका क्षरण कम हो जाता है। इससे आप लंबे समय तक जवान बने रहते हैं। हड्डियों के कमजोर होने की समस्या कम होती है। शरीर पर नियंत्रण बढ़ता और और स्फूर्ति के साथ चपलता में बढ़ोतरी होती है। कमजोर निचली मांसपेशियों से संबंधित लोगों को हर हाल में दौड़ने भागने की सलाह दी जाती है।

घुड़सवारी भी शारीरिक संतुलन और मांसपेशियों को पुष्ट करने में मददगार है। इससे शरीर मजबूत होता है। यहां तक कि शारीरिक तौर पर कमजोर बच्चों के लिए घुड़सवारी आश्चर्यजनक ढंग से वरदान साबित हो सकती है। वेस्ट वर्जीनिया विश्वविद्यालय के शोधकर्ताओं ने पाया कि जो किशोर शारीरिक तौर पर सक्रिय

अगर आप फुटबॉल खेल रहे हैं तो शरीर का पूर्ण व्यायाम करते हैं। इस खेल में पैरों का तालमेल गेंद के साथ जितना जरूरी होता है, उतना ही तेजी से दौड़ते हुए शरीर का संतुलन भी, आंखें पैनी होनी चाहिए, हेडर के लिए सिर की मजबूती चाहिए तो चपलता भी खासी जरूरी है। लिहाजा, ये खेल पूरे शरीर की एक्सरसाइज करा देता है।

रहते हैं और टीम खेलों में होते हैं वे ज्यादा संतुष्ट और जीवन में अधिक खुश होते हैं। कहा जाता है कि अगर आप फुटबॉल खेल रहे हैं तो शरीर का पूर्ण व्यायाम करते हैं। इस खेल में पैरों का तालमेल गेंद के साथ जितना जरूरी होता है, उतना ही तेजी से दौड़ते हुए शरीर का

क्या आप जानते हैं?

दक्षिण एशियाई खेल, 2016

द

क्षिण एशियाई खेल कई राष्ट्रों और कई खेलों वाली खेल प्रतियोगिता होती है, जिसे दक्षिण एशिया के देशों के बीच दो वर्ष में एक बार आयोजित किया जाता है। ये एशियाई ओलंपिक परिषद के क्षेत्रीय खेल होते हैं और इनका प्रशासन 1983 में स्थापित दक्षिण एशिया ओलंपिक परिषद के पास होता है। इन खेलों को अक्सर ओलंपिक खेलों का दक्षिण एशियाई प्रति रूप कहा जाता है और ये एथलीटों को शीर्ष स्तर की स्पर्धा में भाग लेने तथा अपने देश या क्षेत्र का प्रतिनिधित्व करने का अवसर प्रदान करते हैं एवं खेल तथा स्वस्थ जीवन शैली को बढ़ावा देते हैं। प्रथम दक्षिण एशियाई खेलों की मेजबानी 1984 में नेपाल के काठमांडू शहर ने की थी। वर्ष 2004 में दक्षिण एशिया ओलंपिक परिषद की 32वीं बैठक में इन खेलों का नाम दक्षिण एशियाई महासंघ (सैफ) खेलों से बदलकर दक्षिण एशियाई खेल (सैग) कर दिया गया।

इस समय सैग में आठ सदस्य देश— अफगानिस्तान, बांग्लादेश, भूटान, भारत, मालदीव, नेपाल, पाकिस्तान और श्रीलंका हैं। 12वें दक्षिण एशियाई खेलों का आयोजन भारत में असम के गुवाहाटी और मेघालय के शिलांग में 6 फरवरी से 16 फरवरी 2016 तक किया जा रहा है। 12वें दक्षिण एशियाई खेलों का गीत है *एक पृथ्वी: एक क्रीड़ांगन* अर्थात् *दुनिया खेल का मैदान* है, जिसकी रचना असमिया गीतकार, संगीतकार, गायक, कवि एवं फिल्मकार स्वर्गीय भूपेन हजारिका ने की थी। खेलों के शुभंकर का नाम तिखोर (अर्थात् तेज-तर्रार, शरारती, हंसमुख और आधुनिक व्यक्ति) है और वह इन खेलों के लिए ब्रांड एंबेसडर होगा। इसके प्रतीक चिह्न अर्थात् लोगो में आठ पंखुड़ियां बाएं से दाएं चलती दिखती हैं, जो खेलों की सकारात्मक भावना को दर्शाती हैं।

भारतीय ओलंपिक संघ की राय लेकर भारत सरकार ने खेलों की योजना, प्रबंधन एवं क्रियान्वयन के लिए आयोजन समिति एवं कार्यकारी समिति का गठन किया है। आयोजन समिति खेलों के प्रबंधन के लिए शीर्ष समिति होगी, जिसकी अध्यक्षता भारत सरकार के माननीय खेल मंत्री कर रहे हैं। खेलों की 23 स्पर्धाओं में आठ देशों के अधिकारियों और 4500 खिलाड़ियों के भाग लेने की संभावना है।

संकलन: वाटिका चंद्रा, उपसंपादक (योजना, अंग्रेजी) ईमेल: vchandra.iis2014@gmail.com

संतुलन भी, आंखें पैनी होनी चाहिए, हेडर के लिए सिर की मजबूती चाहिए तो चपलता भी खासी जरूरी है। लिहाजा, ये खेल पूरे शरीर की एक्सरसाइज करा देता है। ये भी माना जाता है कि फुटबॉल का अच्छा खिलाड़ी हर तरह से संपूर्ण एथलीट होता है। ये खेल आपके शरीर का जहां खेल में झोंक देता है तो शरीर को उसी तरह स्वस्थ भी रखता है। शरीर का कोई हिस्सा ऐसा नहीं है, जिसपर इस खेल के दौरान सकारात्मक असर नहीं पड़ता हो। बहुत से लोग वर्कआउट के तौर पर आमतौर पर सुबह फुटबॉल खेलना पसंद करते हैं।

योग का अभ्यास तन और मन दोनों को स्वस्थ रखता है। इसे खेलों की ही कैटेगरी में रखा जाता है। दुनिया धीरे-धीरे अब इसके महत्व को समझने लगी है। इसी का नतीजा है कि इसका तेजी से प्रसार हो रहा है। रोज कम से कम दस मिनट का योग भी दमखम बढ़ाने से लेकर एकाग्रता और मानसिक मजबूती में सार्थक होता है।

खेलों का जितना असर प्रत्यक्ष तौर पर शारीरिक रूप से होता है, उतना ही मानसिक भी। स्पोर्ट फिटनेस का मानसिक भी है। खेलों से हम पूरे शरीर में ज्यादा ऑक्सीजन लेते हैं। दिमाग में ऑक्सीजन की बहुलता ज्ञानात्मक क्षमताओं में इजाफा करता है। याददाश्त में बढ़ोतरी के साथ दिमाग को ज्यादा फोकस करता है। खेलों और एरोबिक्स से दिमाग संबंधी बीमारियां अल्जाइमर का खतरा कम हो जाता है। शीजोफ्रेनिया पास नहीं फटकेगी। दिमाग जब बेहतर महसूस करेगा और उसे ऑक्सीजन के रूप में ज्यादा ऊर्जा मिलेगी तो शरीर का तालमेल भी अच्छा होगा। अच्छी नींद आएगी। नर्वे के शोधकर्ताओं ने पाया कि लोग शारीरिक रूप से जितने अधिक सक्रिय रहते हैं, उनके अवसादग्रस्त होने की आशंका उतनी कम होती है। जो लोग अपने खाली समय में सक्रिय नहीं रहते, उनके अवसादग्रस्त होने की आशंका दोगुनी हो जाती है।

शारीरिक तौर पर देखें स्वास्थ्य और फिटनेस का सीधा ताल्लुक खेलों से है। खेलों से शरीर के समग्र अवयवों की हरकत बढ़ती है। खेल अगर कम सघनता वाली लिपो प्रोटींस को कम करते हैं तो ज्यादा सघनता वाली लिपो प्रोटींस को बढ़ाते हैं, नतीजा होता है कि शरीर में बेहतर कोलेस्ट्रॉल की मात्रा। इससे रक्तचाप नियंत्रित रहता है और ये स्थिति नकारात्मक रूप से हाइपरटेंशन की स्थितियों से बचाता

हे और हार्ट अटैक और स्ट्रोक की आशंका कम हो जाती है। खेलों के लाभ इतने ज्यादा हैं कि पूछिए मत। खेलों के दौरान हम जिन शारीरिक एक्सरसाइज से रू-ब-रू होते हैं, वो डायबिटीज और आस्टियोपोरोसिस से भी हमारी रक्षा करती है। विश्व प्रसिद्ध मेयो क्लिनिक का एक शोध बताता है कि स्पोर्ट्स और अन्य एरोबिक एक्सरसाइज कुछ तरह के कैंसर से भी बचाव करता है। शोध से पता चलता है कि खेलकूद एवं व्यायाम की स्थिति में मांसपेशियों को आराम की तुलना में 10 से 18 गुना अधिक खून की जरूरत होती है जबकि वे 20 गुना अधिक शर्करा एवं ऑक्सीजन उपयोग करती हैं तथा 50 गुना अधिक कार्बोनिक गैस छोड़ती हैं। इन आंकड़ों से ही खेलकूद एवं व्यायाम के दौरान हृदय के काम का महत्व पता लग

जाता है। खेलकूद से रक्तचाप एवं यहां तक कि रक्त की भौतिक और रासायनिक संरचना में परिवर्तन हो जाता है। खेलकूद एवं व्यायाम से कुछ समय बाद हृदय की धड़कनों में संतुलन आ जाता है। कुछ समय तक व्यायाम करने से शरीर भोजन का सही उपयोग करता है। आंतरिक ग्रंथियों की गतिविधियां बेहतर हो जाती हैं। खेल हमारी मनोदशा पर भी असर डालते हैं। हमारे मूड को बदल देते हैं। हम जब खेलते हैं तो हमारा शरीर इंडोरफिंस जारी करता है। खेलों के दौरान इसका उत्पादन ज्यादा होने लगता है, जिसकी वजह से हम खुश महसूस करते हैं। खेलों को इसीलिए आमतौर पर निराशा और हताशा से लड़ने का सबसे कारगर हथियार माना जाता है। इसी तरह तनाव के हारमोस कम होते हैं।

सार्वजनिक स्वास्थ्य: समस्याएं एवं समाधान

जितेंद्र कुमार पाण्डेय



आज आलम यह है कि अधिकांश भारतीय आबादी को स्वास्थ्य क्षेत्र में क्षमता से अधिक खर्च करना पड़ रहा है। इस कारण गरीबी से जूझ रही आबादी में सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली पर अधिक निर्भर रहना पड़ता है। सबके लिए स्वास्थ्य सेवा सुलभ कराने के संकल्प के लिए भारत के समूचे स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र तंत्र में व्यापक बदलाव की आवश्यकता है। सरकार द्वारा स्वास्थ्य के अधिकार को मूल अधिकार के रूप में स्वीकृति देने की दिशा में प्रयास एक महत्वपूर्ण कदम है क्योंकि सार्वभौमिक स्वास्थ्य समावेशी विकास का सहायक व पूरक है

एक राष्ट्र के नागरिकों का स्वस्थ होना इसके आर्थिक विकास, समृद्धि और स्थायित्व के लिए बेहद जरूरी है क्योंकि एक स्वस्थ और सामर्थ्य जनसमुदाय ही अच्छी उत्पादकता में सहयोग करता है परिणाम स्वरूप समावेशी विकास होता है। भारत में सामाजिक ताने-बाने, खासकर स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता बेहद संवेदनशील मुद्दा है क्योंकि भारत विश्व का सर्वाधिक युवा देश है। यहां की 65 प्रतिशत आबादी 35 वर्ष से कम उम्र की है।

इतनी बड़ी आबादी देश को प्रतिस्पर्धा के मामले में आगे कर सकती है लेकिन आजादी के 70 वर्ष बाद भी आबादी का बड़ा हिस्सा आज भी बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाओं से वंचित है। जहां गरीबी अपने आप में बेहतर स्वास्थ्य पहुंच में बाधक है वहीं दूसरे क्षेत्रों में लागू नीतियां और कार्यक्रम भी आंशिक रूप से सार्वभौमिक स्वास्थ्य में रोड़ा है। जैसे- पानी, स्वच्छता, पोषण और पर्यावरण से संबंधित चिंता अहम है। स्वास्थ्य के प्रति राजनैतिक प्रतिबद्धताओं का भिन्न स्तर और प्रशासनिक गुणवत्ता में अंतर ने भी स्वास्थ्य सेवाओं में असमानता को जन्म दिया है।

स्वास्थ्य मंत्रालय के एक आंकड़ों के अनुसार स्वास्थ्य सुविधाओं के किफायती न होने की वजह से हर साल 6.3 करोड़ आबादी गरीबी से जुड़े खतरों का सामना कर रही है। स्वास्थ्य सेवाओं पर लगभग 70 प्रतिशत खर्च लोग अपनी आय की क्षमता से बाहर जाकर करते हैं। जिसके चलते भारत उन देशों में शामिल है जहां स्वास्थ्य व्यय के मामले में आरक्षित आबादी का स्तर सबसे अधिक है।

वर्तमान समय में सरकार स्वास्थ्य सेवाओं पर जीडीपी का 1.2 प्रतिशत प्रतिवर्ष खर्च करती है जो दुनिया भर के देशों में सबसे कम

है। यहां तक अफ्रीका के उप-सहारा क्षेत्रों में भी यह प्रतिशत 1.7 है।

शिक्षा व स्वास्थ्य संबंधी आवश्यक सेवाओं को व्यापक स्तर पर आमजन तक पहुंचाना एक ऐसा मामला है जहां स्वाभाविक रूप से सार्वजनिक क्षेत्र को अधिक पहल करनी चाहिए लेकिन भारत में इसके उल्टा हुआ है स्वास्थ्य सेवाओं के असामयिक निजीकरण से भारत में जो स्वास्थ्य सेवा मिलती है वह एक तरह की वैकल्पिक निजी स्वास्थ्य सेवा होती है। जिनसे उन मजदूरों का शोषण होता है जिनको अपनी बीमारी के बारे में कुछ पता नहीं होता है कि क्या उनका इलाज सही तरीके से हो रहा है या नहीं जब उनको सरकारी स्वास्थ्य सुविधा नहीं मिलती तो वे राहत पाने के लिए निजी क्षेत्र के अस्पतालों में बेतहाशा पैसा खर्च करते हैं जहां अक्सर उनका शोषण किया जाता है। कई बार लोग अपनी थोड़ी सी आय को चिकित्सकीय इलाज पर खर्च कर देते हैं जिससे वहन कर पाना उनके सामर्थ्य में नहीं होता है।

हमने उन रचनात्मक चीजों की तरफ कम ध्यान दिया है जिनसे लिंग भेद का खात्मा कर सकते थे, हमारी बहुत सारी वंचना तो कोख से ही शुरू होती है। सबके लिए स्वास्थ्य सेवा सुलभ कराने के संकल्प के तहत सरकार आजादी के बाद से ही प्रयासरत है। आजादी के पूर्व ही भोरे समिति ने सबके लिए स्वास्थ्य की सिफारिश की थी। 1958 में ए.एल. मुदलयार समिति ने स्वास्थ्य सेवाओं के पुर्नगठन एवं जिला अस्पतालों को मजबूत करने का सुझाव दिया था। 1988 में अलमाटी घोषणा में भी विश्व स्तर पर सबके लिए स्वास्थ्य की कल्पना की गई थी। संयुक्त राष्ट्र सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (2000) में भी शिशु मृत्यु दर में कमी लाने, मातृत्व स्वास्थ्य एवं गंभीर बीमारियों के नियंत्रण का लक्ष्य निर्धारित किया गया है।

तालिका: चुनिंदा स्वास्थ्य सूचक

क्रम	पैरोमीटर	1981	1991	2001	वर्तमान स्तर
1.	अशोधित जन्मदर सीडीआर) (प्रति 1000 जनसंख्या)	33.9	29.5	25.4	21.6 (2012)
2.	अशोधित मृत्युदर सीडीआर) (प्रति 1000 जनसंख्या)	12.5	9.8	8.4	7.0 (2012)
3.	कुल प्रजनन दर (टीएफआर)	4.5	3.6	3.1	2.4 (2012)
4.	मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) (प्रति 1,00,000 जीवित जन्म)	उ.न.	उ.न.	301 (2001-03)	178 (2010-12)
5.	शिशु मृत्युदर (आईएमआर) (प्रति 100,000 जीवित जन्म)	110	80	66	42 (2002)
	ग्रामीण	उ.न.	उ.न.	उ.न.	46
	शहरी	उ.न.	उ.न.	उ.न.	28
6.	बाल (0-4 वर्ष) मृत्यु दर (प्रति 1000 बच्चे)	41.2	26.5	19.3	11 (2012)
7.	जन्म से समय आयु संभाविता**				
	कुल	55.4	59.4	63.4	66.1
	पुरुष	55.4	59.0	62.3	64.6
	महिला	55.7	59.7	64.6	67.7

** 1981-85

स्रोत: आर्थिक समीक्षा-2013-14

ग्यारहवीं और बारहवीं पंचवर्षीय योजना में संसाधन प्रतिबद्धता की अत्यधिक वृद्धि की आवश्यकता का समर्थन किया गया है तथा सबके लिए स्वास्थ्य पर उच्चस्तरीय विशेष समूह ने स्वास्थ्य पर जीडीपी के 1.2 प्रतिशत का स्तर के बजाए 2.5 प्रतिशत व्यय की संस्तुति की है। बारहवीं योजना में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए 3,00,018 करोड़ रुपये का परिव्यय किया गया है। सरकार ने सार्वजनिक स्वास्थ्य सुलभ कराने और मौजूदा स्वास्थ्य अवसंरचना सुधारने, वहनीय और किफायती स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए कई कार्यक्रम और योजनाएं शुरू की हैं। कुछ निम्नवत् हैं-

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन को 2013 में शुरू किया गया का जिसका उद्देश्य समान वहनीय और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं को सभी व्यक्तियों तक पहुंचाना है। यह एक अम्ब्रेला कार्यक्रम है जिसके दो मुख्य घटक हैं - 'एक राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन' दूसरा 'राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन'। वित्तीय वर्ष 2015-16 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के लिए 18000 करोड़ रुपये का प्रावधान किया गया है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

लोगों के रहन-सहन और स्वास्थ्य की स्थिति में बेहतर सुधार स्वतंत्रता के बाद से ही

प्राथमिकता का विषय रहा है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के अनुपालन में सबको गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के उद्देश्य से 12 अप्रैल 2005 को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू किया गया।

इसका उद्देश्य स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं की योजना और प्रबंधन में समुदाय की भागीदारी को बढ़ाने, बेहतर कार्यक्रम प्रबंधन, लचीला वित्तपोषण और संयुक्त अनुदान का प्रावधान और मानव संसाधन के संवर्धन जैसे दृष्टिकोण को अपनाते हुए स्वास्थ्य प्रणाली में संरचनात्मक सुधार लाना है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत देश भर में आबादी के अनुपात में सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) को नियुक्त किया गया है। जिसके माध्यम से स्वास्थ्य सुविधा सुलभ कराने वाली सेवा में व्यापक सुधार हुआ है।

“राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन” ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य अधोसंरचना में भारी अंतर को पाटने की दिशा में महत्वपूर्ण काम लिया है जैसे संस्थागत प्रसवों की संख्या का प्रतिशत 2006 से 42 से बढ़कर 2011 में 84 तक पहुंच गया है। इसी अवधि में शिशु मृत्यु दर 57 से गिरकर 42 पर आ गई है। निर्धनों के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र में “राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना” (2008) के तौर पर एक बड़ी पहल की गई है, इसके अंतर्गत इस समय इलाज के लिए भर्ती 10 करोड़ से अधिक मरीजों को बीमा की सुविधा मिलती है।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत 2013 में किया गया। एनयूएचएम के अंतर्गत 50000 से अधिक आबादी वाले सभी शहरों/नगरों में वहनीय स्वास्थ्य एवं स्लम में रहने वाले और हाशिए पर रह रहे समूहों को कवर किया गया है।

प्रजनन और बाल स्वास्थ्य

प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों में “जननी सुरक्षा योजना” और “जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम” महत्वपूर्ण है। इसका महत्वपूर्ण उद्देश्य तीन महत्वपूर्ण स्वास्थ्य सूचकों मातृ मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर और कुल प्रजनन दर में आमूल बदलाव लाना है। प्रसव सुविधा सेवाओं हेतु बढ़ी हुई मांगों को पूरा करने के लिए 158 जिला अस्पतालों और मेडिकल कॉलेजों में मातृ और बाल स्वास्थ्य विंग स्थापित किया गया है जिससे संस्थागत प्रसव में गुणात्मक सुधार हुआ है।

प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना

इस योजना का लक्ष्य वहनीय, किफायती और भरोसेमंद तृतीय स्वास्थ्य देखभाल सेवा उपलब्धता में क्षेत्रीय असंतुलन को ठीक करना है। इसके अंतर्गत पहले चरण में 6 अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान की स्थापना की गई है जबकि दूसरे एवं तीसरे चरण में क्रमशः

तालिका 2: स्वास्थ्य अवसंरचना सुविधाएं

क्र.सं.	सुविधाएं	संख्या
1.	एसीसी/पीएचसी/सीएचसी (2012)*	177248
2.	सरकारी अस्पताल (ग्रामीण और शहरी क्षेत्र, सीएचसी सहित)	35416
3.	आयुष अस्पताल और औषधालय (01.04.12 के अनुसार)	27586
4.	नर्सिंग कर्मचारी (01.01.12 के अनुसार)**	2124667
5.	चिकित्सक (आधुनिक प्रणाली) (2012)**	883812

स्रोत: आर्थिक समीक्षा-2013-14

6 और 39 मेडिकल कॉलेजों की उत्क्रमित करने की योजना है।

मिशन इंद्रधनुष

इस योजना का शुभारंभ 25 दिसंबर 2014 को किया गया जिसका उद्देश्य वर्ष 2020 तक उन सभी बच्चों को कवर करना है जिन्हें कोई टीका नहीं लगाया गया है अथवा सात टीका निरोग्य रोगों जिनमें डिप्थेरिया, काली खांसी, टिटनेस पोलियो, तपेदिक, खसरा और हैपेटाइटिस शामिल हैं से प्रतिरक्षण हेतु आंशिक रूप से टीके लगाए गए हैं। इस कार्यक्रम के पहले चरण में 201 अधिक महत्व के जिलों में लागू होगा और बाद में 297 जिलों को लक्षित किया जाएगा।

राष्ट्रीय आयुष मिशन

संपूर्ण स्वास्थ्य उपलक्ष्य कराने के उद्देश्य से पूर्व आयुष विभाग को 2014 में स्वतंत्र मंत्रालय बना दिया गया है और राष्ट्रीय आयुष मिशन की शुरुआत की गई है। मिशन का मूलभूत उद्देश्य कम कीमत वाली आयुष सेवाओं और शैक्षिक प्रणालियों के सुदृढीकरण के माध्यम से आयुष चिकित्सा (आर्युवेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथी) पद्धतियों को बढ़ावा देना है। इस क्रम में प्रधानमंत्री के आवाहन पर सितंबर 2014 में संयुक्त राष्ट्र महासभा ने 21 जून को योग दिवस के रूप में मनाने की घोषणा की है।

सतत विकास लक्ष्य एजेंडा 2030

संयुक्त राष्ट्र महासभा ने 2015 में सतत विकास लक्ष्य के एजेंडा 2030 को औपचारिक रूप में स्वीकार कर लिया है। एजेंडा 2030 में 17 सतत विकास लक्ष्य निर्धारित हैं जो वर्ष 2000 में स्वीकृत सहस्राब्दि विकास लक्ष्यों का स्थान लेंगे। इस एजेंडा में सबके लिए स्वस्थ जीवन की सुनिश्चितता सतत और सभी आयु के लोगों के रहन सहन की सुदृढता पर विशेष बल दिया गया है।

- वर्ष 2030 तक वैश्विक मातृत्व दर को प्रति 1000 जीवित जन्म पर 70 से कम करना।
- वर्ष 2030 तक सार्वभौम स्वास्थ्य कवरेज।
- वर्ष 2030 तक नवजात बच्चों की मृत्यु दर प्रति 1000 जीवित जन्म दर 12 करना तथा पांच वर्ष तक के बच्चों में यह 25 के स्तर पर करना।
- 2030 तक यौन एवं पुनर्जनन स्वास्थ्य सुविधाओं तक सार्वभौम पहुंच।
- वर्ष 2030 तक एड्स, तपेदिक, मलेरिया

महामारी का उन्मूलन तथा हेपेटाइटिस जल जन्य व संक्रामक रोगों पर नियंत्रण।

सबके लिए स्वास्थ्य सेवा सुलभ कराने के संकल्प के लिए भारत के समूचे स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र तंत्र में कुछ महत्वपूर्ण बदलाव लाना होगा-

पहला, यह कि इस भ्रम से बाहर आना होगा कि खराब स्वास्थ्य से सबके लिए स्वास्थ्य और अच्छे स्वास्थ्य की तरफ बदलाव निजी स्वास्थ्य सेवा और बीमा से आसानी से प्राप्त किया जा सकता है क्योंकि सारे तथ्य इस सोच के विपरीत हैं। दुनिया में अधिकतर स्वास्थ्य सेवा तंत्रों में किसी न किसी रूप में प्राइवेट सेवाओं की गुंजाइश रखी जाती है और भारत को भी यह परंपरा तोड़ने की कोई ठोस वजह नहीं है। स्वास्थ्य योजनाओं को बनाते समय जवाबदेही में मुद्दों और अन्य चुनौतियों को ध्यान में रखना चाहिए। समाज के सभी सदस्यों के लिए स्वास्थ्य सेवाएं सुलभ कराने और अच्छे स्वास्थ्य की अन्य जरूरतों को पूरा करना पूरी तरह सरकार जिम्मेवारी है।

दूसरा, पहलू जिनमें तत्काल ध्यान दिए जाने की जरूरत है। रोकथाम और उपचार इसके अंतर्गत प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र ग्राम स्तर के कार्यकर्ताओं, निवारक स्वास्थ्य सेवा के अन्य साधनों जैसे बीमारियों के इलाज के बजाय रोकथाम के प्रयासों में जनभागीदारी, टीकाकरण स्वच्छता खासकर ग्रामीण स्तर पर जन स्वच्छता, कचरा प्रबंधन एवं बीमारियों के बारे में जागरूक करना महत्वपूर्ण है।

तीसरा, सुदृढ स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने के लिए जिला अस्पतालों के बुनियादी ढांचे को बेहतर करना होगा। इन अस्पतालों को मेडिकल कॉलेजों से जोड़ना बेहद आवश्यक है क्योंकि देश के 640 जिलों में मात्र 193 जिले में मेडिकल कॉलेज हैं। बाकी 447 जिले में चिकित्सा अध्ययन एवं प्रशिक्षण का कोई बेहतर इंतजाम नहीं है।

चौथा, सरकार को स्वास्थ्य परिचर्या की बजाए स्वास्थ्य बीमा मुहैया कराने वाला बनना चाहिए, 11 वीं योजना में राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना की शुरुआत हुई थी। वर्तमान सरकार ने तीन सुरक्षा बीमा योजना, क्रमशः प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना, प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना और अटल पेंशन योजना की शुरुआत की है। जिसका उद्देश्य नागरिकों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना है।

पांचवा, स्वच्छता अप्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य से जुड़ा हुआ मामला है। इस पर तत्काल ध्यान देने की आवश्यकता है। क्योंकि गंदगी से कई बीमारियां उत्पन्न होती हैं। स्वच्छता विकास का अकेला सबसे लाभकारी परिणाम है। विश्व बैंक के जल एवं स्वच्छता कार्यक्रम का अनुमान है कि स्वच्छता पर एक डॉलर खर्च करने से स्वास्थ्य, शिक्षा और आर्थिक विकास में 9 डॉलर की बचत होती है। बच्चों के विकास में बाधक समस्याओं पेचिश, कुपोषण, शारीरिक विकास संबंधी कमजोरियों की जड़ में साफ-सफाई की कमी है। इसी स्वच्छता को ध्यान में रखते हुए 2 अक्टूबर 2014 को स्वच्छ भारत अभियान की शुरुआत की गई है। जिसका उद्देश्य 2019 तक सभी देशवासियों को सफाई व्यवस्था उपलब्ध कराना है।

निष्कर्ष

भारत के स्वास्थ्य क्षेत्र में हाल के समय में उल्लेखनीय प्रगति हुई है लेकिन यह पर्याप्त नहीं है। यदि भारत को विश्व के अग्रणी देशों के स्तर तक उठाना है तो उच्च स्तर की सक्षम स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने के साथ बीमारियों की रोकथाम वाली प्रतिरोधक और प्रोत्साहक दवाओं की सुलभता पर भी जोर दिया जाना चाहिए, ताकि लोगों को बीमारी से छुटकारा मिले। हमें यह ध्यान देना होगा कि शिक्षा के अधिकार के बाद सबके लिए स्वास्थ्य का अधिकार समय की मांग है क्योंकि सार्वभौमिक स्वास्थ्य के लक्ष्य की प्राप्ति विकास को सतत एवं समावेशी बनाने में सहायक भी है और पूरक भी है। □

संदर्भ

1. अमर्त्य सेन का आलेख "देश तो है एक असमानताएं अनेक" इंडिया टुडे 26 अगस्त 2009 पृष्ठ-20-22
2. एस. प्रसन्नराजन का आलेख जिन्हें नाज है हिंद पर वो कहाँ है के अंतर्गत अमर्त्य सेन एवं ज्यां ड्रेज की नई पुस्तक एन अनसर्टेन ग्लोरी: इंडिया एंड इट्स कंट्राडिक्शन का अंश इंडिया टुडे 17 जुलाई 2013 पृष्ठ- 60-64
3. रजत के गुप्ता का आलेख इंडिया टुडे 8 अक्टूबर 2008 पृष्ठ - 36-37
4. देवी प्रसाद शेट्टी का आलेख इंडिया टुडे 13 मई 2009 पृष्ठ - 24
5. भारत का आर्थिक सर्वेक्षण 2012-13 पृष्ठ- 289
6. भारत का आर्थिक सर्वेक्षण 2013-14 पृष्ठ- 247
7. भारत का आर्थिक सर्वेक्षण 2014-15 पृष्ठ- 289
8. इंडिया टुडे - 26 अगस्त 2015
9. योजना, अप्रैल 2007, पृष्ठ 9-12
10. योजना, जनवरी 2012, पृष्ठ 33-36
11. इंडिया टुडे, 15 अक्टूबर 2014, पृष्ठ 17-22

बाल स्वास्थ्य के शैक्षिक सरोकार

पवन सिन्हा



आधुनिक समाज में हमारे रहन-सहन और खान-पान में नकारात्मक परिवर्तन आ रहे हैं जिसके कारण आज बच्चों को समझने-समझाने के लिए विशेष समझ की आवश्यकता है अन्यथा उनका पालन-पोषण करना बहुत कठिन होगा।

एक खास बात और जिसकी ओर समय रहते ध्यान दिया जाना अत्यंत आवश्यक है, वह यह है कि बच्चों के शरीर में विटामिन डी की कमी से ना केवल अनेक रोग हो रहे हैं बल्कि उनके मन और मस्तिष्क पर भी नकारात्मक प्रभाव पड़ता है

नीं

व सही बन जाने से प्रचुर भावी लाभ प्राप्त होते हैं। यह कथन हाल में ईएफए वैश्विक निगरानी रिपोर्ट (2015): *सबके लिए शिक्षा (2000-2015) उपलब्धियां और चुनौतियां* के सारांश में उल्लिखित है। यहां स्पष्ट करना सुसंगत होगा कि यह वाक्य या कथन लक्ष्य 1: *शैशवकालीन देखभाल और शिक्षा* के संदर्भ में उल्लिखित था। अर्थ और निहितार्थ की दृष्टि से इस एक वाक्य में अनेक संभावनाएं समाहित हैं। यह कथन एक ओर शैक्षिक जीवन में शैशवकालीन शिक्षा यानी पूर्व प्राथमिक शिक्षा की महत्ता की ओर संकेत करता है वहीं दूसरी ओर बच्चों के स्वास्थ्य की महत्ता को भी दर्ज करता है। गौर से देखें तो दोनों बिंदु एक ही सिक्के के दो पहलू नज़र आते हैं।

जहां एक ओर बेहतर शिक्षा बेहतर स्वास्थ्य की ओर अग्रसर करती है, वहीं दूसरी ओर बेहतर स्वास्थ्य बेहतर शिक्षा का मार्ग प्रशस्त करता है। यह विषय विवाद रहित है कि स्वास्थ्य और शिक्षा एक-दूसरे से अभिन्न रूप से जुड़े हुए हैं। ईएफए वैश्विक रिपोर्ट (2015) में यह कहते हुए कि उत्तरजीविता और पोषण में कुछ प्रगति हुई है लेकिन देखभाल अभी भी खराब गुणवत्ता की है – संतोष और चिंता की मिश्रित प्रतिक्रिया व्यक्त की गई है। वहां यह भी स्पष्टतः बताया गया है कि 1990 और 2013 के बीच बाल मृत्यु दर में कमी आई है और यह प्रति एक हजार जीवित जन्म लेने वाले बच्चों में 90 से गिरकर 46 हो गई है। फिर भी, 2000 में तय किए गए सहस्राब्दी विकास लक्ष्य को हासिल करने के लिए बाल मृत्यु-दर में लगभग 50 प्रतिशत की गिरावट नाकाफी है, क्योंकि 1990 के स्तरों से इसमें दो तिहाई की कमी आनी थी। अधिकतर देशों ने 1990 के दशक से अविकसित बच्चों के

प्रतिशत में कमी लाने में प्रगति हासिल की है। बाल पोषण में सुधार आया है लेकिन वह काफी नहीं है। इसका अर्थ यह है कि हमें और भी प्रयास करने होंगे ताकि बच्चों को जीवन प्रदान करते हुए उन्हें फलने-फूलने के अवसर मुहैया कराए जा सकें।

‘शिक्षा का अधिकार’ में बच्चों के सर्वांगीण विकास, उनके ज्ञान, क्षमताओं और प्रतिभाओं के संवर्धन तथा शारीरिक एवं मानसिक योग्यताओं के अधिकतम विकास की चर्चा की गई है। इन उद्देश्यों, प्रावधानों का प्रत्येक शब्द अपने आप में अनेक तरह की मांग और सवाल खड़े करता है। हम जानते हैं कि बच्चों के सर्वांगीण विकास के अनेक आयाम हैं, जैसे- शारीरिक, मानसिक, संवेगात्मक और सामाजिक आयाम! ये सभी आयाम परस्पर एक-दूसरे के साथ अंतः संबंधित हैं। एक के विकास का और ‘अभाव का भी’ प्रभाव दूसरे पर पड़ता है। शरीर को पोषण न मिलने के कारण उसका नकारात्मक प्रभाव बच्चों की शैक्षणिक उपलब्धि पर पड़ता है। इतना ही नहीं जो बच्चे किन्हीं कारणों से किन्हीं बुरे व्यसनों में ‘फंस’ जाते हैं, उनकी भी शैक्षणिक उपलब्धि बुरी तरह से प्रभावित होती है। इस संदर्भ में अनेक शोध निष्कर्षों को अपनी बात का आधार बनाया जा सकता है। उदाहरण के लिए एक शोध में पाया गया कि जो बच्चे चरस या गांजे का सेवन करते हैं, उनके स्कूल छोड़ने की संभावना 2-3 फीसदी बढ़ जाती है, उनके मुकाबले जो चरस या गांजा नहीं लेते। इतना ही नहीं चरस या गांजे का नकारात्मक प्रभाव ‘शार्ट टर्म’ और ‘लांग टर्म’ शैक्षणिक निष्पत्ति पर भी पड़ता है।

मार्क सरहके और कारमैन ने (डब्ल्यू एचओ, 2011) ने अपने एक शोध में यह बताया कि धूम्रपान, या खराब पोषण, मोटापा,

लेखक दिल्ली विश्वविद्यालय के मोती लाल नेहरू महाविद्यालय में प्रोफेसर हैं। बाल शिक्षा, स्वास्थ्य व बच्चों से जुड़े अन्य विषयों पर अपनी सक्रियता और उनके ज्योतिषीय समाधान बताने के कारण वह एस्ट्रो अंकल के नाम से प्रसिद्ध हैं। इन विषयों पर विभिन्न समाचार माध्यमों में वह लगातार योगदान करते रहे हैं। ईमेल: pawansinhadel@gmail.com

अधिक वजन होना भी बच्चों की शैक्षणिक उपलब्धि को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है। जिन बच्चों को नौद संबंधी समस्या यानी स्लिपिंग डिस्ऑर्डर होता है वे भी अपनी पढ़ाई-लिखाई में बेहतर प्रदर्शन नहीं कर पाते। जो बच्चे किन्हीं कारणों से डिप्रेशन और दुश्चिंता में रहते हैं, उनके भी शैक्षणिक निष्पादन पर बुरा प्रभाव पड़ता है। शोध-निष्कर्ष यह भी बताते हैं कि बचपन में जिन बच्चों का स्वास्थ्य बेहतर होता है, जिन्हें समुचित पोषण मिलता है, उन बच्चों का शैक्षणिक निष्पादन बेहतर होता है। यह शोध एक अन्य अध्ययन का हवाला देता है कि जो बच्चे 21 साल से पहले बहुत अधिक बीमार रहते हैं उनकी शिक्षा औसतन 1.4 वर्ष घट जाती है। शोध यह भी बताते हैं कि बचपन में कुपोषण और व्यसनों से ग्रस्त बच्चे जब किशोर बनते हैं तो उनके व्यक्तित्व और शैक्षणिक उपलब्धि में क्या कमियां आती हैं। इसका अर्थ यह भी हुआ कि बच्चों के शैक्षणिक उपलब्धि को बेहतर बनाने के लिए जन्म से या जन्म से पूर्व ही ध्यान दिया जाना चाहिए।

भारत सरकार की योजना

राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम इस ओर एक नई पहल है। इस योजना के तहत जन्म यानी 0 से लेकर 18 साल तक के बच्चों के 4डी: डिफेक्ट (जन्म के समय), डिजीज डिफिशियन्स और डेवलपमेंट डिले से संबंधित स्वास्थ्य-प्रावधान किए हैं। सरकारी अथवा अनुदान प्राप्त विद्यालयों में पढ़ने वाले बच्चों का नियमित स्वास्थ्य परीक्षण इसी कार्यक्रम का हिस्सा है। बच्चों को आवश्यकतानुसार आयरन की कमी से उबरने के लिए आवश्यक दवाइयां भी मुहैया कराई जाती हैं। इसके अतिरिक्त बच्चों के पोषण के लिए भारत सरकार ने प्रारंभिक कक्षाओं के बच्चों के लिए मिड डे मील की भी व्यवस्था की है। अध्ययन दर्शाते हैं कि मिड डे मील के कारण विद्यालयों में बच्चों की उपस्थिति और नियमितता में इजाफा हुआ है। इएफए की रिपोर्ट (सारांश, 2015:21) में यह कहा गया है कि शिक्षा के लिए भोजन उपक्रम 169 देशों में 36.8 करोड़ बच्चों तक पहुंच गए हैं। स्कूल में भोजन प्रदान करने के कार्यक्रम न केवल यह सुनिश्चित करने में मदद करते हैं कि स्कूल जाने वाले बच्चे स्वस्थ बने रहें बल्कि

गैर-प्रतिभागियों की तुलना में प्रतिभागी निरंतर बेहतर नामांकन और उपस्थिति भी दर्शाते हैं। बच्चों के स्वास्थ्य को ध्यान में रखते हुए स्वच्छ विद्यालय, शौचालय और स्वच्छ पेयजल आदि की व्यवस्था को बच्चों को उपलब्ध कराना भी अपने आप में महत्वपूर्ण प्रयास है। साथ ही विद्यालयी पाठ्यचर्या और पाठ्यक्रम में स्वास्थ्य और शारीरिक शिक्षा को शामिल किया गया है। ये सभी प्रयास सराहनीय हैं।

लेकिन इन सबके बावजूद पहला सवाल यह उठता है कि क्या सभी नीतियां विद्यालय और बच्चों तक पहुंची हैं और उन तक पहुंचकर उनकी असल जिंदगी में उतर पाई हैं? दूसरा सवाल यह भी उठता है कि मानसिक विकास और प्रतिभाओं का संवर्धन करने के लिए आवश्यक मानसिक स्वास्थ्य का विकास करने के लिए हमारे पास कौन सी ठोस नीति है? दोनों सवालों के जवाब आपको हमको स्वयं खोजने होंगे। आए दिन अखबारों में आप ऐसी खबरें पढ़ सकते हैं जो बच्चों के आपराधिक कारनामों को बेहद अफसोस के साथ बयां करती हैं। लुडलो कैसल के एक स्कूल में एक 'बड़े' बच्चे द्वारा एक 'बहुत ही छोटी' बच्ची के साथ किया गया शारीरिक उत्पीड़न किस प्रकार के मानसिक स्वास्थ्य की ओर इशारा करता है। ऐसे अनेक 'किस्से' हैं जो बच्चों के रुग्ण मानसिकता और बेहद खराब मानसिक स्वास्थ्य की चिंता को व्यक्त करते हैं। मन की बात पूरी न हो पाने पर बच्चों में 'उफनता' क्रोध, आक्रामकता, सही निर्णय न ले पाना, कामुकता और लालच के विकारों से ग्रस्त हमारी भावी पाढ़ी जिस पर राष्ट्र निर्माण का उत्तरदायित्व है, कैसे पूरा कर पाएगी अपना दायित्व? सोचने वाली बात है! हमारा ज्यादातर ध्यान शारीरिक विकास पर ही रहता है जबकि मानसिक स्वास्थ्य भी उतना ही जरूरी है एक बेहतर जिंदगी को जीने के लिए, स्वस्थ समाज और राष्ट्र का निर्माण करने के लिए।

इससे इंकार नहीं किया जा सकता कि जिस तरह से शारीरिक स्वास्थ्य शैक्षणिक उपलब्धि को प्रभावित करता है ठीक वैसे ही शारीरिक स्वास्थ्य बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। हमारे सोचने-समझने, चिंतन-मनन करने, अपने संवेगों और 'मूड स्विंग्स' पर नियंत्रण रखने, कामुकता से दूर रहने, सही समय पर सही निर्णय ले पाने की

क्षमता का संबंध स्वास्थ्य से भी है। अंततः मस्तिष्क हमारे शरीर में ही तो विद्यमान है। मस्तिष्क को मिलने वाला पोषण और ऑक्सीजन बच्चों के संज्ञानात्मक विकास को प्रभावित करता है। मानव का शरीर बहुत ही उलझी हुई डोर की तरह होता है यानी गांठ कहीं और उस गांठ को सुलझाने वाला सिरा कहीं! बच्चों के मन पर उनके आस-पास के माहौल का असर तो पड़ता ही है, लेकिन खान-पान, विटामिन और हार्मोन भी उनके व्यवहार को बदलते हैं। गर्भ धारण करने का समय, गर्भावस्था के दौरान मां की सोच, उसके रहने के स्थान का माहौल, खान-पान आदि भी बच्चे के विकास को प्रभावित करते हैं।

चूंकि आधुनिक समाज में हमारे रहन-सहन और खान-पान में नकारात्मक परिवर्तन आ रहे हैं जिसके कारण आज बच्चों को समझने-समझाने के लिए विशेष समझ की आवश्यकता है अन्यथा उनका पालन-पोषण कर पाना बहुत कठिन होगा। एक खास बात और जिसकी ओर समय रहते ध्यान दिया जाना अत्यंत आवश्यक है, वह यह है कि बच्चों के शरीर में विटामिन डी की कमी से ना केवल अनेक रोग हो रहे हैं बल्कि उनके मन और मस्तिष्क पर भी नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। यह जानकर आश्चर्य होगा कि विटामिन डी की कमी से अनेक प्रकार की हानियां होती हैं। हमारे शरीर में 24000 जीन्स होते हैं जिसमें 3000 जीन्स विटामिन डी से प्रभावित होते हैं। यदि गर्भ धारण करने वाली स्त्री में विटामिन डी की कमी है तो उनके बच्चों में ऐसे रोग भी हो सकते हैं जो उनके वंश में अब तक किसी को नहीं हुए। विटामिन डी की कमी से टाइप-2 डायबिटीज हो जाती है। बच्चों और युवाओं में बढ़ती डायबिटीज का कारण बच्चों और उनकी माताओं में विटामिन डी की कमी का होना है। विटामिन डी की कमी से तनाव बहुत बढ़ जाता है और रक्तचाप भी डिस्टर्ब रहता है। विटामिन डी की कमी हृदय रोग की संभावना 62 प्रतिशत बढ़ जाती है। जिन बच्चों को मौसम बदलने पर नज़ला, खांसी, जुकाम, बुखार और विशेष रूप से सांस फूलने जैसी समस्याएं जकड़ लेती हैं या जिन बच्चों को जल्दी-जल्दी इन्फेक्शन पकड़ता है उनमें विटामिन डी की कमी पाई जाती है। अत्यधिक क्रोध आना, एडीएचडी की समस्या, ज़िद और कमजोरी, एकाग्रता में कमी, मस्तिष्क

(जारी ... पृष्ठ 59 पर)

आपदाकालीन चिकित्सा प्रबंधन: विशेषीकृत तंत्र की जरूरत

हिमांशु शेखर मिश्र



आपदा चाहे प्राकृतिक हो या कृत्रिम, दांव पर होती है इंसानों की जान। जान बचाने के साथ ही इस समय राहतकर्मियों के लिए चुनौती होती है कि कैसे आपदाजनित नयी बीमारियों को फैलाने से रोका जाए। इससे भी बड़ी चुनौती तब आती है जब भूकंप व बाढ़ जैसी विभीषिकाएं पूरी स्वास्थ्य अवसंरचना को ध्वस्त कर डालती है। ऐसे में शून्य से शुरू करने वाली एक नयी व्यवस्था की जरूरत होती है। सामान्यत तौर पर शिथिल मालूम पड़ने वाली संरचनाओं के साथ तालमेल भी इस दौर की अन्य बड़ी चुनौती है

हाल के वर्षों में प्राकृतिक आपदा से होने वाले नुकसान का दायरा लगातार बढ़ता जा रहा है। 2014 के सितंबर में जम्मू और कश्मीर में आए भयंकर बाढ़ ने जो भारी तबाही मचाई उससे लोग उबर भी नहीं पाए थे कि चेन्नई में पिछले साल दिसंबर में आए बाढ़ ने फिर आगाह किया कि प्राकृतिक आपदाओं से होने वाला खतरा बढ़ा है और इनसे मजबूती से निपटने के लिए जरूरी है कि देश में आपदा प्रबंधन के मौजूदा ढांचे में आधारभूत बदलाव किया जाए। इस आलेख में ऐसी ही जरूरतों पर सविस्तर चर्चा करने की कोशिश की जा रही है। जम्मू कश्मीर में बाढ़ की कवरेज के दौरान प्राप्त अनुभवों को भी इसमें शामिल किया जा रहा है।

दरअसल, उपरोक्त दोनों आपदाओं से जान-माल का काफी नुकसान हुआ, स्थानीय अर्थव्यवस्था को भारी क्षति हुई और लाखों लोगों पर महामारी का खतरा मंडराता रहा। विशेषकर जम्मू और कश्मीर में बाढ़ के प्रकोप की वजह से सितंबर के दूसरे हफ्ते में हालत इतने खराब हो गए थे कि बाढ़ पीड़ितों तक स्वास्थ्य सुविधाएं पहुंचाना कुछ दिनों के लिए असंभव हो गया था। सभी बड़े अस्पताल पानी में डूब गए थे। ये सब ऐसे वक्त पर हुआ जब बाढ़ पीड़ितों को इन अस्पतालों की जरूरत सबसे ज्यादा थी।

हालिया घटनाएं

बाढ़ पर रिपोर्टिंग करने के दौरान मैंने देखा की गंभीर रूप से बीमार लोग स्वास्थ्य सेवाओं के लिए दर दर भटक रहे थे। गृह मामलों पर संसद की स्थाई समिति ने दिसंबर 2014 में संसद में पेश की गई अपनी रिपोर्ट *रेस्क्यू, रिहैबिलिटेशन एंड रिकंस्ट्रक्शन इन द ऑटरमाथ ऑफ द लड्स एंड लैंडस्लाइड्स इन जम्मू एंड कश्मीर*

में कहा, “जम्मू और कश्मीर के प्रतिनिधि ने कहा बाढ़ का असर पूरे राज्य पर गंभीर असर पड़ा है विशेषकर श्रीनगर में, राज्य की महत्वपूर्ण बिल्डिंग्स जिसमें सिविल सेक्रेटेरियेट, हाई कोर्ट, पुलिस कंट्रोल रूम और पांच बड़े अस्पताल तीन हफ्ते से ज्यादा समय तक डूबे रहे।”

आपातकालीन स्वास्थ्य समस्याओं का अंदाजा संसद की स्थाई समिति की उस रिपोर्ट से लगाया जा सकता है जिसमें कहा गया कि राज्य में 110 मेडिकल सेंटर भी प्रभावित हुए जिसके कारण हालात और भी खराब हुए। राहत और बचाव के काम में लगी सरकारी एजेंसियों के लिए कम समय में एक वैकल्पिक हेल्थ अवसंरचना खड़ा करना संभव नहीं था। नतीजा ये हुआ की गंभीर रूप से बीमार बाढ़ पीड़ितों को मजबूर होकर अस्थायी मेडिकल कैंपों में इलाज के लिए जाना पड़ा। रिपोर्टिंग के दौरान देखने को मिला कि बाढ़ आने के एक हफ्ते बाद तक कई जगहों पर जानवरों के शव नदियों और नालों में बह रहे थे जो खुले में रहने पर मजबूर बाढ़ पीड़ितों के बीच महामारी फैलने लिए एक बड़ा खतरा था।

कश्मीर में पीड़ितों को कितने बड़े स्तर पर चिकित्सा सुविधाओं की जरूरत थी उसका अंदाजा इससे लग सकता है कि 170 मीट्रिक टन दवाइयां प्रभावित इलाकों में पहुंचाई गईं। संसद की स्थाई समिति ने दिसंबर 2014 में संसद में पेश अपनी रिपोर्ट में कहा, “पारासिटामोल सिरप, एंटी-पायरेटिक्स, एंटी-डायरिया, एंटी-बायोटिक्स जैसी 23 तरह की दवाइयां कश्मीर भेजी गई थी। इसके साथ ही 35 लाख क्लोरीन टेबलेट्स, 13.25 लाख मीजल्स वैक्सिन और 7.5-लाख ओरल पोलियो वैक्सिन भी भेजी गई थीं।”

एक साल तीन महीने बाद दुर्भाग्यशाली इतिहास उस वक्त दोहराया गया जब चेन्नई शहर तो बाढ़ का प्रकोप झेलना पड़ा। कई बाढ़ प्रभावित

लेखक समाचार चैनल एनडीटीवी में संपादक (सरकारी मामले) हैं। सरकार, राजनीति और अंतरराष्ट्रीय मामलों के अलावा वह आपदा संबंधी घटनाओं की कवरेज में व्यापक अनुभव रखते हैं। वह जापान के शेन्दाई में गत वर्ष मार्च में आपदा जोखिम कमी पर संयुक्त राष्ट्र सम्मेलन में “आपदा कानूनों में मुआवजा का अधिकार” विषय पर शोधपत्र प्रस्तुत कर चुके हैं। इसके अलावा इस विषय पर राष्ट्रीय-अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों में लगातार उपस्थित रहते हैं। ईमेल: h-mishra@yahoo.com

इलाकों में घरों को सफाई की जाने वाली पानी सीवेज से संक्रमित हो गई जिससे बाढ़ पीड़ितों के लिए पीने का पानी मिलना मुश्किल हो गया। चेन्नई शहर के कई इलाकों में पानी जमा होने की वजह से कोलेरा, डायरिया, टाइफाइड और मलेरिया जैसी कई तरह की बीमारियों के फैलने का खतरा बना रहा। कुछ इलाकों में बाढ़ पीड़ितों में आंत्रसंक्रमण के मामले भी सामने आए जो संक्रमित पानी पीने की वजह से फैले थे। राहत कैंपों में भीड़ बढ़ने की वजह से इंप्लुएंजा या ऐसी अन्य बीमारियों के फैलने का खतरा बढ़ा था। हालांकि बाढ़ के दौरान श्वसन संक्रमण जैसे मामले भी सामने आए। इस चुनौती से निपटने के लिए 1700 से ज्यादा डॉक्टर तैनात किए गए और 200 अस्थायी मेडिकल कैंप तैयार किए गए।

वर्तमान प्रबंधन तंत्र

आपदा प्रबंधन अधिनियम, 2005 में राज्य आपदा प्रबंधन प्राधिकरण और जिला आपदा प्रबंधन प्राधिकरण को आपदा प्रभावित इलाकों में पीड़ितों को जल्दी मेडिकल सुविधाएं मुहैया कराने की मुख्य जिम्मेदारी दी गई है लेकिन मौजूदा कानून में विस्तार से मेडिकल सुविधाएं मुहैया कराने के लिए विशेष प्रावधान शामिल नहीं किए गए हैं। प्राकृतिक आपदा से निपटने की मौजूदा व्यवस्था को और कारगर बनाने के लिए ये जरूरी होगा की भारत में प्राकृतिक आपदा के हालात से निपटने के लिए एक नेशनल इमरजेंसी मेडिकल प्रोटोकॉल पर भी विचार होना चाहिए। इसके तहत एक नया फ्रेमवर्क तैयार करना जरूरी होगा जिससे आपदा प्रभावितों को मेडिकल सुविधाएं जल्दी से जल्दी मुहैया कराया जाए।

डिजास्टर मैनेजमेंट कानून के पांचवें चैप्टर में ये प्रावधान है की भारत सरकार के सभी मंत्रालयों और विभागों के विकास संबंधित योजनाओं और प्रोजेक्ट्स में प्राकृतिक आपदाओं से बचने के उपायों को उपयुक्त जगह दी जाए। कानून में ये भी बात शामिल है कि सभी मंत्रालय प्राकृतिक आपदा से लड़ने की लोगों को क्षमता बढ़ाने के लिए फंड्स मुहैया कराएं। इस प्रावधान के तहत सभी मंत्रालय मिलकर इस नए मेडिकल प्रोटोकॉल को राष्ट्रीय स्तर पर तैयार करने लिए एकजुट हो कर बेहतर समन्वय के साथ तैयार कर सकते हैं। इस नई व्यवस्था को कारगर बनाने के लिए प्राइवेट सेक्टर में सक्रिय संस्थानों को भी इस नई पहल से जोड़ना पर विचार होना चाहिए।

साथ ही, सरकारी तंत्र को इस नई पहल के प्रति संवेदनशील बनाने की जरूरत होगी। इसे सफल बनाने के लिए जरूरी होगा की सभी

मंत्रालयों और सरकारी विभागों में आपसी समन्वय बेहतर बनाया जाए। हर प्राकृतिक आपदा कई सीख छोड़ जाती हैं। ये बेहद जरूरी है कि हम उन्हें गंभीरता से लें और भविष्य में प्राकृतिक आपदा से लड़ने की अपनी क्षमता को और मजबूत करें।

विशिष्ट आपदा प्रबंधन तंत्र: आवश्यकता

हाल के अनुभवों को देखते हुए यह कहा जा सकता है कि आपदाकालीन परिस्थितियों में निर्बाध चिकित्सा सहायता बनाए रखने के लिए एक विशेषीकृत तंत्र तैयार रखने की आवश्यकता आ पड़ी है जो न केवल दवाओं की आपूर्ति बल्कि हर प्रकार की चिकित्सा सुविधा/सहायता, ऐसे समय के लिए वित्तीय प्रबंधन, विभिन्न विभागों के बीच परस्पर संयोजन/समन्वय, आपात चिकित्सा चुनौतियों से निपटने का पारंपरिक ज्ञान, आपातकाल में क्या करें और क्या न करें, आपदा पूर्व तैयारियां, इस दिशा आधुनिक प्रचलन क्या हैं, आदि विषयों की चिंता करे और तदनुसार कार्रवाई तथा कार्य संयोजन की देखरेख करे। यह तंत्र सामान्य स्थितियों में जनसाधारण तथा प्रशासन को आपदाकालीन चिकित्सा चुनौतियों के बारे में जागरूक कर सकता है। ऐसे तंत्र को सीधे एनडीआरएफ से तालमेल में रखा जाना चाहिए और आपदाकालीन परिस्थितियों में इसे पूर्ण स्वायत्ता दी जानी चाहिए।

अंतर्राष्ट्रीय परिदृश्य

अमेरिका ने आपदा से निपटने के लिए एक नेशनल डिजास्टर मेडिकल सिस्टम सेटअप किया है। ये व्यवस्था प्राकृतिक आपदाओं के साथ साथ दूसरे बड़े हादसों के दौरान पीड़ितों को इमरजेंसी मेडिकल सुविधाएं मुहैया कराती है। इसके तहत इमरजेंसी के हालात में पब्लिक हेल्थ और इससे जुड़ी सेवाओं के लिए विशेष फंडिंग, ट्रेनिंग, मेडिकल उपकरण आदि सफाई करने का प्रावधान है। नेशनल डिजास्टर मेडिकल सिस्टम के जरिए कम से कम समय में आपदा प्रभावित इलाकों में मेडिकल टीमों की तैनाती, जरूरी दवाइयें और मेडिकल इक्विपमेंट्स भेजने की व्यवस्था की जाती है। साथ ही, इसकी मदद से प्रभावित इलाकों से आपदा पीड़ितों को जल्दी सुरक्षित इलाकों में इलाज के लिए भेजने की व्यवस्था भी की जाती है।

राष्ट्रीय आपदाकालीन चिकित्सा बल

अभी किसी भी आपदा की स्थिति में सबसे पहले नेशनल डिजास्टर रिस्पांस फोर्स यानि एनडीआरएफ की टीमों को प्रभावित इलाकों में भेजा जाता है। वो अपने साथ राहत बचाव की सामग्रियों के साथ साथ मेडिकल उपकरण और

दवाइयां लेकर भी जाते हैं लेकिन पिछले कुछ आपदाओं में जिस तरह से बहुत बड़ी संख्या में लोग प्रभावित हुए हैं उससे ये सवाल उठता है कि आपदा प्रभावित इलाकों में बेहतर और प्रभावी तरीके से स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने के लिए एक नया राष्ट्रीय आपदाकालीन चिकित्सा बल क्यों नहीं तैयार किया जाना चाहिए? ये सवाल महत्वपूर्ण है क्योंकि आम तौर पर एनडीआरएफ के जवान मेडिकल सुविधाएं मुहैया करने के लिए विशेष तौर पर प्रशिक्षित नहीं होते हैं और अगर प्रभावित लोगों की संख्या ज्यादा हो तो उस स्थिति में उनके लिए प्रभावी तरीके से सीधे हस्तक्षेप करना मुश्किल हो जाता है।

अगर विशेष तौर पर प्रशिक्षित डॉक्टर्स और दूसरे मेडिकल स्टाफ को नेशनल डिजास्टर मेडिकल रिस्पांस फोर्स की टीम में शामिल किया जाता है तो इससे आपदा प्रभावित इलाकों में ज्यादा कारगर और प्रभावी तरीके से आपदा पीड़ितों तक जरूरी राहत पहुंचाई जा सकती है। इस फोर्स को ये जिम्मेदारी भी दी जा सकती है कि वो बड़े स्तर पर स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने के लिए दवाइयों के स्टॉक और दूसरे मेडिकल उपकरण तैयार रखें। और कम से कम समय में आपदा पीड़ितों के बाच जरूरी दवाइयां पहुंचा सकें।

फौरन राहत के लिए विशेष कोष

ये भी बेहद जरूरी होगा कि आपदा प्रभावित इलाकों में स्वास्थ्य सेवाएं जल्दी मुहैया कराने के लिए एक विशेष फंड स्थापित किया जाए। फिलिपीन्स में मेडिकल इमरजेंसी के हालात से निपटने के लिए एक नेशनल डिजास्टर रिस्क मैनेजमेंट रिडक्शन फंड सेटअप करने का कानून में प्रावधान है। इसमें फौरन राहत पहुंचाने के लिए 30 फीसदी फंड जल्दी जारी करने का प्रावधान शामिल है। भारत में आपदा प्रबंधन कानून में मेडिकल इमरजेंसी के लिए विशेष फंड का कोई प्रावधान नहीं है।

संदर्भ

- फिलिपींस (डिपार्टमेंट ऑफ बजट एंड मैनेजमेंट), क्लामिटी एंड विवक रिस्पांस फंड्स: http://www.dbm.gov.ph/?page_id=2584
- आपदा प्रबंधन अधिनियम, 2005: <http://www.ndma.gov.in/images/ndma-pdf/DMAct2005Hindi.pdf>
- स्टैंडिंग कमिटी ऑन होम अफेयर्स रिपोर्ट ऑन कश्मीर फ्लड्स (22 दिसंबर 2014): <http://164.100.47.5/newcommittee/reports/EnglishCommittees/Committee%20on%20Home%20Affairs/182.pdf>
- <http://www.phe.gov/Preparedness/responders/ndms/Pages/default.aspx>

भारत में स्वास्थ्य जागरूकता: एक क्रांति की आवश्यकता

मनीष कुमार



हमारे सार्वजनिक विमर्श में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाएं गहन चिंता का विषय हैं। लोग बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य सेवाओं से असंतुष्ट हैं। इसका एक समाधान यह है कि लोगों को जानकारियां प्रदान की जाएं। जन समुदाय को अधिक से अधिक जागरूक करने की जरूरत है। इससे सामाजिक तंत्र के साथ-साथ परिवार के सेहतमंद रहने और सेहत को बढ़ावा देने की भी क्षमता विकसित होती है

भा

रत में पिछले एक दशक में कुछ स्वास्थ्य संकेतकों में काफी सुधार हुआ है जैसे टीकाकरण कार्यक्रम और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एवं कुछ अन्य निवारक कार्यक्रम। किंतु मध्यम आय वाले कई देशों और क्षेत्रीय पड़ोसियों की तुलना में भारत के स्वास्थ्य संकेतक अब भी उतने सकारात्मक नहीं हैं। उन पर अनुपात रहित रूप से कई बड़े रोगों का भार है। हमारे देश में राज्यों, ग्रामीण एवं शहरी जनसमुदाय और सामाजिक वर्गों के बीच स्वास्थ्य संबंधी असमानताएं कायम हैं। हमारे सार्वजनिक विमर्श में स्वास्थ्य और स्वास्थ्य सेवाएं गहन चिंता का विषय हैं। लोग बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य सेवाओं से असंतुष्ट हैं।

हम अपनी बात एक उदाहरण के साथ शुरू करते हैं। चित्र में राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र में रहने वाले एक युवक के सीटी स्कैन हैं जिसे 2010 में दिमाग पर एक घातक चोट लगी थी। अफसोस की बात है कि 2012 में जब उसके सीटी स्कैन में हाइड्रोसेफलस नजर आया, तब भी उसका वेंट्रिकुला-पेटोनियल (वीपी) शंट नहीं किया गया (तभी मैं इसे आपको दिखा रहा हूँ)। वह लगातार बेहोशी की हालत में रहा। अगर तब उसका वीपी शंट किया जाता तो उसकी स्थिति सुधार सकती थी लेकिन फिर भी यह निश्चयपूर्वक नहीं कहा जा सकता था कि ऑपरेशन के बाद वह एकदम ठीक हो जाता। यह बात और है कि ऐसी स्थितियों में वीपी शंट की भूमिका निर्णायक होती है।

ऐसी स्थितियों से हम रोजाना दो-चार होते हैं। खास तौर से तृतीयक उपचार के संबंध में। ऐसा क्यों हुआ कि वर्ष 2012 में वीपी शंट

नहीं किया गया? किसी के इकलौते बेटे, एक पति या पिता की सेहत पर 25 लाख रुपये भी खर्च नहीं किए जा सके। अब तक उसके लिए इतने रुपयों का बंदोबस्त नहीं किया जा सका कि वह ठीक हो सके।

स्वास्थ्य प्रणाली बीमार क्यों?

यहां मैं स्पष्ट करना चाहता हूँ कि हम यहां उन लोगों की बात कर रहे हैं जिन्होंने तथाकथित आधुनिक चिकित्सा पद्धति (एलोपैथिक) का दरवाजा खटखटाया है क्योंकि उनके लिए अन्य निवारक उपाय असफल हो चुके हैं या उन उपायों की कोई भूमिका नहीं है या वे लोग पहले से ही आयुष की अन्य प्रणालियों को आजमा कर देख चुके हैं।

हालांकि लोग एक दूसरे पर दोषारोपण करते रहते हैं लेकिन हममें से अधिकतर लोग दो महत्वपूर्ण मुद्दों पर अवश्य सहमत होंगे- पहला प्रशिक्षित पेशेवरों, जैसे डॉक्टर, नर्स और अस्पताल में बिस्तरों की कमी और दूसरा लागत।

वर्ष 2011 में भारत में यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज पर उच्च स्तरीय विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट (1) की सिफारिशों के अनुसार, हमारे देश को पेशेवरों और अन्य अवसरचक्राओं की बहुत जरूरत है। विशेषज्ञों ने वित्तीय मुद्दों पर भी सुझाव दिए और कुछ विशेष सुझाव भी दिए जैसे सरकारी खर्च में निजी कंपनियों की भागीदारी। उन्होंने अपनी सिफारिशों में, अलग-अलग राज्यों और विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों के बीच अंतर किए। उनकी सिफारिशों और मौजूदा स्थिति को देखते हुए सर्वाधिक आशावादी व्यक्ति भी इस बात से सहमत होगा

लेखक सोनीपत स्थित फ्रैंक इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस में न्यूरोसर्जन हैं। स्वास्थ्य जागरूकता संबंधी विषयों पर काम करने वाली संस्था स्वस्थ भारत ट्रस्ट के साथ भी संबद्ध हैं और स्वास्थ्य जागरूकता संबंधी विषयों पर लगातार लिखते-पढ़ते रहते हैं। ईमेल: dtmanku@gmail.com

कि कुछ लक्ष्यों को हासिल नहीं किया जा सकता, विशेष रूप से कुछ भौगोलिक क्षेत्रों में स्टाफ नर्सों और डॉक्टरों की संख्या के संबंध में। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि रोगियों के प्रति पेशेवरों का तथाकथित रवैये सभी के लिए चिंता का विषय है। हम उन पर कैसे काबू पा सकते हैं?

स्वास्थ्य सेवाओं की कीमत पर भी लगातार बहस की रही है। जैसे डॉक्टरों की कंसल्टेशन फीस, दवाओं की कीमत तथा अस्पताल का खर्चा। क्या हम वास्तव में समान रूप से, तर्क और प्रभावी ढंग से इसे नियंत्रित कर सकते हैं?

इन सभी बातों को देखते हुए, स्थिति उदासी से भरी हुई और अवसादग्रस्त लगती है। आखिर इसका रास्ता क्या है? जब भविष्य में सरकार के प्रयासों के अपर्याप्त रहने की आशंका हो तो एक सामान्य नागरिक अपनी सेहत का ध्यान कैसे रख सकता है? ऐसी स्थिति में हमारे पास प्रश्न अधिक हैं और उत्तर कम।

हमें दो बातों को समझना होगा- (1) हमारे देश की जनसंख्या बहुत बड़ी है (आर्थिक, शैक्षणिक, भौगोलिक, सांस्कृतिक और राजनैतिक, हर हालात से) जिसे अवरोध के स्थान पर विकास की संभावना और अवसरों के महासागर के रूप में कार्य करना चाहिए और (2) मांग और आपूर्ति में अंतर है जिसे मौजूदा योजनाओं को देखते हुए कम नहीं किया जा सकता।

वर्तमान परिदृश्य में आम लोगों के पास व्यापक अवसर हैं। इसका एक समाधान यह है कि लोगों को जानकारी प्रदान की जाए। जन समुदाय को अधिक से अधिक जागरूक करने की जरूरत है और इसी तरीके से किसी व्यक्ति, समाज, पेशेवरों और सरकार की मदद की जा सकती है।

जन समुदाय सिर्फ स्वास्थ्य सेवाएं नहीं प्राप्त करता। उसमें सामाजिक तंत्र के साथ-साथ परिवार के सहारे सेहतमंद रहने और सेहत को बढ़ावा देने की भी क्षमता होती है। उसकी अपनी स्थानीय जानकारी भी कई बार बहुत काम आती हैं। स्वास्थ्य सेवाओं, उसके क्रियान्वयन, प्रशासन और उत्तरदायित्व में समुदायों और नागरिकों की भागीदारी से लोकतंत्र भी मजबूती बनता है।

निम्नलिखित क्षेत्रों में स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता तेजी से बदलाव ला सकती है-

(1) स्वास्थ्य बीमा जिनकी भारत में पैठ केवल 18% है (2) विभिन्न सरकारों स्वास्थ्य बीमा के लिए निजी कंपनियों का उपयोग करती हैं और शॉर्टकट का सहारा लेती हैं, जबकि वर्ष 2011 में भारत के लिए यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज पर उच्च स्तरीय विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट-1 में इस तरह की पहल न करने की सिफारिश की गई थी। विश्व में ऐसे कई देश हैं जहां सरकार द्वारा 100% स्वास्थ्य कवरेज दिया जाता है।

तालिका 1: विभिन्न देशों का प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य परिव्यय (डॉलर में)

देश	परिव्यय
भारत	61
श्रीलंका	102
संयुक्त अरब अमीरात	1,569
ब्रिटेन	3,598
अमेरिका	9,146

स्रोत: विश्व बैंक

विकसित देशों में सरकारें अपनी कुल जीडीपी का 6% से भी अधिक हिस्सा स्वास्थ्य पर खर्च करती हैं जबकि भारत अपनी जीडीपी का 2% से भी कम हिस्सा स्वास्थ्य पर खर्च करता है (तालिका-2)। यह समझना सभी के लिए महत्वपूर्ण है कि अगर स्वास्थ्य पर हमारा परिव्यय इतना कम होगा तो हमारी सेवाएं किस प्रकार की होंगी?

जो व्यक्ति सूचनाओं से लैस होगा, केवल वही व्यक्ति व्यावहारिक रूप से लागत प्रबंधन कर सकता है। मुझे स्वास्थ्य सेवाओं और उनके कामकाज की सूचना और जानकारी के उपयोग का व्यावहारिक अनुभव तब हुआ, जब मेरे अस्पताल की एक महिला सिक्योरिटी गार्ड ने मुझे बताया कि वह किसी दूसरे छोटे अस्पताल में अपना ऑपरेशन कराने जा रही है।

तालिका 2: विभिन्न देशों में कुल स्वास्थ्य परिव्यय (जीडीपी प्रतिशत में) 2013

देश	परिव्यय
भारत	1.3
श्रीलंका	1.4
संयुक्त अरब अमीरात	2.3
ब्रिटेन	7.6
अमेरिका	8.1

स्रोत: विश्व बैंक

जब मैंने उससे पूछा कि वह हमारे अस्पताल में ऑपरेशन क्यों नहीं कराती तो उसने कहा कि वह बड़े अस्पताल का खर्चा नहीं उठा सकती। मैंने उससे पूछा कि क्या उसने अपना स्वास्थ्य बीमा नहीं कराया, तो मुझे पता चला कि वह इसके बारे में कुछ जानती ही नहीं है।

सामान्य ज्ञान के रूप में चिकित्सा संबंधी ज्ञान-भारत में हर व्यक्ति डॉक्टर है! कारण यह है कि हमारे यहां पहले से ही अपर्याप्त सुविधाएं हैं। हमें इस आग्रह को समझना चाहिए और इसे अपने और अपने समाज के लिए सुरक्षित और उपयोगी बनाना चाहिए। जहां तक संभव हो, प्रामाणिक ढंग से चिकित्सा संबंधी जागरूकता को बढ़ाया जाना चाहिए। इससे किसी भी स्थिति में लोगों की मदद होगी।

ऐसे ज्ञान और जानकारी के उद्देश्य निम्नलिखित हैं -

(क) अपनी समस्या को समझें और डॉक्टर की मदद करें ताकि वे आपकी समस्या को समझ सकें (ख) निदान के तरीकों और उपचार को जानें (ग) चिकित्सा मूल्यांकन में निदान का महत्व जानें (घ) उपलब्ध सुविधाएं और उनके मूल्य को जानें (च) दवाओं के बारे में जागरूक हों

यह सब क्यों जानना चाहिए?

(क) मौजूदा चिकित्सा प्रणाली और पेशेवरों की मदद करने के लिए जोकि अत्यंत बोझ और तनाव में कार्य कर रहे हैं (ख) इस बात की जांच करने के लिए क्या चिकित्सकीय सलाह और कार्रवाई उचित है? (ग) समय के दुरुपयोग से बचने के लिए - असामाजिक गतिविधियों को रोकने के लिए घबरेलुगारी से लड़ने के लिए (घ) लोग अपने स्वास्थ्य पर अधिक ध्यान नहीं देते, इससे स्वास्थ्य जैसा पक्ष गौण रह जाता है, लोग उस स्थिति के बारे में नहीं सोचते या उसकी योजना नहीं बनाते, जब जीवन खतरे में पड़ जाता है। बड़े पैमाने पर जागरूकता बढ़ाने से हम स्वास्थ्य को भारतीय समाज का सर्वाधिक महत्वपूर्ण मुद्दा बना सकते हैं।

इस संबंध में (क) मीडिया (समाचार पत्रों/टीवी) की भूमिका जबरदस्त है। उन्हें डॉक्टर या अस्पताल की लापरवाही का खुलासा करने वाली या किसी जादुई बाबा की सनसनीखेज खबर की बजाए लोगों को वैज्ञानिक और व्यावहारिक ज्ञान देने पर अपना समय व्यतीत करना चाहिए।

(ख) न्यायपालिका और एमसीआई जैसे अन्य प्राधिकरणों को समाज के फायदे के लिए अपने निरंकुश मानदंडों में ढील देनी चाहिए जिससे अधिक से अधिक संस्थान पाठ्यक्रम के माध्यम से चिकित्सा संबंधी ज्ञान प्रदान कर सकें और इस प्रकार तैयार होने वाले योग्य युवाओं को इस बात की इजाजत दी जानी चाहिए कि वे अपने ज्ञान को समाज और अपने स्वयं के लिए उपयोगी बना सकें।

उपरोक्त मामले में केवल पैसे की कमी ही एकमात्र परेशानी नहीं थी। पैसे के अलावा यहां किसी प्रक्रिया की उपयोगिता से संबंधित पूर्वानुमान न लगा पाना भी एक कारण था (मेडिकल प्रोफेशनल्स का गैर सहानुभूतिपूर्ण रवैया)। युवक का पिता उसके इलाज के लिए अपनी प्रॉपर्टी बेच रहा था (तृतीयक उपचार की स्थिति में यह बात सामान्य है) लेकिन कुछ हजार रुपये जुट जाने से इस स्थिति में ज्यादा बदलाव नहीं आने वाले थे। दरअसल वह अपेक्षाकृत छोटी शल्य क्रिया की महत्वपूर्ण भूमिका को नहीं समझ पा रहे थे। क्या डॉक्टर भी अस्पष्ट तरीके से सब कुछ बता रहे थे? यह भी संभव था। अगर मरीज के रिश्तेदार डॉक्टरों से किसी तरह की गारंटी मांगते (जोकि हमारे समाज में लोगों की आदत है या उनकी इतनी ही समझ है, विशेष रूप से जब इलाज इतना लंबा चलता है) तो डॉक्टर भी निश्चयपूर्वक कुछ नहीं कर

(पृष्ठ 54 से जारी ...)

की बहुत सारी क्रियाएं अवरुद्ध होना, आंतों के रोग, बुढ़ापा, डिप्रेशन, कैंसर, त्वचा का मलिन होना, कैल्शियम न पच पाने के कारण हड्डियां कमजोर होना विटामिन डी की कमी के कारण होते हैं। इतना ही नहीं, एनीमिया की जड़ में भी विटामिन डी को खोजा जा रहा है। शहरी जीवन शैली और शहरी आबोहवा के कारण बच्चे सूर्य के संपर्क में कम ही आ पाते हैं जिसके कारण

अपनी दवा को जानिए

चिकित्सक और मरीज के बीच संबंधों में एक महत्वपूर्ण तथ्य दी जाने वाली दवा के बारे में मरीज को जानकारी होना भी है। सामान्यतया मरीज दवाएं तो लेते रहते हैं पर उन्हें यह पता नहीं होता कि उस दवा के साइड इफेक्ट्स क्या हैं और वह दवा किस सीमा तक जरूरी है या फिर किसी रिएक्शन की स्थिति में उसे तुरंत क्या करना चाहिए। इन मुद्दों को लेकर स्वास्थ्य जागरूकता पर काम करने वाले संगठन **स्वस्थ भारत** ने हाल ही में नॉ योर मेडिसिन (अपनी दवा को जानिए) अभियान शुरू किया है। इसे यू-ट्यूब पर अच्छी प्रतिक्रिया मिल रही है।

सकते थे लेकिन जैसा कि रिश्तेदार कहते हैं, शल्य क्रिया की आवश्यकता पर्याप्त रूप से समझाई गई थी। इसके बावजूद अगर रिश्तेदार कुछ तय नहीं कर पाए तो इसकी वजह यह थी कि पेशेवर के साथ-साथ सामाजिक और वित्तीय स्तर असफल हुए थे। उम्मीद है कि इस मामले के प्रकाश में आने से लोगों में समझदारी विकसित होगी।

कुल मिलाकर, लोगों में जानकारीयों की कमी है और वे बुरी स्थितियों के लिए तैयार नहीं होते। खास तौर से ऐसी कुछ असामान्य स्थितियों के लिए जब संकट की स्थिति में समस्याएं बढ़ती जाती हैं। ऐसी स्थिति में लोग अस्पताल पहुंचते हैं और किसी न किसी

कारण से स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने में परेशानियों का सामना करते हैं।

यह विचार करते हुए कि स्वास्थ्य सेवाओं पर विश्व स्तर पर मंथन किया जा रहा है, विशेष रूप से अमेरिका में, भारत में इस विशालकाय समस्या से निपटने के लिए एक क्रांति की जरूरत है। एक ऐसी क्रांति जब हर व्यक्ति कम से कम अपनी सेहत के संबंध में तो पूर्ण रूप से जानकार हो जाएगा। वैज्ञानिक चिकित्सा से संबंधित सामान्य ज्ञान में ऐसी एक उछाल के बिना, 'स्वास्थ्य ही धन है' जैसे वाक्य खोखले ही साबित होंगे। □

संदर्भ

1. भारत में यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज पर उच्च स्तरीय विशेषज्ञ समूह की रिपोर्ट, योजना आयोग, नई दिल्ली http://planningcommission-nic-in/reports/genrep/rep_uhc0812-pdf -
2. माधव जी देव: डॉक्टर पॉपुलेशन रेशो फॉर इंडिया- द रिएलिटी, इंडियन जे. मेड रेस. 2013 अप्रैल, 137(4)- 632-635
3. <http://data-worldbank-org/indicator/SH-XPD-PCAP>
4. <http://www-the-guardian-com/news/datablog/2012/jun/30/healthcare&spending&world&country>
5. लॉरिस डी. ब्राउन: कंपैरिंग हेल्थ सिस्टम्स इन फोर कंट्रीज, लेसन्स फॉर द युनाइटेड स्टेट्स, एम जे पब्लिक हेल्थ, 2003 जनवरी, 93 (1)- 52-56
6. https://en-wikipedia-org/wiki/List_of_countries_by_health_insurance_coverage
7. <http://data-worldbank-org/indicator/SH-XPD-PUBL-ZS>
8. https://en-wikipedia-org/wiki/Health_care_in_the_United_States

बच्चों को प्राकृतिक रूप से विटामिन डी प्राप्त नहीं हो पाता। सवाल है कि क्या करें? बच्चों को उगते हुए और डूबते हुए सूर्य के सामने बैठने की आदत डालें। कितनी भी गर्मी क्यों न हो लेकिन सूर्य के प्रकाश में पसीना अवश्य बहाएं। बच्चों को गुड़ और शहद अवश्य दें। बेल, सोयाबीन, अंगूर, अखरोट, हल्दी, दूध का सेवन भी जरूर करवाएं। बच्चों को फल और

सब्जियां अधिक से अधिक खिलाएं। विटामिन सी का सेवन विटामिन डी की कमी को पूरा करने में मदद करता है। मैदे का अधिक प्रयोग तथा बासी भोजन का सेवन नहीं करना चाहिए। किसी भी बच्चे को रोजाना औसतन 1200IU विटामिन डी की आवश्यकता होती है। इसके लिए सूर्य का प्रकाश और सूर्य नमस्कार सर्वोत्तम साधन हैं। □

प्रकाशन विभाग की पत्रिकाओं की नई दरें

क्रम	पत्रिका	दर प्रति अंक	वार्षिक दर	द्विवार्षिक दर	त्रिवार्षिक दर	विशेषांक दर
1	योजना*	22	230	430	610	30
2	कुरुक्षेत्र	22	230	430	610	30
3	आजकल*	22	230	430	610	30
4	बाल भारती	15	160	300	420	20
5	रोजगार समाचार#	12	530	1000	1400	लागू नहीं

* नयी दरें अप्रैल 2016 अंक से लागू होंगी, # रोजगार समाचार की नई दरें 6 फरवरी 2016 से लागू होंगी

कुपोषण मुक्त स्वस्थ भारत: कृषिगत चुनौतियां व अवसर

गिरिजेश सिंह महारा
वी संगीता
प्रेमलता सिंह

“हरित क्रांति के बाद अब देश में पोषण क्रांति की आवश्यकता है” - एम. एस. स्वामीनाथन (हरित क्रांति के स्वर्ण जयंती के उपलक्ष्य में)



कृषि से उत्पन्न होता है भोजन और भोजन स्वास्थ्य का सबसे महत्वपूर्ण स्तंभ है। बढ़ती हुई आबादी, संसाधनों के हास, मृदा का घटता स्वास्थ्य एवं कुपोषण ने खाद्य सुरक्षा, स्वास्थ्य एवं कृषि के समक्ष गंभीर चुनौतियां खड़ी की है जिनका हल कृषि की उन्नत तकनीकों एवं नवीनतम कृषि प्रसार द्वारा संभव है जिसके लिए कृषि वैज्ञानिकों, प्रशासनिक अधिकारियों एवं नीतिधारकों को साथ मिलकर कदम बढ़ाना होगा तब भारत कुपोषण मुक्त एवं खाद्य सुरक्षित असल मायने में एक स्वस्थ देश बनेगा

कृ

षि भारतीय अर्थव्यवस्था की केंद्रबिंदु व भारतीय जीवन की धुरी है। भारतीय कृषि का इतिहास गंभीर समस्याओं से जूझता हुआ जरूर रहा हो मगर स्वर्णिम सफर का भी साक्षी रहा है। सन् 1910 में भारत 15 करोड़ जनसंख्या वाला देश था किंतु भारत देश के पास इतना खाद्यान्न नहीं था कि हर नागरिक का पेट भर सके। लगातार पड़ रहे सूख एवं भुखमरी के कारण देश में स्वास्थ्य के हालत और बिगड़ उठे। सन् 1960 में देश का खाद्यान्न उत्पादन 5 करोड़ टन पहुंचा किंतु यह भी पर्याप्त नहीं था। एन. ई. बौरलॉग एवं एम. एस. स्वामीनाथन के विज्ञान एवं परिश्रम ने देश में हरित क्रांति को जन्म दिया जिससे हमारे देश का खाद्यान्न उत्पादन 50 मिलियन टन से बढ़कर 150 मिलियन टन हो गया, तत्पश्चात देश के कृषि वैज्ञानिकों के शोध ने भारत को न सिर्फ खाद्यान्न में वरन् दुग्ध उत्पादन में भी विश्व में शिखर पर खड़ा कर दिया और आज भारत फल एवं सब्जियों में, दूध, मसाले एवं जूट में वैश्विक स्तर पर सबसे बड़ा उत्पादक है। धान एवं गेहूं में भारत विश्व का दूसरा सबसे बड़ा उत्पादक है एवं विश्व के 80% कृषि उत्पादों के मामले में भारत सबसे बड़े उत्पादकों में से एक है लेकिन जहां एक तरफ हमने विश्व में अपने आप को कृषि उत्पादन में साबित किया है वही दूसरी ओर खाद्य सुरक्षा, स्वस्थ

एवं कुपोषण मुक्त भारत की परिकल्पना अभी भी भारत से कोसों दूर खड़ी नजर आती है।

खाद्य सुरक्षा, कुपोषण एवं स्वास्थ्य

प्रायः खाद्य सुरक्षा का अर्थ, देश के हर नागरिक तक भोजन उपलब्धता तक ही समझा जाता है जबकि खाद्य सुरक्षा केवल देश के नागरिकों तक भोजन पहुंचाना नहीं वरन् भोजन द्वारा उचित मात्रा में पोषक तत्वों की उपलब्धता भी है। खाद्य सुरक्षा की अवधारणा व्यक्ति के मूलभूत अधिकार को परिभाषित करती है। अपने जीवन के लिए हर किसी को निर्धारित पोषक तत्वों से परिपूर्ण भोजन की जरूरत होती है। महत्वपूर्ण यह भी है कि भोजन की जरूरत नियत समय पर पूरी हो। मानव अधिकारों की वैश्विक घोषणा (1948) का अनुच्छेद 25 (1) कहता है कि हर व्यक्ति को अपने और अपने परिवार को बेहतर जीवन स्तर बनाने, स्वास्थ्य की स्थिति प्राप्त करने का अधिकार है जिसमें भोजन, कपड़े और आवास की सुरक्षा शामिल है। खाद्य एवं कृषि संगठन (एफ.ए.ओ.) ने 1965 में अपने संविधान की प्रस्तावना में घोषणा की कि मानवीय समाज की भूख से मुक्ति सुनिश्चित करना उनके बुनियादी उद्देश्यों में से एक है।

खाद्य उत्पादन में वृद्धि का सीधा संबंध समाज की खाद्य सुरक्षा की स्थिति से नहीं है, देश के उत्पादन में जो वृद्धि हुई है उसमें

गिरिजेश सिंह महारा नई दिल्ली स्थित भारतीय कृषि अनुसंधान संस्थान में वैज्ञानिक (कृषि प्रसार संकाय) हैं। ईमेल: girijeshmahra22@gmail.com

वी संगीता इसी संस्थान व विभाग में वैज्ञानिक हैं। ईमेल: sangeeq@gmail.com

प्रेमलता सिंह इस संस्थान में कृषि प्रसार संकाय की अध्यक्ष एवं प्रधान वैज्ञानिक हैं। ईमेल: premlataashok@gmail.com

वर्ष	उपलब्ध मात्रा (10 लाख टन)		प्रति व्यक्ति एकल उपलब्धता (ग्राम प्रतिदिन)		
	अनाज	दालें	अनाज	दालें	कुल
1971	84.0	10.3	417.6	51.2	468.8
1981	104.8	9.4	417.3	37.5	454.8
1991	145.7	12.9	468.5	41.1	476.4
1992	137.7	10.9	434.5	41.6	510.1
1993	138.1	11.7	427.9	34.3	468.8
1994	142.6	12.2	434.0	36.2	464.1
1995	154.0	12.7	457.6	37.2	471.2
1996	152.1	11.3	442.5	37.8	495.4
1997	163.2	13.0	466.0	32.8	476.2
1998	147.9	11.7	414.2	37.3	505.5
1999	156.1	13.3	429.2	33.0	450.5
2000	156.6	11.7	422.7	36.9	470.4
2001	145.6	11.3	386.2	32.0	458.0
2002	175.9	13.6	458.7	35.4	417.0
2003	159.3	11.3	408.5	29.1	437.6
2004	169.1	14.2	426.9	35.8	462.7
2005	157.3	12.7	390.9	31.5	422.4
2006	168.8	13.3	412.8	32.5	445.3
2007	169.0	14.7	407.4	35.5	442.8
2008	165.9	17.6	394.2	41.8	436.0
2009	173.7	15.8	407.0	37.0	444.0
2010	173.8	15.3	401.7	35.4	437.1
2011	180.1	18.9	410.6	43.0	453.1
2012	181.0	18.4	408.6	41.7	450.3
2013	210.3	18.8	468.9	41.9	510.8

स्रोत: भारत सरकार का आर्थिक सर्वेक्षण 2014-15

गैर- खाद्यान्न पदार्थों जैसे- तेल, शक्कर, दूध, मांस, अंडे, सब्जियां और फल का हिस्सा कुल उपभोग का 60 फीसदी है। ऐसी स्थिति में यदि हम चाहते हैं कि लोगों तक खाद्य पदार्थों की सहज पहुंच हो तो इन गैर-खाद्यान्न पदार्थों के बाजार को नियंत्रित करना होगा। यह महत्वपूर्ण है कि 1951 से अब तक देश के खाद्यान्न उत्पादन में पांच गुना बढ़ोतरी हुई है पर गरीब की खाद्य सुरक्षा अभी सुनिश्चित नहीं हो पाई है। तालिका 1 से स्पष्ट होता है कि 1972-73 से 2012-13 की समयावधि में अनाज की प्रति व्यक्ति उपलब्धता बढ़ी है पर साथ में कुपोषण एवं महिलाओं में एनीमिया की समस्या भी गंभीर होती जा रही है।

खाद्य असुरक्षा ने भारत के नागरिकों के स्वास्थ्य पर एक गंभीर असर डाला है। यह

हैं (तालिका 2)। भारत में प्रतिवर्ष 2.5 करोड़ नए बच्चों का जन्म होता है। इस हिसाब से भारत विश्व में सबसे अधिक बच्चों का देश है जहां विश्व का हर पांचवां बच्चा भारत में रहता है परंतु भारत सरकार द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर चलाए गए अनेकों स्वास्थ्य कार्यक्रम के बावजूद भारत विश्व के 40% कुपोषित बच्चों का देश है जहां हर वर्ष 25

विडंबना है भारत देश जहां आर्थिक उन्नति तेजी से हो रही है एवं जिसका उत्पादन 2646 लाख टन, वह वो देश अपने देशवासियों के बीच घर कर चुकी कुपोषण की समस्या का समाधान न कर पा रहा हो। विश्व के 27% कुपोषित लोग भारत में रहते हैं, अभी भी भारत का 1/3 भाग गरीबी रेखा से नीचे है जो दो वक्त की रोटी के लिए मोहताज है तथा गोदामों में रखा 5 करोड़ टन अनाज बिना गरीबों तक पहुंचे हुए सड़ता है, यही नहीं भारत में किसान कृषि त्यागना चाहते हैं और सन् 1995 से 2014 में 270,940 किसानों ने आत्महत्या भी की है।

जनगणना, 2011 के अनुसार भारत में 15.87 करोड़ बच्चे हैं जिनमें 8.29 करोड़ लड़के एवं 7.58 करोड़ लड़कियां

लाख बच्चे कुपोषण के कारण मर जाते हैं फलस्वरूप भारत विश्व के सर्वाधिक कुपोषित देशों जैसे बांग्लादेश, इथोपिया एवं नेपाल के साथ खड़ा नजर आता है।

पूर्व प्रधानमंत्री डॉ मनमोहन सिंह ने एक बार स्वतंत्रता दिवस के अपने भाषण में उल्लेख किया था “कुपोषण की समस्या राष्ट्रीय स्वास्थ्य के लिए शर्म की बात है ...मैं पूरे राष्ट्र से अनुरोध करता हूँ कि वे अपनी मेहनत से कुपोषण को अगले पांच वर्षों में जड़ से मिटा दें”।

भारत में प्रति व्यक्ति औसतन कैलोरी खपत ग्रामीण क्षेत्रों के लिए 2233 तथा शहरों के लिए 2206 है जबकि ग्रामीण क्षेत्रों में 2400 तथा शहरों में 2200 कैलोरी खपत से नीचे वाले व्यक्तियों को गरीबी रेखा से नीचे रखा गया है यानि अभी भी ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों को उचित कैलोरी नहीं मिल पा रही है, यही नहीं देश में 40 प्रतिशत बच्चों एवं 60 प्रतिशत महिलाओं में कई महत्वपूर्ण पोषक तत्वों की कमी है जो उनके बौद्धिक एवं शारीरिक विकास में गहरा असर डाल रहा है। खाद्य सुरक्षा एवं पोषण, भारतीय नागरिकों के स्वास्थ्य से सीधा जुड़ा है तथा कृषि, खाद्य सुरक्षा एवं पोषण दोनों पर ही असर डालती है। पर भारत की कृषि आज चौतरफा चुनौतियों तथा संभावनाओं से घिरी हुई है जहां नीतिधारकों को कृषि में कुछ ऐसे बदलाव लाने होंगे जिससे देश के स्वास्थ्य क्षेत्र में कुपोषण की समस्या को सुलझाया जा सके।

कुल बाल जनसंख्या	15.87 करोड़ बच्चे (8.29 करोड़ लड़के एवं 7.58 करोड़ लड़कियां)
जन्म दर	2-5 करोड़ प्रति वर्ष
बाल उत्तरजीविता	1-75 करोड़ प्रति वर्ष
बाल मृत्यु दर	80 लाख प्रति वर्ष
लिंग अनुपात	914/1000 (2001 में लिंग अनुपात 927/1000 था)
नवजात शिशु मृत्यु दर	47 प्रति 1000 नवजात शिशु
पांच वर्ष के भीतर मृत्यु दर	59 प्रति 1000 बालक
कम वजन के साथ जन्मे शिशु	55 लाख प्रति वर्ष
कम वजन दर (पांच वर्ष के भीतर)	42-5 प्रतिशत
एनीमिया दर	79 प्रतिशत (6-35 माह के बालक)
प्रतिरक्षण दर (पोलियो व अन्य हेतु)	44 प्रतिशत (कुल बच्चों का)

स्रोत: जनगणना 2011 एवं राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-3

तालिका 3: भारत में सान 2050 में विभिन्न खाद्य पदार्थों की मांग		
	2010-11	2050
जनसंख्या (मिलियन)	1224.6	1650
औसतन कैलोरी (किलो कैलोरी/व्यक्ति)	2500	3000 से अधिक
अनाज (मिलियन टन)	240	400
फल एवं सब्जियां (मिलियन टन)	200	540
दूध (मिलियन टन)	120	375

स्रोत: भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद (2015): विज्ञान 2050

स्वस्थ भारत हेतु भारतीय कृषि के समक्ष चुनौतियां एवं अवसर

1. छोटी होती हुई कृषि जोत एवं खाद्य उत्पादन का संकट: वर्तमान में कृषि हमारे देश के सकल घरेलू उत्पाद में 13.7 प्रतिशत का योगदान देता है (1990 में कृषि का योगदान 30 प्रतिशत था)। भारतीय कृषि में 85 प्रतिशत से ज्यादा छोटे वह सीमांत किसान हैं जिनके पास 2 हैक्टेयर से कम कृषि भूमि है। 2011 जनगणना से अनुसार भारत में औसतन उपलब्ध कृषि जोत केवल 1.15 हैक्टेयर है

2025 में चीन को पीछे छोड़ देगा उसे पूर्ण खाद्य सुरक्षा हेतु साल 2050 में अपना खाद्य उत्पादन लगभग दोगुना करना होगा जो घटते हुए कृषि जोत के कारण एक दुर्गम लक्ष्य है। ऐसे में कृषि वैज्ञानिकों को अपने शोध से उत्पादन के साथ साथ उत्पादकता को बढ़ाना होगा, फसलों (खास तौर पर फल एवं सब्जियां) की कटाई के बाद होने वाले नुकसान को न्यूनतम करना होगा तथा प्राकृतिक संसाधन (जल, मिट्टी इत्यादि) का संरक्षण करते हुए छोटे किसानों को संयुक्त कर उन्नत एवं

जो लगातार हो रहे निर्माण कार्य के कारण घटती जा रही है। जहां एक ओर कृषि उपलब्ध भूमि घटती जा रही है वहीं दूसरी तरफ खाद्य पदार्थों की मांग बढ़ती जनसंख्या के कारण और बढ़ती जा रही है जिससे खाद्य सुरक्षा का संकट देश के सामने खड़ा हो गया है। भारत जो जनसंख्या में

नवीनतम कृषि तकनीकों का प्रसार करना होगा।

2. उर्वरक तथा कीट नाशकों से मृदा तथा मानव स्वास्थ्य को खतरा: फसलों के अच्छे एवं तुरंत उत्पादन हेतु किसानों द्वारा अंधाधुंध उर्वरक एवं कीटनाशकों का उपयोग हो रहा है जिसने ना सिर्फ मृदा को अनुपजाऊ कर दिया है वरन लोगों के स्वास्थ्य पर गहरा कुप्रभाव डाला है। केंद्रीय कीटनाशक बोर्ड तथा पंजीकरण समिति के अनुसार 2014 के अंत तक भारत में 256 कीटनाशकों का पंजीकरण हुआ है जिनमें से सबसे अधिक इन कीटनाशकों का उपयोग पंजाब, हरियाणा तथा उत्तर प्रदेश में हो रहा है। भारतीय कृषि रसायन (कीटनाशक, खरपतवार नाशक, फफूंदी नाशक) का व्यापार लगभग 3.8 बिलियन यू एस डॉलर है जिसमें सबसे अधिक उत्पादन कीटनाशकों का होता है।

आंकड़ों को देखने पर पता चलता है की आजादी के बाद पिछले 50 वर्षों में उर्वरक तथा कृषि रसायनों का उपयोग 170 गुना बढ़ा है (1950 में उर्वरक उपयोग 0.55 किलोग्राम हैक्टेयर था जो अब 90.12 किलो ग्राम/हैक्टेयर

तालिका 4: भारतीय कृषि अनुसंधान संस्थान द्वारा विकसित पोषण युक्त फसलों की उन्नत किस्में

फसल	किस्म का नाम	पोषण स्तर	लाभ
गेहूं	एच आई 8627 (मालवकीर्ति)	विटामिन ए का समृद्ध स्रोत	रतौंधी उपचार
	एच आई 8663 (पोषण)	दलिया सूजी एवं पास्ता बनाने के लिए समर्थ	वजन नियंत्रण व मजबूत पाचन
	एच डी 4672 (मलवरतना)	दलिया एवं सूजी बनाने के लिए समर्थ	वजन नियंत्रण व मजबूत पाचन
	एच डी 2932 (पूसा गेहूं)	जिंक का समृद्ध स्रोत	प्रतिरोधक क्षमता, इंजाइम व जनन तंत्र के स्वास्थ्य के लिए
	एच आई 8498 (मालवशक्ति)	दलिया एवं सूजी बनाने के लिए समर्थ	वजन नियंत्रण तथा स्वस्थ पाचन
	एच आई 8713 (पूसा मंगल)	बीटा कैरोटीन, आइरन एवं जिंक	रतौंधी अनीमिया नियंत्रण
चना	पूसा 372 (देशी) पूसा चमत्कार	दाल एवं बेसन बनाने के लिए समर्थ	प्रोटीन, थायलिन, नायसिन आपूर्ति
	(बी जी 1053) (काबुली)	भोजन हेतु उत्कृष्ट पकने में सक्षम	
मसूर	पूसा वैभव	लोहा का समृद्ध स्रोत	अनीमिया नियंत्रण
गाजर	पूसा वसुधा	बीटा कैरोटीन, लाईकोपीन एवं खनिज	रतौंधी नियंत्रण, प्रजनन स्वास्थ्य
	पूसा रुधिरा	करोटीनोएड्स का समृद्ध स्रोत	रतौंधी नियंत्रण, त्वचा स्वास्थ्य
	पूसा नयन ज्योति	जड़ें बीटा कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	रतौंधी निवारण
सरसों सब्जी हेतु	पूसा साग 1	विटामिन सी एवं कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	स्कर्वी निवारण, मसूड़ों का स्वास्थ्य
सरसों तेल हेतु	पूसा सरसों 29 (एल ई टी 36)	बहुत कम ईरुसिक एसिड	
	पूसा सरसों 21 (एल ई एस 127)	ईरुसिक एसिड 2%	हृदय तथा फेफड़ों के लिए
	पूसा करिश्मा (एल ई एस 39)	ईरुसिक एसिड 2%	स्वास्थ्यकर
	पूसा सरसों 30 (एल ई एस 43)	0% ईरुसिक एसिड	
आम	पूसा श्रेष्ठ	विटामिन सी एवं कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	
	पूसा प्रतिभा	विटामिन सी एवं कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	स्कर्वी निवारण, रतौंधी निवारण
	पूसा लालिमा	विटामिन सी एवं कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	तथा मसूड़ों का स्वास्थ्य
	पूसा पीतांबर	विटामिन सी एवं कैरोटीन का समृद्ध स्रोत	
अंगूर	पूसा नवरंग	एंटी आक्सिडेंट का समृद्ध स्रोत	हृदय, कैंसर व त्वचा रोग उपचार

स्रोत: भा. कृ. अनु. स. (2014), उच्च उत्पादकता एवं लाभ हेतु उन्नत कृषि प्रौद्योगिकियां, भारतीय कृषि अनुसंधान संस्थान, नई दिल्ली


है। उर्वरक के साथ-साथ कीटनाशकों का उपयोग 1971 में 24305 टन से बढ़कर 1994-95 में 61357 टन हो गया जिसके पश्चात भारत सरकार द्वारा चलाए एकीकृत कीट प्रबंधन कार्यक्रम द्वारा कीटनाशकों का उपयोग घटकर 43590 टन हो गया। भारत में 51% खाद्य पदार्थों में कीटनाशक रसायनों के अवशेष पाए गए हैं तथा इन अंधाधुंध रसायनों के उपयोग से कीटनाशकों का जहर हमारे खाद्य चक्र में आ गया जिससे मानवों में सरदर्द, एलर्जी से लेकर कैंसर जैसी भयानक बीमारियां सामने आ रही हैं।

पंजाब, जहां हरित क्रांति के दौरान कृषि रसायनों का सर्वाधिक उपयोग किया गया, पंजाब सरकार के अनुसार पिछले 5 वर्षों में 34,430 व्यक्तियों की मृत्यु का कारण कृषि रसायनों द्वारा जनित कैंसर है। केरल के किसानों द्वारा खजूर की खेती में एंडोसल्फान लगातार उपयोग होने के कारण कितने ही शिशु जन्म से ही दिमागी तौर पर अस्वस्थ पैदा हो रहे हैं। कृषि एवं किसान कल्याण मंत्रालय ने हाल में जारी की गई अपनी रिपोर्ट में 20618 खाद्य पदार्थों का निरीक्षण किया जिसमें अधिकारियों ने पाया की 18.7 प्रतिशत खाद्य पदार्थ में कीटनाशक अवशेष सुरक्षित सीमा से ज्यादा है तथा 12.5 प्रतिशत खाद्य पदार्थों में बैन कर दिए गए कीटनाशक के अवशेष हैं जो सरदर्द, एलर्जी, जनन रोग, मानसिक रोग एवं कैंसर कर सकते हैं।

कृषि में आज जैविक खेती को अपनाने की आवश्यकता तो है पर प्रश्न यह खड़ा होता है कि क्या भारत बढ़ते खाद्य उत्पादन की मांग को जैविक खेती के आधार पर ही पूरा कर पाएगा तथा जैविक खेती द्वारा फसल को हानि करने वाले कीटों का प्रबंधन कैसे होगा। एकीकृत कीट प्रबंधन कार्यक्रम को और बढ़ावा देने की आवश्यकता है तथा किसानों को भी कीटनाशकों के उचित उपयोग हेतु जागरूक करने की राष्ट्रीय स्तर पर पहल होनी चाहिए।

3. खाद्य उत्पादन तथा कुपोषण: आज भारत खाद्य उत्पादन में स्वालंबी तो हो गया है पर कुपोषण की समस्या को हल नहीं कर पाया जो भारत के भविष्य के लिए सबसे हानिकारक सिद्ध हो सकता है। पारंपरिक फसल किस्मों जिनको गरीबों का भोजन समझा जाता था आज उनके प्रसार का वक्त आ गया है। पोषक एवं पारंपरिक फसलें जैसे ज्वार, बाजरा का उत्पादन बढ़ने के साथ साथ कृषि वैज्ञानिकों को पोषण को ध्यान में रखते हुए बायो फोर्टिफाएड फसलें किस्मों के उत्पादन को बढ़ावा देना होगा जिनमें स्वास्थ्यवर्धक पोषक तत्व उपस्थित हो। भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद के अंतर्गत कई अनुसंधान संस्थानों ने फसलों की पोषक वर्धक किस्मों का निर्माण किया है जिनका प्रसार आज समय की मांग है। इस कदम से खेत से भोजन की थाली तक का सफर पोषक तत्वों के साथ तय किया जा सकता है जिससे कुपोषण को दूर करने में निश्चित ही सहायता मिलेगी।

बच्चों एवं वयस्कों में रतौंधी तथा महिलाओं में एनीमिया हमारे देश में बड़ी चुनौती है जिसके निवारण हेतु सरकार कितने कार्यक्रम एवं शिविर करती है परंतु उचित परिणाम प्राप्त नहीं हो रहे। आज समय की मांग है की किसानों को पारंपरिक किस्मों के बजाय तालिका 4 में उल्लेखित उन्नत एवं पौष्टिक फसल किस्मों का उत्पादन करना चाहिए जिससे महत्वपूर्ण पोषक तत्व (विटामिन ए, विटामिन सी, आइरन, जिंक, बीटा कैरोटीन, लाईकोपीन इत्यादि) अपने आप भोजन चक्र में शामिल हो जाए तथा अलग से पोषण हेतु दवाईयां न लेनी पड़े तथा भोजन मात्र पेट भरने का साधन नहीं वरन् पोषक तत्वों से भरपूर हो। □




निश्चय


सामान्य अध्ययन

द्वारा


यशवंत सिंह एवं विशेषज्ञ टीम




RAJENDER PENSIA
RANK- 345




SHASHIKANT SHARMA
RANK- 384




GHANSHYAM MEENA
RANK - 539



DEVI LAL
RANK - 633



NAGESH PANDEY
RANK - 690



वर्शनशास्त्र में हिन्दी माध्यम में सर्वोच्च अंक

अंक-311

अरविन्द जैन

AIR - 580

मेरी सफलता मे दर्शनशास्त्र का महती योगदान है और दर्शनशास्त्र जैसे शुद्ध विषय का सरलता और सरलता के साथ अध्ययन 'निश्चय-संस्थान' मे 'यशवंत सिंह' के सहो 500 मार्गदर्शन मे ही सम्पन्न हो पाया। इसके अतिरिक्त सामान्य अध्ययन, निबंध एवं याज्ञाकार की तैयारी मे भी यशवंत सिंह का मार्गदर्शन कारगर साबित हुआ है।

Arvind K. Jain
AIR - 580

निश्चय I.A.S. Academy एक छात्रों के प्रति समर्पित संस्था है जहाँ 30-40 विद्यार्थी ही अध्ययन करते है उनमें से प्रत्येक वर्ष 8-10 विद्यार्थी सफल होते। जो सफलता के प्रतिशतता की दृष्टि से सबसे उच्च है। यह एक चमत्कार नहीं है बल्कि प्रत्येक विद्यार्थी के पीछे की गयी मेहनत को दर्शाता है।

- ◆ साप्ताहिक ही नहीं, बल्कि प्रतिदिन **written test** पर बल
- ◆ त्रुटियों में सुधार (व्यक्तिगत तौर पर)
- ◆ प्रत्येक प्रश्न की फ्रेमिंग पर बल

- क्या आप अपने तैयारी से संतुष्ट है? क्या आप जिस संस्थान में पढ़ रहे है। वहाँ की गुणवत्ता से संतुष्ट हैं ? तथा
- UPSC के प्रश्नों को हल करने में सक्षम हैं?
- क्या आप को लगता है कि आप के साथ न्याय हो रहा हैं?
- यदि नहीं तो एक बार सोच लो कि सफल होना है या असफल निश्चय संस्थान इस दिशा में प्रयत्नशील है। इसलिए इस साल निबंध के साथ-साथ सामान्य अध्ययन के अनेक प्रश्न क्लास नोट्स से आये हैं।

नया बैच प्रारम्भ : 22 FEB. 10 AM

दर्शनशास्त्र

द्वारा यशवंत सिंह

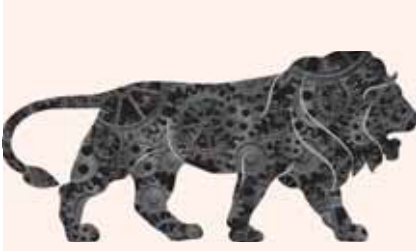
102, 103, 1st Floor, Jaina House, Mukherjee Nagar, Delhi-9

011-47074196, 9990158578, 9718477940

YH-296/2016

दीर्घावधि में दिखेगा मेक इन इंडिया का असर

संदीप दास



देश को विनिर्माण हब में परिणत करने के लक्ष्य के अतिरिक्त मेक इन इंडिया का उद्देश्य समावेशी विकास के लिए ग्रामीण प्रवासियों और शहरी निर्धनों में उचित कौशल का सृजन, विनिर्माण क्षेत्र में घरेलू मूल्य संवर्धन और तकनीकी गहनता में वृद्धि, भारतीय विनिर्माण क्षेत्र की विश्वव्यापी प्रतिस्पर्धात्मकता बढ़ाना और पर्यावरण की दृष्टि से टिकाऊ आर्थिक विकास सुनिश्चित करना सम्मिलित है। साथ ही नवीन आविष्कारों या निर्माताओं को बढ़ावा देने के लिए बौद्धिक संपदा अधिकारों का संरक्षण भी शामिल है

विश्वव्यापी निवेशक अक्सर उन जटिल नियमों और लाल फीताशाही की आलोचना करते हैं जिनके कारण निवेश संबंधी निर्णयों में विलंब होता है। वर्ष 2014 में विश्व बैंक की कारोबारी सुगमता की रैंकिंग में शामिल 189 देशों में भारत का स्थान 134 था। विश्वव्यापी निवेशक जिस प्रकार भारत के विनिर्माण हब के रूप में उभरने पर प्रश्न चिन्ह लगा रहे थे, उसे देखते हुए भारत सरकार ने वर्ष 2014 में मेक इन इंडिया जैसी पहल की। इसका एक कारण भी था कि भारत की आर्थिक वृद्धि की गति मंद थी।

मेक इन इंडिया कार्यक्रम का प्रारंभ वर्ष 2014 में प्रधानमंत्री द्वारा किया गया जिसका उद्देश्य विदेशी कंपनियों को भारत में अपना कारोबार शुरू करने के लिए प्रोत्साहित करना था। साथ ही देश की घरेलू कंपनियों को उत्पादन बढ़ाने के लिए बढ़ावा और सहयोग देना भी था। इस महत्वाकांक्षी कार्यक्रम के केंद्र में उच्च गुणवत्ता वाले उत्पादों का उत्पादन करना और पर्यावरण पर पड़ने वाले प्रभाव को कम करना था जिससे सकल घरेलू उत्पाद और कर राजस्व का बढ़ावा जा सके।

मेक इन इंडिया कार्यक्रम के केंद्र में ऑटोमोबाइल, विमानन, रसायन, दवाएं, निर्माण, रक्षा विनिर्माण, विद्युत मशीनरी, खाद्य प्रसंस्करण, कपड़ा और परिधान, बंदरगाह, चमड़ा, मीडिया और मनोरंजन, पर्यटन और आतिथ्य, रेलवे, अक्षय ऊर्जा, खनन, जैव प्रौद्योगिकी, अंतरिक्ष, थर्मल पावर, सड़क और राजमार्ग और इलेक्ट्रॉनिक प्रणाली जैसे 25 क्षेत्रों में रोजगार सृजन करना और दक्षता बढ़ाना है।

सितंबर 2014 में इस वृहद कार्यक्रम के शुभारंभ के अवसर पर प्रधानमंत्री ने कहा था कि यह महत्वपूर्ण है कि आम आदमी की क्रय शक्ति बढ़े क्योंकि इससे मांग में वृद्धि होगी और विकास को बढ़ावा मिलेगा, साथ ही निवेशकों को भी लाभ होगा। जितनी तेजी से लोगों को गरीबी के दलदल से बाहर खींचा जाएगा और उन्हें मध्यम वर्ग में लाया जाएगा, उतनी तेजी से विश्वव्यापी कारोबार के लिए अवसर बढ़ेंगे।

कार्यक्रम की शुरुआत करते समय प्रधानमंत्री ने स्वीकार किया था कि विश्व बैंक की कारोबारी सुगमता की रैंकिंग में भारत का स्थान निचला है और उन्होंने कहा था कि इस संबंध में उन्होंने सरकारी अधिकारियों को जागरूक करना शुरू कर दिया है। विश्व बैंक के अध्यक्ष जिम योंग किम के साथ अपनी बैठक के विषय में प्रधानमंत्री ने कहा था कि विश्व बैंक के अध्यक्ष भी इस संबंध में चिंता व्यक्त कर रहे थे। संभवतः हम उस समय विश्व में 135 वें स्थान पर थे। अगर हमें 135 से 50 वें स्थान पर आना है तो केवल सरकार ही यह काम कर सकती है। अगर सरकार अपने फैसलों और नियमों में पारदर्शिता लाती है, सादगी से काम करती है तो हम व्यापारिक सहूलियत देने के मामले में 135 से 50 वें स्थान पर आ सकते हैं।

प्रमुख क्षेत्र

कार्यक्रम चार प्रमुख क्षेत्रों पर बल देता है जैसे गति और पारदर्शिता के माध्यम से कारोबार करने की सहूलियत, प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफडीआई) को आकर्षित करने के लिए नियमों में ढील, नवीन आविष्कारों या

निर्माताओं को बढ़ावा देने के बौद्धिक संपदा अधिकारों का संरक्षण और घरेलू विनिर्माण को बढ़ावा।

विनिर्माण इकाइयां स्थापित करने के लिए सरल प्रक्रियात्मक मानदंडों के माध्यम से व्यापारिक सहूलियत के महत्वपूर्ण मुद्दे पर, मेक इन इंडिया नीति को औद्योगिक नीति और संवर्धन विभाग (डीआईपीपी) के माध्यम से कार्यान्वित किया गया। विभाग ने पर्यावरण मंजूरी के लिए ऑनलाइन आवेदन और वेब का प्रयोग करते हुए आयकर रिटर्न दाखिल करने के प्रावधान किए हैं। औद्योगिक लाइसेंस की वैधता तीन वर्ष तक बढ़ाई है। कारोबारियों द्वारा मौजूदा पेपर रजिस्ट्रों की बजाय इलेक्ट्रॉनिक रजिस्टर की शुरुआत की है और निरीक्षण के लिए विभाग प्रमुख की मंजूरी को अनिवार्य बनाया है।

प्रत्यक्ष विदेशी निवेश को आकर्षित करने के लिए सरकार ने अंतरिक्ष (74%), रक्षा (49%) और समाचार मीडिया (26%) को छोड़कर सभी क्षेत्रों में 100% एफडीआई की अनुमति दी है। चाय बागान में एफडीआई प्रतिबंध हटा दिया गया है जबकि रक्षा क्षेत्र में एफडीआई की सीमा को पूर्व में 26% से बढ़ाकर वर्तमान में 49% कर दिया गया है।

डीआईपीपी ने भी बुनियादी सुविधाओं के उन्नयन और स्टेट ऑफ आर्ट टेक्नोलॉजी का प्रयोग करते हुए नवीन आविष्कारकों और रचनाकारों के बौद्धिक संपदा अधिकार (आईपीआर) का संरक्षण करने और उसमें सुधार करने का निर्णय किया है। अब आईपीआर में पेटेंट, डिजाइन, ट्रेडमार्क, भौगोलिक संकेत, कॉपीराइट, संयंत्र विविधता संरक्षण आदि मुद्दों को कवर किया जाएगा।

घरेलू विनिर्माण को बढ़ावा देने के लिए, मेक इन इंडिया कार्यक्रम ने कुछ लक्ष्य निर्धारित किए हैं जिनमें विनिर्माण क्षेत्र की विकास दर को मध्यम अवधि में प्रति वर्ष 12-14% बढ़ाना और वर्ष 2022 तक देश के सकल घरेलू उत्पाद में विनिर्माण क्षेत्र की हिस्सेदारी को 16% से 25% तक बढ़ाना, साथ ही विनिर्माण क्षेत्र में वर्ष 2022 तक 10 करोड़ अतिरिक्त नौकरियों का सृजन करना शामिल है।

इसके अतिरिक्त समावेशी विकास के लिए ग्रामीण प्रवासियों और शहरी निर्धनों में उचित कौशल का सृजन, विनिर्माण क्षेत्र में घरेलू मूल्य संवर्धन और तकनीकी गहनता में

वृद्धि, भारतीय विनिर्माण क्षेत्र की विश्वव्यापी प्रतिस्पर्धात्मकता बढ़ाना और पर्यावरण की दृष्टि से टिकाऊ आर्थिक विकास सुनिश्चित करना भी इसमें शामिल है।

अब तक की प्रगति

इसकी औपचारिक शुरुआत के बाद से देश में कई बड़ी घरेलू और विश्वव्यापी कंपनियों ने विनिर्माण इकाइयां स्थापित करने की घोषणा की है। ऑटोमोबाइल क्षेत्र में इटैलियन कंपनी फिएट क्रिसलर ऑटोमोबाइल्स भारत में जीप ब्रांड प्रीमियम स्पोर्ट्स यूटिलिटी वेहिकल्स की शृंखला का निर्माण करने और उन वाहनों को ऑस्ट्रेलिया, दक्षिण अफ्रीका और ब्रिटेन में निर्यात करने की योजना लेकर आई है। इस निर्णय से लगभग 2,500 करोड़ रुपये के निवेश की संभावना है। स्वीडिश कंपनियों जैसे टेटरापैक, स्कैनिया, एरिक्सन और वोल्वो

विनिर्माण इकाइयां स्थापित करने के लिए सरल प्रक्रियात्मक मानदंडों के माध्यम से व्यापारिक सहूलियत के महत्वपूर्ण मुद्दे पर, मेक इन इंडिया नीति को औद्योगिक नीति और संवर्धन विभाग (डीआईपीपी) के माध्यम से कार्यान्वित किया गया। विभाग ने पर्यावरण मंजूरी के लिए ऑनलाइन आवेदन और वेब का प्रयोग करते हुए आयकर रिटर्न दाखिल करने के प्रावधान किए हैं।

इंडिया ने भी मेक इन इंडिया में हिस्सा लेने की प्रतिबद्धता जताई है। एयरबस समूह ने अगले पांच वर्षों में भारतीय कंपनियों से एयरोस्पेस पार्ट्स की सोर्सिंग को 2 अरब डॉलर तक बढ़ाने का लक्ष्य रखा है। जापान, जर्मनी, फ्रांस, रूस और स्पेन के रक्षा उपकरण निर्माताओं ने मेक इन इंडिया पहल के तहत देश में विनिर्माण इकाइयों की स्थापना के लिए कदम उठाने की पहल की है। इसके अतिरिक्त रिलायंस, महिन्द्रा, टाटा समूह जैसी भारतीय कंपनियों ने भी मेक इन इंडिया पहल के तहत नए निवेश करने की घोषणा की है।

आगामी चुनौतियां

अर्थशास्त्रियों और विशेषज्ञों का कहना है कि वैश्वीकरण के एक वास्तविकता बनने के साथ भारतीय निर्माताओं को विश्व में सबसे अच्छे और सबसे सस्ते उत्पादों के

साथ प्रतिस्पर्धा करनी होगी, यहां तक कि घरेलू बाजार में भी। उन्होंने देश में किसी भी उद्योग को लगाने वाली कंपनियों को कर रियायतें प्रदान करने का आग्रह किया है। इसके अतिरिक्त एक महत्वपूर्ण पहलू यह है कि देश के छोटे और मध्यम दर्जे के उद्योग, जोकि देश के निर्माण में बड़ी भूमिका निभा सकते हैं, विनिर्माण क्षेत्र में अगली बड़ी छलांग लगाएं।

एक प्रमुख उद्योगपति का कहना है कि भारत को चुनिंदा क्षेत्रों में नवीनता और नवाचार पर अधिक ध्यान देना चाहिए और देश के प्रमुख संस्थानों के साथ मिलकर अनुसंधान और विकास कार्य करना चाहिए। मेक इन इंडिया जैसे कार्यक्रम की सफलता के लिए यह अत्यंत महत्वपूर्ण होगा।

एक अर्थशास्त्री के अनुसार, यह एक चुनौती है कि मेक इन इंडिया कार्यक्रम को चीन के मेड इन चाइना कार्यक्रम के साथ मुकाबला करना होगा। भारत ने अपने विनिर्माण कौशल को बरकरार रखने के लिए जिस दिन पहल की थी, उसी दिन चीन ने भी इस कार्यक्रम की शुरुआत की थी। अर्थशास्त्री का कहना है कि विनिर्माण क्षेत्र में चीन की सर्वोच्चता को पछाड़ने के लिए भारत को अपनी मजबूती बरकरार रखनी होगी।

हालांकि डीआईपीपी के पूर्व सचिव अमिताभ कांत, जोकि मेक इन इंडिया अभियान के वास्तुकार भी हैं, ने हाल ही में कहा था कि इतनी जल्दबाजी में इस अभियान के असर का विश्लेषण नहीं किया जाना चाहिए। उन्होंने कहा था कि आप संरचनात्मक परिवर्तन के बारे में बात कर रहे हैं। आप प्रक्रियाओं के समाप्त होने की स्थिति की बात कर रहे हैं। इसमें वक्त लगेगा। मैं आपसे कह रहा हूँ कि आपको इतनी जल्दी इस अभियान का लाभ नहीं मिलेगा...।

देश को विनिर्माण हब बनाने में पेश आ रही चुनौतियों के बावजूद, भारत विश्व के युवा देशों में से एक है। यहां युवाओं की संख्या बहुत अधिक है। 2020 तक की रिपोर्टों के अनुसार, भारत विश्व का सबसे युवा देश है जिसकी 64% जनसंख्या श्रमशील आयु वर्ग में आती है। जबकि पश्चिमी देश, जापान और यहां तक कि चीन में भी वृद्धों की संख्या बढ़ रही है, यह जनसांख्यिकीय क्षमता भारत और उसकी बढ़ती अर्थव्यवस्था को गति प्रदान करती है। अर्थशास्त्रियों का मानना है कि इससे

स्टैंड अप इंडिया योजना: अनुसूचित जाति/जनजाति तथा महिलाओं के बीच उद्यमिता को बढ़ावा देने के लिए

स्टैंड अप इंडिया योजना: अनुसूचित जाति/जनजाति तथा महिलाओं के बीच उद्यमिता को बढ़ावा देने के लिए प्रधानमंत्री की अध्यक्षता में केंद्रीय मंत्रिमंडल ने अनुसूचित जाति/जनजाति तथा महिला उद्यमियों के बीच उद्यमिता को बढ़ावा देने के लिए “स्टैंड अप इंडिया योजना” पर मुहर लगा दी। योजना का उद्देश्य प्रत्येक बैंक शाखा में ऐसी कम से कम दो परियोजनाएं, उद्यमियों की प्रत्येक श्रेणी के लिए औसतन एक परियोजना उपलब्ध कराना है। इससे कम से कम 2.5 लाख ऋणग्राहियों को लाभ मिलने की अपेक्षा कम से कम 2.5 लाख मंजूरी का लक्ष्य प्राप्त करने की संभावित दिनांक योजना आरंभ होने से 36 महीने के भीतर है।

स्टैंड अप इंडिया योजना के अंतर्गत ये प्रावधान हैं :

- भारतीय लघु उद्योग विकास बैंक (सिडबी) के जरिये 10,000 करोड़ रुपये की आरंभिक राशि के साथ पुनर्वित्त की सुविधा।
- राष्ट्रीय ऋण गारंटी ट्रस्टी कंपनी (एनसीजीटीसी) के जरिये ऋण गारंटी प्रणाली तैयार करना।
- ऋणग्राहियों को ऋण से पूर्व तथा ऋण की अवधि में सहायता प्रदान करना। इसमें कारक सेवाओं की जानकारी बढ़ाना, ऑनलाइन प्लेटफॉर्म तथा ई-मार्केट प्लेस के साथ पंजीकरण कराना एवं सर्वश्रेष्ठ तरीकों एवं समस्याओं के समाधान पर परामर्श सत्र आयोजित कराना शामिल है।

योजना का विवरण इस प्रकार है:

- अनुसूचित जाति/जनजाति एवं महिला ऋणग्राहियों को सहायता देने पर ध्यान।
- मंजूरी में पूरा ध्यान जनता के इस कम सुविधा प्राप्त वर्ग तक पहुंचने के लिए संस्थागत ऋण ढांचे का लाभ उठाने पर है, जिसके तहत अनुसूचित जाति, जनजाति एवं महिला ऋणग्राहियों द्वारा गैर कृषि क्षेत्र में स्थापित किए गए नए उद्यमों को 7 वर्ष की भुगतान अवधि के साथ 10 से 100 लाख रुपये तक के ऋण मुहैया कराए जाएंगे।
- योजना के अंतर्गत ऋण समुचित रूप से सुरक्षित होंगे और उन्हें ऋण गारंटी योजना के माध्यम से ऋण गारंटी उपलब्ध कराई जाएगी। इस योजना के लिए मध्यस्थ की भूमिका वित्तीय सेवा विभाग निभाएगा और राष्ट्रीय ऋण गारंटी ट्रस्टी कंपनी (एनसीजीटीसी) परिचालन एजेंसी होगी।
- कुल ऋण की मार्जिन राशि 25 प्रतिशत तक होगी। राज्यों की योजनाओं के साथ तालमेल से अनेक ऋणदाताओं के लिए मार्जिन राशि की वास्तविक आवश्यकता कम होने की संभावना है।
- यह प्रस्ताव है कि समय बीतने के साथ ही क्रेडिट ब्यूरो की सहायता से ऋणग्राही का ऋण संबंधी इतिहास तैयार किया जाए।

“स्टार्ट अप इंडिया, स्टैंड अप इंडिया” कार्यक्रम की घोषणा प्रधानमंत्री द्वारा 15 अगस्त, 2015 को राष्ट्र के नाम उनके संबोधन में की गई थी। अनुसूचित जाति/जनजाति एवं महिला उद्यमियों द्वारा नए उपक्रमों की स्थापना को प्रोत्साहित करने के लिए स्टैंड अप इंडिया घटक को वित्तीय सेवा विभाग से सहायता मिल रही है।

सकल घरेलू उत्पाद की वृद्धि दर में सालाना 2% की महत्वपूर्ण बढ़त होगी।

प्रधानमंत्री ने भी कहा है कि भारत विश्व का एकमात्र ऐसा देश है जहां लोकतंत्र, जनसांख्यिकी और उभरते मध्यम वर्ग की मांग का अनुठा संयोग है। इसके अतिरिक्त भारत को विश्वव्यापी विनिर्माण हब के रूप में बढ़ावा देने के लिए इस अभियान के तहत केंद्र और राज्यों के बीच के संबंध गहरे होंगे। प्रधानमंत्री ने टिप्पणी की थी कि भले ही निवेश राज्यों में किया जाए लेकिन अंततः देश को ही लाभ होगा। राज्यों और केंद्र को कंधे से कंधा मिलाकर काम करना चाहिए। उन्हें एक साथ मिलकर समाधान खोजना चाहिए, इसी से चीजें आगे बढ़ेंगी।

हालांकि मेक इन इंडिया की शुरुआत अच्छी हुई है लेकिन उसकी सफलता सुनिश्चित करना सरकार का कार्य है। गेंद अब सरकार के पाले में है। □

किडनी दाताओं के लिए दिशानिर्देशों का प्रारूप जारी

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन राष्ट्रीय अंग और ऊतक प्रतिरोपण संस्थान (नोटो) ने घटते किडनी प्रतिरोपण दाताओं के लिए आबंटन मानदंड दिशानिर्देशों का प्रारूप जारी किया है। नियमों और प्रक्रियाओं के सरलीकरण के माध्यम से जनसाधारण में अंग दान को प्रोत्साहित करने के लिए यह एक बड़ा कदम होगा। दिशानिर्देशों का प्रारूप नोटो की वेबसाइट पर डाला गया है।

इस कदम देश में अंग दान को प्रोत्साहित करेगा। मंत्रालय विभिन्न सुझावों एवं टिप्पणियों के पुनर्मूल्यांकन के बाद दिशानिर्देशों को अंतिम रूप देगा।

दिशानिर्देशों का प्रारूप में प्राप्तकर्ता का पंजीकरण, सूचीबद्ध करना, प्रतीक्षा सूची में

अंकन प्रणाली, वरीयता में अंकन प्रणाली, आबंटन सिद्धांत, आबंटन की कलन विधि, अविलंब सूची के मानदंड और अंतर्राज्यीय विषय शामिल हैं।

दिशानिर्देशों का प्रारूप में दिल्ली में सरकारी और गैर-सरकारी अस्पतालों की सूची, साथ ही पड़ोसी क्षेत्र एनसीआर (गुड़गांव, गाजियाबाद, फरीदाबाद, नोएडा) को भी सूची में शामिल किया गया है। निश्चित समय में अंगदान और संबंधित राज्य सरकारों एवं संस्थानों के साथ एमओयू और सहमति से आबंटन के उद्देश्य से दिल्ली के अस्पतालों के साथ-साथ एनसीआर शहरों के अस्पतालों को भी नेटवर्किंग में शामिल किया जाएगा।

प्रकाशन विभाग ने प्रत्येक वर्ष की भांति विश्व पुस्तक मेला - 2016 में भी हिस्सा लिया, जो नई दिल्ली के प्रगति मैदान में 9 से 17 जनवरी तक आयोजित किया गया था। इस वर्ष के मेले का विषय *भारत की सांस्कृतिक धरोहर* था, इसलिए कला एवं संस्कृति तथा भारत की धरोहर पर प्रकाशन विभाग के समृद्ध संग्रह को प्रदर्शन के लिए उचित मंच मिल गया।

प्रकाशन विभाग भारतीय कला, संस्कृति एवं धरोहर पर पुस्तकें प्रकाशित करने में अग्रणी रहा है, जो संग्रह योग्य हैं, जैसे कमला देवी चट्टोपाध्याय की इंडियाज क्राफ्ट ट्रेडिशन, जियाउद्दीन ए देसाई की इंडो-इस्लामिक आर्किटेक्चर, जीवन पाणि की लिविंग डॉल्स-स्टोरी ऑफ इंडियन पपेट्स, विद्या दहजिया की लुकिंग अगेन ऐट इंडियन आर्ट, श्री शिवराममूर्ति की नटराज, सुदर्शन कुमार कपूर की बिहारी सतसई-अ कमेन्टरी, वी एस परमार की वुड कार्विंग्स ऑफ गुजरात, डॉ. कपिला वात्स्यायन की इंडियन क्लासिकल डांस, पंडित विजय शंकर मिश्र की आर्ट एंड साइंस ऑफ प्लेइंग तबला तथा बी चैतन्य देव की एन इंट्रोडक्शन ऑफ इंडियन म्यूजिक शामिल हैं।

प्रकाशन विभाग बच्चों के लिए सांस्कृतिक धरोहर, लोक कला एवं लोक कथाओं से संबंधित पुस्तकें हिंदी तथा अन्य क्षेत्रीय भाषाओं में भी प्रकाशित करता रहा है। उनमें से कुछ हैं, अजंता के वैभव, भारतीय कला-उद्भव और विकास, भारतीय कला के हस्ताक्षर, गढ़वाल चित्रकला, सुरों के साधक, अंग्रेजी में फोक टेलस ऑफ गुजरात, फोक टेलस फ्रॉम इंडिया एंड अब्राड, छत्तीसगढ़ की लोक कथाएं, उत्तर भारत की लोक कथाएं, मिजोरम की लोक कथाएं और मिथिलांचल की लोक कथाएं।

विभिन्न विषय जैसे इतिहास, क्षेत्र एवं जनता, जीव एवं वनस्पति, विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी, प्रसिद्ध व्यक्तियों की जीवनियां, संदर्भ पुस्तकें जैसे 'भारत: वार्षिक संदर्भ ग्रंथ' को भी विभाग के प्रकाशनों में महत्वपूर्ण स्थान दिया गया है। इसे गांधीवादी साहित्य पर हिंदी तथा अंग्रेजी में पुस्तकें प्रकाशित करने का श्रेय भी प्राप्त है, जिनमें 100 खंडों में कलेक्टेड वर्क्स ऑफ महात्मा गांधी (संपूर्ण गांधी वाड्मय) शामिल है, जिसे गांधी जी के लेखों का सबसे व्यापक एवं विश्वसनीय संग्रह माना जाता है। विभाग भारत के राष्ट्रपति एवं प्रधानमंत्री के चुनिंदा भाषण भी प्रकाशित करता है। हाल ही में विभाग ने राष्ट्रपति भवन और उसकी कार्य पद्धति के विभिन्न पहलुओं पर उत्कृष्ट पुस्तकों की एक शृंखला प्रकाशित की है।

मेले में उद्घाटन दिवस पर सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय के विशेष सचिव श्री जितेंद्र शंकर माथुर ने 16 नई पुस्तकों का विमोचन किया। इनके नाम हैं: *सागा ऑफ वेलॉर*, जिसमें रेवा धनेधर ने 21 परमवीर चक्र विजेताओं और 81 अशोक चक्र विजेताओं के वीरतापूर्ण कार्यों का संग्रह किया है, चित्रकला, मूर्तिकला एवं वास्तुकला पर हरिपाल त्यागी की हिंदी पुस्तक *भारतीय कला: उद्भव और विकास*, गांधीवादी विचारक, इतिहासकार एवं राजनीतिक दर्शनशास्त्री धर्मपाल (1922-2006) के समूचे अनुसंधान कार्यों का संकलन *इसेंशियल राइटिंग्स ऑफ धर्मपाल*, दिविक रमेश की *हिंदी बाल साहित्य: कुछ पड़ाव*, जिसमें बाल साहित्य से जुड़ी चिंताओं, परंपराओं, रचना एवं चुनौतियों पर विस्तृत चर्चा की गई है, डॉ. खगेंद्र ठाकुर की *लक्ष्मी नारायण मिश्र*, जिसमें मिश्र जी को आधुनिक हिंदी नाटक का जनक बताया गया है, डॉ. मधु पंत की हिंदी पुस्तक *ऐसे जंगल स्वच्छ हुआ*, जिसका उद्देश्य नन्हें पाठकों में स्वच्छता के महत्व के प्रति जागरूकता उत्पन्न करना है, डेनियल डीफो की प्रसिद्ध अंग्रेजी पुस्तक *रॉबिंसन क्रूसो* का हिंदी अनुवाद, बच्चों के लिए रश्मि स्वरूप जौहरी का प्रेरक कथाओं का संकलन शरारत और प्रो. अली अहमद फातमी की उर्दू पुस्तक *अली सरदार जाफरी* *गजेटियर ऑफ इंडिया (वॉल्यूम-2)*, सुभाष चंद्र बोस, *जमशेदजी टाटा*, *लोकमान्य तिलक*, *कबीर*, *विज्ञान बारहमासा* और *गालिब* के पत्र जैसी भारी मांग वाली पुस्तकों का भी इस अवसर पर विमोचन किया गया।



अब बाजार में उपलब्ध

एक सम्पूर्ण वार्षिक संदर्भ ग्रंथ के साथ

प्रतियोगिता परीक्षाओं में

सफलता



समसामयिक ताजा घटनाओं

का विश्लेषण,

खेल समाचार,

विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी,

उद्योग व्यापार,

विशिष्ट व्यक्तियों, पुरस्कारों

एवं अन्य महत्वपूर्ण विषयों

पर उपयोगी सामग्री

मूल्य
₹ 299/-

कोड 870

ताजा महत्वपूर्ण घटनाओं का विवेचन

English Edition Code No. 801

• ₹ 250.00

नवीन आँकड़ों एवं तथ्यों सहित

अपने निकटतम पुस्तक विक्रेता से
अपनी प्रति आज ही प्राप्त करें।

प्रतियोगिता दर्पण || 2/11 ए. स्वदेशी बीमा नगर, आगरा-282 002 फोन : (0562) 4053333, 2530966; फ़ैक्स : (0562) 4053330
• E-mail : care@pdgroup.in • Website : www.pdgroup.in

• नई दिल्ली 23251844/66 • हैदराबाद 66753330 • पटना 2673340 • कोलकाता 25551510 • लखनऊ 4109080 • हल्द्वानी मो. 7060421008