कुरुक्षेत्र

ग्रामीण विकास को समर्पित

वर्ष 63 अंक : 9 पृष्ठ : 52 जुलाई 2017 मूल्य : ₹ 22

ग्रामीण स्वास्थ्य

ग्रामीण विकास में प्रभावी पहल के लिए 144 पुरस्कार दिए गए

ग्रामीण विकास मंत्रालय ने ग्रामीण विकास पर चलाई जा रही विविध योजनाओं के अधीन प्रशंसनीय कार्य करने वाले राज्यों, संस्थानों तथा सरकारी पदाधिकारियों को पुरस्कृत किया है। 19 जून, 2017 को आयोजित एक कार्यक्रम में मंत्रालय द्वारा कार्यान्वित विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत उपलब्धियां दशायी गई और पुरस्कार वितरित किए गए। कार्यक्रम में जियो–मनरेगा के तहत जल संरक्षण पर लघु फिल्म, मध्य प्रदेश की सौ वर्षीय जनजातीय महिला, जदिया बाई के प्रधानमंत्री आवास योजना के अंतर्गत मकान निर्माण तथा पीएमजीएसवाई पर शान द्वारा गाए गए एक दृश्य–श्रव्य गीत का भी प्रदर्शन किया गया। ग्रामीण विकास मंत्री श्री नरेन्द्र सिंह तोमर ने मनरेगा पर एक नागरिक केंद्रित मोबाइल ऐप की भी शुरुआत की जिसमें मनरेगा के विभिन्न पहलुओं पर सूचना प्रदान की जा सकती है। ग्रामीण विकास विभाग अपने कार्यक्रम प्रबंधन में सूचना और अंतरिक्ष प्रौद्योगिकी का गहन उपयोग करता है और 'जन–मनरेगा' ऐप, 'मेरी सड़क' और 'आवास' मोबाइल ऐप विभाग की तीसरी ऐसी नागरिक केंद्रित पहल है।

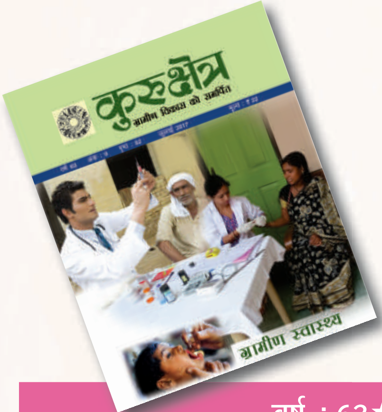
ग्रामीण विकास में उल्लेखनीय कार्य हेतु 19 जून, 2017 को नई दिल्ली में आयोजित एक समारोह में ग्रामीण विकास, पंचायती राज, पेयजल एवं स्वच्छता मंत्री श्री नरेंद्र सिंह तोमर पुरस्कार प्रदान करते हुए। साथ में ग्रामीण विकास राज्यमंत्री श्री रामकृपाल यादव भी हैं।

विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत कुल 144 पुरस्कार दिए गए। सतत आजीविका, पारदर्शिता और जवाबदेही, आधार सीडिंग, रूपांतरण और जियो–मनरेगा पर पुरस्कार मनरेगा के तहत दिए गए। प्रधानमंत्री ग्राम सड़क योजना के अंतर्गत सर्वाधिक ग्रामीण सड़कों के निर्माण वाले बिहार तथा गैर–परम्परागत निर्माण सामग्री का उपयोग करने वाले मध्य प्रदेश राज्यों को पुरस्कार दिए गए। हरियाणा, गुजरात तथा कर्नाटक ने पीएमजीएसवाई (चरण 1 और 2) में लक्ष्य का 95 प्रतिशत से अधिक काम पूरा करने पर विशेष पुरस्कार प्राप्त किए। ऐसे राज्यों को जिन्होंने विभिन्न मापदंडों से अच्छा काम किया था, उन्हें पीएमएवाई–जी के अंतर्गत पुरस्कृत किया गया। केंद्रीय भवन अनुसंधान, रुड़की जिसने भवन टाइपोलॉजी का तकनीकी परीक्षण उपलब्ध करवाया, ग्रामीण विकास की एनआईसी विभागीय टीम द्वारा तकनीकी सहायता दिए जाने तथा नवीन प्रौद्योगिकियों के उपयोग में महत्वपूर्ण योगदान के लिए यूएनडीपी के सलाहकार, वरिष्ठ नागरिक डॉ. प्रबीर कुमार दास को भी पुरस्कार दिए गए। नौ जिलों के कलेक्टरों को भी अधिकतम संख्या में पीएमएवाई–जी मकान पूरे करने के लिए पुरस्कृत किया गया। महत्वपूर्ण बात यह रही कि नौ जिला कलेक्टरों में से पांच उड़ीसा से थे।

राष्ट्रीय संसाधन संगठन, राज्य ग्रामीण आजीविका मिशन तथा पंजाब नेशनल बैंक, भारतीय स्टेट बैंक, इंडियन ओवसीज़ बैंक, यूको बैंक, सेन्ट्रल बैंक ऑफ इंडिया तथा आईसीआईसीआई बैंक को भी पुरस्कार प्रदान किए गए। जिन राज्यों को विभिन्न श्रेणियों के अंतर्गत पुरस्कार मिले उनमें आंध्र प्रदेश, तेलंगाना, केरल, छत्तीसगढ़, झारखंड, उड़ीसा, मध्य प्रदेश, राजस्थान, बिहार, कर्नाटक तथा पश्चिम बंगाल शामिल थे। कौशल विकास श्रेणी के तहत सर्वश्रेष्ठ निष्पादन राज्य, सर्वश्रेष्ठ चैम्पियन नियोक्ता तथा सर्वश्रेष्ठ प्रशिक्षण भागीदारों को पुरस्कृत किया गया।

इंडियन इंस्टीट्यूट ऑफ रूरल मैनेजमेंट, आणंद द्वारा किए गए राष्ट्रीय ग्रामीण आजीविका मिशन के मूल्यांकन के प्रमुख निष्कर्षों पर एक प्रस्तुति भी दी गई। मूल्यांकन रिपोर्ट में कार्यक्रम की मुख्य प्रबलता को उजागर किया गया और पूरे देश में इस कार्यक्रम को सुदृढ़ और विस्तृत करने के लिए कई सुझाव दिए गए।

ग्रामीण विकास मंत्री श्री नरेंद्र सिंह तोमर ने पुरस्कार विजेताओं को बधाई दी। उन्होंने कार्यक्रम निष्पादन में सरकार के कार्यों से हुए परिवर्तन का उल्लेख करते हुए संकेत दिए कि सरकार ने मनरेगा पुनर्निर्माण पूरा कर लिया है। ग्रामीण गरीबों के संसाधन आधार को सुदृढ़ करने के लिए जल–संचयन, जल–संरक्षण तथा कृषि एवं संबद्ध गतिविधियों के लिए निवेश को प्रोत्साहित किया जाता है। पीएमएवाई–जी तथा पीएमजीएसवाई के अंतर्गत 2019 के लिए लक्ष्य निर्धारित किए गए हैं तथा इन लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए राज्यों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए सरकार पूर्णतः वचनबद्ध है। उन्होंने कार्यक्रम की निगरानी के लिए सूचना प्रौद्योगिकी को उपयोग में लाने तथा नागरिकों से मोबाइल ऐप के माध्यम से प्रतिक्रिया जानने का भी उल्लेख किया। श्री तोमर ने विभाग के विभिन्न कार्यक्रमों के अंतर्गत रोजगार सृजन, विशेषतः ग्रामीण युवाओं को कौशल प्रदान करने तथा उनके लिए सृजित किए जा रहे कौशल रोजगार अवसरों का उल्लेख किया। उन्होंने ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों के सामने आने वाली चुनौतियों का भी उल्लेख किया तथा राज्य सरकारों, अधिकारियों तथा अन्य पदाधारियों को इन चुनौतियों से निपटने के लिए एकजुट होकर काम करने और लोगों को बेहतर सरोकार प्रदान करने को प्रोत्साहित किया। ग्रामीण विकास राज्य मंत्री श्री राम कृपाल यादव ने भी पुरस्कार विजेताओं को बधाई दी तथा ग्रामीण विकास कार्यक्रमों को सफलतापूर्वक कार्यान्वित करने में संस्थानिक भागीदारी की भूमिका पर प्रकाश डाला। ❑



कुरुक्षेत्र

ग्रामीण विकास मंत्रालय की प्रमुख मासिक पत्रिका

वर्ष : 63★ मासिक अंक : 9★ पृष्ठ : 52 ★ आषाढ़–श्रावण 1939★ जुलाई 2017

प्रधान संपादक
दीपिका कच्छल
वरिष्ठ संपादक
ललिता खुराना

संपादकीय पत्र–व्यवहार
संपादक
कमरा नं. 655, प्रकाशन विभाग
सूचना और प्रसारण मंत्रालय
सूचना भवन, सी.जी.ओ. कॉम्पलेक्स,
लोधी रोड, नई दिल्ली–110 0 03
दूरभाष : 011–24365925
वेबसाइट : publicationsdivision.nic.in
ई–मेल : kuru.hindi@gmail.com

संयुक्त निदेशक (उत्पादन)
विनोद कुमार मीना

व्यापार प्रबंधक
दूरभाष : 011–24367453
ई–मेल : pdjucir@gmail.com

आवरण
आशा सक्सेना
सज्जा
मनोज कुमार

मूल्य एक प्रति	:	22 रुपये
विशेषांक	:	30 रुपये
वार्षिक शुल्क	:	230 रुपये
द्विवार्षिक	:	430 रुपये
त्रिवार्षिक	:	610 रुपये

इस अंक में

स्वस्थ भारत के लिए-प्रत्येक बच्चे का टीकाकरण — जे. पी. नड्डा 5

सभी के लिए किफायती स्वास्थ्य सेवा का लक्ष्य — वी. श्रीनिवास 8

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 का आकलन — ऋषभ कृष्ण सक्सेना 11

स्वस्थ भारत के लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाएं — आशुतोष कुमार सिंह 15

ग्रामीण भारत में किशोरावस्था स्वास्थ्य — डॉ. प्रशांत बाजपेयी 19

'आयुष' से स्वस्थ और निरोग बनेगा ग्रामीण भारत — पार्थिव कुमार 23

देश के विकास की नींव महिला एवं बाल स्वास्थ्य — हेना नक़वी 28

सार्वजनिक समुचित पोषण : वर्तमान स्थिति एवं आगामी दृष्टिकोण — डॉ. संतोष जैन पासी, आकांक्षा जैन 32

तकनीक की मदद से होगी स्वास्थ्य क्षेत्र में क्रांति — बालेन्दु शर्मा दाधीच 37

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य की चुनौतियां — प्रमोद जोशी 40

सभी के लिए स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता और स्वास्थ्य का लक्ष्य — डॉ. जगदीप सक्सेना 44

स्वच्छता पखवाड़ा

कृषि एवं किसान कल्याण मंत्रालय ने मनाया स्वच्छता पखवाड़ा --- 49

वस्तु एवं सेवाकर : एक राष्ट्र, एक कर, एक बाजार --- 50

कुरुक्षेत्र की एजेंसी लेने, ग्राहक बनने और अंक न मिलने की शिकायत के बारे में व्यापार प्रबंधक, (वितरण एवं विज्ञापन) प्रकाशन विभाग, सूचना और प्रसारण मंत्रालय, कमरा नं. 48–53, सूचना भवन, सी.जी.ओ. कॉम्पलेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली – 110003 से पत्र–व्यवहार करें। विज्ञापनों के लिए विज्ञापन प्रभाग, प्रकाशन विभाग, सूचना और प्रसारण मंत्रालय, कमरा नं. 48–53, सूचना भवन, सी.जी.ओ. कॉम्पलेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली – 110003 से संपर्क करें। दूरभाष : 011–24367453

कुरुक्षेत्र में प्रकाशित लेखों में व्यक्त विचार लेखकों के अपने हैं। यह आवश्यक नहीं कि सरकारी दृष्टिकोण भी वही हो। पाठकों से आग्रह है कि कैरियर मार्गदर्शक किताबों/संस्थानों के बारे में विज्ञापनों में किए गए दावों की जांच कर लें। पत्रिका में प्रकाशित विज्ञापनों की विषय–वस्तु के लिए 'कुरुक्षेत्र' उत्तरदायी नहीं है।

संपादकीय

किसी भी देश के विकास के संदर्भ में पहली प्राथमिकता जन–स्वास्थ्य को दी जानी चाहिए। भारतीय संविधान के अनुच्छेद 47 में राज्य के नीति निर्देशक सिद्धांतों में भी कहा गया है कि पोषाहार का स्तर और जीवन–स्तर को ऊंचा करना तथा लोक स्वास्थ्य को बेहतर बनाना राज्य का कर्त्तव्य होगा।

भारत इस समय दुनिया की सबसे बड़ी अर्थव्यवस्थाओं में शामिल है और सबसे तेज विकास करने वाली अर्थव्यवस्थाओं में भी। लेकिन जब स्वास्थ्य की बात आती है तो भारत बहुत नीचे के पायदान पर खड़ा मिलता है। भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए नीति निर्माण बेहद चुनौतीपूर्ण तथा जटिल है चूंकि अभी तक हमारा देश स्वास्थ्य के क्षेत्र में बेहद प्रगति नहीं कर पाया। बहरहाल वर्तमान सरकार ने स्वास्थ्य क्षेत्र सूचकांकों पर भारत की लचर स्थिति को देखते हुए पिछले तीन वर्षों में इस दिशा में कई सुधारात्मक कदम उठाए हैं और 15 साल के बाद मार्च 2017 में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 का ऐलान भी दिया है। पिछली स्वास्थ्य नीति 2002 में आई थी जिसके बाद 2015 में इसका मसौदा जारी किया गया था और विभिन्न पक्षों से मिली प्रतिक्रियाओं के बाद इस वर्ष इसे पेश किया गया। स्वास्थ्य नीति बेहद महत्वपूर्ण होती है क्योंकि किसी भी अर्थव्यवस्था के समुचित विकास के लिए उसके कार्यबल का पूरी तरह निरोगी होनी बहुत जरूरी है।

जन–स्वास्थ्य के मामले में महिला एवं बाल स्वास्थ्य को सबसे अधिक महत्वपूर्ण माना जाता है चूंकि एक तो यह दोनों देश की कुल जनसंख्या का बहुत बड़ा प्रतिशत है, दूसरे बच्चे देश का भविष्य हैं और महिलाएं इन कर्णधारों को जन्म देती हैं। रुग्ण मां का अर्थ है रुग्ण बच्चे और रुग्ण बच्चों का अर्थ होगा देश का रुग्ण भविष्य। इसी के मद्देनजर वर्तमान सरकार ने **'मिशन इंद्रधनुष'** और **'प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान'**, **'मां–मदर्स एब्सोल्यूट अफेक्शन'** जैसे कई महत्वूपर्ण अभियान शुरू किए हैं। मिशन इंद्रधनुष में जहां सभी बच्चों और गर्भवती स्त्रियों के टीकाकरण का लक्ष्य रखा गया है वहीं प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान और **जननी सुरक्षा कार्यक्रमों** का उद्देश्य डिलीवरी के दौरान होने वाली महिलाओं की मृत्यु दर कम करना और सुरक्षित एवं संस्थागत प्रसव पर जोर देना है। 'मां' कार्यक्रम अगस्त 2016 को शुरू किया गया जिसका उद्देश्य स्तनपान को बढ़ावा देना है ताकि शिशुओं का बेहतर पोषण सुनिश्चित किया जा सके और मां के दूध में मौजूद विशेष तत्वों की सहायता से शिशुओं में रोगों से लड़ने की क्षमता बढ़े। संचार प्रौद्योगिकी आधारित **किलकारी**, **मोबाइल एकेडमी** जैसे कार्यक्रम भी चलाए जा रहे हैं। किलकारी गर्भावस्था, प्रसव एवं शिशुओं की देखभाल से संबंधित 72 श्रव्य संदेशों का सेट है। वहीं मोबाइल एकेडमी आशा कार्यकर्ताओं को उनके मोबाइल फोन के माध्यम से प्रशिक्षण का निःशुल्क श्रव्य प्रशिक्षण कार्यक्रम है।

वर्तमान सरकार इलाज को किफायती बनाने के लिए देश में ही बनी दवाओं और उपकरणों पर न केवल जोर दे रही है बल्कि इस दिशा में अभूतपूर्व काम भी किया है। **राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण** के जरिए सरकार ने तमान जीवनरक्षक दवाओं और आवश्यक दवाओं की अधिकतम कीमत तय कर दी है जो बाजार में वसूली जा रही कीमतों से कम है। इसी तरह इलाज को किफायती बनाने के लिए **'आयुष' चिकित्सा पद्धति** पर जोर दिया जा रहा है। गांवों के लिहाज से यह और भी महत्वपूर्ण है क्योंकि ये पद्धतियां बेहद सस्ती हैं और ग्रामीण वर्ग अब भी पारंपरिक चिकित्सा पर विश्वास करता है। साथ ही, यह छोटे शहरों और गांवों में भी आसानी से उपलब्ध हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना भी इस सरकार की अहम उपलब्धि है जिसमें बेहद मामूली प्रीमियम से पूरे परिवार को स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराया जाता है। इसी तरह सरकार ने **जन औषधि योजना** भी शुरू की है जिसके तहत जेनेरिक दवाओं की खुदरा बिक्री की जाती है। सरकार **अमृत** कार्यक्रम के तहत सस्ती दवाएं और उपकरण उपलब्ध करा रही है। सरकार ने **चिकित्सा उपकरण नियम 2017** भी लागू किया है। इस कारण स्वास्थ्य सेवाएं अधिक सुगम, किफायती और समावेशी हो रही हैं।

सरकार ने नई स्वास्थ्य नीति में महत्वाकांक्षी लेकिन व्यावहारिक लक्ष्य रखे हैं और वंचित तथा सामाजिक रूप से पिछड़े वर्गों पर खास ध्यान दिया है। सरकार का दृष्टिकोण भी इस बार अलग है। **नीति में रोग पर नहीं बल्कि निरोगी रहने के उपायों पर जोर दिया गया है।** आयुष के अंतर्गत **योग** पर बेहद जोर दिया जा रहा है ताकि बिना किसी लागत के हर व्यक्ति स्वस्थ रह सके। इस नीति में एक अच्छी बात गांवों में डॉक्टरों की कमी से निपटने के लिए ठोस प्रस्ताव लाना है। सरकार ने डॉक्टरों और चिकित्सा पेशेवरों को वित्तीय और गैर–वित्तीय प्रोत्साहन देने की बात कही है। साथ ही, सरकारी डॉक्टरों के लिए गांव में कुछ समय के लिए नियुक्ति को अनिवार्य बनाने का प्रावधान भी नीति में किया गया है।

ग्रामीण भारत में एक बड़ा तबका गंदगी और साफ पेयजल उपलब्ध न होने की वजह से बीमारियों की गिरफ्त में आ जाता है। ऐसे में स्वास्थ्य में सफाई और स्वच्छ पेयजल के महत्व को समझते हुए सरकार ने सभी को स्वच्छ पेयजल उपलब्ध कराने का भी संकल्प लिया है और 2030 तक **'हर घर जल'** का लक्ष्य तय किया है। स्वच्छ भारत मिशन के तहत देश को 2 अक्तूबर, 2019 तक खुले में शौच से मुक्त करने का संकल्प सरकार ने पहले ही लिया हुआ है। और इस दिशा में देश तेजी से आगे भी बढ़ रहा है। उधर दिसंबर 2016 में **'स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र'** कार्यक्रम भी शुरू किया गया है ताकि बेहतर स्वच्छता एवं ज्यादा जागरूकता और स्वस्थ जीवनशैली के जरिए बेहतर स्वास्थ्य का लक्ष्य हासिल किया जा सके।

निष्कर्ष के तौर पर हम कह सकते हैं कि देश में तेजी से बदलाव आ रहा है, लोग स्वच्छता और स्वास्थ्य के प्रति जागरूक हो रहे हैं और संचार प्रौद्योगिकी इसमें महत्वपूर्ण भूमिका निभा रही है। उम्मीद करते हैं कि देश को **'स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र'** बनाने के लक्ष्य में हमें शीघ्र कामयाबी मिलेगी।

स्वस्थ भारत के लिए-प्रत्येक बच्चे का टीकाकरण

–जे. पी. नड्डा

आज हम पोलियोमुक्त और एमएनटीई–मुक्त भारत की जो स्थिति देख रहे हैं, वह सिर्फ वैक्सीन की बदौलत संभव हुई है और उसमें इस बात का भी योगदान है कि हमने यह सुनिश्चित किया कि प्रत्येक बच्चे को दवा पिलाई जाए और अब हम उन व्यस्कों को भी कवर कर रहे हैं, जिन्हें इस खुराक की आवश्यकता हो। इस सफलता का श्रेय हमारे सर्वव्यापी टीकाकरण कार्यक्रम (यूआईपी–यूनिवर्सल इम्यूनाइजेशन प्रोग्राम) को जाता है, जो विश्व के सबसे बड़े टीकाकरण कार्यक्रमों में से एक है।

टीकाकरण सार्वजनिक स्वास्थ्य की रक्षा के लिए किए जाने वाले उपायों में लागत की दृष्टि से सबसे किफायती है और मृत्युदर तथा टीकों से निवारण योग्य बीमारियों की संख्या कम करने में काफी हद तक मददगार है। दुनियाभर से चेचक का उन्मूलन और भारत से पोलियो, यॉज और जच्चा एवं नवजात शिशु संबंधी टेटनस की समाप्ति, जैसी सफलताएं संचारी रोगों के अभिशाप से मुक्ति में टीकाकरण की भूमिका को दर्शाती हैं। तीव्र विकास और शहरीकरण की प्रवृत्ति को देखते हुए भारत के लिए टीके अत्यन्त महत्वपूर्ण हैं। तीव्र विकास का संबंध क्षेत्रों के भीतर प्रवासी श्रमिकों की आवाजाही के साथ भी है, जिसकी परिणति रोगकारकों (प्रतिरोधी प्रजातियों सहित) के एक स्थान से दूसरे स्थान पर पहुंचने के रूप में होती है, नतीजतन संचारी रोगों का जोखिम बढ़ जाता है। शहरीकरण एक घटक है, लेकिन कुछ राज्य पहले से ही जैपनीज एंसेफलाइटिस जैसे कुछ संचारी रोगों के अधिक प्रसार के जोखिम की समस्या से जूझ रहे हैं। टीकाकरण पर ध्यान केन्द्रित करना यह सुनिश्चित करने के हमारे प्रयास का भी हिस्सा है कि हम पोलियो से मुक्ति की स्थिति बनाए रखें और देश के प्रत्येक दूरदराज के कोने में प्रत्येक बच्चे तक टीकाकरण की सुविधा पहुंचाएं।

आज हम पोलियोमुक्त और एमएनटीई–मुक्त भारत की जो स्थिति देख रहे हैं, वह सिर्फ वैक्सीन की बदौलत संभव हुई है और उसमें इस बात का भी योगदान है कि हमने यह सुनिश्चित किया कि प्रत्येक बच्चे को दवा पिलाई जाए और अब हम उन व्यस्कों को भी कवर कर रहे हैं, जिन्हें इस खुराक की आवश्यकता हो। इस सफलता का श्रेय हमारे सर्वव्यापी टीकाकरण कार्यक्रम (यूआईपी–यूनिवर्सल इम्यूनाइजेशन प्रोग्राम) को जाता है, जो देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य की रक्षा के लिए एक प्रमुख कार्यक्रम है। मैं गर्व के साथ कह सकता हूं कि यह विश्व के सबसे बड़े टीकाकरण कार्यक्रमों में से एक है। यूआईपी 1992 में बाल जीवन रक्षा और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का हिस्सा बन गया था। 1997 से टीकाकरण गतिविधियां राष्ट्रीय प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम का एक महत्वपूर्ण घटक बनी हुई हैं और 2005 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) के महत्वपूर्ण क्षेत्रों में से एक रही हैं। यूआईपी के अंतर्गत भारत सरकार समूचे देश में निवारण योग्य 11 बीमारियों जैसे डिप्थीरिया, काली खांसी, टेटनस, दिमागी बुखार और हेमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी से होने वाले निमोनिया, बचपन में होने वाले गंभीर क्षयरोग, पोलियो, हेपेटाइटिस बी और खसरा; तथा चुने हुए राज्यों में रूबेला और रोटा वायरस, अतिसार (डायरिया); और स्थानिक जिलों में जैपनीज एंसेफेलाइटिस की रोकथाम के लिए टीकाकरण अभियान संचालित करती है। **इस कार्यक्रम के अंतर्गत हर वर्ष 2.67 करोड़ से अधिक नवजात शिशुओं और 3 करोड़ से अधिक गर्भवती माताओं को कवर किया जाता है। हर वर्ष 90 लाख से अधिक टीकाकरण सत्र आयोजित किए जाते हैं और करीब 27000 कोल्ड**

मिशन इंद्रधनुष

उद्देश्य : दो साल तक के सभी बच्चों और गर्भवती महिलाओं का संपूर्ण टीकाकरण।

लक्ष्य : वर्ष 2020 तक कम से कम 90 प्रतिशत बच्चों का टीकाकरण।

- 25 दिसंबर, 2014 से शुरु हुआ। मिशन के तीन चरण पूरे हो चुके है।
- इस दौरान कुल 29 लाख सत्रों में आयोजित किए गए और 5.2 करोड़ टीके लगाए गए।
- 11 अप्रैल, 2017 तक 60 लाख विटामिन ए की खुराकें दी गई, 52 लाख ओआरएस के पैकेट बांटे गए और 1.8 करोड़ जिंक टेबलैट्स बांटे गए।
- 7 फरवरी, 2017 से उत्तर–पूर्वी राज्यों के 68 जिलों में मिशन इंद्रधनुष का चौथा चरण चल रहा है।
- 18 अन्य राज्यों के 180 जिलों में 7 अप्रैल, 2017 से चौथा चरण शुरू।
- 35 राज्यों/केंद्रशासित प्रदेशों के 528 जिलों तक इस मिशन को पहुंचाया गया।
- 'मिशन इंद्रधनुष' का वार्षिक विस्तार 5–7 प्रतिशत तक हुआ।

चेन प्वाइंट्स के जरिए दवाओं एवं टीकों की व्यवस्था की जाती है।

इस संदर्भ में मैं पहले यह बताना चाहूंगा कि यूआईपी के अंतर्गत देशभर में विभिन्न बीमारियों की रोकथाम के लिए निम्नांकित टीके वितरित किए जाते हैं : पोलियो वैक्सीन–भारत में पोलियो का अंतिम रोगी 13 जनवरी, 2011 को रिपोर्ट किया गया था। विश्व स्वास्थ्य संगठन के दक्षिण–पूर्व एशिया क्षेत्र (एसईएआर) को 27 मार्च, 2014 को पोलिया–मुक्त क्षेत्र प्रमाणित किया गया। पोलियो के खात्मे की रणनीति के हिस्से के रूप में देश के सभी राज्यों में इनएक्टिवेटिड पोलियो वैक्सीन (आईपीवी) शुरू किया गया है।

खसरे का टीका–खसरे से रोकथाम के लिए पहली खुराक 1985 में नियमित टीकाकरण (आरआई) के हिस्से के रूप में शुरू की गई थी। इस बीमारी की रोकथाम के लिए दूसरी खुराक 2010 में नियमित टीकाकरण (आरआई) के हिस्से के रूप में 22 राज्यों में तत्काल शुरू की गई थी और शेष 14 राज्यों में एक अभियान (खसरा पूरक टीकाकरण कार्यक्रम) के तहत इसकी शुरुआत की गई, जिसमें करीब 12 करोड़ बच्चों को टीके लगाए गए। अब नियमित टीकाकरण के अंतर्गत समूचे देश में खसरे के दो टीके लगाए जा रहे हैं।

हेपेटाइटिस बी का टीका–इसका शुभारंभ 2002–03 में किया गया और जिगर यानी लीवर की बीमारियों, जैसे पीलिया और कैंसर के प्रति बच्चों को सुरक्षा प्रदान करने के लिए 2010 में समूचे देश में इसका कवरेज किया गया। अब इसे पेंटावेलेंट वैक्सीन के रूप में दिया जाता है। पेंटावेलेंट वैक्सीन में पांच बीमारियों यानी हेपेटाइटिस बी, डिप्थीरिया+काली खांसी+टेटनस (डीपीटी–वर्तमान त्रिकोणीय वैक्सीन) और हेमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी (हिब) की रोकथाम करने वाले एंटीजंस होते हैं। हमने पेंटावेलेंट वैक्सीन शुरू में दिसम्बर 2011 में दो राज्यों–केरल और तमिलनाडू में शुरू किया था। वर्तमान में इस टीके का विस्तार सभी 36 राज्यों/संघशासित प्रदेशों में किया जा चुका है। रोटा वायरस से होने वाले अतिसार की रोकथाम के लिए यूआईपी के अंतर्गत रोटा वायरस वैक्सीन दिया जाता है। इस वैक्सीन की तीन डोज (खुराक) दी जाती हैं और वर्तमान में यह 9 राज्यों में दिया जा रहा है। इस टीके की शुरुआत 26 मार्च, 2016 को चार राज्यों में की गई थी, जिसका बाद में 18 फरवरी, 2017 को पांच और राज्यों में विस्तार किया गया और इसी वर्ष इसे उत्तर प्रदेश में भी शुरू करने का कार्यक्रम है। जैपनीज एंसेफलाइटिस वैक्सीन प्रोग्राम 2006 में जेई स्थानिक जिलों में शुरू किया गया था। इसके लिए यह कार्यनीति बनाई गई थी कि एक अभियान के तौर पर 1 से 15 वर्ष की आयु के सभी बच्चों को कवर किया जाए और बाद में इसे नियमित टीकाकरण का हिस्सा बना दिया जाए। जैपनीज एंसेफलाइटिस (जेई) के खिलाफ अभियान संचालन के साथ ही इसके टीके को नियमित टीकाकरण में शामिल करने का काम चुने हुए 231 स्थानिक जेई जिलों में से 216 में पूरा किया जा चुका है। व्यस्कों (15–65 वर्ष की आयु समूह के लिए) को जेई वैक्सीन लगाने का अभियान एकबारगी गतिविधि के रूप में असम, उत्तर प्रदेश और पश्चिम बंगाल के सर्वाधिक जोखिम वाले 31 जिलों में संचालित किया गया। यूआईपी में अद्यतन समावेश रूबेला वैक्सीन का किया गया है, जिसे खसरा–रूपेला (एमआर) के संयुक्त टीके के रूप में शामिल किया गया है। एमआर वैक्सीन का शुभारंभ 5 फरवरी, 2017 को पांच राज्यों/संघशासित प्रदेशों (कर्नाटक, तमिलनाडू, गोवा, लक्षद्वीप और पुडुचेरी) में एमआर अभियान के रूप में किया गया, जिसके अंतर्गत 9 से 15 वर्ष की आयु के बच्चों को टीके लगाए गए। एमआर अभियान के दौरान 97 प्रतिशत उपलब्धि हासिल करते हुए 3.32 करोड़ बच्चों को कवर किया गया। अभियान पूरा होने पर, इन राज्यों/संघशासित प्रदेशों में एमआर वैक्सीन के स्थान पर खसरे का टीका शुरू किया गया। देश के अन्य भागों में भी चरणबद्ध तरीके से एमआर वैक्सीन शुरू करने की योजना है।

नियमित टीकाकरण कार्यक्रम के हिस्से के रूप में उपरोक्त टीकों के अलावा हम इस वर्ष हिमाचल प्रदेश, उत्तर प्रदेश के कुछ हिस्सों और बिहार में न्यूमोकोकल कन्जुगेट वैक्सीन (पीसीवी) शुरू करने की भी योजना बना रहे हैं। पोलियो के खात्मे की रणनीति के हिस्से के रूप में भारत ने पोलियो अभियान और नियमित टीकाकरण कार्यक्रम, दोनों में ही 25 अप्रैल, 2016 को ट्रिवैलेंट ओरल पोलियो वैक्सीन (टीओपीवी) के स्थान पर बाइवैलेंट ओरल पोलियो वैक्सीन (बीओपीवी) का इस्तेमाल करना शुरू किया। इस बदलाव के बाद देश में टीओपीवी निशुल्क वितरित की जा रही है।

देश के प्रत्येक बच्चे तक टीकाकरण सेवाएं पहुंचाने के अपने प्रयासों के पूरक के रूप में हमने एक विशेष लक्षित कार्यक्रम की परिकल्पना की है ताकि हम उन बच्चों तक पहुंच सकें, जो नियमित टीकाकरण कार्यक्रम के दायरे में नहीं आ पाए या जिनका आंशिक टीकाकरण हुआ है। इस कार्यक्रम को **'मिशन इन्द्रधनुष'** का नाम दिया गया। **यह समूचे देश के समग्र यूआईपी (सर्वव्यापी टीकाकरण कार्यक्रम) का एक हिस्सा है। यह कार्यक्रम 25 दिसम्बर, 2014 को शुरू किया गया। इसका लक्ष्य भारत के टीकाकरण को कम से कम 90 प्रतिशत पर पहुंचाना और उसे 2020 तक बनाए रखना है। इसके प्रथम चरण का कार्यान्वयन 7 अप्रैल, 2015 को विश्व स्वास्थ्य दिवस से प्रारंभ किया गया।** उच्च फोकस जिलों में अभी तक कवर न किए गए और टीकाकरण से वंचित बच्चों को कवर करने के लिए मिशन इन्द्रधनुष के प्रथम चरण के दौरान हर महीने 7–7 दिन के चार गहन अभियान चलाए गए। मिशन इन्द्रधनुष के तीन चरणों के दौरान, 35 राज्यों/संघशासित प्रदेशों के 497 जिलों को कवर किया गया। इन चरणों में 2.1 करोड़ बच्चों को कवर किया गया, जिनमें से 55 लाख बच्चों का पूर्ण टीकाकरण किया गया। इसके अतिरिक्त 55.9 लाख गर्भवती महिलाओं को टेटनेस टोक्सोइड के टीके लगाए गए। मिशन इन्द्रधनुष के मंच

का इस्तेमाल बच्चों में 52.5 लाख ओआरएस पैकेट और 183.1 लाख ज़िंक की गोलियां वितरित करने के लिए किया गया। मिशन इन्द्रधनुष के चौथे चरण की शुरुआत 8 पूर्वोत्तर राज्यों में 7 फरवरी, 2017 को और शेष राष्ट्र में 18 राज्यों के 180 जिलों में 7 अप्रैल, 2007 से हुई। इस अभियान के दौरान अब तक करीब 2.2 करोड़ बच्चों और करीब 58 लाख गर्भवती महिलाओं को कवर किया गया। इस दौरान टीकाकरण की वार्षिक दर 1 प्रतिशत से बढ़कर 6.7 प्रतिशत हो गई।

समग्र टीकाकरण के हमारे प्रयास सार्वभौमिक रूप में स्वीकार किए गए। इस तथ्य से निर्देशित है कि स्वास्थ्य और विकास परस्पर संबद्ध हैं। स्वस्थ लोग आमतौर पर दीर्घजीवी होते हैं, और अधिक उत्पादक होते हैं, अतः उन्हें अर्जित करने में सक्षम बनाने और अधिक बचत के लिए प्रेरित करने से निश्चय ही राष्ट्र की समृद्धि में योगदान होगा। प्रधानमंत्री श्री नरेन्द्र मोदी का दूरदर्शी नेतृत्व और समर्थन मेरे मंत्रालय को संसाधन उपलब्धता और फोकस दृष्टि के ज़रिए निरंतर उत्साहित करता है, जिससे हमें असमानताएं दूर करने की दिशा में काम करने का नया जोश और शक्ति प्राप्त होती है, और हम दुर्गम तथा कठिन क्षेत्रों और खराब प्रदर्शन वाले जिलों पर ध्यान केन्द्रित करते हुए कार्यक्रम को अमलीजामा पहनाते हैं। हम अधिक स्वस्थ और अधिक समृद्ध भारत का लक्ष्य हासिल करने के लिए प्रत्येक लाभार्थी को सेवाएं प्रदान करना चाहते हैं।

मैं निष्कर्ष रूप में कहना चाहता हूं कि स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों और सेवाओं में सुधार लाने के लिए अथक प्रयास कर रहा है ताकि सरकार की 'अन्त्योदय' तक पहुंचने की प्रतिपादित वरीयता के अनुसार हम उन लोगों को सेवाएं प्रदान कर सकें, जिन्हें इनकी सर्वाधिक आवश्यकता है। इसके बाद ही बुनियाद से, यानी स्वस्थ बच्चों के साथ, एक समग्र उत्पादक और विकसित राष्ट्र का निर्माण किया जा सकेगा।

(लेखक केंद्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री हैं।)
ई–मेल : pstohfm@nic.in

भारत के राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम में नए टीकों का समावेश

- इनएक्टीवेटेड पोलियो वैक्सीन– फरवरी 2017 तक 1.47 करोड़ बच्चों को खुराक ही गई।
- एडल्ट जैपनीज एन्सेफैलाइटिस वैक्सीन– 27 जिलों में ये अभियान पूरा हो चुका है। इस दौरान 3.15 करोड़ व्यस्कों का टीकाकरण किया गया।
- रोटा वायरस वैक्सीन– मार्च 2016 से शुरू इस वैक्सीन की 42.54 लाख से अधिक खुराक दी जा चुकी हैं।
- मीज़ल्स–रूबेला वैक्सीन– 5 फरवरी 2017 से शुरू की गई यह वैक्सीन 31 मार्च, 2017 तक 3.32 करोड़ बच्चों को दी जा चुकी है।
- न्यूमोकोकल कॉन्ज्यूगेट वैक्सीन– पहले चरण में हिमाचल प्रदेश, बिहार ओर उत्तर प्रदेश में करीब 21 लाख बच्चों को दी जा चुकी है।

सभी के लिए किफायती स्वास्थ्य सेवा का लक्ष्य

–वी. श्रीनिवास

स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र, प्रधानमंत्री राष्ट्रीय डायलिसिस कार्यक्रम और कायाकल्प स्वास्थ्य क्षेत्र में नई योजनाएं हैं। कायाकल्प कार्यक्रम 2016 में आरंभ किया गया, जिसका उद्देश्य जन स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में सफाई, स्वच्छता, प्रभावी कचरा प्रबंधन एवं संक्रमण नियंत्रण को बढ़ावा देना था। कायाकल्प के अंतर्गत आरंभ की गई पुरस्कारों की स्पर्धा को सभी राज्यों ने हाथोंहाथ लिया है और स्वच्छता के स्तरों में बहुत सुधार दिख रहा है।

भारतीय संविधान के अनुच्छेद 47 में राज्य के नीति निर्देशक सिद्धांत कहते हैं कि पोषाहार का स्तर और जीवन–स्तर को ऊंचा करना तथा लोक स्वास्थ्य को बेहतर बनाना राज्य का कर्तव्य होगा। भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए नीति का निर्माण बेहद चुनौतीपूर्ण तथा जटिल है। सरकार की ओर से कम खर्च और अपनी जेब से अधिक खर्च की पृष्ठभूमि में नीति निर्माण होना है। भारत में प्रसव, नवजात तथा शिशु देखभाल के लिए सरकारी अस्पतालों में मुफ्त सुविधा प्रदान किए जाने के बाद भी अपनी जेब से होने वाले खर्च का बोझ बहुत अधिक है।

1943 में आई जोसेफ भोर समिति की रिपोर्ट में प्रत्येक जिले में 550 व्यक्तियों पर एक शैया (बैड) और 4600 व्यक्तियों पर एक चिकित्सक की परिकल्पना की गई थी। 1946 में सरकार ने 4000 व्यक्तियों पर एक प्राथमिक चिकित्सा केंद्र, 5 प्राथमिक चिकित्सा केंद्रों के लिए 30 शैयाओं वाला सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और प्रत्येक जिले में 200 शैयाओं वाले जिला अस्पताल स्थापित करने की योजना बनाने का निर्णय लिया। भारत को आजादी के साथ ही बीमारियों का भारी बोझ भी विरासत में मिला, जिसमें नवजातों तथा प्रसूताओं की मौत, बेहद कम जीवन प्रत्याशा, चिकित्सकों, नर्सों और दाइयों की अपर्याप्त संख्या, स्वास्थ्य का घटिया बुनियादी ढांचा और मामूली–सा बजट आवंटन शामिल थे। आजादी के बाद पहले तीन दशकों में भारत की स्वास्थ्य नीति ने संक्रामक रोगों पर नियंत्रण, परिवार नियोजन, बेहतरीन मानव संसाधन तैयार करने के लिए एम्स जैसे शिक्षण अस्पतालों के निर्माण तथा बुनियादी ढांचे के प्रोत्साहन पर जोर दिया।

1978 में भारत ने अपने सभी लोगों को समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए अलमा–अता घोषणापत्र स्वीकार कर लिया। 1983 में भारत की पहली राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तैयार की गई, जिसमें प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा तथा रोग नियंत्रण कार्यक्रमों के लिए एकीकृत, लक्षित दृष्टिकोण अपनाया गया। 1990 के दशक में कठिन वर्षों के दौरान स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए आवंटन कम हो गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) 2002 ने मोटे तौर पर पिछली नीति की सिफारिशों को ही दोहराया और सार्वजनिक यानी सरकारी खर्च को बढ़ाकर सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के 2 प्रतिशत तक लाने की वकालत की। एनएचपी 2002 के बाद 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) आरंभ किया गया, जो विकेंद्रीकरण तथा सामुदायिक सहयोग के सिद्धांतों पर तैयार किया गया था और जिसका जोर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में नई जान फूंकना था।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

भारत में स्वास्थ्य क्षेत्र के सबसे अहम कार्यक्रम राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) में राज्य सरकारों को लचीले वित्तीय संसाधन प्रदान कर ग्रामीण एवं शहरी स्वास्थ्य क्षेत्र में नई जान फूंकने का लक्ष्य रखा गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के 4 अंग राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन, तृतीयक सेवा कार्यक्रम एवं स्वास्थ्य तथा चिकित्सा शिक्षा के लिए मानव संसाधन हैं। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन स्वास्थ्य सेवाओं के केंद्र को व्यापक कर प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से परे ले जाने के भारत के प्रयास का परिचायक है ताकि संक्रामक एवं असंक्रामक रोगों के दोहरे बोझ से निपटा जा सके और जिला–स्तर तथा जिले से भी नीचे के स्तर

पर बुनियादी ढांचे की सुविधाएं सुधारी जा सकें।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) ने स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के दो विभागों को राष्ट्रीय–स्तर पर एक साथ ला दिया। उनके साथ आने से कार्यक्रमों के क्रियान्वयन तथा भारत की ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था को पुनर्जीवित करने के लिए स्वास्थ्य क्षेत्र का आवंटन बढ़ाने में तालमेल बहुत बढ़ गया। राज्य–स्तरों पर भी ऐसा ही तालमेल देखा गया। स्टेट हेल्थ सोसाइटी के संचालन के लिए मिशन निदेशक एनआरएचएम का नया पद सृजित किया गया, जिस पर कोई वरिष्ठ आईएएस अधिकारी बैठता था। एनएचएम से भारत में स्वास्थ्य सेवा के कार्यक्रमों के क्रियान्वयन में काफी नयापन आ गया। इसमें लचीले वित्तीय संसाधन, आईपीएचएस मानकों के अनुरूप संस्थाओं की निगरानी, प्रबंधन विशेषज्ञों की भर्ती तथा सरल मानव संसाधन प्रबंधन विधियों द्वारा क्षमता सृजन शामिल है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र (एनएचएसआरसी) की स्थापना से विभिन्न कार्यक्रमों की रूपरेखा बनाने और उन्हें तैयार करने में मदद मिली। राज्य स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन केंद्र कुछ राज्यों में भी स्थापित किए गए हैं।

एनएचएम का पहला ध्यान प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं पर था। जेएसवाई और आशा कार्यक्रमों के सफल क्रियान्वयन से व्यवहार में बहुत परिवर्तन आया और बड़ी तादाद में गर्भवती स्त्रियां सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं तक पहुंची। एनआरएचएम के लचीले संसाधनों का प्रयोग सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं में पर्याप्त बुनियादी ढांचा तैयार करने के लिए किया गया ताकि प्रसव के ढेर सारे मामलों को संभाला जा सके। गर्भवती महिलाओं को प्रसव के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाओं तक ले जाने और आपातकालीन चिकित्सा के लिए एंबुलेंस सेवाएं आरंभ की गईं।

एनएचएम ने स्वास्थ्य सेवा के लिए जनांदोलन आरंभ किया। प्रत्येक गांव में आमूलचूल परिवर्तन लाने के लिए मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य सेवा (आशा) कर्मियों को तैनात किया गया। आशाकर्मी संस्थाओं में प्रसव कराने के लिए प्रेरित करती थीं, नवजात तथा बच्चों में होने वाली बीमारियों के एकीकृत प्रबंधन पर जोर देती थीं और घर में नवजात की देखभाल के लिए सलाह देती थीं। एनएचएम ने ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समितियों के जरिए लोगों को गांव की स्वास्थ्य योजनाएं तैयार करने तथा आशाकर्मियों की निगरानी करने का अधिकार दिया है। प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर रोगी कल्याण समितियां बनाई गई हैं ताकि रोगियों के अनुकूल संस्था के निर्माण हेतु जन–स्वास्थ्य सुविधाओं की निगरानी की व्यवस्था तैयार हो। राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन आरंभ होने से ग्रामीण क्षेत्रों के साथ–साथ शहर की झुग्गियों पर भी ध्यान दिया जा रहा है।

सरकार की नई योजनाएं

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने देश में सभी के लिए स्वास्थ्य की अवधारणा अमल में लाने के उद्देश्य से 2014 से कई नई योजनाएं आरंभ की हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 – मुख्य बातें

- स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च को धीरे–धीरे बढ़ाकर जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक लाना;
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा में नीतिगत परिवर्तन कर चुनिंदा सेवा के स्थान पर सुनिश्चित समग्र सेवा प्रदान करना;
- अभी सीमित सेवाएं प्रदान करने वाले प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों को बदलकर असंक्रामक रोगों से संबंधित व्यापक सेवाएं प्रदान करने वाला बनाने के लिए स्वास्थ्य एवं कल्याण केंद्र स्थापित करना;
- असंक्रामक रोगों तथा मानसिक स्वास्थ्य के संबंध में नई नीति का निर्माण;
- सुदूरवर्ती क्षेत्रों में चिकित्सकों को रोककर रखना, स्वास्थ्य प्रणालियों को सशक्त बनाना, स्वास्थ्य प्रौद्योगिकियों का विकास करना तथा अनुसंधान एवं विकास के लिए नई संस्थाएं खोलना;
- किल्लत दूर करने के लिए निजी क्षेत्र के साथ रणनीतिक खरीद एवं सहयोग करना;
- गारंटी आधारित प्रणाली देना, सुलभता, किफायत तथा गुणवत्ता बढ़ाना;

मिशन इंद्रधनुष के तहत 2020 तक 90 प्रतिशत बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण करने का प्रयास हो रहा है। मिशन ने टीकाकरण का दायरा 2014 से अभी तक 6.7 प्रतिशत बढ़ाने में अच्छी प्रगति की है। सार्वभौमिक प्रतिरक्षण कार्यक्रम के अंतर्गत नए टीके जोड़े गए हैं और उनकी संख्या 6 से बढ़कर 12 हो गई है। इनैक्टिवेटेड पोलियो वैक्सीन, रोटा वायरस वैक्सीन, एडल्ट जैपनीज एनसिफैलाइटिस वैक्सीन और मीज़ेल्स रुबेला वैक्सीन उनमें से प्रमुख हैं।

नवजात मृत्यु दर घटाने के उद्देश्य से आरंभ की गई भारत नवजात कार्ययोजना के तहत जिला–स्तर पर विशेष नवजात देखभाल इकाइयां और उप–जनपद/सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर नवजात स्थिरीकरण इकाइयां स्थापित की गई हैं। स्तनपान को बढ़ावा देने के लिए 2016 में निरपेक्ष मातृ स्नेह कार्यक्रम मां आरंभ किया गया। राष्ट्रीय बाल सुरक्षा कार्यक्रम और राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम बच्चों तथा किशोरियों में कम उम्र में ही जांच तथा उपचार हेतु सरकार के प्रमुख जांच कार्यक्रम हैं। सरकार ने प्रसव–पूर्व देखभाल सुनिश्चित करने के लिए प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान आरंभ किया है। एनएचएम के तहत मिशन परिवार कल्याण, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम और जननी सुरक्षा कार्यक्रम की गतिविधियों पर लगातार ध्यान बना हुआ है क्योंकि इनमें से प्रत्येक का लक्ष्य संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर जननी एवं शिशु मृत्यु दर कम करना है।

स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र, प्रधानमंत्री राष्ट्रीय डायलिसिस कार्यक्रम और कायाकल्प स्वास्थ्य क्षेत्र में नई योजनाएं हैं। कायाकल्प कार्यक्रम 2016 में आरंभ किया गया, जिसका उद्देश्य जन स्वास्थ्य प्रतिष्ठानों में सफाई, स्वच्छता, प्रभावी कचरा प्रबंधन एवं संक्रमण नियंत्रण को बढ़ावा देना था। कायाकल्प के अंतर्गत आरंभ की गई पुरस्कारों की स्पर्धा को सभी राज्यों ने हाथोंहाथ लिया है और

बजट आवंटन

- वर्ष 2016–17 के मुकाबले वर्ष 2017–18 में स्वास्थ्य क्षेत्र के बजट में 27.7 प्रतिशत की वृद्धि।
- मानव संसाधन और चिकित्सा शिक्षा– 3425 करोड़ रुपये।
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएफ) हेतु 2903.70 करोड़ रुपये जोकि वर्ष 2016–17 के मुकाबले 705 करोड़ रुपये अधिक है।
- प्रधानमंत्री स्वास्थ्य सुरक्षा योजना– 1525 करोड़ रुपये।
- अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान– 357 करोड़ रुपये।

स्वच्छता के स्तरों में बहुत सुधार दिख रहा है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी) का प्राथमिक लक्ष्य स्वास्थ्य प्रणालियों को आकार देने में सरकार की भूमिका को मजबूत करना तथा प्राथमिकता दिलाना, स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सेवाओं, रोगों के निवारण तथा अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में अतिरिक्त निवेश करना है। एनएचपी में स्वास्थ्य क्षेत्र पर खर्च को बढ़ाकर सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) के 2.5 प्रतिशत तक पहुंचाने, रोगी केंद्रित संस्थाएं तैयार करने, रोगियों को सशक्त बनाने तथा उपचार की गुणवत्ता के मानक तैयार करने के लक्ष्य हैं। यह स्वास्थ्य बुनियादी ढांचे को मजबूत कर 2 शैया प्रति 1000 व्यक्ति तक ले जाने और सभी सरकारी अस्पतालों में निःशुल्क दवाएं, निःशुल्क निदान सेवाएं और निःशुल्क आवश्यक स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने की बात भी कहती है।

एनएचपी के प्रमुख लक्ष्य

जन्म के समय जीवन प्रत्याशा को 67.5 वर्ष से बढ़ाकर 2025 तक 70 वर्ष करना और नवजात मृत्यु दर को 2018 तक घटाकर 28 कर देना। वर्ष 2017–18 तक कुष्ठ रोग, कालाज़ार तथा फीलपांव को समाप्त कर देना अन्य लक्ष्य हैं। मातृ मृत्यु दर 2011 में 167 थी, जो 2011 में घटाकर 167 कर दी गई है। 1990 में पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर 126 थी, जो 2014 में केवल 39 हो गई। छह बड़े राज्यों बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, झारखंड और छत्तीसगढ़ में अभी चुनौतियां बची हैं, जिनकी देश की जनसंख्या में 42 प्रतिशत और हर वर्ष होने वाली जनसंख्या वृद्धि में 56 प्रतिशत हिस्सेदारी है।

सरकार ने एनएचपी को लागू करने के लिए नीतिगत उपाय आरंभ कर दिए हैं। केंद्रीय बजट, 2017 में स्वास्थ्य के लिए आवंटन में 27 प्रतिशत से अधिक की सराहनीय वृद्धि की गई है और इसे 47,352.51 करोड़ रुपये तक पहुंचा दिया गया है, जो 2016–17 में 37,061.55 करोड़ रुपये था। भारत जन स्वास्थ्य तथा प्राथमिक चिकित्सा सेवाओं का बड़ा संगठन है। एनएचपी में प्राथमिक तथा द्वितीयक सेवा प्रदान करने वाले अस्पतालों में बुनियादी ढांचा एवं मानव संसाधन विकास को प्रमुख प्राथमिकता वाला क्षेत्र बताया गया है। **2017 के आम बजट में सरकार ने 1.5 लाख उपकेंद्रों को स्वास्थ्य कल्याण केंद्रों में बदलने तथा गर्भवती महिलाओं के लिए देश भर में योजना आरंभ करने की बात कही है, जिसके तहत उनमें से प्रत्येक को 6,000 रुपये दिए जाएंगे।**

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में चिकित्सा शिक्षा सुधारने की भी बात है। सरकार ने इस दिशा में बड़े कदम उठा लिए हैं। एम्स राष्ट्रीय तथा वैश्विक ब्रांड है, जो हमारे संस्थान के छह दशकों के विकास और प्रदर्शन के दम पर तैयार हुआ है। यह चिकित्सा तथा शिक्षा में अन्य उत्कृष्टता केंद्रों के लिए कसौटी है और शिक्षा, अनुसंधान एवं क्लिनिकल मानकों में सर्वश्रेष्ठ पद्धतियों का स्रोत है। व्यापक विस्तार के लिए बड़ी मात्रा में वित्तीय संसाधन प्रदान कर एम्स के अनूठे दर्जे को पुष्ट किया गया है। चिकित्सा शिक्षा पर ध्यान केंद्रित करने से भारत आधुनिक स्वास्थ्य सेवाओं के दुरुपयोग से निपटने में सक्षम हो सकता है। सरकार ने पूरे भारत में एम्स जैसे ही कई संस्थान तैयार करने पर बहुत जोर दिया है।

एनएचपी में मानव संसाधनों को भारत की स्वास्थ्य सेवा का महत्वपूर्ण घटक मानकर उन पर बहुत जोर दिया गया है। द्वितीयक और तृतीयक स्तर की स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत करने के लिए विशेषज्ञ चिकित्सकों की पर्याप्त उपलब्धता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से प्रति वर्ष 5000 स्नातकोत्तर (पीजी) सीटें तैयार की गई हैं। अधिक पीजी सीटें तथा केंद्रीकृत प्रवेश परीक्षा देश में चिकित्सा शिक्षा के सुधार की दिशा में बड़े कदम हैं। स्नातकोत्तर चिकित्सा शिक्षा का विस्तार प्राथमिकता है क्योंकि देश में पीजी चिकित्सा सीटों की किल्लत से विशेषज्ञ चिकित्सकों की उपलब्धता पर ही प्रभाव नहीं पड़ता है बल्कि मेडिकल कॉलेजों के शिक्षक पाने में भी कठिनाई होती है। स्नातक एवं स्नातकोत्तर–स्तर पर एक समान प्रवेश परीक्षा आरंभ किए जाने से भी चिकित्सा शिक्षा में पारदर्शिता आई है। भारतीय चिकित्सा परिषद संशोधन अधिनियम, 2016 के अंतर्गत राष्ट्रीय–स्तर पर मेरिट आधारित साझा प्रवेश परीक्षा आरंभ की गई। सरकार ने भारत में विशेषज्ञ चिकित्सकों की संख्या बढ़ाने के उद्देश्य से 435 मेडिकल कॉलेजों में स्नातकोत्तर सीटों में वृद्धि की अधिसूचना जारी कर दी है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति ने डिजिटल पहलों पर बहुत जोर दिया है। **डिजिटल इंडिया कार्यक्रम के अंतर्गत भारत के 71 अस्पतालों में ऑनलाइन पंजीकरण व्यवस्था आरंभ की गई है।** सरकारी अस्पतालों का डिजिटलीकरण होने से रोगियों के लिए प्रतीक्षा अवधि में कमी आई थी क्लिनिकों में समय बढ़ गया था। **रोगियों पर केंद्रित फीडबैक प्रणाली 'मेरा अस्पताल' आरंभ की गई है।** मेरा अस्पताल के आंकड़ों ने रोगियों की असंतुष्टि वाले प्रमुख क्षेत्रों की जानकारी दी है।

अंत में यह कहा जा सकता है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के माध्यम से स्वास्थ्य क्षेत्र में की जाने वाली महत्वपूर्ण पहलों से भारत सभी के लिए किफायती स्वास्थ्य सेवा के उद्देश्य प्राप्त करने में सक्षम हो जाएगा।

(लेखक 1989 बैच के आईएएस अधिकारी हैं तथा वर्तमान में एम्स, नई दिल्ली में उपनिदेशक (प्रशासन) हैं।)
ई–मेल : vsrinivas@nic.in

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 का आकलन

–ऋषभ कृष्ण सक्सेना

लंबे इंतजार के बाद आखिरकार सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति का ऐलान कर ही दिया। पिछली नीति 2002 में आई थी, जिसके बाद 2015 में इसका मसौदा जारी किया गया और विभिन्न पक्षों से मिली प्रतिक्रियाओं के बाद इस वर्ष इसे पेश किया गया है। स्वास्थ्य सूचकांकों पर भारत की लचर स्थिति को देखते हुए इस बार की स्वास्थ्य नीति से उम्मीदें बढ़ना लाजिमी है। बहरहाल सरकार ने इसमें महत्वाकांक्षी लेकिन व्यावहारिक लक्ष्य रखे हैं और वंचित तथा सामाजिक रूप से संवेदनशील वर्गों पर खास ध्यान दिया है। नीति में रोग पर नहीं बल्कि निरोग रहने पर जोर दिया गया है।

स्वास्थ्य नीति बेहद महत्वपूर्ण है क्योंकि किसी भी अर्थव्यवस्था के समुचित विकास के लिए उसके कार्यबल का पूरी तरह निरोगी होना बहुत जरूरी है। सबसे बड़ी युवा जनसंख्या वाले भारत के लिए तो इसकी अहमियत और भी ज्यादा है क्योंकि इसी युवा आबादी के दम पर भारत के सबसे अधिक तरक्की करने के कयास लगाए जा रहे हैं।

भारत को इस समय दुनिया की सबसे बड़ी अर्थव्यवस्थाओं में भी शामिल किया जाता है और सबसे तेज विकास करने वाली अर्थव्यवस्थाओं में भी। लेकिन जब स्वास्थ्य की बात आती है तो भारत बहुत नीचे के पायदान पर खड़ा मिलता है। पिछले वर्ष सितंबर में संयुक्त राष्ट्र महासभा में पहली बार एक नया सूचकांक पेश किया गया था, जिसमें यह परखा गया था कि स्वास्थ्य के मामले में सतत विकास के लक्ष्यों पर किस देश ने कितनी प्रगति की है। उस सूचकांक में 188 देशों को शामिल किया गया था और भारत 143वें पायदान पर ही आ पाया था। ब्रिटिश पत्रिका लैंसेट में प्रकाशित इस सूचकांक में उसे पड़ोसी श्रीलंका (79वां पायदान) और चीन (92) से तो नीचे रहना ही पड़ा था, युद्ध से जूझ रहा सीरिया भी 117वें पायदान पर रहते हुए भारत को मुंह चिढ़ा रहा था।

उसके बाद इसी वर्ष आई लैंसेट की ग्लोबल बर्डेन ऑफ डिज़ीज़ रिपोर्ट में भारत को स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के मामले में 195 देशों में 154वें स्थान पर रखा गया। 2015 में किए गए अध्ययन पर आधारित इस रिपोर्ट में भी बांग्लादेश, नेपाल, घाना और लाइबेरिया जैसे बेहद गरीब देश भारत से बेहतर स्थिति में थे। यह स्थिति तब है, जब 2002 में बाकायदा स्वास्थ्य नीति बनाकर हमने लंबे–चौड़े लक्ष्य निर्धारित किए थे। जाहिर है कि उन्हें पाने का प्रयास गंभीरता से नहीं किया गया। इसलिए इस वर्ष लाई गई स्वास्थ्य नीति के लिए और मौजूदा सरकार के लिए चुनौतियां और भी बढ़ जाती हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017

स्वास्थ्य सूचकांकों पर भारत की लचर स्थिति को देखते हुए इस बार की स्वास्थ्य नीति से उम्मीदें बढ़ना लाज़िमी है। हालांकि इस नीति में सबसे अधिक निराश करने वाली बात यह है कि स्वास्थ्य को मौलिक अधिकार का दर्जा देने से सरकार कन्नी काट गई है। दो वर्ष पहले आए इसके मसौदे में यह प्रस्ताव था, लेकिन अंतिम नीति में सरकार ने उसे हटा दिया। बहरहाल सरकार ने इसमें महत्वाकांक्षी लेकिन व्यावहारिक लक्ष्य रखे हैं (देखें बॉक्स 1 और 2) और वंचित तथा सामाजिक रूप से संवेदनशील वर्गों पर खास ध्यान दिया है। प्रत्येक परिवार को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा सुनिश्चित कराना, स्कूल पाठ्यक्रम में स्वास्थ्य को शामिल करना, किफायती चिकित्सा के लिए आयुष के अधिक प्रयोग पर जोर देना, लागत घटाने के लिए देश में निर्मित दवाओं और उपकरणों पर जोर देना, मुफ्त दवा, निदान सेवा और आपातकालीन सेवा देना और कम से कम दो–तिहाई संसाधन प्राथमिक चिकित्सा

हेतु आवंटित करना इसकी खास बातें हैं।

बेहतर दृष्टिकोण

सरकार का दृष्टिकोण भी इस बार अलग है। नीति में रोग पर नहीं बल्कि निरोग रहने पर जोर दिया गया है। लेकिन ग्रामीण भारत के लिहाज से सबसे अहम लक्ष्य हैं स्वास्थ्य पर खर्च को जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक ले जाना, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पर ध्यान देना, स्वास्थ्य सेवा की लागत कम करना और मृत्यु दरों में कमी लाना।

इनके लिए संक्रामक रोगों को दूर करने की कोशिश के साथ ही असंक्रामक रोगों को दूर रखने पर खास बल दिया जा रहा है। ग्रामीण भारत के लिहाज से यह बहुत अहम हैं क्योंकि बदलती जीवनशैली के साथ असंक्रामक रोग भी जोर पकड़ते जा रहे हैं। हृदय रोग, कैंसर, मधुमेह जैसी बीमारियां पहले शहरी बीमारियों के खांचे में रखी जाती थीं, लेकिन अब इन्होंने गांवों में भी पांव पसारना शुरू कर दिया है। ऐसी बीमारियां अक्सर ग्रामीणों को कर्ज में फंसा देती हैं। इसकी बानगी राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण कार्यालय (एनएसएसओ) के 68वें और 71वें दौर के सर्वेक्षण में मिलती हैं। दोनों सर्वेक्षणों के बीच 10 वर्ष का अंतर था और इस दौरान (2004 से 2014 के बीच) अपनी जेब से स्वास्थ्य सेवा पर खर्च करने के कारण 5.06 करोड़ लोग गरीबी–रेखा से नीचे चले गए। यदि सरकार गांवों में स्वास्थ्य सेवा बेहतर करती है और किफायती इलाज सुनिश्चित करती है तो बड़ी तादाद में लोग आर्थिक झटके से बच सकते हैं।

मंशा अच्छी मगर चुनौतियां बड़ी

इनके अलावा भी नीति में सरकार की मंशा अच्छी लगती है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 की मुख्य विशेषताएं

- वंचित एवं सामाजिक रूप से संवेदनशील लोगों को स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने पर विशेष जोर।
- प्रत्येक परिवार को स्वास्थ्य कार्ड, जिससे मिलेंगी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं और सुनिश्चित सेवाएं।
- स्कूल पाठ्यक्रम में स्वास्थ्य एवं स्वच्छता भी शामिल होंगे; स्कूलों–दफ्तरों में योग का व्यापक प्रसार।
- किफायती चिकित्सा के लिए 'आयुष' का अधिक प्रयोग और प्रसार।
- भारत में निर्मित दवाओं और उपकरणों के प्रयोग को प्रोत्साहन।
- सभी राज्यों में जन स्वास्थ्य प्रबंधन प्राधिकरण की स्थापना।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य पर खर्च को निश्चित समय में जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक पहुंचाया जाएगा।
- मुफ्त दवा, मुफ्त निदान सेवा तथा मुफ्त आपातकालीन सुविधा देकर स्वास्थ्य सेवा सस्ती करना।
- कम से कम दो–तिहाई संसाधन प्राथमिक चिकित्सा को आवंटित करना।
- चिकित्सा शिक्षा में सुधार करना।
- पहले से जांच के द्वारा असंक्रामक रोगों के कारण मृत्यु के मामले घटाना।

लेकिन मंशा को अमल में लाने की राह में बुनियादी ढांचा बहुत बड़ी चुनौती है। गांवों में स्वास्थ्य क्षेत्र का बुनियादी ढांचा बेहद लचर है। विभिन्न क्षेत्रों का विश्लेषण करने वाली संस्था इंडियास्पेंड की दिसंबर 2015 की एक रिपोर्ट के अनुसार देश में सैकड़ों करोड़ रुपये के निवेश वाली 4,000 से भी अधिक परियोजनाएं चल रही थीं, लेकिन उनमें से स्वास्थ्य की केवल 9 यानी 0.21 प्रतिशत परियोजनाएं थीं, जिनमें मात्र 938 करोड़ रुपये का निवेश हो रहा था। इससे जाहिर होता है कि निजी क्षेत्र ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य सेवाएं देने से कतराता ही रहा है।

सरकारी सुविधाओं की बात करें तो महज प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र से तब तक भला नहीं होगा, जब तक वहां डॉक्टर न मिलें। अभी तक ज्यादातर केंद्रों पर कंपाउंडर इंजेक्शन या दवा की पुड़ियां देकर काम चला लेते हैं। 2015 में देश में ग्रामीण क्षेत्र में 25,000 से कुछ अधिक सरकारी स्वास्थ्य केंद्र थे, लेकिन उनमें 3,000 से अधिक डॉक्टरों की कमी थी। यह कमी वर्ष–दर–वर्ष बढ़ती ही जा रही है। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में भी विशेषज्ञ चिकित्सा पेशेवरों की संख्या आवश्यकता से 83 प्रतिशत कम है। विश्व स्वास्थ्य संगठन की 2012 की एक रिपोर्ट में बताया भी गया था कि भारत में 10,000 लोगों पर केवल 7 डॉक्टर थे यानी 1,425 लोगों पर केवल एक डॉक्टर, जबकि कायदे से 600 लोगों पर एक डॉक्टर होना चाहिए था। यह अंतर अब खासा बढ़ गया होगा।

बुनियादी ढांचे की यह कमी ही लोगों को निजी स्वास्थ्य सेवा की मोहताज बनाती है। एनएसएसओ के पिछले वर्ष के आंकड़े बताते हैं कि ग्रामीण भारत के लोगों की 48 प्रतिशत से अधिक छोटी यात्राएं चिकित्सा के लिए होती हैं। नई दिल्ली में एम्स के बाहर पटरियों पर और सबवे में हफ्तों बसर करने वाले रोगियों और तीमारदारों की कहानी किसी से नहीं छिपी हैं। अस्पतालों में फर्श पर, बरामदे में रोगियों का सोना और प्रसव हो जाना आए दिन अखबारों में छपता रहता है। सार्वजनिक स्वास्थ्य ढांचे की नाकामी का इससे बड़ा प्रमाण और क्या हो सकता है? ऐसे में स्वास्थ्य पर अपनी जेब से ही खर्च करना पड़ता है। लैंसेट की इसी वर्ष जारी रिपोर्ट में 2014 के आंकड़ों के हिसाब से भारत को ऐसे देशों में छठा स्थान मिला था, जहां के लोगों को स्वास्थ्य पर अपनी जेब से सबसे ज्यादा खर्च करना पड़ता है। 184 देशों पर कराए गए सर्वेक्षण में स्वास्थ्य पर अपनी जेब से खर्च की औसत हिस्सेदारी 28.15 प्रतिशत थी, लेकिन भारत में आंकड़ा 65.6 प्रतिशत था यानी वैश्विक औसत के दो गुना से भी अधिक। यहां तक कि दक्षिण एशिया में भी औसत केवल 55.4 प्रतिशत था और ब्रिक्स देशों के समूह में 34.6 प्रतिशत। अफसोस इस बात का है कि भारत से बेहतर स्थिति वाले देशों में वे देश भी शामिल हैं, जिनकी प्रति व्यक्ति आय और सकल घरेलू उत्पाद (जीडीपी) भारत से बहुत कम है। ऐसे में लोग इलाज के फेर में दिवालिया क्यों नहीं होंगे।

स्वास्थ्य पर खर्च अब भी कम

इस स्थिति से निकलने के लिए नीति में स्वास्थ्य पर खर्च को

स्वास्थ्य सेवा : नई पहल

मोदी सरकार ने स्वास्थ्य सेवाओं की पूरी सूरत ही बदल दी है, ऐसा तो नहीं कहा जा सकता, लेकिन उस दिशा में उन्होंने खासे ठोस कदम उठाए हैं। पिछले तीन वर्ष में सरकार ने ऐसे कई उपाय किए हैं, जिनसे स्वास्थ्य सेवा बहुत सस्ती हो गई है और आम जनता के लिए स्वास्थ्य सेवा का इस्तेमाल करना आसान हो गया है। एनपीपीए के जरिए दवाओं और चिकित्सा उपकरणों की कीमत कम करना (विशेष रूप से स्टंट के दाम एकदम नीचे ले आना) इस सरकार का बहुत बड़ा और जनलाभकारी कदम है। जीवनरक्षक दवाओं के साथ ही दर्दनिवारक से लेकर ताकतवर एंटीबायोटिक तक लगभग 800 दवाओं की अधिकतम कीमत पर सरकार ने अंकुश लगा दिया है। आवश्यक दवाओं की सूची में 829 दवाएं हैं और सरकार उन सभी को कीमत नियंत्रण के दायरे में लाना चाहती है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना भी इस सरकार की अहम उपलब्धि है, जिसमें बेहद मामूली प्रीमियम में पूरे परिवार को स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराया जाता है, जो कम आय वाले परिवारों के लिए बहुत अहम योजना है। इसी तरह सरकार ने जन औषधि योजना भी शुरू की है, जिसके तहत जेनेरिक दवाओं की खुदरा बिक्री की जाती है। इससे सुनिश्चित हो रहा है कि दवाएं अधिक किफायती रहें। अब सरकार इसके लिए रेलवे के साथ भी करार कर रही है।

बच्चों के टीकाकरण के लिए **मिशन इंद्रधनुष** बेहद सफल रहा है। इसके तहत करोड़ों बच्चों को टीकाकरण किया गया है ताकि उन्हें बीमारियों से बचाया जा सके। सरकार के अनुसार इस वर्ष मई तक इस योजना के तहत टीकाकरण हुए बच्चों की संख्या में 6.7 प्रतिशत की बढ़ोतरी हुई है। सरकार ने **अफोर्डेबल मेडिसिंस एंड रिलायबल इंप्लांट्स फॉर ट्रीटमेंट (अमृत) कार्यक्रम भी शुरू किया है, जिसके 83 स्टोर से तीन वर्ष में 18 लाख रोगियों को सस्ती दवाएं मिली हैं। स्वास्थ्य मंत्रालय के अनुसार इस कार्यक्रम से रोगियों को 103.55 करोड़ रुपये की बचत हुई है।**

सरकार ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के साथ चिकित्सा उपकरण नियम 2017 भी लागू किया है। इन दोनों के कारण स्वास्थ्य सेवाएं अधिक सुगम, किफायती और समावेशी हो रही हैं। सरकार आयुष पर भी अधिक जोर दे रही है, जो छोटे शहरों और गांवों में भी आसानी से उपलब्ध हैं। सरकार ने आयुष विभाग के माध्यम से पारंपरिक भारतीय चिकित्सा पद्धतियों जैसे आयुर्वेद को पुनर्जीवित करने और प्रसारित करने का भी काम किया है। ग्रामीण क्षेत्रों में यदि अभी अत्याधुनिक अथवा बड़े अस्पताल नहीं हैं और चिकित्सकों की भी कमी है तो वहां आयुर्वेद, यूनानी और होम्योपैथी पद्धतियों से प्रभावी और किफायती उपचार हो सकता है। सरकार की इस मुहिम का वास्तविक लाभ ग्रामीण क्षेत्रों को ही मिलेगा।

अधिक से अधिक लोगों को बेहतर गुणवत्ता वाला इलाज दिलाने के लिए सरकार नए एम्स भी खोल रही है। केंद्रीय मंत्रिमंडल ने कुछ समय पहले ही असम में भी एम्स खोलने को मंजूरी दी है। डिजिटल इंडिया के जरिए स्वास्थ्य सेवा को बेहतर बनाना भी इस सरकार का लक्ष्य है।

जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक पहुंचाने का लक्ष्य रखा है। लेकिन यह ऊंट के मुंह में जीरा ही है क्योंकि विश्व स्वास्थ्य संगठन जीडीपी के 5 प्रतिशत खर्च को जरूरी बताता है। 2015 में भारत जीडीपी के केवल 1.16 प्रतिशत को स्वास्थ्य पर खर्च कर रहा था, जबकि अमेरिका में आंकड़ा जीडीपी का 8.5 प्रतिशत और ब्राजील में 4.2 प्रतिशत है। आलम यह है कि 1.6 प्रतिशत के साथ श्रीलंका और 1.4 प्रतिशत के साथ बांग्लादेश भी इस मामले में हमसे आगे हैं। ऐसे में 2.5 प्रतिशत का लक्ष्य शायद ही पर्याप्त हो। इससे भी ज्यादा चिंता की बात यह है कि 2002 की नीति में स्वास्थ्य पर खर्च को जीडीपी के 2 प्रतिशत तक लाने की बात कही गई थी। लेकिन लक्ष्य प्राप्त करने के मामले में सरकारें कितनी उदासीन हैं, यह इसी से पता चलता है कि 15 वर्ष बीतने के बाद भी हम 2 प्रतिशत तक नहीं पहुंच पाए हैं। मोदी सरकार के लिए यह बड़ी चुनौती होगी। इसके लिए केंद्र सरकार को राज्यों का साथ भी लेना पड़ेगा क्योंकि यदि वे खर्च में भागीदारी नहीं करते हैं तो तस्वीर किसी हाल में नहीं बदलेगी।

स्वास्थ्य बीमा पर दें जोर

सरकार के पास इतने ही खर्च में स्वास्थ्य सेवा बेहतर करने का एक और तरीका है और वह है स्वास्थ्य बीमा। हालांकि वर्तमान सरकार ने बेहद सस्ते में स्वास्थ्य बीमा दिलाने की योजना आरंभ की है, लेकिन चिकित्सा के बढ़ते खर्च को देखते हुए वह एकदम नाकाफी है। भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण के आंकड़े बताते हैं कि 76 प्रतिशत भारतीयों के पास किसी तरह का स्वास्थ्य बीमा ही नहीं है। ऐसे में गंभीर बीमारी होने पर उनकी माली हालत बिल्कुल बिगड़ना स्वाभाविक है। यदि सरकार इस दिशा में जागरूकता अभियान चलाती है तो स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र में बहुत बदलाव हो सकता है।

इस नीति में एक अच्छी बात गांवों में डॉक्टरों की कमी से निपटने के लिए ठोस प्रस्ताव लाया जाना है। सरकार ने डॉक्टरों और चिकित्सा पेशेवरों को वित्तीय तथा गैर–वित्तीय प्रोत्साहन देने की बात कही है। लेकिन असली समस्या निगरानी की है। गांवों में सरकारी अस्पतालों में काम करने के बजाय निजी क्लिनिक खोलने या बड़े निजी अस्पताल में काम करने को कोई भी डॉक्टर तरजीह देता है। **हालांकि सरकार ने सरकारी डॉक्टरों के लिए गांव में कुछ समय के लिए नियुक्ति को अनिवार्य बनाने का प्रावधान नीति में किया है। लेकिन यदि एमबीबीएस करने के बाद प्रैक्टिस करने की अनुमति तभी दी जाए, जब दो वर्श गांवों में काम कर लिया जाए तो डॉक्टरों**

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 : निर्धारित लक्ष्य

- जीवन प्रत्याशा को 67.5 वर्ष से बढ़ाकर 70 वर्ष तक पहुंचाना।
- प्रजनन दर को 2025 तक घटाकर 2.1 तक लाना।
- नवजात मृत्यु दर को 2019 तक घटाकर 28 करना।
- पांच वर्ष से कम आयु में मृत्यु दर 2025 तक घटाकर 23 करना।
- हृदय रोगों, कैंसर, मधुमेह अथवा श्वास रोग से असामयिक मृत्यु की दर में 2025 तक 25 प्रतिशत कमी लाना।
- एचआईवी के बारे में '90:90:90' का वैश्विक लक्ष्य 2020 तक प्राप्त करना।
- नेत्रहीनता को 2023 तक घटाकर 0.25 प्रति 1000 व्यक्ति करना।
- रोगों के बोझ को वर्तमान स्तरों से एक–तिहाई तक कम करना।
- 2018 तक कुष्ठ रोग, 2017 तक कालाज़ार और 2017 तक फीलपांव को पूर्णतः समाप्त करना।

की कमी काफी हद तक पूरी हो जाएगी। स्वास्थ्य सेवाओं के लिए कुछ समय तक निजी क्षेत्र से करार करना भी बुरा नहीं होगा क्योंकि ओपीडी में 70 प्रतिशत मरीजों को और अस्पताल में भर्ती 60 प्रतिशत मरीजों को यही क्षेत्र संभालता है। हां, इसके लिए निगरानी बहुत जरूरी होगी ताकि किफायत के मोर्चे पर समझौता नहीं होने पाए।

कई कदम बेहद अनूठे

इस नीति में सरकार ने कई अनूठे प्रावधान किए हैं, जैसे स्वास्थ्य कार्ड देना। जब हर सेवा में आधार या पैन को जरूरी करार दिया जा रहा है तो स्वास्थ्य में सूचना प्रौद्योगिकी (आईटी) से दूर क्यों भागा जाए। सरकार की बीमा योजना के अंतर्गत पंजीकृत अस्पताल आईटी नेटवर्क से जुड़े ही हैं। ऐसे में अंगुलियों की छाप और तस्वीर के रिकॉर्ड वाला स्मार्ट कार्ड देश के किसी भी कोने में इलाज की सुविधा दे सकता है। ग्रामीणों के लिए यह अधिक कारगर हो सकता है क्योंकि इससे उन्हें बहुत कम खर्च में नजदीकी शहर में इलाज आसानी से मिल सकता है।

इसी तरह इलाज को किफायती बनाने के लिए आयुष (आयुर्वेद, योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध एवं होमियोपैथी) बहुत अहम होगा। गांवों के लिहाज से यह और भी महत्वपूर्ण है क्योंकि ये पद्धतियां बेहद सस्ती हैं और ग्रामीण वर्ग अब भी पारंपरिक चिकित्सा पर विश्वास करता है। हालांकि नीम–हकीम या झोलाछाप डॉक्टरों से निपटना होगा, जिसके लिए प्रमाणन पर जोर देना जरूरी है। इसके अलावा आदिवासी इलाकों में मिलने वाली जड़ी–बूटियों पर भी शोध कराया जाए और विभिन्न रोगों के उपचार में उनके प्रभाव को आंका जाए तो और भी सस्ता इलाज कराना संभव हो सकता है।

मेड इन इंडिया पर जोर

इलाज को किफायती बनाने के लिए भारत में ही बनी दवाओं और उपकरणों पर सरकार का जोर भी सराहनीय है। सरकार इस मामले में अभूतपूर्व काम कर रही है। राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए) के जरिए सरकार ने तमाम जीवनरक्षक दवाओं और आवश्यक दवाओं की अधिकतम कीमत तय कर दी है, जो बाजार में वसूली जा रही कीमतों से कम ही हैं। स्टंट की कीमतों में कमी लाना तो उसका 'मास्टरस्ट्रोक' साबित हुआ है। जिस स्टंट के लिए निजी अस्पताल एक लाख रुपये भी आराम से वसूल लेते थे, उसकी अधिकतम कीमत 30,000 रुपये से नीचे निर्धारित करने से इलाज का खर्च काफी कम हुआ है। सरकार को इसका दायरा और भी बढ़ाने की जरूरत है।

नई स्वास्थ्य नीति में सरकार मुफ्त दवाओं, जांच पर तो जोर दे ही रही है, उसे जेनेरिक दवाओं पर और ज्यादा जोर देना होगा। अभी तक सरकारी अस्पतालों में जेनेरिक दवाओं का इस्तेमाल काफी होता है, जो सस्ती भी पड़ती हैं। लेकिन सरकार को निजी अस्पतालों में भी प्रभावी जेनेरिक दवाओं का कुछ सीमा तक इस्तेमाल अनिवार्य करना होगा ताकि वहां भी मरीजों की जेब पर कम से कम बोझ पड़े। सभी स्वास्थ्य संस्थाओं से उपचार में होने वाले खर्च की सूची प्रकाशित करने को कहा जाए ताकि मरीजों को अनाप–शनाप खर्च से मुक्ति मिले।

लेकिन सरकार की ओर से कुपोषण से निपटने के लिए कोई क्रांतिकारी पहल नहीं की जा रही है, जबकि आज बाल कुपोषण बहुत बड़ी समस्या है। वंचित बच्चों के लिए काम करने वाले अंतरराष्ट्रीय संगठन सेव द चिल्ड्रन की इसी वर्ष आई रिपोर्ट के मुताबिक कुपोषण के कारण अपनी उम्र की तुलना में नाटे रह गए बच्चों के मामले में भारत सबसे आगे है। यहां ऐसे 4.82 करोड़ बच्चे बताए जाते हैं, जो कोलंबिया की कुल जनसंख्या के बराबर हैं। संयुक्त राष्ट्र अंतरराष्ट्रीय बाल आपदा कोष के अनुसार भारत में पांच वर्ष से कम उम्र वाले आधे बच्चों की मौत का कारण कुपोषण ही है। इस मामले में हम मेडागास्कर जैसे गरीब देश से भी बेहतर नहीं हैं। सरकार को इसमें ठोस कदम उठाने होंगे।

(लेखक आर्थिक दैनिक बिजनैस स्टैंडर्ड में पत्रकार हैं। गुरु जंभेश्वर विश्वविद्यालय से संबद्ध मीडिया संस्थानों में अध्यापन कर चुके हैं। इनके लेख विभिन्न पत्र–पत्रिकाओं में प्रकाशित होते रहते हैं।)

ई–मेल : kishabhakrishna@gmail.com

भारत टिटनेस और याज–मुक्त

भारत विश्व का पहला याज–मुक्त देश बन चुका है। याज एक क्रोनिक बैक्टीरिया संक्रमण है जोकि त्वचा, हड्डियों और जोड़ों को प्रभावित करता है। इससे पहले भारत ने वैश्विक लक्ष्य की तय समय–सीमा दिसंबर 2015 से पहले अप्रैल 2015 में ही मातृ एवं नवजात टिटनेस उन्मूलन (एमएनटीई) में सफलता हासिल कर ली थी। भारत ने याज–मुक्त स्थिति विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा निर्धारित लक्ष्य वर्ष 2020 से पहले ही हासिल कर ली है। मातृ एवं नवजात टिटनेस उन्मूलन (एमएनटीई) और याज–मुक्त स्थिति के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) और यूनिसेफ की ओर से भारत को सम्मानित भी किया गया।

स्वस्थ भारत के लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाएं

–आशुतोष कुमार सिंह

बीमारियों का जाल तेजी से बढ़ा है। ऐसे में अपने नागरिकों को स्वास्थ्य सुरक्षा देना सरकार के लिए बहुत बड़ी चुनौती है। इस चुनौती से निपटने के लिए ही सरकार ने विविध स्तरों पर स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को शुरू किया है। वित्तवर्ष 2014–15 में स्वास्थ्य का प्रीमियम 20,440 करोड़ रुपये था। ऐसे में जरूरत इस बात की है कि स्वास्थ्य बीमा देश के प्रत्येक नागरिक का हो ताकि स्वास्थ्य के खर्च का बोझ उस पर न पड़ सके।

पिछले 10–15 वर्षों में भारत में सेहत को लेकर काफी जागरूकता बढ़ी है। लोग अपनी सेहत के प्रति पहले से ज्यादा सचेत होते दिख रहे हैं। इसका कारण भी है। बीमारियों ने हमें अपने संजाल में फंसा लिया है। इससे निकलने की अकुलाहट एवं छटपटाहट अब सभी में दिख रही है। इन बीमारियों ने भारतीयों की आर्थिकी को भी बहुत प्रभावित किया है। ऐसे में यह स्वाभाविक ही है कि लोग जागरूक हों, अपनी सेहत को बचाएं, अपनी कमाई को बचाएं और एक खुशहाल जीवन को जी सकें।

हमारे ऊपर बीमारियों के कारण आर्थिक बोझ न पड़े, इसके लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाओं की परिकल्पना की गई। भारत सरकार भी अपने नागरिकों को आर्थिक रूप से सशक्त बनाए रखने और बेहतर स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने के लिए विविध प्रकार की स्वास्थ्य बीमा योजनाएं चला रही है। इस संदर्भ में आइए जानते हैं भारत सरकार एवं राज्य सरकारों द्वारा चलाई जा रही प्रमुख स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को–

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई)

श्रम एवं रोजगार मंत्रालय ने गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले परिवारों की आर्थिक स्थिति सुधारने के लिए इस योजना की शुरुआत की है। इस योजना के अंतर्गत अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में बीमाधारक को 30000 रुपये तक की मदद की जाती है। बीमाधारक को मात्र 30 रुपये पंजीयन शुल्क देना होता है और उनका प्रीमियम भारत सरकार वहन करती है। इस योजना की मुख्य विशेषताएं–

बीमाधारक का सशक्तीकरण– यह योजना बीमाधारक को सार्वजनिक एवं निजी अस्पताल में अपना इलाज कराने की स्वतंत्रता देता है।

व्यावसायिक दृष्टिकोण से बेहतर– इस योजना को इस तरह से डिजाइन किया गया है, जिसमें सभी स्टेकहोल्डर्स को लाभ पहुंचाया जा सके। इससे इस योजना को लंबे समय तक चलाने में सहूलियत मिलेगी। यहां ध्यान देना जरूरी है कि इस योजना का लाभ उठाने वाले ज्यादातर लोग गांवों में बसते हैं। उन तक पहुंच बनाना और उनको इसका लाभ दिलाना सरकार के लिए एक बड़ी चुनौती है।

बीमाप्रदाता– आरएसबीवाई से पंजीकृत प्रत्येक बीमाधारक का प्रीमियम सरकार भरती है। ऐसे में बीमाप्रदाता यह चाहता है कि बीपीएल सूची में आने वाले सभी संभव लोगों को इससे जोड़ा जाए। इससे स्वास्थ्य बीमा का लाभ ज्यादा से ज्यादा बीमाधारकों तक पहुंचाने में सहूलियत होती है।

अस्पतालों को फायदा– इस योजना के तहत गरीबों का इलाज करने वाले अस्पतालों को इंसेंटिव दिया जाता है, जिससे वे गरीबों का इलाज करने में कोई कोताही न बरत सकें। बीमा–प्रदाता की ओर से बीमा की राशि प्रत्यक्ष रूप से अस्पताल के खाते में ट्रांसफर कर दी जाती है ताकि आर्थिक रूप से अस्पताल पर कोई बोझ न पड़े।

सरकार गरीबी–रेखा से नीचे रहने वाले बीमाधारकों के परिवार के लिए इस योजना के अंतर्गत प्रत्येक वर्ष 750 रुपये तक खर्च करती है ताकि बीपीएल परिवारों को गुणवत्तायुक्त स्वास्थ्य सुविधा मिल सके। एक रिपोर्ट में बताया गया है कि देश की 3 फीसदी यानी तकरीबन 5 करोड़ आबादी केवल महंगी दवाइयों के कारण गरीबी–रेखा से नहीं उबर पा रही है, ऐसे में सरकार का यह कदम बहुत ही क्रांतिकारी है। इससे ग्रामीण भारत की गरीब जनता को बहुत लाभ मिलेगा।

सूचना प्रौद्योगिकी का उपयोग– इस योजना को पूर्णतः सफल बनाने के लिए सरकार ने सूचना प्रौद्योगिकी का प्रयोग किया है। इतने बड़े पैमाने पर पहली बार आईटी

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत पंजीकृत लोगों की स्थिति

क्र. सं.	राज्य	जिलों की संख्या			जिले में पंजीकरण	
		चयनित	पंजीकृत	पंजीकरण चालू	कुल बीपीएल परिवार	बीपीएल परिवारों का पंजीकरण अब तक
1	आंध्र प्रदेश	1	1	–	–	–
2	अरुणाचल प्रदेश	10	10	–	–	–
3	असम	23	23	–	2371950	1421104
4	बिहार	38	38	–	13822582	6899144
5	चंडीगढ़	1	1	–	–	–
6	छत्तीसगढ	27	27	–	3724030	3442749
7	दिल्ली	1	1	–	–	–
8	गोवा	2	–	–	–	–
9	गुजरात	26	26	–	4396654	1876628
10	हरियाणा	21	21	–	1229850	437850
11	हिमाचल प्रदेश	12	12	–	877763	480588
12	जम्मू और कश्मीर	2	2	–	–	–
13	झारखंड	24	24	–	3607741	1682894
14	कर्नाटक	30	30	–	11346934	6731881
15	केरल	14	14	–	2221283	2021572
16	मध्यप्रदेश	9	–	–	–	–
17	मणिपुर	6	5	1	120237	70925
18	मेघालय	11	11	–	479743	256138
19	मिजोरम	8	8	–	212572	152983
20	नगालैंड	11	–	–	–	–
21	उड़ीसा	30	30	–	6158498	4462959
22	पांडिचेरी	1	1	–	–	–
23	पंजाब	22	22	–	452979	232352
24	राजस्थान	33	33	–	3829760	2769097
25	तमिलनाडू	2	–	–	–	–
26	त्रिपुरा	8	8	–	771225	492022
27	उत्तर प्रदेश	75	75	–	5301377	1464242
28	उत्तराखंड	13	13	–	728216	285229
29	पश्चिम बंगाल	21	21	–	11100347	6150716
	योग	**482**	**457**	**1**	**72753741**	**41331073**

राजस्थान अकेला राज्य है जहां पर बीपीएल कैटेगरी नहीं माना गया है, इसलिए वहां पर मनरेगा के अंतर्गत पंजीकरण को डाटा में जोड़ा गया है।

का इतना व्यापक प्रयोग किया गया है। **सभी बीमाधारकों को बायोमैट्रिक स्मार्टकार्ड दिया गया है, जिसमें उनके फिंगर प्रिंट और फोटो को जोड़ा गया है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत सूचीबद्ध सभी अस्पतालों को आईटी से जोड़ा गया है ताकि इससे संबंधित डाटा निर्बाध गति से एक्सेस किया जा सके और किसी भी बीमाधारक को परेशानी न हो।** देश में कहीं भी इलाज– इस योजना के अंतर्गत सूचीबद्ध बीमाधारक अपने स्मार्टकार्ड का प्रयोग राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में सूचीबद्ध भारत के किसी भी अस्पताल में कर सकते हैं।

कर्मचारी राज्य बीमा योजना– (ईएसआईएस)

भारत में कर्मचारी राज्य बीमा योजना के अंतर्गत कामगारों को स्वास्थ्य सुरक्षा प्रदान की गई है। कामगारों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के लिए यह एक बहुआयामी पहल है। इसके अंतर्गत अगर किसी बीमाधारक की काम करते हुए एक्सीडेंटल मृत्यु हो जाती है तो उसके परिवार को पेंशन देने का प्रावधान है। बीमारी के कारण वो काम पर नहीं जा पाता है तब भी उसकी जरूरत को नियम के हिसाब से पूरा किया जाता है।

इस योजना का लाभ कौन उठा सकता है–

जिस कंपनी में 10 से ज्यादा लोग काम कर रहे हैं, उस कंपनी को अपने कर्मचारियों को अनिवार्य रूप से कर्मचारी राज्य बीमा योजना का लाभ देना होगा। यह लाभ 15000 रुपये मासिक आय वाले श्रमिकों को ही दिया जाता है। इसी तरह दुकान, होटल, सिनेमा, ट्रांसपोर्ट, समाचार–पत्र जैसे संस्थानों में 20 से ज्यादा कर्मचारी होने पर कंपनी को इस सुविधा को अनिवार्य रूप से देना है। यहां पर यह ध्यान देने वाली बात है कि शहरों में आकर 15000 रुपये तक की नौकरी करने वाले ज्यादातर लोग ग्रामीण भारत से आते हैं। ईएसआईएस एवं इससे संबद्ध अस्पतालों में बीमाधारक अपने परिवार का निःशुल्क इलाज करा सकते हैं। अगर ईएसआईएस को लगता है कि बीमारी का इलाज किसी निजी अस्पताल में कराना पड़ेगा तो वो मरीज को वहां पर भेजता है और खर्च खुद वहन करता है। इस तरह से देखा जाए तो यह योजना प्रत्यक्ष–अप्रत्यक्ष रूप से ग्रामीण भारत के विकास में बहुत सहायक है।

केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस)

भारत सरकार की स्वास्थ्य सुविधाओं एवं सुरक्षा

को ध्यान में रखते हुए नई दिल्ली में सन् 1954 में इस योजना की शुरुआत की गई। सीजीएचएस के माध्यम से सरकार केन्द्र सरकार के कर्मचारियों एवं पेंशनभोगियों को संपूर्ण स्वास्थ्य सुरक्षा देती है। इस योजना के अंतर्गत सरकार कर्मचारी के परिवार को भी स्वास्थ्य सुरक्षा देती है। फिलहाल इलाहाबाद, अहमदाबाद, बंगलुरू, भुवनेश्वर, भोपाल, चंडीगढ़, चेन्नई, दिल्ली, देहरादून, गुवाहाटी, हैदराबाद, जयपुर, चंडीगढ़, जयपुर, जबलपुर, कानपुर, कोलकाता, लखनऊ, मेरठ, मुंबई, नागपुर, पटना, पुणे, रांची, शिलांग, त्रिवेन्द्रम एवं जम्मू में यह योजना चल रही है। इसके अंतर्गत सभी पैथियों में इलाज किया जाता है। यहां पर ध्यान देने की बात यह है केंद्र सरकार की नौकरियों में ग्रामीण इलाकों से बड़े तादाद में कर्मचारी आते हैं। गांव रहने वाले अभिभावक भी इस योजना का लाभ अपने पुत्र/पुत्री के माध्यम से ले पाते हैं। इस तरह गांव में रहने वाले एक तबके को भी इस योजना का प्रत्यक्ष रूप से लाभ मिलता है।

आम आदमी बीमा योजना– ग्रामीण भारत के भूमिहीनों के लिए 2 अक्तूबर, 2007 को इस योजना का शुभारंभ किया गया। इसके लिए भारत सरकार एवं राज्य सरकारें संयुक्त रूप से प्रति व्यक्ति 200 रुपये का प्रीमियम भरती हैं। इसके अंतर्गत प्राकृतिक मौत पर 30,000 एवं दुर्घटना में मौत पर अथवा स्थायी रूप से विकलांगता की स्थिति में 75,000 रुपये की राशि बीमित व्यक्ति अथवा उसके द्वारा नामांकित व्यक्ति (नोमिनी) को दी जाती है। आंशिक विकलांगता पर 37,500 रुपये की सहयोग राशि दी जाती है। यह योजना प्रत्यक्ष रूप से सेहत से नहीं जुड़ी है लेकिन ग्रामीण भारत की सामाजिक सेहत सुधारने में इस योजना का बहुत अहम योगदान है। अतः इस योजना को सामाजिक सेहत सुधारने वाली बीमा योजना मानना चाहिए।

जनाश्री बीमा योजना

10 अगस्त, 2000 को शुरू इस योजना के अंतर्गत 45 प्रकार के छोटे व्यवसायों से जुड़े (18–59 वर्ष) लोागें को जोड़ा गया है। बीड़ी कारीगर, मछुआरे, ईंट–भट्टी पर काम करने वाले एवं चमड़ा उद्योग में काम करने वाले सहित कम आय वाले कामगारों को सामाजिक सुरक्षा देने की व्यवस्था इस योजना के अंतर्गत सरकार कर रही है। बीपीएल अथवा बीपीएल से थोड़ा ऊपर वालों को इस योजना का लाभ मिल रहा है। यहां पर यह ध्यान देने की जरूरत

है कि आम आदमी बीमा योजना एवं जनाश्री योजना को एक ही योजना में मिला दिया गया है। इसे अब 01.01.2013 से आम आदमी बीमा योजना के नाम से ही जाना जा रहा है। सामाजिक सेहत के हिसाब से यह योजना बहुत ही प्रभावी रही है।

सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना (यूएचआईएस)

भारत की चार सार्वजनिक बीमा कंपनियां सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना को धरातल पर उतारने में जुटी हैं। इस योजना के अंतर्गत 30000 रुपये तक की मेडिकल बिल में अदायगी मिलती है। इस योजना के अंतर्गत पूरे भारत में बेहतर स्वास्थ्य सुविधा मुहैया कराने की योजना सरकार बना रही है।

- राज्य स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम
- राजीव आरोग्यश्री– आंध्रप्रदेश
- मुख्यमंत्री अमरुतम (एमए)–गुजरात
- चीफ मिनिस्टर रिलीफ फंड– मध्यप्रदेश
- राजस्थान चीफ मिनिस्टर रिलीफ फंड–राजस्थान
- चीफ मिनिस्टर कम्प्रेहेंसिव हेल्थ इंशोरेंस स्कीम–तमिलनाडू

कुछ सरकारी स्वास्थ्य बीमा प्रदात्ता कंपनियां

- द न्यू इंडिया इंशोरेंस को. लिमिटेड
- यूनाइटेड इंडिया इंशोरेंस कंपनी
- नेशनल इंशोरेंस को. लिमिटेड
- ओरिएंटल इंशोरेंस

नोटः इंशोरेंस रेगुलेटरी एवं डेवलपमेंट ॲथारिटी (आईआरडीए) **टोल फ्री न.–18004254732** पर इंशोरेंस संबंधी कोई भी शिकायत की जा सकती है एवं जानकारी प्राप्त की जा सकती है।

स्वास्थ्य बीमा की जरूरत एवं स्वास्थ्य बजट

आज के समय में सेहत पर बढ़ते खर्चे ने स्वास्थ्य बीमा की आवश्यकता को बढ़ा दिया है। ऐसे में बीमा क्यों जरूरी है इसको समझने के लिए अपने देश की सेहत की स्थिति को समझना जरूरी है। स्वास्थ्य सेवाओं पर प्रति व्यक्ति मासिक आय के अनुपात में ग्रामीण इलाकों में 6.9 प्रतिशत और शहरी इलाकों में 5.5 प्रतिशत

सभी के लिए स्वास्थ्य

2017 के बजट में स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उल्लेखनीय इजाफा किया गया है। इसे 2016–17 के 3706.55 करोड़ रुपये के मुकाबले बढ़ाकर 47352.51 करोड़ रुपये कर दिया गया है। इस प्रकार इसमें 27 प्रतिशत से अधिक की वृद्धि की गई है। इसके अलावा सरकार ने 2017 तक काला–अज़ार और फाइलेरिया, 2018 तक कुष्ठ रोग, 2020 तक खसरा और 2025 तक तपेदिक का उन्मूलन करने की कार्ययोजना तैयार की है। लम्फेटिक फिलेरिसिस को 2020 तक जड़ से खत्म करने का लक्ष्य रखा गया है। बिहार, झारखंड, पश्चिम बंगाल व उत्तर प्रदेश के 625 प्रखंडों में से 502 में इसे खत्म किया जा चुका है।

लोगों को अपनी जेब से खर्च करना पड़ता है। भारत में सरकारी अस्पतालों में प्रसव, नवजात और शिशुओं की देखभाल जैसी सेवाएं मुफ्त दी जाती हैं लेकिन इसके बावजूद अपनी जेब से भी बहुत पैसा देना पड़ता है। स्वास्थ्य नीति के तहत अगले पांच सालों में सकल घरेलू उत्पाद का 2.5 प्रतिशत जनस्वास्थ्य पर खर्च किया जाएगा जो मौजूदा एक प्रतिशत के स्तर से अधिक है।

2017 के बजट में स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उल्लेखनीय इजाफा किया गया है। इसे 2016–17 के 3706.55 करोड़ रुपये के मुकाबले बढ़ाकर 47352.51 करोड़ रुपये कर दिया गया है। इस प्रकार इसमें 27 प्रतिशत से अधिक की वृद्धि की गई है। इसके अलावा सरकार ने 2017 तक काला–अज़ार और फाइलेरिया, 2018 तक कुष्ठ रोग, 2020 तक खसरा और 2025 तक तपेदिक का उन्मूलन करने की कार्ययोजना तैयार की है।

विकास लक्ष्यों के अनुसार दुनिया में मातृत्व मृत्यु दर अनुपात में एक लाख प्रसव के आधार पर 70 प्रतिशत तक की कमी लाई जाएगी। 1990 में 560 के मातृत्व मृत्यु के अनुपात की तुलना में देश ने 2011 में इसे घटाकर 167 कर दिया। 1990 में 5 साल से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर 126 थी जो 2014 में 39 हो गई। 2017 के बजट के प्रकाश में सरकार ने शिशु मृत्यु दर 2014 में 39 से कम करके 2019 तक 28 तक लाने की योजना बनाई है। इसी प्रकार 2011 की मातृत्व मृत्यु दर 167 को कम करके 2020 तक 100 तक करने का लक्ष्य है। देश के 6 राज्यों– बिहार, उत्तर प्रदेश, राजस्थान, मध्य प्रदेश, झारखंड और छत्तीसगढ़ में आज भी यह चुनौती बनी हुई है। इन राज्यों में देश की कुल आबादी का 42 प्रतिशत हिस्सा निवास करता है और वार्षिक आबादी वृद्धि में 56 प्रतिशत हिस्सा इन राज्यों का है। भारत में जनस्वास्थ्य सुविधा और प्राथमिक चिकित्सा सेवाओं का एक विशाल संगठन विकसित किया गया है। प्राथमिक और दूसरे स्तर के अस्पतालों के लिए बुनियादी ढांचा और मानव संसाधन विकास पर जोर दिया जा रहा है। **2017 के बजट में 1.5 लाख स्वास्थ्य उपकेंद्रों को स्वास्थ्य केंद्रों में उन्नत करने का लक्ष्य रखा गया है जिसका सीधा फायदा ग्रामीण भारत को मिलने वाला है।**

सुझाव

देश की स्वास्थ्य व्यवस्था को नागरिकों की उम्र के हिसाब से तीन भागों में विभक्त करना चाहिए। 0–25 वर्ष तक, 26–59 वर्ष तक और 60 से मृत्युपर्यंत। शुरू के 25 वर्ष और 60 वर्ष के बाद के नागरिकों के स्वास्थ्य की पूरी व्यवस्था निःशुल्क सरकार को करनी चाहिए। जहां तक 26–59 वर्ष तक के नागरिकों के स्वास्थ्य का प्रश्न है तो इन नागरिकों को अनिवार्य रूप से राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत लाना चाहिए। जो कमा रहे हैं उनसे बीमा राशि का प्रीमियम भरवाना चाहिए। जो बेरोजगार हैं उनकी नौकरी मिलने तक उनका प्रीमियम सरकार को भरना चाहिए।

शुरू के 25 वर्ष नागरिकों को उत्पादक योग्य बनाने का समय है। ऐसे में अगर देश का नागरिक आर्थिक कारणों से खुद को स्वस्थ रखने में नाकाम होता है तो निश्चित रूप से हम जिस उत्पादक शक्ति अथवा मानव संसाधन का निर्माण कर रहे हैं, उसकी नींव कमजोर हो जाएगी और कमजोर नींव पर मजबूत इमारत खड़ी करना संभव नहीं होता। किसी भी लोक कल्याणकारी राज्य सरकार का यह महत्वपूर्ण दायित्व होता है कि वह अपनी उत्पादन शक्ति को मजबूत करे।

अब बारी आती है 26–59 साल के नागरिकों पर ध्यान देने की। इस उम्र के नागरिक सामान्यतः कामकाजी होते हैं और देश के विकास में किसी न किसी रूप से उत्पादन शक्ति बन कर सहयोग कर रहे होते हैं। चाहे वे किसान के रूप में, जवान के रूप में अथवा किसी व्यवसायी के रूप में हों, कुछ न कुछ उत्पादन कर ही रहे होते हैं। जब हमारी नींव मजबूत रहेगी तो निश्चित ही इस उम्र में उत्पादन शक्तियां मजबूत इमारत बनाने में सक्षम व सफल रहेंगी और अपनी उत्पादकता का शत–प्रतिशत देश हित में अर्पण कर पाएंगी। इनके स्वास्थ्य की देखभाल के लिए इनकी कमाई से न्यूनतम राशि लेकर इन्हें राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत लाने की जरूरत है जिससे उन्हें बीमार होने की सूरत में इलाज के नाम पर एक रुपया भी खर्च करने की जरूरत न पड़े ।

अब बात करते हैं देश की सेवा कर चुके और बुढ़ापे की ओर अग्रसर 60 वर्ष की आयु पार कर चुके नागरिकों के स्वास्थ्य की। इनके स्वास्थ्य की जिम्मेदारी भी सरकार को पूरी तरह उठानी चाहिए। बुजुर्गों के खुशहाल एवं स्वस्थ जीवनयापन के लिए प्रत्येक गांव में बुजुर्ग निवास खोलने चाहिए जहां पर गांव के बुजुर्ग एक साथ रह सकें और गांव के विकास में सहयोग भी दे सकें।

उपरोक्त बातों का सार यह है कि स्वास्थ्य के नाम पर किसी भी स्थिति में नागरिकों पर आर्थिक दबाव नहीं आना चाहिए। और इसके लिए यह जरूरी है कि देश में पूर्णरूपेण कैशलेस स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराई जाए।

(लेखक स्वास्थ्य जागरूकता कार्यकर्ता तथा समाचार विचार पोर्टल www.swastbharat.in के संपादक हैं।)
ईमेलः Forhealthyindia@gmail.com

'स्किल्स फोर लाइफ, सेव अ लाइफ' अभियान

स्वास्थ्य के क्षेत्र में कौशल विकास हेतु स्किल फोर लाइफ, सेव अ लाइफ अभियान की शुरूआत की गई है। अभियान का उद्देश्य स्वास्थ्य प्रणाली में प्रशिक्षित लोगों की गुणवत्ता और संख्या को बढ़ाना है। इस अभियान के तहत कई पाठ्यक्रमों को शुरू करने की योजना है जिसके तहत हेल्थ केयर के क्षेत्र में अलग–अलग योग्यताओं वाले लोगों को प्रशिक्षित किया जाएगा। साथ ही, आम लोगों को भी प्रशिक्षण प्रदान किया जाएगा। देश में स्वास्थ्य के क्षेत्र में प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मियों के लिए व्यापक संभावनाएं हैं। ऐसे पाठ्यक्रमों के शुरू होने से स्वास्थ्य क्षेत्र को पर्याप्त प्रशिक्षित कर्मी मिल सकेंगे। सभी कोर्सों का पाठ्यक्रम राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण संस्थान और अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नई दिल्ली ने तैयार किया है।

ग्रामीण भारत में किशोरावस्था स्वास्थ्य

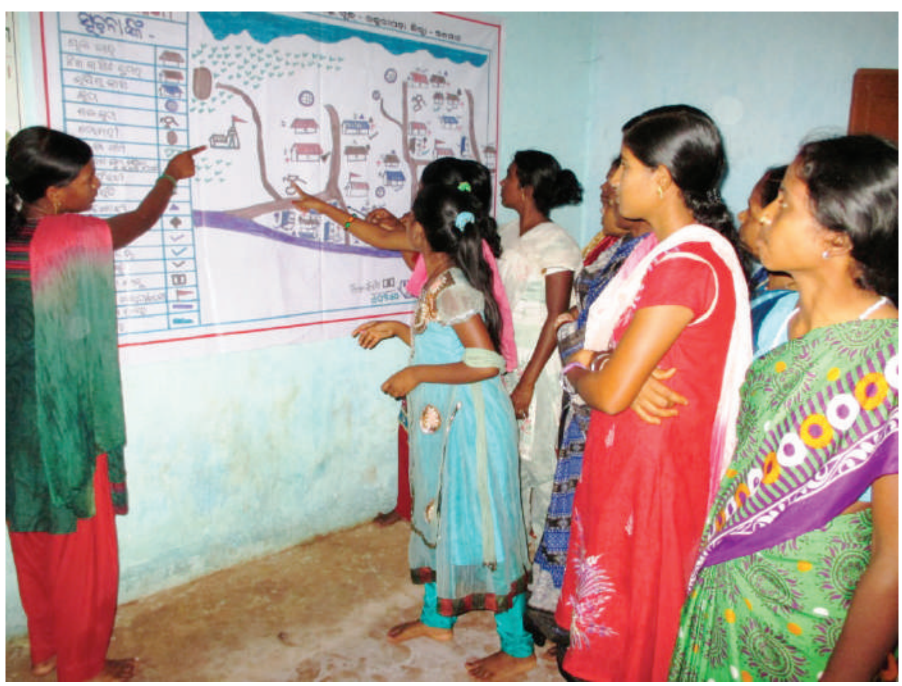
–डॉ. प्रशांत बाजपेयी

किशोरों को उनकी क्षमता के अनुसार कार्य निष्पादन करने में सक्षम बनाने के लिए हमें उनकी शिक्षा, स्वास्थ्य, बौद्धिक विकास और सामाजिक वातावरण में पर्याप्त निवेश करना होगा। इसके लिए ऐसे कार्यक्रम और सेवाएं अपेक्षित हैं, जो किशोरों की विशेष जरूरतों की पहचान कर सकें और इस आयु समूह से सम्बद्ध विशेष समस्याओं का समाधान मददगार और निष्पक्ष ढंग से किया जा सके। ऐसे कार्यक्रम बनाते समय किशोरों की वर्तमान स्थिति और प्रचलित सामाजिक–सांस्कृतिक व्यवस्थाओं में उनकी कमजोरियों को जानने की आवश्यकता है।

भूमिका : किशोरावस्था एक ऐसी अवस्था है, जिसमें व्यक्ति 'किसी अन्य द्वारा की जा रही देखभाल' की बजाय 'स्वयं अपनी देखभाल' की ओर प्रवृत्त होता है। यह बचपन और किशोरावस्था के बीच रूपांतरण का चरण है, जिसमें संज्ञानात्मक, भावात्मक, शारीरिक, व्यवहार संबंधी, बौद्धिक और स्वभावगत परिवर्तनों के साथ ही सामाजिक भूमिकाओं, संबंधों और आकांक्षाओं में भी बदलाव आते हैं। किशोरावस्था में रूपांतरण के दौरान व्यक्तियों में शिक्षा की गुणवत्ता, स्वास्थ्य देखभाल, सामाजिक वातावरण, हमउम्र समूह, अभिरूचि और आदतों से यह निर्धारित होता है कि वे माता–पिता, कर्मचारी, उद्यमी, कृषक या व्यापारी के रूप में किस तरह अपनी जिम्मेदारी का निर्वाह करेंगे। अतः यह माना जाता है कि किशोरावस्था में शिक्षा, स्वास्थ्य और पोषण का अंतर–पीढ़ीगत अर्थात् बचपन से वयस्क होने तक परस्पर प्रभाव पड़ता है।

भारत में 20 करोड़ से अधिक किशोर (10 से 19 वर्ष की आयु समूह) हैं और इनमें से 60 प्रतिशत से अधिक ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं। किशोर समूह के पास भारत का सामाजिक और आर्थिक भविष्य बदलने के अपार अवसर उपलब्ध हैं। परंतु, यह जनसांख्यिकीय लाभ अभी पूरी तरह नहीं उठाया जा सका है। किशोरों को उनकी क्षमता के अनुसार कार्य निष्पादन करने में सक्षम बनाने के लिए हमें उनकी शिक्षा, स्वास्थ्य, बौद्धिक विकास और सामाजिक वातावरण में पर्याप्त निवेश करना होगा। इसके लिए ऐसे कार्यक्रम और सेवाएं अपेक्षित हैं, जो किशोरों की विशेष जरूरतों की पहचान कर सकें और इस आयु समूह से सम्बद्ध विशेष समस्याओं का समाधान मददगार और निष्पक्ष ढंग से किया जा सके। ऐसे कार्यक्रम बनाते समय किशोरों की वर्तमान स्थिति और प्रचलित सामाजिक–सांस्कृतिक व्यवस्थाओं में उनकी कमजोरियों को जानने की आवश्यकता है।

किशोरावस्था स्वास्थ्य की दृष्टि से एक आदर्श स्थिति है। परंतु, किशोर जिस तरह के स्वास्थ्य संबंधी विकल्प चुनते हैं, या अन्य लोग उनके लिए जिन बातों का चयन करते हैं, उनका असर जीवन पर्यन्त उनके स्वास्थ्य पर पड़ता है। किशोरों में 33 प्रतिशत से अधिक बीमारियां और करीब 60 प्रतिशत अपरिपक्व मौतें किशोरावस्था के दौरान व्यवहारगत अथवा इस अवस्था में प्रारंभ होने वाली अन्य स्थितियों से सम्बद्ध होती हैं। उदाहरण के लिए तम्बाकू और अल्कोहल का इस्तेमाल, खाने की अच्छी आदतों का अभाव, शारीरिक व्यायाम में कमी, मोटापा, यौन शोषण, और जोखिमपूर्ण यौन व्यवहार आदि ऐसी बातें हैं, जो किशोरों के शारीरिक और बौद्धिक विकास पर असर डालती हैं। हमें किशोरों को ऐसा माहौल और शिक्षा प्रदान करने की आवश्यकता है, जिससे उनमें ऐसी 'क्षमता' विकसित की जा सके, जिससे वे नकारात्मक व्यवहार का प्रतिरोध कर सकें। ऐसा वातावरण 4 स्तरों पर अवश्य सृजित किया जाना चाहिए। ये हैं – व्यक्ति, परिवार, विद्यालय और समुदाय। इसके लिए जानकारी, साजो–सामान और सेवाओं का एक व्यापक पैकेज प्रदान करने की आवश्यकता है। किशोरों के लिए स्वास्थ्य कार्यक्रम सामाजिक प्रतिबद्धताओं पर आधारित होने चाहिए, जो स्वास्थ्य संबंधी खराब नतीजों के उपचार से सम्बद्ध हों और जिनमें किशोरों के स्वास्थ्य में सुधार लाने संबंधी विभिन्न उपायों को परस्पर जोड़ा



किशोरावस्था स्वास्थ्य पर एक नजर

- राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–4 (एनएफएसएचएफ) के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में 20–24 वर्ष के आयु समूह की मौजूदा विवाहित महिलाओं में से 31.5 प्रतिशत का विवाह 18 वर्ष से कम आयु में हुआ और 25–29 वर्ष के आयु समूह के पुरुषों में 24.4 प्रतिशत ऐसे थे, जिनका विवाह 21 वर्ष की आयु से पहले हुआ।
- एनएफएचएस–4 के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में 9.2 प्रतिशत बालिकाएं (15–19 वर्ष आयु समूह) गर्भवती थीं या पहले ही शिशु को जन्म दे चुकी थीं।
- एनएफएचएस–3 के अनुसार 15 से 19 वर्ष के आयु समूह में विवाहित महिलाओं में 31 प्रतिशत ऐसी थीं, जिन्हें उनके जीवनसाथियों के कारण शारीरिक, यौन संबंधी या भावनात्मक हिंसा झेलनी पड़ी।
- वैश्विक युवा तम्बाकू सर्वेक्षण के अनुसार आठवीं से दसवीं कक्षा तक के 14.6 प्रतिशत विद्यार्थी किसी न किसी रूप में तम्बाकू का सेवन करते पाए गए; 4.4 प्रतिशत सिगरेट; 12.5 प्रतिशत अन्य प्रकार के तम्बाकू के आदी पाए गए।
- भारत में हर रोज करीब 6,90,900 लड़कियां सिगरेट पीती हैं।
- राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार ग्रामीण क्षेत्रों में 13 से 17 वर्ष की आयु समूह के किशोरों में 6.9 प्रतिशत में मानसिक विकृतियां पाई गईं।
- ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले 13 से 17 वर्ष की आयु समूह के करीब 30 लाख भारतीय युवाओं में सक्रिय मानसिक स्वास्थ्य उपायों की आवश्यकता महसूस की गई।

जा सके। हमें यह अवश्य समझना होगा कि हमारे समाज में सही जानकारी तक समान पहुंच नहीं है और सामाजिक–आर्थिक तथा लिंग संबंधी व्यापक अंतराल हैं। इनका समाधान किया जाना चाहिए, ताकि समाज के प्रत्येक वर्ग के युवाओं को सरकारी उपायों का लाभ प्राप्त हो सके। हमें अपनी युवा पीढ़ी के लिए निम्नांकित लक्ष्य हासिल करने की आवश्यकता है :–

(i) किशोरावस्था स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों के बारे में सही जानकारी तक पहुंच को आसान बनाना और उसका विस्तार करना। (ii) किशोरावस्था स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान के लिए परामर्श सहित गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच और उनकी उपयोगिता में बढ़ोतरी करना। (iii) किशोरों के लिए सुरक्षित और मददगार वातावरण सृजित करने के लिए बहु–क्षेत्रगत भागीदारी सुदृढ़ करना।

उपरोक्त लक्ष्यों को हासिल करने के लिए हमें निम्नांकित सिद्धांतों के आधार पर कार्यक्रम तैयार करने की आवश्यकता है :–

कवरेज : किसी भी किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम में किशोरावस्था से सम्बद्ध सभी व्यक्तियों को कवर किया जाना चाहिए, भले ही वे स्कूल में हो या स्कूल से बाहर हो, रोजगार में हो या बेरोजगार हो, विवाहित हो या अविवाहित हो, सेवा के इच्छुक हो या अनिच्छुक हो, हमें प्राथमिकता के आधार पर उन किशोरों के समूहों की पहचान करने की आवश्यकता है, जो अलग–थलग पड़े हैं और खराब स्वास्थ्य स्थितियों और शोषण के जोखिम की आशंकाओं से अधिक ग्रस्त हैं। प्रत्येक युवा अथवा किशोर और शारीरिक या मानसिक रूप से बाधित युवाओं को मुख्यधारा में शामिल करने के लिए विशेष कार्यक्रम बनाने होंगे। ग्रामीण क्षेत्रों में मोबाइल फोन और इंटरनेट के गहन प्रसार और इस सोशल मीडिया के प्रमुख इस्तेमालकर्ताओं में बड़ी संख्या में किशोरों को देखते हुए, ई–काउंसलिंग और ई–हेल्थ प्रोत्साहन के लिए इस उभरती हुई प्रौद्योगिकी का इस्तेमाल करने की आवश्यकता है। ये प्रौद्योगिकियां सस्ती हैं और देश के दूरदराज के क्षेत्रों में भी सहज–सुलभ हैं तथा ये दोतरफा संचार में सक्षम हैं।

समुदाय : भारत के असंख्य गांवों में प्रत्येक किशोर तक पहुंचने के लिए हमें 'स्वास्थ्य केंद्र आधारित सेवा प्रावधान से परे' जाना होगा और उन स्थानों को शामिल करना होगा, जहां युवा स्वाभाविक रूप में एकत्र होते हैं। हममें कुछ किशोरों को ऐसे शिक्षकों के रूप में इस्तेमाल करना होगा, जो अपने साथियों को प्रशिक्षित कर सकें। समकक्ष शिक्षक बड़ी संख्या में किशोरों के कार्यक्षेत्रों तक पहुंच कायम करने में प्रथम सम्पर्क बिंदु का काम करेंगे। कोचिंग सेंटरों, स्कूलों, खेल और मनोरंजन केंद्रों जैसे वर्तमान स्थलों का इस्तेमाल समुदाय आधारित उपायों के लिए किया जा सकता है।

किशोरावस्था स्वास्थ्य कार्यक्रम की विषय–वस्तु : किशोरों की विविध प्रकार की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों, मुद्दों और सरोकारों को देखते हुए एक समग्र बहु–आयामी नीति अपनाने की आवश्यकता है। किशोरावस्था के दौरान अनुकूलतम नतीजों के लिए हमें निम्नांकित स्वास्थ्य मुद्दों पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है :

पोषण : भारत में कुपोषण के मामलों की आमतौर पर अधिकता देखी जाती रही है, लेकिन इन दिनों किशोरों में मोटापा असामान्य बात नहीं रही है। अतः हमें कुपोषण और मोटापे की दोहरी समस्या पर ध्यान केंद्रित करने की आवश्यकता है। युवाओं को पोषण के लिए सही भोजन के प्रति जागरूक बनाने के लिए मौजूदा मंचों का इस्तेमाल करते हुए सामुदायिक स्तर पर शैक्षिक सत्र आयोजित करने की आवश्यकता है। गहन प्रचार के लिए स्कूली पाठ्यक्रम में पोषण शिक्षा को शामिल किया जाना चाहिए और स्कूल में हर सप्ताह एक या दो घंटे पौष्टिक भोजन की शिक्षा को समर्पित किए जाने चाहिए। भारत सरकार ने किशोरावस्था पोषण को बढ़ावा देने के लिए कई कार्यक्रम शुरू किए हैं। इनमें लौह तत्व की गोलियों का वितरण, साप्ताहिक आयरन फोलिक एसिड पूरक आहार प्रदान करने और सबला जैसे कार्यक्रम शामिल हैं। लेकिन ये उपाय सिर्फ इन्हीं कार्यक्रमों तक सीमित नहीं हैं। इन उपायों में पोषण, विशेष रूप से किशोरियों के लिए पोषण के महत्व पर बल दिया गया है। इसके अतिरिक्त किशोर लड़कों और लड़कियों दोनों में ही लौह–तत्व की स्थिति में सुधार, शारीरिक विकास में सुधार, संज्ञानात्मक विकास, शारीरिक तंदुरुस्ती, उन्नत कार्य निष्पादन और क्षमता विस्तार एवं रोजमर्रा के कार्यों में रुचि संकेंद्रण और स्कूल में बेहतर प्रदर्शन पर बल दिया गया है।

यौन और प्रजनन स्वास्थ्य : किशोरावस्था में सर्वाधिक महत्वपूर्ण गतिविधियों में प्रजनन कार्य क्षमता प्राप्त करना है। विचार–विमर्श, अभिरूचि, व्यवहार और व्यायाम जैसे विभिन्न पहलुओं के जरिए किशोरों को स्वस्थ प्रजनन व्यवहार के बारे में शिक्षित किया जाना चाहिए। महिलाओं में मासिक धर्म हालांकि एक सामान्य शारीरिक घटना है, जिससे प्रत्येक महिला को गुजरना होता है, लेकिन इस सामान्य शारीरिक क्रिया के प्रबंधन के प्रयास में सांस्कृतिक मानदंडों और इससे सम्बद्ध लांछनों की वजह से पीढ़ियों से महिलाएं खराब स्वास्थ्य, असुविधा, स्वच्छता के अभाव और यहां तक कि व्यक्तिगत जोखिम तक का सामना करती रही हैं।

मानसिक स्वास्थ्य : स्कूल, खेल और रोजमर्रा के जीवन में बढ़ती होड़ के कारण किशोरों पर ऐसा मानसिक दबाव पड़ता है, जिसकी न तो उन्हें जानकारी होती है और न ही वे उसके लिए तैयार होते हैं। इस अवांछित दबाव से निपटने के लिए कई बार बच्चे नुकसानदायी आदतों को अपना लेते हैं। अतः स्कूलों और निकटवर्ती स्वास्थ्य केंद्रों के माध्यम से मित्रतापूर्ण परामर्श दिया जाना चाहिए ताकि इस तरह की जीवन स्थितियों के लिए तैयार होने और निपटने में किशोरों की मदद की जा सके।

नशीले और अन्य हानिकारक पदार्थों के सेवन से रोकना: किशोरावस्था एक ऐसी अवस्था है, जिसमें व्यक्ति आसपास के वातावरण में विभिन्न प्रयोगों से गुजरता है। वह विभिन्न चीजों का चयन करता/करती है और जो उनकी आदत या लत का हिस्सा बन जाते हैं। युवाओं में अधिक मित्र बनाने की भी प्रवृत्ति होती है, चूंकि वे सामाजिक तौर पर स्वीकार्य होने की इच्छा रखते हैं। ऐसा करते समय अनेक बार वे अपने जोड़ीदारों के दबाव में आकर गलत चीजों का चयन कर लेते हैं और तम्बाकू, शराब और अन्य पदार्थों का इस्तेमाल करने लगते हैं, जो उन्हें नहीं करना चाहिए।

जीवनशैली विषयक अथवा गैर–संचारी रोग : किशोरावस्था में इस बात की अधिक संभावनाएं होती हैं कि रचनात्मक व्यवहार का प्रशिक्षण ग्रहण किया जा सके। इससे गैर–संचारी बीमारियों के जोखिम घटकों का उपशमन किया जा सकता है। जैसाकि नाम से ही प्रतिध्वनित होता है, इन बीमारियों का कारण पारिवारिक जीवनशैली अपनाने के साथ है। गैर–संचारी रोगों के लिए मुख्य जोखिम घटकों में तम्बाकू और शराब का सेवन, भोजन संबंधी गलत तौर–तरीके, गतिहीन जीवनशैली और तनाव शामिल हैं, जिन्हें रोका जा सकता है। अतः यह महत्वपूर्ण है कि युवावस्था में स्वस्थ जीवनशैली अपनाने के लिए प्रोत्साहित किया जाए।

विशेष क्लिनिक : अधिकतर वर्तमान उपचार केंद्र रोगियों को इलाज की सुविधाएं प्रदान करते हैं। इसलिए हमें किशोरों के अनुकूल विशेष क्लिनिक बनाने की आवश्यकता है, जो किशोरों के अनुकूल हों और उनकी स्वास्थ्य संबंधी जरूरतें पूरी करने के लिए भली–भांति सुसज्जित हों। ऐसे क्लिनिक युवाओं के लिए विशेषज्ञतापूर्ण परामर्श, चिकित्सकीय और अर्द्ध–चिकित्सकीय सेवाएं सुनिश्चित करने में सक्षम होने चाहिए। किशोरों में प्रजनन स्वास्थ्य के सूक्ष्म मुद्दों के समाधान के लिए भारत सरकार ने विशेष अर्श (अडोलसेंट रिप्रोडक्टिव एंड सेक्युअल क्लिनिक) क्लिनिक (यानी किशोरावस्था प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य केंद्र) स्थापित किए हैं। इन क्लिनिकों का इस्तेमाल कुपोषित/अत्यधिक पोषित किशोरों और एनीमिया (रक्त की कमी) से ग्रस्त किशोरों का पता लगाने और तत्संबंधी सामान्य उपचार के लिए किया जा सकता है। इसके अतिरिक्त ये क्लिनिक सुदृढ़ समुदाय आधारित घटक के साथ भी जोड़े जा सकते हैं ताकि मांग सृजित की जा सके और उपलब्ध सेवाओं का इस्तेमाल करने के लिए किशोरों को एकजुट किया जा सके।

परामर्श : किशोरों सहित सभी आयु समूहों के बीच सही ज्ञान और जानकारी की व्यवस्था करना स्वास्थ्य को प्रोत्साहित करने की कुंजी है। परामर्श मात्र एक प्रश्नोत्तरी सत्र नहीं होता है, बल्कि किसी निर्दिष्ट विषय की समझ बढ़ाने के लिए एक व्यापक वार्तालाप सत्र होता है। परामर्श किशोरों को उनके इर्द–गिर्द हो रहे परिवर्तनों को बेहतर ढंग से समझने में सक्षम बनाने वाला होना चाहिए ताकि इन बदलावों के संदर्भ में वे अपने जीवन में रचनात्मक परिवर्तन ला सकें। परामर्श सिर्फ किशोरों तक सीमित नहीं होना चाहिए बल्कि उसमें उनके माता–पिता, उन्हें प्रभावित करने वाले लोगों, उनकी देखभाल करने वाले लोगों और उनके शिक्षकों को भी शामिल किया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य संचार सुविधाएं : क्लिनिकों की स्थापना और परामर्शदाताओं की नियुक्ति मात्र पर्याप्त नहीं है। हमें उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं के इस्तेमाल के लिए किशोरों के बीच मांग सृजित करने के लिए उपयुक्त स्वास्थ्य शिक्षा अभियान चलाना होगा। इसके लिए सभी उपलब्ध साधनों जैसे अंतर–वैयक्तिक, प्रिंट, इलेक्ट्रोनिक और सोशल मीडिया द्वारा कारगर संचार अत्यंत आवश्यक है, जिससे देश के प्रत्येक किशोर तक स्वास्थ्य संबंधी संदेश सफलतापूर्वक प्रसारित किए जा सकें। देश के सुदूरतम भागों तक बढ़ती पहुंच और लोकप्रियता को देखते हुए 'सोशल मीडिया' स्वास्थ्य शिक्षा संदेश के प्रसारण का उपयुक्त माध्यम है।

स्कूली शिक्षा : किसी भी किशोरावस्था स्वास्थ्य कार्यक्रम

किशोरों के लिए साथिया सलाह मोबाइल ऐप

राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरकेएसके) के एक हिस्से के रुप में किशोर वय के लड़कियों एवं लड़कों के लिए 'साथिया' रिसोर्स किट एवं 'साथिया सलाह' मोबाइल ऐप लांच किया गया है। इस कार्यक्रम के तहत एक प्रमुख कदम पीयर एजुकेटर्स (साथिया) की प्रस्तुति है जो किशोर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए मांग का सृजन करने के लिए एक उत्प्रेरक के रूप में काम करता है तथा उनके समकक्ष समूहों में प्रमुख किशोर स्वास्थ्य मुद्दों पर उम्र से संबंधित उपयुक्त ज्ञान प्रदान करता है। साथिया को ऐसा करने में सुसज्जित करने एवं उन्हें इसके लिए सक्षम बनाने के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय ने 'साथिया' रिसोर्स किट ('साथिया' सलाह मोबाइल ऐप) लांच किया। हमारे देश में 25.3 करोड़ किशोर वय की लड़कियां एवं लड़के हैं जोकि संख्या के लिहाज से विश्व में सर्वाधिक हैं।

किशोरावस्था स्वास्थ्य में सुधार के लिए भारत सरकार के प्रमुख कार्यक्रम

- **साप्ताहिक पूरक आयरन और फोलिक एसिड (डब्ल्यूआईएफएस) कार्यक्रम :** ग्रामीण और शहरी दोनों ही क्षेत्रों के किशोरों (बालक और बालिकाओं) के रक्त में लौह तत्व की कमी दूर करने के लिए यह एक समुदाय आधारित कार्यक्रम है।
- **किशोरावस्था प्रजनन और यौन शिक्षा (एआरएसएच) क्लिनिकः** किशोरों के लिए विशेष क्लिनिक स्थापित किए गए हैं, जो विशेषज्ञतापूर्ण निवारक, प्रोत्साहन विषयक और उपचारात्मक सेवाएं प्रदान करते हैं।
- **मासिक धर्म अवधि के दौरान स्वच्छता प्रोत्साहन कार्यक्रमः** यह कार्यक्रम ग्रामीण भारत में किशोरियों के लिए चलाया जा रहा है, जिसके अंतर्गत 'फ्री–डेज़' ब्रैंड नेम के सेनिटरी नेपकिन प्रदान किए जाते हैं।
- **स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम :** इसके अंतर्गत स्कूल जाने वाले किशोरों में निवारक स्वास्थ्य देखभाल और बीमारियों, पोषक तत्वों की कमियों और विकलांगता की जांच की जाती है।
- **राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आरबीएसके) :** इस कार्यक्रम के अंतर्गत बच्चों के स्वास्थ्य की जांच की जाती है और उन्हें देखभाल, सहायता और उपचार सेवाओं के साथ जोड़ा जाता है।
- **किशोरी शक्ति योजना :** इस कार्यक्रम का उद्देश्य किशोरियों के पोषण, स्वास्थ्य और विकास को बढ़ावा देना, उन्हें स्वास्थ्य, स्वच्छता, पोषण और परिवार की देखभाल के प्रति जागरूक बनाना है।
- **बालिका समृद्धि योजना :** यह कार्यक्रम बालिका के प्रति परिवार और समाज के नजरिए में नकारात्मक धारणा दूर करने के लिए चलाया जा रहा है। इसका लक्ष्य स्कूल में बालिकाओं के दाखिले को प्रोत्साहित कराना और उन्हें स्कूली शिक्षा पूरी करने के लिए प्रेरित करना और साथ ही उनकी विवाह की आयु में वृद्धि करना है।
- **राजीव गांधी किशोरी सशक्तीकरण कार्यक्रम (आरजीएसईएजी)– सबला :** इस कार्यक्रम के लक्ष्यों में किशोरियों को स्व–विकास, पोषण एवं स्वास्थ्य–स्तर में सुधार के लिए प्रेरित करना, स्वास्थ्य, स्वच्छता के बारे में उनमें जागरूकता बढ़ाना, उनके घरेलू कौशल, जीवन कौशल को उन्नत बनाना तथा उनके व्यावसायिक कौशल के लिए उन्हें राष्ट्रीय कौशल विकास कार्यक्रम के साथ जोड़ना शामिल है।
- **समेकित बाल संरक्षण कार्यक्रम (आईसीपीएस) :** इस कार्यक्रम का उद्देश्य सरकारी–सामुदायिक भागीदारी के जरिए कठिन परिस्थितियों में बच्चों के लिए एक संरक्षणात्मक वातावरण का निर्माण करना है।
- **किशोरावस्था शिक्षा कार्यक्रम :** युवाओं को सही, आयु अनुकूल और सांस्कृतिक दृष्टि से प्रासंगिक जानकारी प्रदान करने और उनमें स्वस्थ अभिरुचि पैदा करने के लिए यह कार्यक्रम चलाया जा रहा है।
- **राष्ट्रीय युवा और किशोरावस्था विकास कार्यक्रम :** इसका लक्ष्य युवाओं में नेतृत्व के गुणों का विकास करने और उनकी ऊर्जा को राष्ट्र के सामाजिक–आर्थिक विकास एवं समृद्धि में इस्तेमाल करना है।

के केंद्र बिंदु के रूप में स्कूलों का इस्तेमाल किया जाना चाहिए, क्योंकि घर के बाद स्कूल ऐसा स्थान है, जहां बच्चे अपना अधिकतर समय बिताते हैं। स्वस्थ जीवनशैली को प्रोत्साहित करने और गैर–संचारी रोगों के जोखिम घटकों के बारे में जागरूकता पैदा करने के लिए स्कूल एक ऐसे मंच के रूप में काम कर सकते हैं, जो किशोरों को व्यवहारगत जोखिम में सुधार लाने के बारे में शिक्षित और परामर्श प्रदान कर सकें। स्कूलो को हर रोज कम से कम 40 से 60 मिनट तक बच्चों को शारीरिक गतिविधियों में संलग्न करना चाहिए। स्कूल शिक्षकों को इस बात का प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए कि वे किशोरों को परामर्श दे सकें और किशोरावस्था स्वास्थ्य केंद्रों के लिए युवाओं को रैफर कर सकें। किशोरावस्था से संबंधित सामान्य स्वास्थ्य चिंताओं के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए शिक्षक के रूप में सहपाठियों के चयन में भी स्कूल शिक्षकों को शामिल किया जा सकता है। शिक्षा प्रदाताओं को आदेशिक, कलंकपूर्ण और भय पैदा करने वाली कार्यनीति की बजाए भागीदारीपूर्ण, प्रक्रियान्मुखी, शिक्षक–शिक्षार्थी दृष्टिकोण अपनाना चाहिए, ताकि वे किशोरों के साथ जुड़ सकें।

अंतर–क्षेत्रगत समाभिरूपता : सम्बद्ध मंत्रालयों, गैर–सरकारी संगठनों और शिक्षा संस्थानों के बीच एक गठजोड़ कायम करने के लिए कार्यनीतिक भागीदारी आवश्यक है, जिससे मौजूदा सेवाओं को सुदृढ़ बनाया जा सके और दोहराव रोका जा सके। समाभिरूपता के लिए प्रमुख कार्यनीतियों में सेवा प्रदाताओं के बीच परस्पर प्रशिक्षण, प्रशिक्षण पाठ्यक्रम में किशोरावस्था स्वास्थ्य मॉड्यूल शामिल करना और मांग सृजित करने और सेवा प्रावधान के लिए मौजूदा मंचों का उपयोग करना। वार्षिक जिला स्वास्थ्य कार्ययोजना में वे सभी गतिविधियां शामिल की जानी चाहिए, जिनके लिए अन्य क्षेत्रों से सहायता की आवश्यकता हो। यह कार्ययोजना विशेष जानकारी प्रदान करेगी, जिसके संदर्भ में विभाग एक या अधिक निर्दिष्ट गतिविधियां संचालित करने के लिए जिम्मेदार होगा। प्रत्येक जिले को एक किशोरावस्था स्वास्थ्य योजना तैयार करने की आवश्यकता है ताकि किशोरावस्था स्वास्थ्य से संबंधित विभिन्न सरकारी कार्यक्रमों की समीक्षा की जा सके और उन क्षेत्रों का पता लगाया जा सके, जिन्हें अधिक सुदृढ़ करने की आवश्यकता है।

(लेखक किंग जॉर्ज मेडिकल कॉलेज के कम्युनिटी मेडिसिन विभाग में एमडी हैं।)

ईमेल : prashantbajpaillrm@gmail.com

'आयुष' से स्वस्थ और निरोग बनेगा ग्रामीण भारत

—पार्थिव कुमार

सरकार ने प्राचीन चिकित्सा पद्धतियों के महत्व को समझते हुए इनके सुनियोजित विकास को बढ़ावा देने के लिए 2014 में अलग से आयुष मंत्रालय का गठन किया। उसने आयुष चिकित्सा पद्धतियों में ग्रामीणों के भरोसे को देखते हुए इन्हें राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) की मुख्यधारा से जोड़ने का फैसला किया है। देश भर में आयुष पद्धतियों के तकरीबन 7.37 लाख चिकित्सक हैं। उन्हें स्वास्थ्य सेवाओं की मुख्यधारा के साथ जोड़े जाने से चिकित्साकर्मियों की तंगी दूर होगी और खासतौर से ग्रामीण क्षेत्रों में रोगियों के इलाज की व्यवस्था को मजबूत किया जा सकेगा।

बचपन की मेरी यादों में डॉक्टर असगर के लिए एक खास जगह है। हम जब भी बीमार पड़ते उनकी होम्योपैथी की मीठी गोलियां ही हमारा सहारा होती थीं। बिहार के हमारे छोटे–से गांव से प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) की दूरी 15 किलोमीटर से ज्यादा थी। लिहाजा गांव के रोगियों के लिए उम्मीद की पहली किरण डॉ. असगर ही थे। हम मर्ज बहुत गंभीर होने या ऑपरेशन की जरूरत पड़ने पर ही अस्पताल जाते थे। बेशक मेरे गांव छोड़ने के बाद के लगभग 5 दशकों में देश में स्वास्थ्य सेवाओं का काफी विस्तार हुआ है। इसके बावजूद खासतौर से ग्रामीण क्षेत्रों में डॉ. असगर जैसे होम्योपैथों, वैद्यों और हकीमों की उपयोगिता में कोई कमी नहीं आई है। इस सच को ध्यान में रखते हुए ही सरकार आयुष (आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी) जैसी वैकल्पिक चिकित्सा पद्धतियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली की मुख्यधारा से जोड़ने के लिए गंभीरता से प्रयास कर रही है।

देश में स्वास्थ्य सेवाओं पर सरकारी खर्च में लगातार इजाफा हुआ है। वर्ष 2017–18 के बजट में इनके लिए 48878 करोड़ रुपये का प्रावधान किया गया है। यह रकम 10 साल पहले यानी 2007–08 के बजट के 15291 करोड़ रुपये की तुलना में तीन गुना से भी ज्यादा है। इस सतत बढ़ोतरी के नतीजतन स्वास्थ्य सेवाओं में आशातीत सुधार देखने को मिला है। मौजूदा समय में देश में एलोपैथी के 12760 सरकारी अस्पताल, 9 लाख से अधिक डॉक्टर और 355 मेडिकल कॉलेज हैं। इसके अलावा 25308 पीएचसी और 5396 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (सीएचसी) भी काम कर रहे हैं। आर्थिक उदारीकरण के पिछले 25 बरसों में निजी क्षेत्र ने भी स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसार में प्रशंसनीय योगदान किया है।

इतना सब कुछ होने के बावजूद देश की लगभग एक अरब 35 करोड़ की आबादी के लिए अब तक चिकित्सा के माकूल इंतजाम नहीं किए जा सके हैं। भारत में फिलहाल कम–से–कम पांच लाख डॉक्टरों की कमी है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के मानदंडों के अनुसार प्रति 1000 व्यक्ति कम–से–कम एक डॉक्टर जरूर होना चाहिए। लेकिन हमारे देश में 1674 व्यक्तियों पर एक डॉक्टर है। हम अपनी स्थिति का अंदाजा इसी से लगा सकते हैं कि अमेरिका में सिर्फ 350 व्यक्तियों पर एक डॉक्टर होता है।

ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति शहरों की तुलना में ज्यादा खराब है। इसकी एक बड़ी वजह निजी क्षेत्र के अस्पतालों का शहरों में केन्द्रित होना है। गांववासी अपने इलाज के लिए प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा जिला अस्पतालों पर निर्भर हैं। पीएचसी में डॉक्टर के 11.9 प्रतिशत पद खाली पड़े हैं। इसी तरह सीएचसी में सर्जन के 74.6 प्रतिशत, महिला रोग विशेषज्ञ के 65.4 प्रतिशत, औषधि विशेषज्ञ के 68.1 प्रतिशत और बाल रोग विशेषज्ञ के 62.8 प्रतिशत पद खाली हैं। शहरों में तो 500 व्यक्तियों पर सिर्फ एक डॉक्टर मौजूद है। लेकिन ग्रामीण क्षेत्रों में एक डॉक्टर औसतन 2500 व्यक्तियों का इलाज करता है। एक तो गांवों से पीएचसी और सीएचसी की दूरी और दूसरे इनमें विशेषज्ञों की गैर–मौजूदगी स्थिति को जटिल बना देती है।

विविधताओं से भरे भारत की आबादी का 68.84 प्रतिशत हिस्सा यानी 83 करोड़ 31 लाख लोग गांवों में रहते हैं। इनके लिए सस्ती, सुलभ और भरोसेमंद स्वास्थ्य सेवाओं का इंतजाम करना सरकार के सामने एक बड़ी चुनौती है। स्थानीय स्वास्थ्य परंपराएं और आयुष चिकित्सा पद्धतियां इस चुनौती से निपटने में बेहद कारगर साबित हो सकती हैं। सरकार ने इन चिकित्सा पद्धतियों के महत्व को समझते हुए इनके सुनियोजित विकास को बढ़ावा देने के लिए 2014 में अलग से आयुष मंत्रालय का गठन किया। उसने आयुष चिकित्सा पद्धतियों में ग्रामीणों के भरोसे को देखते हुए इन्हें राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य

मिशन (एनआरएचएम) की मुख्यधारा से जोड़ने का फैसला किया है।

देश भर में आयुष पद्धतियों के तकरीबन 7.37 लाख चिकित्सक हैं। इनमें आयुर्वेद के 3.99 लाख, होम्योपैथी के 2.8 लाख, यूनानी के 47683, सिद्ध के 8173 और प्राकृतिक चिकित्सा के 1764 प्रैक्टिशनर हैं। आयुष के 3601 अस्पतालों में 2827 आयुर्वेद, 252 यूनानी, 264 सिद्ध और 216 होम्योपैथी के हैं। इसके अलावा आयुर्वेद के 15520, होम्योपैथी के 7439 और यूनानी के 1453 समेत आयुष पद्धतियों के कुल 25492 दवाखाने देशभर में काम कर रहे हैं। उन्हें स्वास्थ्य सेवाओं की मुख्यधारा के साथ जोड़े जाने से चिकित्साकर्मियों की तंगी दूर होगी और खासतौर से ग्रामीण क्षेत्रों में रोगियों के इलाज की व्यवस्था को मजबूत किया जा सकेगा।

आयुष चिकित्सा पद्धतियों को स्वास्थ्य सेवाओं की मुख्यधारा से जोड़ना एनआरएचएम का एक प्रमुख लक्ष्य है। इसके तहत सभी प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में एलोपैथी के साथ ही आयुष चिकित्सा सुविधाओं का भी प्रावधान किया गया है। आयुष चिकित्सकों को इस बात के लिए प्रोत्साहित किया जा रहा है कि वे अपनी पद्धतियों के बारे में ग्रामीणों में जागरूकता फैलाएं ताकि उन्हें लोकप्रिय बनाया जा सके। इस काम में मान्यता–प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं (आशा) का भी सहयोग लिया जा रहा है। सरकार आयुष औषधियों की उपलब्धता और गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिए भी ठोस कदम उठा रही है।

केंद्र सरकार राष्ट्रीय आयुष मिशन (नाम) के तहत प्राथमिक और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों तथा जिला अस्पतालों में वैकल्पिक चिकित्सा पद्धतियों से इलाज की व्यवस्था के लिए राज्यों को धन मुहैया कराती है। उन्हें 50 बिस्तरों वाले समेकित आयुष अस्पतालों की स्थापना, मौजूदा आयुष अस्पतालों और दवाखानों के उन्नयन और उनमें दवाओं की व्यवस्था के लिए भी वित्तीय सहायता मुहैया कराई जाती है। मिशन के तहत राज्यों को खेती के अच्छे तौर–तरीके अपनाते हुए औषधीय पौधे उपजाने के लिए भी धन दिया जाता है ताकि जनता और खासतौर से ग्रामीणों को आयुष दवाएं सस्ती कीमतों पर मिल सकें।

ग्रामीण और आदिवासी क्षेत्रों में प्राकृतिक चिकित्सा के प्रचार और प्रसार में राष्ट्रीय प्राकृतिक चिकित्सा संस्थान (एनआईएन) महत्वपूर्ण किरदार निभा रहा है। आयुष मंत्रालय के अधीन यह स्वायत्त संस्थान अपने आयुष्मान भारत कार्यक्रम के तहत ग्रामीण और अर्ध–ग्रामीण क्षेत्रों तथा शहरी झुग्गी बस्तियों में स्वास्थ्य जागरूकता अभियान चलाता है। इन अभियानों में भाग लेने वालों को स्वास्थ्य संबंधी जानकारियों के अलावा पौष्टिक भोजन भी मुहैया कराया जाता है। अभियानों के भागीदारों को उनकी स्थानीय भाषा में सूचना, शिक्षा और संचार सामग्री उपलब्ध कराई जाती है।

एनआईएन ने ग्रामीण क्षेत्रों में कार्यरत स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के सबसे निचले स्तर के कर्मियों के लिए 'प्रशिक्षकों को प्रशिक्षण' (टॉट) कार्यक्रम चलाया है। इस कार्यक्रम के तहत आशा, आंगनवाड़ी सेविकाओं, बहुद्देश्यीय स्वास्थ्यकर्मियों, शिक्षकों और परिचारिकाओं को प्राकृतिक चिकित्सा और स्वास्थ्य रक्षा में उसके महत्व की जानकारी दी जाती है। उनसे उम्मीद की जाती है कि वे स्वास्थ्य सेवा के अपने काम में इस जानकारी का इस्तेमाल करेंगे। इन स्वास्थ्यकर्मियों में प्राकृतिक चिकित्सा और योग के उपकरण, पुस्तिकाएं तथा पोस्टर भी वितरित किए जाते हैं।

अपने महिला सशक्तीकरण कार्यक्रम के तहत एनआईएन ग्रामीण महिलाओं को स्वयंसहायता समूहों, गैर–सरकारी संगठनों और पंचायतों के सहयोग से प्रशिक्षित करता है। इन महिलाओं को प्रशिक्षण के अलावा रोजमर्रा के जीवन में काम आने वाले प्राकृतिक चिकित्सा और योग के उपकरण भी दिए जाते हैं।

केन्द्रीय आयुर्वेदिक विज्ञान अनुसंधान परिषद (सीसीआरएएस), केन्द्रीय यूनानी दवा अनुसंधान परिषद (सीसीआरयूएम), केन्द्रीय होम्योपैथी अनुसंधान परिषद (सीसीआरएच) और केन्द्रीय सिद्ध अनुसंधान परिषद (सीसीआरएस) के जरिए चुनिंदा गांवों में स्वास्थ्य

आयुष स्वास्थ्य बीमा के दायरे में

आयुष चिकित्सा पद्धतियों को भी अब स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के दायरे में लाया गया है। इस संबंध में स्वास्थ्य बीमा नियम, 2013 के प्रावधानों में पिछले साल ही संशोधन किए गए हैं। अब सरकारी या सरकार से मान्यताप्राप्त अस्पतालों में आयुष चिकित्सा पद्धतियों से इलाज कराने वाले भी स्वास्थ्य बीमा का लाभ उठा सकेंगे। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के दायरे में आने वाले गरीबी रेखा से नीचे के परिवार भी इस प्रावधान से लाभान्वित होंगे।

राष्ट्रीय आशुष मिशन

- सार्वभौमिक पहुंच के साथ किफायती आयुष सेवाएं उपलब्ध कराना स्वास्थ्य देखरेख सेवाओं की गुणवत्ता और पहुंच को सुधारने की रणनीति में शामिल है।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों और जिला अस्पतालों में आयुष सुविधाओं को उपलब्ध कराने के लिए राज्यों एवं संघशासित प्रदेशों को अनुदान सहायता दी जा रही है।
- अकेले आयुष अस्पताल और डिस्पेंसरियों का उन्नयन और 50 बेड वाले एकीकृत आयुष अस्पतालों की स्थापना।
- आयुष ग्राम के माध्यम से सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों का आयोजन।
- आयुष शैक्षणिक संस्थानों के उन्नयन और उनकी संख्या बढ़ाने के माध्यम से आयुष शिक्षा में सुधार।
- आयुष चिकित्सा प्रणालियों के लिए गुणवत्तायुक्त कच्चे माल की उपलब्धता को कायम रखना।
- गुणवत्तापूर्ण फार्मेसियों और ड्रग लेबोरेटरीज की संख्या में बढ़ोतरी के जरिए गुणवत्तापूर्ण एएसयू और एच औषधि की बेहतर उपलब्धता और एएसयू एंड एच दवाओं के प्रवर्तन तंत्र में सुधार।

रक्षण कार्यक्रम चलाया जा रहा है। इस कार्यक्रम के तहत गांवों में स्वास्थ्य रक्षण ओपीडी और स्वास्थ्य परीक्षण शिविरों का आयोजन साप्ताहिक आधार पर किया जाता है। कार्यक्रम में गांवों में प्रचलित बीमारियों की पहचान के लिए सर्वेक्षण करना तथा रैलियों, नुक्कड़ नाटकों और विभिन्न प्रचार सामग्रियों के जरिए व्यक्तिगत, पर्यावरणीय और सामाजिक स्वच्छता के बारे में ग्रामीणों में जागरूकता फैलाना भी शामिल है।

केंद्र सरकार ने आयुष दवाओं की निर्बाध आपूर्ति सुनिश्चित करने के मकसद से औषधीय पौधों के संरक्षण, विकास और दीर्घकालिक प्रबंधन के लिए एक योजना शुरू की है। औषधीय पौधों पर राष्ट्रीय मिशन को भी जोर–शोर से लागू किया जा रहा है। इन दोनों योजनाओं में स्वयंसहायता समूहों और संयुक्त वन प्रबंधन समितियों का सहयोग लिया जा रहा है। सरकार औषधीय पौधशालाओं की स्थापना तथा फसल प्रबंधन और विपणन सुविधाओं की व्यवस्था पर खास ध्यान दे रही है।

मानसिक स्वास्थ्य नीति 2017

- भारत में मानसिक स्वास्थ्य के लिए एक अधिकार आधरित वैधानिक रूपरेखा।
- स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रावधान में समानता और इक्विटी को मजबूत करना।
- उपयुक्त और गुणवत्तायुक्त मानसिक स्वास्थ्य सेवा के संस्थागत–तंत्र को मजबूत करना।

अधिनियम की विशेषताएं

- अग्रिम निर्देश का प्रावधान।
- मनोनीत प्रतिनिधि।
- प्रवेश, उपचार, स्वच्छता और व्यक्तिगत स्वच्छता से संबंधित महिलाओं और बच्चों के लिए विशेष उपनियम।
- इलेक्ट्रो कॉन्वल्सिव थेरेपी और साइकोसर्जरी के उपयोग पर प्रतिबंध।

आयुष मंत्रालय का गठन

स्वास्थ्य रक्षा की आयुष पद्धति को बढ़ावा देने और इसके अधिकतम विकास के उदेश्य से आयुष मंत्रालय का गठन 9 नवंबर, 2014 को किया गया। यूं तो भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी विभाग की स्थापना मार्च, 1995 में की गई थी। नवम्बर, 2003 में इसका नाम बदल कर आयुर्वेद, योग व प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध एवं होम्योपैथी (आयुष) विभाग रखा गया ताकि आयुर्वेद, योग व प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध एवं होम्योपैथी चिकित्सा पद्धतियों में शिक्षा और अनुसंधान के विकास पर ध्यान सकेंद्रित किया जा सके।

ग्रामीण आबादी का लगभग एक–तिहाई हिस्सा अब भी साक्षर नहीं हो सका है। अल्पशिक्षित और भोले–भाले ग्रामीण अक्सर नीम–हकीमों और दवाओं के फर्जी विज्ञापनों के झांसे में आकर अपने स्वास्थ्य, धन और समय का नुकसान कर बैठते हैं। ऐसे लोगों को ठगी से बचाना और उन तक गुणवत्तापूर्ण आयुष दवाओं की आपूर्ति सुनिश्चित करना सरकार का दायित्व है। भारतीय गुणवत्ता परिषद (क्यूसीआइ) ने इस दिशा में महत्वपूर्ण कदम उठाते हुए एक स्वैच्छिक प्रमाणपत्र योजना शुरू की है। इस योजना के तहत सरकार के चुने किसी तीसरे पक्ष से मूल्यांकन कराने वाले उत्पादकों की दवाओं को गुणवत्ता के प्रमाणपत्र दिए जाते हैं। क्यूसीआइ ने आयुष अस्पतालों को मान्यता देने के लिए मापदंड भी निर्धारित किए हैं।

सरकार ने आयुर्वेद की 645 औषधियों और 202 मिश्रित दवाओं की गुणवत्ता के मानक निर्धारित कर दिए हैं। औषधि और कॉस्मेटिक नियम, 1945 में इन दवाओं के उत्पादन का लाइसेंस देने तथा उनकी गुणवत्ता सुनिश्चित करने के बारे में स्पष्ट प्रावधान किए गए हैं। आयुर्वेदिक दवाओं के उत्पादन का लाइसेंस हासिल करने के लिए उनके सुरक्षित और प्रभावी होने के बारे में प्रमाण देना अनिवार्य है। आयुर्वेदिक, सिद्ध और यूनानी दवाओं के बारे में फर्जी विज्ञापनों पर रोक लगाने से संबंधित नियमों को अंतिम रूप दिया जा रहा है।

आयुष चिकित्सा पद्धतियों को एलोपैथी के प्रतिद्वंदी नहीं बल्कि सहयोगी के तौर पर देखा जाना चाहिए। एलोपैथी के डॉक्टरों की संख्या में हर साल 40000 का इजाफा देश और खासतौर से ग्रामीण क्षेत्रों की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए नाकाफी है। आयुष के लगभग 500 कॉलेज हर साल तकरीबन 30000 चिकित्सक तैयार कर रहे हैं। इन्हें स्वास्थ्य सेवाओं के सरकारी ढांचे में शामिल कर चिकित्सकों की जरूरत और उनकी उपलब्धता के बीच के अंतर को काफी हद तक घटाया जा सकता है। विभिन्न चिकित्सा पद्धतियों के बीच बेहतर तालमेल ग्रामीण भारत को स्वस्थ और निरोगी बनाने में बेहद मददगार साबित होगा।

(लेखक वरिष्ठ पत्रकार हैं।)
ईमेलः kr.parthiv@gmail.com

स्वास्थ्य पर प्रधानमंत्री के उद्‌गार

''यह सरकार का कर्त्तव्य है कि सभी को कम से कम कीमत पर स्वास्थ्य सेवाएं मिले।''

''स्वच्छता अभियान (साफ–सफाई अभियान) का उद्देश्य स्वास्थ्य निवारण है। योग भी अच्छे स्वास्थ्य के लिए बेहद महत्वपूर्ण है।''

''सरकार 15 साल के बाद स्वास्थ्य पॉलिसी लेकर आई है और दवाओं और स्टेंट की कीमतों की ऊपरी सीमा तय कर दी गई है।''

''राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 'भविष्य' का दस्तावेज है जिसमें सभी नागरिकों के हितों को सबसे ऊपर रखा गया है... राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति– स्वस्थ भारत बनाने के हमारे प्रयास का ऐतिहासिक क्षण है जहां सभी की गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखरेख तक पहुंच हो।''

''जब स्वास्थ्य देखभाल की बात आती है तो हमारी सरकार गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखरेख उपलब्ध कराने में कोई कसर नहीं छोड़ेगी जोकि सस्ती हो और सभी को उपलब्ध हो।''

''हमें एक ऐसे भविष्य के सपने को साकार करना है जिसमें हम सुनिश्चित करेंगे कि भारत में प्रत्येक बच्चे का संपूर्ण टीकाकरण हो और कोई भी शिशु सात टीकों से वंचित न रहे।''

''मानसिक अवसाद (डिप्रेशन) ऐसा नहीं है कि उससे मुक्ति नहीं मिल सकती है। एक मनोवैज्ञानिक माहौल पैदा करने से शुरुआत करनी होगी। पहला मंत्र है मानसिक अवसाद (डिप्रेशन) को दबाने (सप्रेशन) की बजाय उसे व्यक्त करने (एक्सप्रेशन) की जरूरत है।''

''डिप्रेशन मानसिक और शारीरिक बीमारियों का कारण बन जाता है। जैसे डायबीटीज हर प्रकार की बीमारियों का यजमान बन जाता है। वैसे डिप्रेशन भी टिकने की, लड़ने की, साहस करने की, निर्णय करने की हमारी सारी क्षमताओं को ध्वस्त कर देता है।''

''वैसे योग भी अपने मन को स्वस्थ रखने के लिए एक अच्छा मार्ग है। तनाव से मुक्ति, दबाव से मुक्ति, प्रसन्न चित्त की ओर प्रयाण–योग बहुत मदद करता है।''

''डॉक्टर ऐसी हैंडराइटिंग में दवाओं का पर्चा लिखते हैं कि गरीब लोग उसे समझ नहीं पाते और उन्हें प्राइवेट स्टोर से ऊंचे दामों पर दवा खरीदनी पड़ती है।''

''हम इसे कानूनी दायरे में लाएंगे जिससे अगर डॉक्टर कोई दवा पर्ची पर लिखे तो उसे उसमें लिखना होगा कि मरीज के लिए यह पर्याप्त होगा कि वह जेनेरिक दवा खरीदे और वह कोई अन्य दवा नहीं खरीदे।''

''हमारी दिनचर्या डायबिटीज का सबसे बड़ा कारण है। अगर मेरे देश का हर नागरिक स्वस्थ होगा तो मेरा देश भी स्वस्थ होगा। मैं आप सबसे अनुरोध करता हूं कि डायबिटीज को हराएं जोकि कई और बीमारियों को जन्म देती है।''

''हमारे देश में डॉक्टरों की कमी है, अस्पतालों की कमी है और दवाईयां महंगी हैं। अगर कोई मध्यम वर्ग परिवार का व्यक्ति बीमार पड़ जाए तो परिवार का वित्तीय स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है।''

''700 दवाओं की कीमतों की ऊपरी सीमा तय कर दी गई है ताकि गरीब लोगों को किफायती मूल्य पर दवाईयां उपलब्ध हो सकें।''

''अमीर लोगों को आगे आना चाहिए और जरूरतमंद लोगों की स्वास्थ्य रक्षा के लिए अंशदान देना चाहिए।''

योग और स्वास्थ्य

योग का आमूल विज्ञान एक बेहतरीन जीवनशैली है, जिसे इस प्रकार तैयार किया गया है कि उसके द्वारा तनाव से उत्पन्न विकारों और जीवनशैली से उत्पन्न होने वाले मधुमेह जैसे विकारों को प्रभावशाली तरीके से दुरुस्त किया जा सकता है। आधुनिक अनुसंधानों से पता लगा है कि योग द्वारा मनोवैज्ञानिक और शारीरिक लाभ प्राप्त होते हैं। योग आधारित जीवनशैली में थोड़े से बदलाव और तनाव कम करने के प्रयासों के जरिए हृदय रोग तथा मधुमेह के जोखिमों को कम किया जा सकता है। योग द्वारा वजन, रक्तचाप, शर्करा के स्तर और बढ़े हुए कोलेस्ट्रॉल को कम किया जा सकता है योग का कोई साइफ इफेक्ट नहीं है। यह इतना सुरक्षित और आसान है कि इसे बीमार, बुजुर्ग और दिव्यांग भी कर सकते हैं। सुरक्षित, साधारण और आर्थिक रूप से किफायती थेरेपी होने के चलते इसे मधुमेह रोगियों के लिए काफी सहायक माना गया है। योग टाइप 2 डायबिटीज और इससे जुड़ी जटिलताओं की स्थिति में जोखिम कम करने में भी मदद कर सकता है। पुरानी बीमारियों को रोकने और उसे नियंत्रित करने में भी योग काफी मददगार साबित हो सकता है। जनसमूह के स्वास्थ्य सुधार में योग महत्वपूर्ण योगदान दे सकता है।

पूरे देश में तीसरा अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस मनाया गया

पूरे देश में 21 जून, 2017 को तीसरा अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस उत्साह से मनाया गया और विभिन्न स्थानों पर सामूहिक योग प्रदर्शन कार्यक्रम आयोजित किए गए। प्रधानमंत्री श्री नरेन्द्र मोदी लखनऊ में आयोजित मुख्य सामूहिक योग प्रदर्शन कार्यक्रम में शामिल हुए और उनके साथ बड़ी संख्या में लोगों ने हिस्सा लिया। लखनऊ में रमाबाई अंबेडकर मैदान में जनसमूह को संबोधित करते हुए प्रधानमंत्री योग के माध्यम से देश के सभी हिस्सों के लोगों से जुड़े। उन्होंने कहा कि **योग एक अभ्यास है जो मानवता को बांध के रखता है और इससे विश्व के देशों को भारत से जुड़ने में मदद मिल रही है। योग तंदुरुस्ती हासिल करने का एक माध्यम है और इसमें शून्य लागत पर स्वास्थ्य बीमा प्रदान करने की शक्ति है।** लखनऊ में आयोजित समारोह में केन्द्रीय आयुष राज्य मंत्री (स्वतंत्र प्रभार) श्री श्रीपद येसो नाइक, उत्तर प्रदेश के मुख्यमंत्री श्री योगी आदित्यनाथ सहित उत्तर प्रदेश के उप–मुख्यमंत्री श्री केशव प्रसाद मौर्य और डॉ. दिनेश शर्मा एवं आयुष राज्य मंत्री श्री डॉ. धर्मवीर सिंह सैनी भी शामिल हुए।

अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस के अवसर पर आयुष मंत्रालय ने दिल्ली में एनडीएमसी, डीडीए तथा प्रमुख योग संगठनों के सहयोग से सामूहिक योग कार्यक्रम का आयोजन किया। एनडीएमसी ने नई दिल्ली के कनॉट प्लेस में आयोजित सामूहिक योग कार्यक्रम में ऊपर से फोटो और वीडियो लेने के लिए ड्रोन कैमरा का इस्तेमाल किया। केन्द्रीय शहरी विकास आवास तथा गरीबी उपशमन तथा सूचना और प्रसारण मंत्री श्री एम. वेंकैया नायडू ने दिल्ली मे सामूहिक योग कार्यक्रम में भाग लिया। अन्य केन्द्रीय मंत्री देश के विभिन्न राज्यों में आयोजित सामूहिक योग कार्यक्रम में शामिल हुए।

गृह मंत्रालय ने पूरे देश में अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस मनाया। बीएसएफ, सीआरपीएफ, सीएपीएफ तथा आईटीपीबी की इकाइयों की ओर से भी अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस मनाया गया। आईटीपीबी कर्मियों ने लद्दाख में 19,000 फीट की ऊंचाई पर और सिंधु नदी के किनारे 11,600 फीट पर योगाभ्यास किया। लखनऊ के रमाबाई अंबेडकर मैदान में सीएपीएफ के लगभग दो हजार कर्मी योगाभ्यास में शामिल हुए।

मानव संसाधन विकास मंत्रालय ने दिल्ली में 18 से 20 जून, 2017 तक आयोजित योग ओलंपियाड के विजेताओं की घोषणा की। योग ओलंपियाड का उद्देश्य योग के प्रति जागरूकता को प्रोत्साहित करना और राष्ट्रीय–स्तर पर स्कूलों, शिक्षकों तथा योग अभ्यास करने वालों का नेटवर्क बनाना है। पुरस्कार चार श्रेणियों में दिए गए। इसमें अपर प्राइमरी– लड़कियां तथा लड़के, माध्यमिक–लड़कियां तथा लड़के। प्रत्येक के लिए एक पुरस्कार शामिल है।

वैश्विक होता योग

- योग को यूनेस्को की अमूल्य मानवीय सांस्कृतिक धरोहरों की सूची में शामिल किया गया है।
- भारत सहित पूरे विश्व में बेहद उत्साह से 21 जून को अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस के रूप में मनाया जाता है।
- यह भारतीय प्राचीन चिकित्सा पद्धति में बढ़ती वैश्विक स्वीकार्यता का द्योतक है; भारत विश्व स्वास्थ्य संगठन के सहयोग से एक परियोजना पर कार्य कर रहा है।

रक्षा मंत्रालय ने पूरे देश में योग कार्यक्रम का आयोजन किया। भारतीय थल सेना, वायु सेना और नौसेना की ओर से पहलगाम, श्रीनगर, करगिल, श्रीगंगानगर, नागपुर, लेह, बीदर, चेन्नई, बेंगलुरु, मंगलौर, डिबरूगढ़, देहरादून, कोलकाता तथा अहमदनगर में योग कार्यक्रम का आयोजन किया गया। भारतीय नौसेना ने हिंद महासागर तथा बंगाल की खाड़ी में आईएनएस विक्रमादित्या, शिवालिक, कामोरता, ज्योति, आईएनएस जलश्व तथा आईएनएस क्रिच पर योग कार्यक्रम का आयोजन किया। भारतीय तटरक्षक बल ने आईसीजीएस सारथी और आईसीजीएस सम्राट पर योग कार्यक्रम का आयोजन किया। नेशनल कैडेट कोर (एनसीसी) के कैडेटों ने दिल्ली कैंट में डीजी एनसीसी शिविर में योग दिवस समारोह में हिस्सा लिया।

विदेश मंत्रालय ने अपने विदेशी दूतावासों के माध्यम से अब्राहम लिंकन स्मारक, सिलवेन थियेटर वाशिंगटन डीसी, ला विलले पेरिस, फ्रांस जैसे महत्वपूर्ण स्थानों, अबू धाबी में शेख जायद मस्जिद की पृष्ठभूमि में अंतर्राष्ट्रीय योग दिवस का आयोजन किया। विश्व के अनेक देशों में योग गुरु सेमिनार और चर्चाओं में शामिल हुए।

देश के विकास की नींव महिला एवं बाल स्वास्थ्य

–हेना नक़वी

केंद्र सरकार द्वारा पिछले कुछ वर्षों में किए गए प्रयासों से ग्रामीण क्षेत्रों में हालात काफी बेहतर हुए हैं। पिछले तीन वर्षों में केंद्र सरकार द्वारा की गई नई पहलों से अब यह आशा बंधी है कि जल्दी ही हम संपूर्ण ग्रामीण स्वास्थ्य के लक्ष्यों को प्राप्त कर लेंगे। लेकिन सरकार के प्रयासों से कहीं अधिक आवश्यक है, जन–सहभागिता तथा लोगों की सोच और व्यवहार में परिवर्तन। जब लोग महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य के प्रति जागरूक होंगे और उपलब्ध सेवाओं की स्वयं मांग करेंगे, तभी इन सेवाओं का लाभ भी लोगों को मिलेगा और इन सेवाओं की उपलब्धता और गुणवत्ता बढ़ेगी।

किसी भी देश के विकास के संदर्भ में पहली प्राथमिकता जन–स्वास्थ्य को दी जानी चाहिए क्योंकि जान है तो जहान है और स्वास्थ्य है तो ही जान है। जन–स्वास्थ्य के मामले में महिला एवं बाल स्वास्थ्य को सबसे अधिक महत्वपूर्ण माना जाता है क्योंकि एक तो यह दोनों समूह मिलकर देश की कुल जनसंख्या का बहुत बड़ा प्रतिशत बनते हैं, दूसरे, बच्चे देश के भावी कर्णधार होते हैं और महिलाएं उन कर्णधारों को जन्म देती हैं। रुग्ण माता का अर्थ है, रुग्ण बच्चे और रुग्ण बच्चों का अर्थ होगा देश का रुग्ण भविष्य। इस तथ्य के दृष्टिगत हमारे देश में इन दोनों समूहों समेत अन्य समूहों के स्वास्थ्य पर यथोचित ध्यान दिया जा रहा है। हाल के कुछ वर्षों के महिला एवं बाल स्वास्थ्य संबंधी आंकड़े बताते हैं कि देश अपने इन दोनों महत्वपूर्ण समूहों के स्वास्थ्य के प्रति कितना सजग है। इस मामले में कुछ अति महत्वपूर्ण सूचकांकों पर एक नजर डाली जा सकती है। शुरुआत करते हैं शिशु मृत्यु दर (प्रति 1000 जीवित जन्मों में मृत्यु की संख्या) से।

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एनएफएचएस–4) की नवीनतम (2015–16) रिपोर्ट के अनुसार हमारे देश के ग्रामीण क्षेत्रों में शिशु मृत्यु दर 46 है, जबकि कुल शिशु मृत्युदर 41 है। इसके पूर्व के सर्वे (एनएफएचएस–3; 2005–06) में देश की कुल शिशुमृत्यु दर 57 प्रति हज़ार थी। इसका अर्थ है कि एक दशक में इस नकारात्मक सूचकांक में कुल सोलह बिन्दुओं की कमी आई है। इसी तरह 2005–06 के सर्वे में जहां पांच वर्ष से कम उम्र के बच्चों की कुल मृत्यु दर 74 थी, वहीं 2015–16 में यह 24 बिंदु कम होकर 50 हो गई जोकि अपने–आप में एक बहुत बड़ी उपलब्धि है।

बाल कुपोषण का प्रतिशत कम होने के मामले में भी एनएफएचएस–4 की रिपोर्ट काफी उत्साहजनक है। कुपोषण के कारण बच्चों में होने वाले ठिगनेपन (स्टन्टिंग) का प्रतिशत 2005–06 के मुक़ाबले 9.6 प्रतिशत कम हुआ है। इसी प्रकार आयु के अनुपात में कम वजन (अंडरवेट) वाले बच्चों का देश में कुल प्रतिशत 35.7 (ग्रामीण क्षेत्रों में 38.3) है। पिछले एक दशक में इन आंकड़ों में भी कुल 6.8 प्रतिशत की कमी दर्ज की गई है।

जन्म के एक घंटे के अन्दर शुरू किए गए स्तनपान एवं छह माह की आयु तक केवल मां के दूध को शिशु के जीवन की आधारशिला माना जाता है। एनएफएचएस–4 के अनुसार ऐसे शिशु जिन्हें जन्म के एक घंटे के अंदर स्तनपान शुरू कराया गया, का प्रतिशत 41.6 है जबकि एक दशक पूर्व यह मात्र 23.4 प्रतिशत था। निःसंदेह यह एक सुखद परिवर्तन है।

ऐसा ही एक और सुखद परिवर्तन देखा गया, 0–6 माह तक केवल स्तनपान पर रहे शिशुओं के प्रतिशत में। एनएफएचएस–4 के अनुसार यह आंकड़ा 54.9 प्रतिशत है जबकि एनएफएचएस–3 के

अनुसार यह 46.4 प्रतिशत था जिसका अर्थ है कि इस सकारात्मक सूचकांक में भी कुल 8.5 प्रतिशत की बढ़ोतरी पाई गई। बच्चों के टीकाकरण के क्षेत्र में भी हम उन्नति के पथ पर हैं क्योंकि राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–3 के अनुसार 12–23 माह के आयु समूह में संपूर्ण रूप से टीकाकरण (बीसीजी, मीज़ल्स एवं डीपीटी तथा पोलियो के तीन–तीन डोज़) पाने वाले बच्चों का कुल प्रतिशत 43.5 था जबकि पिछले एक दशक में इस सकारात्मक सूचकांक में कुल 18.5 प्रतिशत की बढ़ोतरी दर्ज की गई जोकि भारत जैसे विशालकाय देश के लिए एक बहुत बड़ी उपलब्धि है।

अब बात करते हैं, माताओं के स्वास्थ्य से जुड़े सबसे महत्वपूर्ण सूचकांक, मातृ–मृत्यु दर की। सरल शब्दों में समझा जाए तो मातृ–मृत्यु दर का अर्थ है, 15–49 आयु समूह में प्रति लाख जीवंत जन्मों पर विभिन्न मातृत्व कारणों से मरने वाली महिलाओं की संख्या। शिशु एवं बाल मृत्यु–दरों में गिरावट के अतिरिक्त हमारे देश में मातृ–मृत्यु दर में भी लगातार गिरावट आ रही है। सैम्पल रजिस्ट्रेशन सिस्टम (एसआरएस) 2011–13 की रिपोर्ट के अनुसार देश में मातृ–मृत्यु दर प्रति लाख जीवंत जन्मों पर 167 थी। यह संख्या वर्ष 2004–06 में 254 थी। इस प्रकार पिछले एक दशक में मातृ–मृत्यु दर में कुल 87 बिन्दुओं की कमी आई।

यह बड़ा परिवर्तन अनेक छोटे–छोटे परिवर्तनों से जुड़ा है। इस उपलब्धि का श्रेय दिया जा सकता है अस्पतालों, स्वास्थ्य केन्द्रों आदि में कराए गए प्रसवों और इसके लिए सरकार द्वारा दिए जाने वाले प्रोत्साहनों को। पिछले एक दशक में संस्थागत प्रसवों में 40.2 प्रतिशत की हुई वृद्धि को एक चमत्कार से कम नहीं समझा जाना चाहिए। नए आंकड़ों के अनुसार देश के ग्रामीण क्षेत्रों में अब 75 प्रतिशत से अधिक संस्थागत प्रसव कराए जा रहे हैं।

गर्भावस्था के दौरान होने वाली मां की देखभाल जच्चा और बच्चा दोनों का जीवन बचाती है। नए सर्वेक्षण के अनुसार गर्भावस्था संबंधी संपूर्ण देखभाल (ऍन्टेनेटल केयर) पाने वाली माताओं का राष्ट्रीय औसत पिछले सर्वे के मुकाबले दोगुना हो गया। हालांकि ग्रामीण क्षेत्र में यह प्रतिशत अभी भी कम है।

इन आंकड़ों का यह अर्थ निकलता है कि देश के दो अति–महत्वपूर्ण समूहों के स्वास्थ्य से जुड़े नकारात्मक सूचकांकों में

जननी सुरक्षा योजना

मिशन का एक घटक, **'जननी सुरक्षा योजना'** (जेएसवाई) संस्थागत प्रसवों को बढ़ावा देने पर आधारित एक सशर्त नगद अंतरण व्यवस्था (कंडीशनल कैश ट्रांसफर) है, जबकि **'जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम'** (जेएसएसके) के तहत संस्थागत प्रसव कराने वाली महिलाओं के प्रसव संबंधी समस्त खर्चे सरकार द्वारा उठाए जाते हैं। इन प्रयासों से सुरक्षित प्रसवों की संख्या बढ़ेगी और शिशु एवं मातृ मृत्यु दरों में कमी आती जाएगी। प्रसव–पूर्व, प्रसव के दौरान एवं प्रसवोपरांत देखभाल हेतु मां–बच्चा ट्रैकिंग (टीकाकरण सेवाओं समेत) व्यवस्था लागू की गई है।

निरन्तर कमी आ रही है और सकारात्मक सूचकांकों में बढ़ोतरी हो रही है। यह सकारात्मक परिवर्तन सरकार के निरंतर प्रयासों एवं अनेक अभिनव पहलों का परिणाम है। उनमें से कुछ प्रयासों की हम यहां चर्चा करेंगे। 'राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन' के तहत इस दिशा में अत्यंत सार्थक प्रयास किए जा रहे हैं।

बाल कुपोषण पर नियंत्रण हेतु महिला एवं बाल विकास मंत्रालय के सहयोग से शिशु एवं बच्चों की उपयुक्त आहार रीतियों को बढ़ावा दिया जा रहा है। इसी दिशा में एक नई पहल है– ग्रामीण क्षेत्रों में ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवसों का आयोजन जिनके तहत समुदाय–स्तर पर मातृ एवं बाल स्वास्थ्य संबंधी सेवाएं प्रदान की जाती हैं। यह उपाय लाभार्थियों एवं सेवाओं के बीच व्याप्त खाई को पाटने के लिए किया गया है। समुदाय–स्तर पर इसके उत्साहजनक परिणाम देखे जा रहे हैं। अति गंभीर प्रकार के बाल कुपोषण के प्रबंधन हेतु पोषण पुनर्वास केन्द्रों की स्थापना की गई है।

सर्वव्यापी टीकाकरण कार्यक्रम के तहत बच्चों को सात प्रकार की बीमारियों से बचने के टीके दिए जाते हैं। टीकाकरण सेवाओं से वंचित बच्चों के टीकाकरण के लिए उच्च प्राथमिकता वाले जिलों में 'मिशन इन्द्रधनुष' की शुरुआत की गई है। इस मिशन का लक्षित समूह वैसे बच्चे हैं जो विभिन्न कारणों से सामान्य टीकाकरण कार्यक्रम के लाभों से वंचित रह गए हैं। इस मिशन के तीन चरणों (अगस्त, 2016 तक) के तहत सरकार को कुल 5.27 करोड़ बच्चों का टीकाकरण कराने में सफलता प्राप्त हुई है जिसमें से 54.5 लाख बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण एवं 55.4 लाख गर्भवती स्त्रियों का (टेटनस टॉक्साइड) टीकाकरण सुनिश्चित किया गया। इससे बच्चों में रोगों से लड़ने की क्षमता बढ़ेगी, वे बीमारियों से बचे रहेंगे और उनकी जीवन प्रत्याशा बढ़ेगी। समुदाय–स्तर पर 0–18 आयु समूह के बच्चों के स्वास्थ्य की जांच, अग्रिम हस्तक्षेप संबंधी आवश्यकताओं के आकलन तथा संबंधित सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से 'राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम' की शुरुआत की गई है। प्रसव संबंधी मौतों की निगरानी के लिए समस्त देश में सेवा–स्तर पर एवं समुदाय–स्तर पर मातृत्व मृत्यु समीक्षा की जा रही

है। इस व्यवस्था का लक्ष्य मातृ–मृत्यु की संख्या कम करने संबंधी आवश्यक कार्रवाई करना तथा प्रसव संबंधी देखभाल/सेवाओं की गुणवत्ता में वृद्धि करना है। परिवार–स्तर पर बच्चे की बेहतर देखभाल के लिए समुदाय–स्तरीय सेवा प्रदाताओं को आवश्यक मुद्दों पर प्रशिक्षण दिया जा रहा है। इनमें प्रसव संबंधी देखभाल, नवजात शिशुओं एवं बच्चों के रोगों की देखभाल, संपूर्ण स्तनपान एवं छह वर्ष की आयु के बाद ऊपरी आहार का प्रबंधन आदि शामिल है।

सुरक्षित गर्भ एवं सुरक्षित प्रसवों के माध्यम से शिशु एवं मातृ मृत्यु दरों पर नियंत्रण पाने के उद्देश्य से 'प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान' की शुरुआत की गई है। इस राष्ट्रीय कार्यक्रम के तहत प्रसव संबंधी जटिलताएं दूर करने के लिए तकरीबन 3 करोड़ गर्भवती महिलाओं को विशेष प्रसव–पूर्व देखभाल प्रदान की जाएगी। सेवा प्रदान करने के लिए प्रत्येक माह की 9 तारीख निर्धारित की गई है। इस विशेष दिन सरकारी क्षेत्र के चिकित्सकों को सहयोग देने हेतु निजी क्षेत्र के चिकित्सकों को भी बुलाया जाता है। इस विशेष आयोजन का लाभ यह होगा कि हर गर्भवती तक आवश्यक सेवाएं पहुंचेंगी, जटिल मामलों की पहचान कर उनकी विशेष देखभाल की जा सकेगी तथा इलाज के अभाव में होने वाली मौतों को (माताओं एवं शिशुओं की) रोका जा सकेगा और अंततः मातृ एवं शिशु मृत्यु–दरों में कमी लाई जा सकेगी।

इन समुदाय आधारित हस्तक्षेपों के अतिरिक्त वर्ष 2016 में सरकार द्वारा कुछेक प्रौद्योगिकी आधारित हस्तक्षेप भी किए गए हैं जो अप्रत्यक्ष रूप से मां–बच्चा के स्वास्थ्य की देखभाल से जुड़े हुए हैं। इनमें पहला नाम लिया जा सकता है, **'किलकारी'** का। यह गर्भावस्था, प्रसव एवं शिशुओं की देखभाल से संबंधित 72 श्रव्य संदेशों का सेट है। इन संदेशों को गर्भावस्था की दूसरी तिमाही से लेकर बच्चे के एक साल के होने तक संबंधित परिवारों के मोबाइल फोन पर निःशुल्क दिया जाता है। प्रथम चरण में इस कार्यक्रम की शुरुआत झारखंड, ओडीशा, उत्तर प्रदेश, उत्तराखण्ड एवं मध्य प्रदेश व राजस्थान के उच्च प्राथमिकता वाले जिलों से की गई है। प्रौद्योगिकी आधारित एक दूसरा हस्तक्षेप है, **'मोबाइल एकेडमी'** जोकि आशा कार्यकर्ताओं के ज्ञान में वृद्धि एवं उनके संचार कौशलों के उन्नयन हेतु एक निःशुल्क श्रव्य प्रशिक्षण कार्यक्रम है। यह प्रशिक्षण आशा कार्यकर्ताओं को उनके मोबाइल फोन के माध्यम से दिया जाता है। कार्यक्रम की शुरुआत झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश जैसे अपेक्षाकृत कम विकसित राज्यों से की गई है। आशा कार्यकर्ताओं के बेहतर ज्ञान एवं कौशलों के माध्यम से यह कार्यक्रम मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य की बेहतर स्थिति तक पहुंचने में अप्रत्यक्ष योगदान देता है।

मातृ एवं शिशु/बाल स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के कुछेक सरकारी प्रयासों की यहां चर्चा की गई है। मगर यह मुद्दा केवल सरकारी प्रयासों तक ही सीमित नहीं है। कुपोषण, शिशु/बाल–मृत्यु और मातृ–मृत्यु जैसी सारी समस्याओं की जड़ें अक्सर समाज एवं संस्कृति में गहरे पैठी होती हैं। संस्थागत प्रसवों की निम्न दर, जानकारी अथवा जागरूकता की कमी, उपलब्ध सेवाओं तक पहुंच की कमी, गलत रीतियां एवं आचार–व्यवहार, ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा का निम्न स्तर, दो बच्चों के बीच वांछित अंतर की कमी, कम उम्र में विवाह, विभिन्न प्रकार की भ्रांतियां और समुदाय में फैलने वाली अफवाहें आदि ऐसे अप्रत्यक्ष कारक हैं जो मातृ एवं बाल स्वास्थ्य की चिंताजनक स्थिति को चिंताजनक ही बनाए रखते हैं। यहां पर एक उदाहरण लिया जा सकता है। देश के बहुत बड़े ग्रामीण क्षेत्र में एक गलत रीति बहुत सालों से कार्यरत है और वह रीति है, मां का पहला दूध (पीयूष) बच्चे को न देने की। इन क्षेत्रों में अक्सर ही जन्म के तुरंत बाद नवजात को पीयूष न देकर शहद या बकरी का दूध जैसे खाद्य पदार्थ दिए जाते हैं। यह रीति अनजाने में शिशुओं को अनेक प्रकार के संक्रमणों का शिकार बना डालती है। इसी प्रकार अज्ञानतावश छह महीने की आयु के बाद बच्चों को पूरक आहार न देना, भ्रान्तियों के कारण उन्हें टीकाकरण से दूर रखना, बच्चे को भोजन खिलाने से पहले हाथ न धोना आदि ऐसी अनेक रीतियां हमारे ग्रामीण क्षेत्रों विशेषकर उत्तर भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में प्रचलित हैं जिनके कारण बच्चे समुचित पोषण व बुनियादी स्वच्छता से वंचित रह जाते हैं, और विभिन्न प्रकार के रोगों और कुपोषण का शिकार होकर मौत के मुंह में समा जाते हैं।

ऐसी ही कुछ गलत रीतियां हमारे ग्रामीण क्षेत्रों में मातृ स्वास्थ्य

मां– मदर्स ऍब्सोल्यूट अफेक्शन

स्तनपान को बढ़ावा देने एवं स्तनपान पर परामर्श देने के उद्देश्य से अगस्त, 2016 में 'मां' (मदर्स ऍब्सोल्यूट अफेक्शन) नामक राष्ट्रव्यापी कार्यक्रम की शुरुआत की गई है। कार्यक्रम के तहत समुदाय–स्तरीय जागरूकता निर्माण, आशा कार्यकर्ता के माध्यम से बेहतर अंतर–वैयक्तिक संचार, प्रसव स्थानों पर स्तनपान की शुरुआत हेतु पेशेवर सहायता की उपलब्धता, स्तनपान प्रविधियों का अनुश्रवण आदि इस कार्यक्रम के मुख्य घटक हैं। संपूर्ण स्तनपान की सहायता से जहां एक ओर शिशुओं का बेहतर पोषण सुनिश्चित किया जा सकेगा, वहीं दूसरी ओर मां के दूध में मौजूद विशेष तत्वों की सहायता से शिशुओं में रोगों से लड़ने की क्षमता बढ़ेगी और कुल मिलाकर शिशु एवं बाल मृत्यु–दरों में कमी आएगी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

- एनएचएम को 2017–18 हेतु पिछले वर्ष के मुकाबले 705 करोड़ रुपये अधिक आवंटित किए गए।
- स्वास्थ्य क्षेत्र के इस सबसे अहम कार्यक्रम के तहत तैनात आशाकर्मियों को 62,047 स्वास्थ्य किट प्रदान की गई।
- 8048 आयुष डॉक्टर नियुक्त किए गए।
- स्वास्थ्य में 8205 अतिरिक्त मानव संसाधन जोड़े गए।
- डॉयल 102/104 सेवाओं हेतु 2924 वाहन उपलब्ध कराए गए।
- डॉयल 108 सेवा हेतु 923 वाहन उपलब्ध कराए।

से भी जुड़ी हैं। गर्भावस्था के दौरान समुचित खानपान की कमी, टीकाकरण एवं अन्य सुविधाओं का लाभ उठाने से हिचकिचाहट, अप्रशिक्षित हाथों द्वारा घरेलू प्रसव जैसे कुछेक कारक हैं जो गर्भवती महिलाओं के गर्भ को जटिल बनाती हैं, जिनके कारण प्रसव संबंधी मौतों की संख्या में वृद्धि होती है। इसलिए हमारा सबसे पहला सामना तो गलत व्यवहार एवं भ्रान्तियों से है जिन्हें व्यवहार परिवर्तन संचार से क्रमबद्ध तरीके से दूर किया जा सकता है। इसलिए इस दिशा में सरकारी प्रयासों के अतिरिक्त समुदाय स्तर पर कुछ अलग प्रकार के प्रयासों की भी उतनी ही आवश्यकता है। **सबसे पहली आवश्यकता है, समुदाय–स्तर पर व्यवहार परिवर्तन की ताकि सरकारी प्रयासों को समुदाय–स्तर पर सकारात्मक रूप से अंगीकार किया जा सके। इस दिशा में समुदाय–स्तर के कार्यकर्ताओं तथा अन्य समुदाय–स्तर के 'चेंज एजेंट्स' की पहचान कर उन्हें सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन के मुद्दे पर प्रशिक्षित किया जा सकता है।** इसके अतिरिक्त प्रशिक्षण के लिए समुदाय के शिक्षित युवाओं को भी चुना जा सकता है। यह प्रशिक्षित स्वयंसेवक यदि नियमित रूप से समुदाय के लक्षित समूहों से बात करें, उनके घरों में जाकर अच्छी रीतियां अपनाने के लिए प्रेरित करें तो इस कदम के निश्चित ही अच्छे परिणाम सामने आएंगे।

इस संदर्भ में एक कुशल रणनीति यह होगी कि भ्रांतियों को हम अपनी ही परंपराओं से तोड़ें। छह माह के बच्चों का अन्नप्राशन कराना हमारी परंपरा है। इस परंपरा को प्रत्येक माह समुदाय–स्तर पर एक विशेष दिवस के रूप में मनाया जा सकता है जिसमें छह माह और उससे अधिक उम्र के बच्चों और उनके अभिभावकों की सहभागिता हो। सरकारी पदाधिकारी एवं क्षेत्र के अन्य गणमान्य व्यक्ति यदि बच्चों का अन्न–प्राशन कराएं तो यह अपने–आप में एक सकारात्मक संदेश होगा और लोगों को समझ में आ जाएगा कि छः माह के बाद बच्चों को ऊपरी आहार दिया जाना आवश्यक है। धीरे–धीरे यह परंपरा लोगों की आदत का अंग बनेगी और बाल कुपोषण में कमी आएगी। इसी प्रकार गर्भवती महिलाओं को स्तनपान, शिशु की देखरेख, सुरक्षित प्रसव, जच्चा–बच्चा देखभाल आदि विषयों पर मनोरंजक ढंग से जानकारी देने के लिए समुदाय–स्तर पर अथवा आंगनबाड़ी केन्द्रों में 'गोदभराई' का उत्सव आयोजित किया जा सकता है। परंपराओं के माध्यम से दिए गए संदेश समुदाय–स्तर पर अच्छे ढंग से ग्रहण किए जाएंगे।

समुदाय स्तर पर लोगों के व्यवहार, आदतों, रीतियों आदि में सकारात्मक परिवर्तन लाना एक कठिन कार्य है लेकिन यही इन समस्याओं को दूर करने का रामबाण भी है। इस लंबी लड़ाई में सरकार का साथ देने के लिए स्वयंसेवी संस्थाओं, शैक्षणिक संस्थाओं, मीडिया से लेकर समाज के विभिन्न वर्गों को आगे आना होगा। सरकार द्वारा मुहैया कराई गई सेवाओं एवं सुविधाओं की शत–प्रतिशत सार्थकता तभी सिद्ध हो सकती है जब समुदाय स्वयं आगे बढ़कर उनका लाभ उठाए, उन्हें अपने जीवन का अंग बनाए। इसके लिए आपूर्ति (सरकारी सुविधाएं) एवं मांग (समुदाय स्तर से) के बीच की खाई को पाटे जाने की आवश्यकता है

(लेखिका वरिष्ठ पत्रकार हैं।)
ईमेल : hena.naqvipti@gmail.com

भारत नवजात कार्ययोजना (आईएनएपी)

- सितंबर 2014 से शुरू।

उद्देश्य : 2030 तक शिशु मृत्यु दर (एनएमआर) मृत शिशु जन्म दर को एकल अंक पर लाना।

जिला–स्तर पर 661 विशेष नवजात शिशु देखभाल इकाईयां (एसएनसीयू) 232 नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाईयां (एनबीएसयू) पहले रेफरल यूनिट स्तर पर।

डिलीवरी के तत्काल बाद शिशु की देखरेख हेतु 18323 नवजात देखभाल कार्नर कार्यरत (एनबीसीसी)।

किलकारी

- किलकारी मोबाइल एप्लीकेशन की शुरुआत गर्भावस्था, प्रसव तथा देखभाल के बारे में साप्ताहिक संदेश पहुंचाने के उद्देश्य से की गई।
- 41 लाख से अधिक लाभार्थियों ने 'किलकारी' सेवाओं के लिए मो–टेक प्लेटफार्म के लिए सबस्क्राइब किया।
- लाभार्थियों को करीब 5 करोड़ 97 लाख कॉल किए गए और करीब 5 करोड़ 90 लाख मिनट की कॉल सेवा दी गई।

नारी शक्ति : स्वस्थ राष्ट्र के लिए स्वस्थ माताएं

- मातृत्व लाभ (संशोधन) अधिनियम 2017 के तहत अधिकतम मातृत्व अवकाश की अवधि 12 हफ्ते से बढ़ाकर 26 हफ्ते की गई।
- गर्भवती महिलाओं के पोषण हेतु 6000 रुपये की मातृत्व सहायता दी जाएगी।
- प्रधानमंत्री सुरक्षित मातृत्व अभियान।
- सुरक्षित गर्भावस्था को सामाजिक आंदोलन बनाना।

सार्वजनिक समुचित पोषण : वर्तमान स्थिति एवं आगामी दृष्टिकोण

–डॉ. संतोष जैन पासी
–आकांक्षा जैन

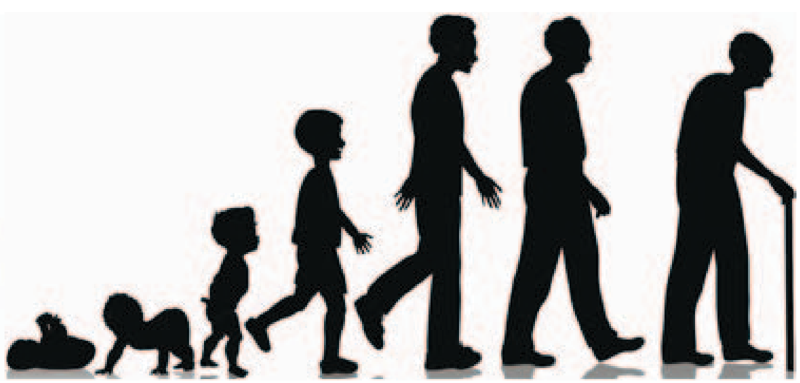
स्वस्थ रहने के लिए उचित पोषण का अत्यधिक महत्व होने के कारण सभी के लिए पोषण (न्यूट्रिशन फॉर ऑल) एक बेहतर रणनीति सिद्ध होगी। अतः न्यूट्रिशन फॉर ऑल का नारा केवल एक नारा ही न रहकर एक सर्वव्यापी मिशन बनना चाहिए ताकि सार्वजनिक पोषण एवं स्वास्थ्य अपने उच्चतम छोर तक पहुंच सके और लोगों को खुशहाल, शांतिपूर्ण और सार्थक जिंदगी जीने की ओर अग्रसर कर सके।

उचित पोषण न केवल व्यक्तिगत स्वास्थ्य और विकास पर ही अपितु सम्पूर्ण मानव–जाति के स्वास्थ्य, विकास एवं उत्पादन क्षमता पर भी सकारात्मक प्रभाव डालता है, अतः इससे होने वाला अच्छा असर दूरदराज तक देखा जा सकता है। उचित पोषण, मानव कल्याण की कुंजी है परन्तु आज भी दुनिया भर में बहुत से लोग कुपोषण से ग्रस्त हैं। कुपोषण एक जटिल समस्या है जिसके अंतर्गत दोनों– अल्प–पोषण (अंडर–न्यूट्रिशन) और अति–पोषण (ओवर–न्यूट्रिशन) से होने वाली समस्याएं आती हैं। जहां अल्प–पोषण मुख्यतः गरीबी, निरक्षरता, जागरूकता एवं साधनों की कमी, भोजन की अनुपलब्धता जैसे कई एक कारणों से होता है। वहीं अति–पोषण के मुख्य कारण हैं– आधुनिकीकरण, मशीनीकरण व औद्योगीकरण के चलते अनुचित जीवनशैली पद्धतियां विशेषकर आवश्यकता से अधिक खाना और शारीरिक गतिविधियों की कमी, मोटापा, शराब का अधिक सेवन, तंबाकू सेवन/धूम्रपान, मानसिक तनाव इत्यादि।

अगर हम बच्चों में ही देखें, खासतौर पर छोटे बच्चों में, अत्यधिक कुपोषण सबके लिए चिंता का विषय बना हुआ है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–4 के अनुसार 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों में कुपोषण के कारण, करीबन 35.7 प्रतिशत में शारीरिक वजन की कमी और करीबन 38.4 प्रतिशत में कद–काठी की कमी और अत्यधिक कुपोषण के कारण 21 प्रतिशत बच्चों में वजन एवं कद–काठी दोनों की ही कमी पाई गई है। इनके अतिरिक्त, लगभग 58.4 प्रतिशत बच्चों में अनीमिया (आयुः 6–58 माह, हीमोग्लोबिन स्तरः 11.0 ग्राम/डैसिलीटर) रिपोर्ट किया गया है। इसके अनुरूप, बच्चों व किशोर/किशोरियों में अत्यधिक वजन/मोटापे की समस्या भी दिन–प्रतिदिन बढ़ती जा रही है जो आगे चलकर इनके जीवनकाल में गैर–संक्रामक रोगों की सम्भावना को कई गुना बढ़ा देती है। यह तथ्य इस बात को दर्शाते हैं कि हमारे देश में छोटे बच्चों व किशोर/किशोरियों के पोषण एवं अच्छे स्वास्थ्य के लिए हमें एकजुट होकर एड़ी–चोटी का जोर लगाकर काम करने की आवश्यकता है।

इसी प्रकार दूसरे आयु वर्गों में भी कुपोषण की दर काफी अधिक देखी गई है। उदाहरण के तौर पर 20.2 प्रतिशत व्यस्क पुरुषों व 22.9 प्रतिशत महिलाओं में वजन की कमी पाई गई है और इसके विपरीत 18.6 प्रतिशत व्यस्क पुरुष व 20.7 प्रतिशत महिलाएं अधिक वजन या मोटापे से ग्रस्त पाए गए हैं। अनीमिया या रक्तहीनता की समस्या भी कुपोषण को दर्शाती है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–4 के आंकड़े इस बात का प्रमाण हैं कि हमारे देश में महिलाओं में यह समस्या गंभीर रुप ले चुकी है– लगभग 53 प्रतिशत महिलाएं अनीमिया (आयुः 15–48 वर्ष, हीमोग्लोबिन स्तरः 10.0 ग्राम/डैसिलीटर) की शिकार हैं। यही नहीं, गर्भावस्था में आयरन–फोलिक एसिड अनुपूरक बांटने के बावजूद, 50.3 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं भी अनीमिया (आयुः 15–48 वर्ष, हीमोग्लोबिन स्तरः 11.0 ग्राम/डैसिलीटर) से ग्रस्त हैं।

जीवनचक्र के एक अहम चरण 'किशोरावस्था' में मनोवैज्ञानिक, बौद्धिक, संज्ञानात्मक और भावनात्मक विकास के साथ–साथ शारीरिक वृद्धि एवं विकास भी तीव्र गति से होता है जिनके



फलस्वरूप उनकी पोषक तत्वों की जरूरतें बहुत बढ़ जाती हैं। जनगणना (2011) के अनुसार भारत में करीब 25.3 करोड़ किशोर व किशोरियां हैं (कुल जनसंख्या का 1/5वां हिस्सा) जिनको उचित पोषण, शिक्षा, परामर्श और सही मार्गदर्शन देना अति आवश्यक है। जीवनकाल में किसी अन्य अवस्था की तुलना में किशोर/किशोरियों की पोषक–तत्वों की जरूरतें कहीं अधिक होती हैं। जब कि बाल्यकाल में लड़के व लड़कियों की जरूरतें समान होती हैं, किशोरावस्था में किशोर एवं किशोरियों की पोषक तत्वों की आवश्यकताएं काफी हद तक भिन्न होती हैं और लड़कों की जरूरतें लड़कियों से ज्यादा होती हैं। इस अवस्था के दौरान पर्याप्त व उचित पोषण अति आवश्यक है और किशोरों की पोषण संबंधी जरूरतों को संबोधित करके अंतरजन्य कुपोषण, गैर–संक्रामक रोग (हृदय रोग, कैंसर, डायबिटीज, सांस की बीमारियां इत्यादि) तथा गरीबी के दुष्चक्र को भी तोड़ा जा सकता है। किशोरावस्था में मां बनने वाली बालिकाओं को दोहरा बोझ ढोना पड़ता है– अपने खुद की वृद्धि एवं विकास के साथ–साथ गर्भाशय में पल रहे भ्रूण या फिर शिशु का विकास/वृद्धि भी शामिल हो जाते हैं। यह दोहरा बोझ, हमारे देश की किशोरियों में मौजूदा कुपोषण को और भी अधिक बढ़ा देता है। अतः बालिकाओं/किशोरियों और महिलाओं (गर्भावस्था के पहले और गर्भावस्था के दौरान, प्रसव के तुरंत बाद तथा धात्री माता) के लिए पर्याप्त व उचित पोषण अत्यधिक महत्वपूर्ण है। वैज्ञानिक सबूत व तथ्य इस बात को दर्शाते हैं कि भ्रूण में पोषण की कमी तथा आगे चलकर होने वाली विभिन्न गैर–संक्रामक बीमारियों में एक गहरा सम्बन्ध है। अतः जीवन के पहले 1000 दिनों (गर्भधारण से लेकर बच्चे के दूसरे जन्मदिन तक) में अच्छा पोषण सुनिश्चित करना अत्यंत महत्वपूर्ण है।

हालांकि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों ने कुपोषण सम्बन्धी मुद्दों को सम्बोधित किया था परन्तु संधारणीय विकास लक्ष्यों में, विशेष रूप से एस.डी.जी.के लक्ष्य–2, लक्ष्य–3 व लक्ष्य–6, इन्हीं मुद्दों पर खासतौर पर केंद्रित हैं। एस.डी.जी.लक्ष्य–2 के मुताबिक सभी देशों को चाहिए कि भुखमरी के अंत के साथ–साथ खाद्य सुरक्षा तथा सबके लिए बेहतर पोषण हासिल करें और संधारणीय कृषि को बढ़ावा दें और एस.डी.जी. लक्ष्य–3 के अंतर्गत सभी आयु वर्ग के लोगों में स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करें एवं उनकी अच्छी देखभाल को बढ़ावा दें तथा एस.डी.जी. लक्ष्य–6 का मुख्य उद्देश्य है सबके लिए स्वच्छ वातावरण के साथ–साथ पीने के पानी की उपलब्धता एवं संधारणीय प्रबंध सुनिश्चित करना।

हमारे देश में कुपोषण जैसी समस्याओं को हल करने के लिए कई एक प्रयास किए जाते रहे हैं और आज भी किए जा रहे हैं। एस.डी.जी.के लक्ष्यों को मद्देनजर रखते हुए हमें न केवल इन प्रयासों को बढ़ावा देना है और इनकी कार्यपद्धति को बेहतर बनाना है अपितु कुछ नए कार्यक्रम और नीतियां भी चालू करनी चाहिए ताकि हमारा देश भी गर्व से कह सके कि हम विश्व द्वारा निर्धारित लक्ष्यों को पाने में काफी हद तक सफल रहे हैं।

निम्नलिखित कुछ एक ऐसे कार्यक्रम हैं जो विशेष तौर पर बच्चों व किशोरियों में कुपोषण सम्बन्धी समस्याओं को सम्बोधित करके उनके पोषण–स्तर को बेहतर बनाने की ओर अग्रसर हैंः

- समेकित बाल विकास सेवाएं (आई. सी. डी. एस.)–इस बुनियादी कार्यक्रम के अंतर्गत छह वर्ष से कम के बच्चों, गर्भवती महिलाओं और धात्री माताओं को पूरक पोषण, टीकाकरण/रोग–प्रतिरक्षा, स्वास्थ्य जांच सेवाएं, रेफरल सेवाएं, स्कूल–पूर्व अनौपचारिक शिक्षा और पोषण और स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की जाती है। इनके अतिरिक्त प्रजनन आयु की अन्य महिलाओं (15–45 वर्ष) को भी पोषण व स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की जाती है।
- मध्याह्न भोजन योजना (मिड–डे–मील स्कीम)– प्रारंभिक शिक्षा से लेकर कक्षा 8 तक के छात्र/छात्रों के लिए यह अति महत्वपूर्ण योजना है। इसका मुख्य उद्देश्य है स्कूल में बच्चों का नामांकन बढ़ाना एवं उनकी उपस्थिति बनाए रखना और साथ ही बच्चों के पोषण–स्तर में सुधार लाना। हाल ही में, दिल्ली के सरकारी स्कूलों में बारहवीं कक्षा तक की छात्राओं को मध्याह्न भोजन/मिड–डे मील देने का प्रावधान किया गया है।
- किशोरी शक्ति योजना का लक्ष्य 11–18 वर्ष की लड़कियों के स्वास्थ्य, पोषण एवं शैक्षिक–स्तर में सुधार लाना है।
- राजीव गांधी किशोरी सशक्तीकरण योजना (सबला) विशेषकर गैर–स्कूली किशोरियों (11–18 वर्ष) की स्वास्थ्य एवं पोषण सम्बन्धी आवश्यकताओं को सम्बोधित करती है। इसके तहत, किशोरियों को आयरन–फोलिक एसिड अनुपूरक देना, पोषण/स्वास्थ्य सम्बंधित शिक्षा प्रदान करना और प्रजनन/यौन स्वास्थ्य एवं जीवन कौशल शिक्षा शामिल है। साथ ही 16 वर्ष से अधिक आयु की लड़कियों को राष्ट्रीय कौशल विकास

राष्ट्रीय किशोर स्वास्थ्य कार्यक्रम

- 3.2 करोड़ बच्चों को हर हफ्ते आयरन फोलिक की गोलियां दी गई।
- मासिक धर्म के दौरान स्वच्छता योजना के तहत सैनिटरी नेपकिन की विकेंद्रित खरीद के लिए 87 करोड़ रुपये दिए गए।
- कवर क्षेत्र– पोषण, यौन और प्रजनन स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य।

कार्यक्रम के अंतर्गत व्यावसायिक प्रशिक्षण भी दिया जाता है।

- एनीमिया जैसी चिंताजनक समस्या के समाधान हेतु, जनवरी 2013 में स्वास्थ्य, शिक्षा और महिला एवं बाल विकास मंत्रालयों ने एकजुट होकर राष्ट्रीय साप्ताहिक आयरन एवं फोलिक एसिड अनुपूरक कार्यक्रम की शुरुआत की जिसका लक्ष्य करीब 1.3 करोड़ किशोर व किशोरियों को लाभ पहुंचाना है।

स्वास्थ्य सम्बन्धी कुछ अन्य कार्यक्रम

- मिशन इन्द्रधनुष (0–2 वर्ष तक के बच्चों को सात प्रकार की बीमारियों– डिप्थीरिया, काली खांसी, टेटनस, क्षयरोग, पोलियो, हेपेटाइटिस बी, खसरा इत्यादि से बचाव के लिए टीकाकरण और गर्भवती महिलाओं को टेटनस से बचाव के लिए टीकाकरण)
- 'बेटी बचाओ, बेटी पढ़ाओ' योजना (बालिकाओं का संरक्षण सुनिश्चित करना एवं उन्हें सशक्त बनाना)
- मासिक–धर्म स्वच्छता योजना (ग्रामीण किशोरियों को मासिक–धर्म सम्बन्धी स्वच्छता के विषय में जागरूक करना)
- बालिका समृद्धि योजना (किशोरियों की शादी–आयु में वृद्धि लाने हेतु अधिक से अधिक बालिकाओं का स्कूल में नामांकन करवाना और उनके स्कूली अवधारण हेतु शिक्षा प्रणाली में उचित सुधार लाना)
- किशोरावस्था प्रजनन और यौन स्वास्थ्य सेवाएं (किशोर–किशोरियों में यौन उत्पीड़न, मादक पदार्थों के सेवन व आत्महत्या जैसी घटनाओं को रोकने एवं प्रजनन/यौन सम्बन्धी जानकारी प्रदान करना)

हालांकि मौजूदा कार्यक्रम बच्चों/किशोरियों के टीकाकरण, खाद्य–अनुपूरण के साथ–साथ पोषण/स्वास्थ्य व यौन–प्रजनन सम्बन्धी शिक्षा, अनीमिया नियंत्रण एवं उपाय/परामर्श जैसी सेवाओं पर केंद्रित हैं किन्तु इन सेवाओं की पहुंच व उपलब्धता काफी हद तक सीमित है या फिर उतनी असरदार नहीं है। अतः बच्चों/किशोरियों की जरूरतों को ध्यान में रखते हुए एक व्यापक और प्रभावशाली कार्यक्रम को स्वास्थ्य प्रणाली में लाने की सख्त आवश्यकता है और किशोर/किशोरियों के हितैषी क्लीनिकों की सर्वव्यापकता की सिफारिश की गई है।

बचपन/किशोरावस्था में देर तक टेलेविजन देखने या कंप्यूटर आदि पर काम करने का सीधा सम्बन्ध है मोटापे/अत्यधिक वजन, सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी, स्वास्थ्य बिगड़ना, धूम्रपान तथा बढ़ा हुआ कोलेस्ट्रॉल स्तर आदि। मानसिक विकार एक ऐसा अनदेखा तथ्य है जिसके चलते हाल ही के वर्षों में किशोरों की मृत्यु व रोग दर में काफी वृद्धि हुई है। अतः बच्चों/किशोरों की भोजन एवं स्वास्थ्य सम्बन्धी आदतों तथा जीवनशैली पद्धतियों में सुधार लाने की अत्यंत आवश्यकता है और इस महत्वपूर्ण मुद्दे को सम्बोधित करने में स्कूल प्रणाली, अनौपचारिक शिक्षा केंद्र, गैर–सरकारी संस्थान तथा सार्वजानिक संचार माध्यम (टेलीविजन, रेडियो, वेबकास्ट, अखबार, आदि) अहम भूमिका निभा सकते हैं।

सघन दस्त नियंत्रण पखवाड़ा

लक्ष्य : छोटे बच्चों की डायरिया से मौत का आंकड़ा शून्य तक लाना।

- ये कार्यक्रम वर्ष 2014 से लागू है।
- वर्ष 2014 से पांच वर्ष से कम आयु के 14.7 करोड़ बच्चों को 'आशा' कार्यकर्ताओं द्वारा ओआरएस घोल पिलाया जा चुका है।

स्कूल में पढ़ने वाले व गैर–स्कूली बच्चों को पाठ्यक्रम के अंतर्गत या गैर–पाठ्यक्रम गतिविधियों के माध्यम से जीवनशैली सम्बंधित शिक्षा प्रदान की जानी चाहिए ताकि अधिक से अधिक लोग पोषण व स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी से लाभान्वित हो सकें। इन प्रयासों को कार्यान्वित करने में शिक्षकों, प्रधानाचार्यों तथा प्रशिक्षुओं के प्रशिक्षकों की अहम भूमिका है। अतः स्कूल प्रणाली के माध्यम से पोषण एवं स्वास्थ्य सम्बन्धी शिक्षा न सिर्फ स्कूली बच्चों के लिए अपितु उनके माता–पिता एवं सारे समाज तक भी पहुंचाई जा सकती हैं। शिक्षक–अभिभावकों की बैठक के दौरान अभिभावकों को स्वास्थ्य, पोषण एवं स्वच्छता सम्बन्धी जानकारी प्रदान की जानी चाहिए। साथ ही, स्वास्थ्य और पोषण सम्बन्धी शिक्षा को मजबूत करने और अधिक से अधिक दिलचस्पी से प्रदान करने की ओर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए। स्कूल के गिने–चुने बच्चों को पोषण स्काउट का दर्जा देकर उन्हें कुपोषित बच्चों के बारे में सूचना एकत्रित करने की ओर लक्षित किया जा सकता है। इसी संदर्भ में, भारतीय खाद्य सुरक्षा एवं मानक प्राधिकरण ने पोषण एवं आहार विशेषज्ञों द्वारा जन–जन तक पोषण व स्वास्थ्य सम्बन्धी शिक्षा पहुंचाने के लिए एक अच्छा कदम उठाया है। चूंकि मनोरंजन से जुड़ी शिक्षा अधिक प्रभावशाली होती है, स्वास्थ्य व पोषण सम्बन्धी जानकारी को मनोरंजन से विलय करके अधिक से अधिक दिलचस्प बनाया जा सकता है– और इसके लिए प्रतिभागियों/श्रोताओं/दर्शकों की उम्र, आवश्यकताएं व परिस्थितियां ध्यान में रखना बहुत जरूरी है। हमें चाहिए कि बच्चों में शुरू से ही स्वास्थ्य व पोषण सम्बन्धी अच्छी आदतें डाले जिसके लिए माता–पिता के साथ–साथ स्कूल के अध्यापकगण एवं स्वास्थ्य एवं पोषण सम्बन्धी हर कार्यकर्ता जैसे आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, 'आशा', स्वास्थ्य

विभाग के कार्यकर्ता व गैर–सरकारी संस्थानों के कार्यकर्ता मुख्य भूमिका अदा कर सकते हैं। पोषण व स्वास्थ्य सम्बन्धी शिक्षा एक दीर्घकालिक नीति है जिसका प्रभाव धीमा परन्तु स्थायी होता है तथा आत्मनिर्भरता को बढ़ाता है।

उत्तम स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाएं, समय पर उचित जांच और इन सबसे बढ़कर सबके लिए समुचित पोषण हमारे अच्छे स्वास्थ्य एवं पोषण–स्तर के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण है। अगर देश के बल्कि संसार के सब लोगों का पोषण और स्वास्थ्य–स्तर अच्छा होगा तो हर कोई न केवल बीमारियों से ही बचा रहेगा अपितु उनकी अच्छी वृद्धि/विकास और मानसिक संतुलन के कारण उत्पादकता भी चरम छुएगी और देश–विदेश में खुशहाली भी बनी रहेगी। इसके अतिरिक्त बीमारियों और अस्वस्थतता–सम्बन्धी व्यय में बचत होने के कारण देश की अर्थव्यवस्था में कई गुना सुधार आएगा और लोगों के जीवन की गुणवत्ता भी कई गुना बेहतर होगी। देश के भावी नागरिक–बच्चों/किशोरों के पोषण व स्वास्थ्य की ओर किए गए प्रयास और ज्यादा रंग लाएंगे और देश की आने वाली पीढ़ियों को अधिक सशक्त बनने में सहायक सिद्ध होंगे। अतः न्यूट्रिशन फॉर ऑल का नारा केवल एक नारा ही न रहकर एक सर्वव्यापी मिशन बनना चाहिए ताकि सार्वजनिक पोषण एवं स्वास्थ्य अपने उच्चतम छोर तक पहुंच सके और लोगों को खुशहाल, शांतिपूर्ण और सार्थक जिंदगी जीने की ओर अग्रसर कर सकें।

आइए, हम सब हाथ से हाथ मिलाएं और भारत को न केवल समृद्ध देश ही अपितु एक स्वस्थ, खुशहाल एवं कुशल नागरिकों का राष्ट्र बनाएं!!

(लेखिका क्रमशः सार्वजनिक स्वास्थ्य–पोषण विशेषज्ञ एवं पूर्व निदेशक, इंस्टीट्यूट ऑफ होम इकोनोमिक्स, दिल्ली विश्वविद्यालय और पब्लिक हेल्थ न्यूट्रीशन डिवीजन, एल एस टेकवेंचर्स लिमिटेड, गुरुग्राम, हरियाणा में अनुसंधान अधिकारी हैं।)

ई–मेल : sjpassi@gmail.com

राष्ट्रीय स्वास्थ्य पोर्टल (एनएचपी)

स्वास्थ्य संबंधी जानकारी हेतु नागरिक पोर्टल (वर्तमान में छह भाषाओं में उपलब्ध)

टोल फ्री नं. 1800–180–1104 पर स्वास्थ्य संबंधी जानकारी दी जाती है। एनएचपी का मोबाइल एप भी शुरू किया गया है।

CHANAKYA IAS ACADEMY®

CHANAKYA IAS ACADEMY
Nurturing Leaders of Tomorrow
SINCE-1993

24 Years of Excellence, Extraordinary Results every year, more than 3000 selections in IAS, IFS, IPS and other Civil Services so far...

A Unit of CHANAKYA ACADEMY FOR EDUCATION AND TRAINING PVT. LTD.

under the direction of Success Guru AK Mishra

IAS 2018

Upgraded Foundation Course™

A Complete solution for Prelims, Mains & Interview

- Special modules on administrative traits by Success Guru AK Mishra & retired civil servants
- Intensive Classes with online support
- Offline/ Online test series for Prelims & Mains
- Pattern proof teaching
- Experienced faculty
- Hostel assistance

Separate classes in Hindi & English medium

Batches Starting From

10th JUNE, 10th JULY, 10th August - 2017

Weekend Batches & Postal Guidance Also Available

To Reserve your seat - Call: 1800-274-5005 (Toll Free)

www.chanakyaiasacademy.com | enquiry@chanakyaiasacademy.com

HO/ South Delhi Centre: • 124, Satya Niketan, Opp. Venkateshwara College, Near Dhaula Kuan, Ph: 011-64504615, 9971989980/ 81
North Delhi Centre: • Near Gate No.1, GTB Nagar Metro Station, 103 & 105, Kingsway Camp, Mall Road, Ph:9711494830

Also at

• 1596, Outram Line, Kingsway Camp, Ph: 011-27607721, 9811671844/ 45

Our Centres-
Ahmedabad: 301, Sachet III, 3rd Floor, Mirambika School Road, Naranpura, Ph: 7574824916
Chandigarh: SCO - 45 - 48, 2nd Floor, Sector 8 C, Madhya Marg, Ph: 8288005466
Guwahati: Building No. 101, Maniram Dewan Road, Silpukhuri, Near SBI evening branch, Kamrup, Ph: 8811092481
Hazaribagh: 3rd Floor, Kaushaliya Plaza, Near Old Bus Stand, Ph: 9771869233
Jammu: 47 C/C, Opposite Mini Market, Green Belt, Gandhi Nagar, Ph: 8715823063
Jaipur: Felicity Tower,1st Floor, Plot no- 1, Above Harley Davidson Showroom, Sahakar Marg, Ph: 9680423137
Ranchi : 1st Floor, Sunrise Forum, Near Debuka Nursing Home, Burdhwan Compound, Lalpur, Ph: 9204950999, 9771463546
Rohtak: DS Plaza, Opp. Inderprastha Colony, Sonipat Road, Ph: 8930018880
Patna: 304, 3rd Floor, above Reliance Trends, Navyug Kamla Business park, East Boring Canal Road, Ph: 8252248158
Allahabad: 10B/1, Data Tower, 1st Floor, Patrika Chauraha,Tashkand marg, Civil Lines, Ph: 9721352333

चेतावनी

छात्रों/अभ्यर्थियों को एतद्द्वारा आगाह किया जाता है कि कुछ असम्बद्ध संस्थाएं ऐसे टेडमार्क/टेडनेम का इस्तेमाल कर रही हैं जो चाणक्य आईएएस एकेडमी/चाणक्य एकेडमी (1993 से सक्सेस गुरु एके मिश्रा के मार्गदर्कान में प्रोन्नत) के टेडमार्क/टेडनेम के समरूप/भ्रामक समान हैं। हम इसके द्वारा यह घोषणा करते हैं कि ये संस्थाएं हमसे सम्बद्ध नहीं हैं तथा ऐसी संस्थाओं के विरूद्ध कानूनी कार्रवाई पहले से ही शुरू कर दी गयी है। सभी छात्रों को नामांकन कराने के पूर्व ऐसी एकेडमी/अध्ययन केन्द्र/संस्थान की प्रामाणिकता की पुष्टि कर लेनी चाहिए और अनुरोध किया जाता है कि समरूप/भ्रामक रूप से समान टेडमार्क/टेडनेम के तहत हो रही ऐसी किसी भी गतिविधि के बारे में 09650299662/3/4 पर फोन कर तथाinfo@chanakyaacademygroup.comपर ईमेल भेजकर हमें सूचित करें।

तकनीक की मदद से होगी स्वास्थ्य क्षेत्र में क्रांति

–बालेन्दु शर्मा दाधीच

जो नई तकनीकी अवधारणाएं स्वास्थ्य के क्षेत्र में क्रांति करने की संभावना रखती हैं, उनमें मोबाइल स्वास्थ्य या एम–हेल्थ प्रमुख हैं। भारत में मोबाइल फोन उपभोक्ताओं की संख्या एक अरब के आसपास पहुंच चुकी है। इस परिदृश्य को ध्यान में रखते हुए सोचिए कि स्मार्टफोनों के माध्यम से स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने में महारथ हासिल कर लिए जाने पर देश में कितनी बड़ी स्वास्थ्य क्रांति घटित हो सकती है।

भारत में स्वास्थ्य संबंधी अवसंरचना का 75 प्रतिशत हिस्सा शहरी क्षेत्रों में केंद्रित है जबकि देश की 75 प्रतिशत से अधिक आबादी गांवों में रहती है। देश के कुल डॉक्टरों का सिर्फ 3 प्रतिशत हिस्सा ही इन गांवों तक पहुंचता है। निष्कर्ष यह कि जहां देश के 97 प्रतिशत डॉक्टर और 75 फीसदी आधारभूत स्वास्थ्य सुविधाएं भारत की 25 फीसदी आबादी को चिकित्सा सुविधाएं मुहैया कराने में लगी हैं, वहीं 75 फीसदी आबादी के हिस्से में सिर्फ तीन फीसदी डॉक्टर और 25 फीसदी आधारभूत सुविधाएं (अस्पताल, जांच केंद्र आदि) आती हैं।

ये आंकड़े स्पष्ट करते हैं कि ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने में तकनीक का कितना अहम हाथ हो सकता है। ग्रामीण स्वास्थ्य के संदर्भ में तकनीक की भूमिका कई तरह की हो सकती है। मिसाल के तौर पर टेली मेडिसिन, जो दूरसंचार तकनीक का इस्तेमाल करते हुए रोगी और डॉक्टर के बीच अंतर पाटने के लिए प्रभावी पुल का काम कर सकती है।

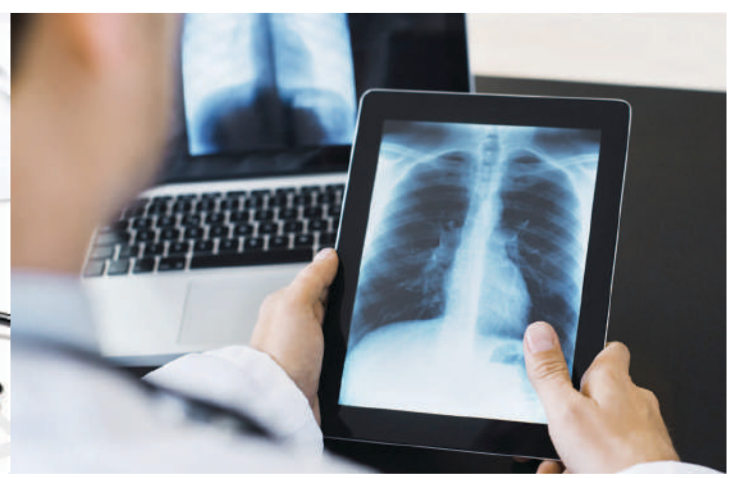
टेली मेडिसिन का दायरा टेलीफोन के जरिए डॉक्टरों तक पहुंच उपलब्ध कराने तक सीमित नहीं है। इसके दायरे में टेली–रेडियोलॉजी, टेली–आईसीयू और टेली सर्जरी तक की चीजें आती हैं। केंद्र और राज्य सरकारों की तरफ से टेली मेडीसिन को भारत की स्वास्थ्य सुविधाओं संबंधी चुनौतियों के दीर्घकालीन समाधान के रूप में आगे बढ़ाया जा रहा है।

अपने स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों, प्रगति और गिरावट पर नजर रखने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले साधन एक और क्षेत्र है जहां तकनीक की उपयोगी भूमिका है। आजकल ऐसे यंत्र लोकप्रिय हो रहे हैं जो रोगी की हृदय गति, नींद, वजन, व्यायाम, आहार आदि की निगरानी करते रहते हैं और कहीं भी कोई आपत्तिजनक स्थिति दिखने पर तुरंत इसकी खबर भी कर देते हैं। वे कई दिनों की स्थितियों की तुलना करने में भी सक्षम हैं और सूचनाओं को सहेज भी सकते हैं। शहरी इलाकों में ऐसे यंत्र काफी लोकप्रिय हैं लेकिन अब वे गांवों तक भी पहुंच रहे हैं।

इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड्स (ई. एच. आर.) भी काबिले जिक्र है जिसके तहत रोगी के स्वास्थ्य के तमाम पहलुओं को डिजिटल रूप में सहेज कर रखा जाता है। इसमें रोगी के स्वास्थ्य परीक्षणों, सेहत में उतार–चढ़ाव, पिछले परामर्शों आदि का ब्यौरा डिजिटल माध्यमों पर मौजूद रहता है। इस तरह की सूचनाओं के खोने की आशंका नहीं होती और डॉक्टरों के लिए उनका विश्लेषण तथा निगरानी करना आसान हो जाता है।

तकनीक ने व्यापक–स्तर पर स्वास्थ्य संबंधी आंकड़ों को इकट्ठा करना भी आसान बना दिया है। पहले यह आसान नहीं था किंतु इंटरनेट और मोबाइल जैसे माध्यमों के आने के बाद दूरस्थ सूचनाओं को संग्रहित करना और बाद में सार्वजनिक स्वास्थ्य हित में उनका विश्लेषण करना आसान हो गया है।

जो नई तकनीकी अवधारणाएं स्वास्थ्य के क्षेत्र में क्रांति करने की संभावना रखती हैं, उनमें मोबाइल स्वास्थ्य या एम–हेल्थ का प्रमुख है। भारत में मोबाइल फोन उपभोक्ताओं की संख्या एक अरब के आसपास पहुंच चुकी है। इसी तरह करीब 40 करोड़ लोगों को इंटरनेट की सुविधा प्राप्त हो चुकी है। दुनिया भर में किसी भी देश की तुलना में भारत में सबसे सस्ती मोबाइल सेवाएं हैं। 3 जी सेवाएं



आई.टी. संबंधी पहल

स्वच्छ भारत मोबाइल एप्लीकेशन– "स्वच्छ भारत मोबाइल एप्लीकेशन" नागरिकों को विश्वसनीय व वांछित स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं प्रदान कर उन्हें सशक्त करेगा। यह एप्लीकेशन स्वस्थ जीवनशैली, बीमारियों की पूरी जानकारी, लक्षण, उपचार के विकल्प, प्राथमिक उपचार और जन–स्वास्थ्य चेतावनियों से अवगत कराएगा। यह एंड्रोयड आधारित मोबाइल एप्लीकेशन है जिसे 2.3 या अधिक वर्जन वाले एंड्रोयड ओएस में इंस्टॉल किया जा सकता है। जल्द ही यह एप्लीकेशन दूसरे प्लेटफॉर्मों के लिए भी जारी किया जाएगा।

एएनएम ऑनलाइन एप्लीकेशन (अनमोल)– अनमोल टेबलेट आधारित एप्लीकेशन है जो एएनएम को अपने दायरे में आने वाले लाभार्थियों से संबंधित आंकड़ों को अपडेट करने की सुविधा प्रदान करता है। स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा स्वयं आंकड़ों को इसमें फीड करने और उसमें बदलाव करने के विकल्प से आंकड़े त्वरित गति से अपडेट हो सकेंगे। यह एप्लीकेशन आधार से जुड़ा है ऐसे में कार्यकर्ता और लाभार्थी दोनों के रिकॉर्ड को प्रमाणित करने में मदद मिलेगा।

ई–रक्तकोष पहल– यह इंटिग्रेटेड ब्लड बैंक मैनेजमेंट इंफोर्मेशन सिस्टम है जिसे इसके सभी साझेदारों के साथ कई परामर्श के बाद तैयार किया गया है। वेब–आधारित यह तकनीकी प्लेटफॉर्म राज्य के सभी ब्लडबैंकों को एक साथ जोड़ देगा। इंटिग्रेटेड ब्लड बैंक एमआईएस रक्तदान व ट्रांसफ्यूजन सेवाओं से जुड़ी सूचनाओं तथा रक्त की उपलब्धता, मान्यता, भंडारण व अन्य तरह के आंकड़ों के प्रवाह को सुनिश्चित करेगा। इस व्यवस्था से विविध तरह के आंकड़ों को सुस्पष्ट रिपोर्टों में तब्दील करने में मदद करेगा।

इंडिया फाइट डेंगू– 2016 में जारी यह एप्लीकेशन समुदाय के लोगों को डेंगू से लड़ने व उसकी रोकथाम के तरीकों के बारे में बताता है।

मोबाइल एकेडमी– आशा कार्यकर्ताओं के ज्ञान को विस्तारित व तरोताजा करने व उनकी संवाद कौशलता को निखारने के मकसद से तैयार किया गया ऑडियो प्रशिक्षण पाठ्यक्रम है। यह आशा कार्यकर्ताओं को उनके मोबाइल फोन के जरिए किफायती और प्रभावी तरीके से प्रशिक्षित करता है। इससे वह बिना कहीं गए अपनी सुविधा के अनुसार सुनकर सीख सकती हैं। इसे झारखंड, मध्य प्रदेश, राजस्थान व उत्तराखंड में शुरू किया गया है।

एम–सेसेशन उन लोगों के लिए है जो तंबाकू उत्पादों का सेवन छोड़ना चाहते हैं। यह उन्हें मोबाइल फोन के जरिए संदेश भेजकर इस दिशा में मदद करता है। यह पारंपरिक तरीकों से कहीं ज्यादा किफायती है। दुनिया में ऐसा पहली बार है जिसमें एम–स्वास्थ्य पहल के जरिए इस तरह की दोतरफा सेवाएं प्रदान की जा रही हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य पोर्टल (एनएचपी) भारत के नागरिकों को स्वास्थ्य से जुड़ी सभी तरह की सूचनाएं एक ही प्लेटफॉर्म के जरिए पहुंचाने के लिए शुरू किया गया है।

ऑनलाइन रजिस्ट्रेशन सिस्टम (ओआरएस)– यह देशभर के विभिन्न अस्पतालों में आने वाले मरीजों को आधार पर आधारित ऑनलाइन रजिस्ट्रेशन करने तथा अप्वाइंटमेंट देने की व्यवस्था है। हॉस्पिटल मैनेजमेंट इंफोर्मेशन सिस्टम (एचएमआईएस) के जरिए अस्पताल के ओपीडी रजिस्ट्रेशन को डिजिटलाइज किया गया है। यह पोर्टल मरीजों को उनके आधार नंबर में दर्ज मोबाइल नंबर के आधार पर विभिन्न अस्पतालों के विभागों में निर्धारित भेंट के लिए अप्वाइंटमेंट देता है।

राष्ट्रीय ई–स्वास्थ्य प्राधिकरण (नेहा) स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं को एकीकृत करेगा। यह अस्पतालों के आईटी सिस्टम और जन स्वास्थ्य व्यवस्था के बीच अनियोजन से आने वाली समस्या को दूर करने में मदद करेगा। यह मरीजों के स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं व आंकड़ों की सुरक्षा व निजता से संबंधित कानून व नियमन को लागू कराएगा। इसमें मरीज के इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य आंकड़े का प्रावधान होगा।

एम–डाइबीटिज पहल मोबाइल टेलीफोन के वृहद नेटवर्क की ताकत व क्षमता का लाभ उठाने के मकसद से शुरू किया गया। इसमें 011–22901701 नंबर पर मिस्ड कॉल करके डाइबिटिज से जुड़ी सूचनाएं, इसकी रोकथाम व प्रबंधन के बारे में जानकारी प्राप्त की जा सकती है। ज्यादा जानकारी के लिए वेबसाइट www-mdiabetes-nhp-gov-in से भी सूचनाएं ली जा सकती हैं।

पहले से ही भारत भर में उपलब्ध है और अब रिलायंस जियो जैसी कंपनियों की नवोन्मेषी योजनाओं तथा बाजार की प्रतिद्वंद्विता के चलते 4 जी सेवाएं भी तेजी से लोकप्रिय हो रही हैं। इस परिदृश्य को ध्यान में रखते हुए सोचिए कि स्मार्टफोनों के माध्यम से स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने में महारथ हासिल कर लिए जाने पर देश में कितनी बड़ी स्वास्थ्य क्रांति घटित हो सकती है। वास्तव में आज हम उसी दिशा में कदम बढ़ा रहे हैं।

...और अब दौर आ रहा है इंटरनेट ऑफ थिंग्स तथा बिग डाटा का। यह ऐसा दौर होगा जब घरों, दफ्तरों, बाजारों, अस्पतालों आदि में इस्तेमाल किए जाने वाले ज्यादातर यंत्र इंटरनेट से जुड़े होंगे और उनसे सूचनाएं संग्रहित की जा सकेंगी। अनुमान लगाया जा रहा है कि आने वाले कुछ वर्षों में भारत में 25 अरब यंत्र इस श्रेणी में आएंगे। इतनी बड़ी संख्या में यंत्रों से प्राप्त होने वाली सूचनाओं का इस्तेमाल स्वास्थ्य के क्षेत्र में अत्यंत उन्नत श्रेणी के अनुसंधान तथा विकास करने और सुविधाओं को निरंतर बेहतर बनाने में हो सकेगा। कहने की जरूरत नहीं है कि ये यंत्र सिर्फ शहरों में नहीं होंगे, गांवों में भी होंगे।

सूचना और दूरसंचार तकनीकों से सेहत के क्षेत्र में होने वाले फायदे और भी बहुत सारे हैं। मिसाल के तौर पर दवाओं के वितरण तक आसान पहुंच, रोगियों को उनकी बीमारियों के बारे में निरंतर नई सूचनाएं मुहैया कराने की आजादी, खास किस्म की बीमारियों से ग्रस्त लोगों को दवाएं लेने के लिए निरंतर याद कराते रहने की

सुविधा (मिसाल के तौर पर तपेदिक के मामलों में) आदि–आदि।

इस बात में कोई संदेह नहीं कि भारत में स्वास्थ्य सुविधाओं की भीषण कमी के मद्देनजर आने वाले वर्षों में टेली मेडीसिन की भूमिका बेहद महत्वपूर्ण होने वाली है। उल्लेखनीय है कि डब्ल्यूएचओ ने प्रति एक हजार लोगों पर एक डॉक्टर का अनुपात रखे जाने की अनुशंसा की है। लेकिन भारत में यह अनुपात 1 प्रति 2000 है। आदर्श परिस्थितियों में सत्तर फीसदी बहिरंग (ओपीडी) रोगियों को अपनी बीमारी के इलाज के लिए यात्रा करने की जरूरत नहीं होनी चाहिए लेकिन भारत में बड़ी संख्या में रोगियों को छोटी–छोटी बीमारियों के लिए भी यात्रा करनी पड़ती है, खासकर ग्रामीण रोगियों को। अलबत्ता, धीरे–धीरे यह स्थिति बदल सकती है क्योंकि स्मार्टफोन और इंटरनेट का इस्तेमाल करते हुए ग्रामीण रोगी घर बैठे डॉक्टरों से राय ले सकते हैं और दवाएं लिखवा सकते हैं।

इस संभावित स्वास्थ्य क्रांति को भारत सरकार कितना अधिक महत्व दे रही है, यह इस बात से जाहिर है कि 2017–18 के केंद्रीय बजट भाषण में वित्तमंत्री अरुण जेटली ने 'डिजी गांव' नाम की एक नई पहल का प्रावधान किया है। डिजी गांव न सिर्फ ग्रामीण भारत में ब्रॉडबैंड डिजिटल प्रौद्योगिकी का विस्तार करेगा बल्कि शिक्षा और कौशल के अलावा इन क्षेत्रों में ई–हेल्थकेयर के लिए सस्ती पहुंच भी प्रदान करेगा। वित्तमंत्री ने कहा कि 2017–18 के अंत तक ऑप्टिकल फाइबर पर हाईस्पीड ब्रॉडबैंड 1.5 लाख से अधिक ग्राम पंचायतों तक पहुंच जाएगा और तब वह ग्रामीण इलाकों में रहने वाले लोगों के लाभ के लिए ब्रॉडबैंड और डिजिटल इंडिया को एकजुट करने के लिए एक प्रमुख प्रोत्साहन देगा।

भारत सरकार ने राज्य सरकारों को गांवों और शहरी इलाकों में स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति सुदृढ़ करने में मदद के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का क्रियान्वयन किया है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन इसका अहम हिस्सा है।

ई–हेल्थकेयर के क्षेत्र में केंद्र की ओर से इस संदर्भ में उठाए गए कुछ अन्य महत्वपूर्ण कदम इस प्रकार हैं–

1. ई–शिक्षा तथा ई–हेल्थकेयर उपलब्ध कराने के लिए नेशनल मेडिकल कॉलेज नेटवर्क की स्थापना।
2. स्वास्थ्य के क्षेत्र में जागरूकता कायम करने के लिए भारत के राष्ट्रीय स्वास्थ्य पोर्टल की शुरुआत।
3. data.gov.in के माध्यम से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण पर शासकीय सूचनाओं की सहज उपलब्धता सुनिश्चित किया जाना।
4. मातृ–शिशु ट्रैकिंग प्रणाली (मां और शिशु के स्वास्थ्य की निगरानी तथा यह सुनिश्चित करना कि उन्हें समय पर चेकअप तथा टीकाकरण की सुविधा मिले)।
5. ई–रक्त बैंक की स्थापना और अस्पतालों में ऑनलाइन पंजीकरण।
6. तपेदिक के रोगियों को चौबीसों घंटे स्वास्थ्य सुविधाएं मुहैया कराने के लिए टोल फ्री नंबर की शुरुआत।
7. गर्भवती महिलाओं या नवजात शिशुओं की मांओं को फोन पर उपयोगी जानकारियां देने के लिए **'किलकारी'** नामक कार्यक्रम की शुरुआत।
8. स्वस्थ जीवन को बढ़ावा देने के लिए 'स्वस्थ भारत' नामक मोबाइल एप्लीकेशन की शुरुआत।
9. डेंगू पर जानकारियों का प्रसार करने के लिए मोबाइल आधारित एप्लीकेशनों की शुरुआत।
10. लोगों को तंबाकू के प्रयोग हेतु हतोत्साहित करने के लिए मोबाइल एप्लीकेशन।

नेशनल टेलीमेडिसिन नेटवर्क

- राज्यों में वर्तमान सरकारी स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं को अपग्रेड कर दूरस्थ स्थानों तक पहुंचाना।
- वर्तमान वित्तवर्ष में सात राज्यों को टेलीमेडिसिन सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए वित्तीय सहायता।

पिछले कुछ वर्षों में ऐसी अनेक परियोजनाएं शुरू हुई हैं जिन्होंने स्वास्थ्य के क्षेत्र में सुखद भविष्य के प्रति आश्वस्त किया है। **'सेहत'** नामक पहल को ही लीजिए जिसके तहत देश भर में 60,000 सामान्य सेवा केन्द्रों को सूचना और संचार प्रौद्योगिकी आधारित नेटवर्क से जोड़ा जा रहा है। यह पहल अपोलो अस्पताल के सहयोग से संपन्न हो रही है।

उधर, महाराष्ट्र और आंध्र प्रदेश जैसे राज्यों ने निःशुल्क मेडिकल हेल्पलाइनें शुरू की हैं। ई–स्वास्थ्य सुविधाओं के पक्ष में बनते माहौल का परिणाम यह है कि एक ओर जहां मेदांता जैसे बड़े अस्पतालों ने टेलीमेडीसिन सुविधाएं मुहैया करानी शुरू कर दी हैं वहीं आइक्लिनिक, हेल्थफोर और मेडीएंजिल्स जैसे स्टार्टअप भी दौड़ में कूद पड़े हैं।

याद रहे, डिजिटल इंडिया के लक्ष्यों में से एक पंचायत–स्तर पर लगभग 2,50,000 सामान्य सेवा केंद्रों (सी. एस. सी.) की स्थापना भी है जिनके जरिए विभिन्न सरकारी सेवाएं गांव–गांव तक पहुंचाई जानी है। ई–हेल्थ को डिजिटल इंडिया कार्यक्रम का एक अहम पहलू करार देते हुए सरकार ने कहा है कि वह देश के दूरस्थ कोनों तक बेहतर स्वास्थ्य, बेहतर दवाएं, बेहतर सुविधाएं और बेहतर जीवन के लिए प्रौद्योगिकी की शक्ति के प्रयोग को बढ़ावा देगी। सरकार का मानना है कि ई–हेल्थ कार्यक्रमों से तीन बुनियादी लाभ होंगे– सूचनाओं को पारदर्शी बनाया जा सकेगा, गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाओं एवं उत्पादों का निर्बाध वितरण हो सकेगा और आम आदमी गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं तक पहुंच बना सकेगा।

स्पष्ट है कि स्वास्थ्य सेवाओं को तकनीकी माध्यमों से जन–जन तक पहुंचाने, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों के लोगों तक उनका विस्तार करने के लिए केंद्र और राज्य सरकारें गंभीर हैं और आशा की जानी चाहिए कि अगले कुछ वर्षों में देश में चिकित्सा सुविधा तंत्र का कायाकल्प करने में सफलता हासिल हो सकेगी।

(लेखक सूचना तकनीकी विशेषज्ञ हैं।)
ई–मेल : balendudadhich@gmail.com

ग्रामीण भारत में स्वास्थ्य की चुनौतियां

–प्रमोद जोशी

तेज आर्थिक विकास के बावजूद भारत में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति खर्च दुनिया के तमाम विकासशील देशों के मुकाबले कम है। इस खर्च में सरकार की हिस्सेदारी और भी कम है। सार्वजनिक स्वास्थ्य कवरेज पर योजना आयोग द्वारा गठित उच्च–स्तरीय विशेषज्ञ समूह की सिफारिशों के अनुसार स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय को बारहवीं योजना के अंत तक जीडीपी के 2.5 प्रतिशत और 2022 तक कम से कम 3 प्रतिशत तक बढ़ाना चाहिए। इस समय यह जीडीपी का 1.4 प्रतिशत है। नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में भी कहा गया है कि इसे 2.5 प्रतिशत पर लाना चाहिए।

इसी 1 जून को जारी 'अंतरराष्ट्रीय बाल रक्षा दिवस' पर अंतरराष्ट्रीय संस्था 'सेव द चिल्ड्रन' की रिपोर्ट 'स्टोलन चाइल्डहुड' में बताया गया कि भारत में चार करोड़ 82 लाख बच्चों की शारीरिक वृद्धि कुपोषण के कारण रूक गई है। ऐसे बच्चों को वृद्धिरुद्ध या स्टंटेड चाइल्ड कहा जाता है। वृद्धिरुद्ध बच्चे स्कूलों में देर से प्रवेश ले पाते है, कम दर्जों तक पढ़ाई करते हैं और अच्छा प्रदर्शन नहीं करते। इससे उनकी उत्पादकता और कमाई कर पाने की क्षमता कम तथा वयस्क जीवन में भागीदारी कमजोर होती है। कुल मिलाकर यह बात देश की प्रगति को प्रभावित करती है।

जन्म के समय भारतीय बच्चों की सामान्य ऊंचाई और वजन यों भी स्वस्थ और सुपोषित समुदायों के मुकाबले कम होती है। बच्चों के पोषण की यह स्थिति जन्म के बाद पहले दो वर्षों में और बिगड़ जाती है। इसके कारण उनका विकास रूक जाता है। एनएफएचएस 4 के अनुसार देश में 6 से 23 महीने के बीच की उम्र के केवल 9.6 फीसदी बच्चों को ही पर्याप्त पोषण मिल पा रहा है। इन बच्चों में भी शहरी बच्चों का प्रतिशत 11.6 है और ग्रामीण बच्चों का 8.8। 24 महीने के होते–होते आधे बच्चे वृद्धिरुद्ध (स्टंटेड) हो जाते हैं। इसलिए सबसे बड़ी चुनौती है कि गर्भाधान से दो वर्ष की अवस्था तक कुपोषण के दुष्चक्र को तोड़ा जाए।

माताओं और देश के स्वास्थ्य का गहरा नाता है। यह बात जब हमें समझ में आ जाएगी, देश की वरीयताएं बदलेंगी। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे (एनएफएचएस 4) के अनुसार पांच साल से कम उम्र के 38.4 फीसदी बच्चे विकासरुद्ध (स्टंटेड) हैं। इनमें शहरी बच्चों का प्रतिशत 31.0 और ग्रामीण बच्चों का प्रतिशत 41.2 है। इनमें से चौथाई बुरी तरह विकासरुद्ध (सीवियरली स्टंटेड) हैं। इसके मायने हैं पौष्टिक आहार की बेहद कमी। इन बच्चों का वजन अपने कद की तुलना में काफी कम है। पांच में एक बच्चा बर्बाद (वेस्टेड) है यानी सीवियर मैलन्यूट्रिशन के अंतरराष्ट्रीय मानकों से कहीं नीचे। ये तथ्य तब और भयावह होते हैं जब पता लगता है कि दुनिया के सबसे गरीब इलाके सब–सहारा अफ्रीका में स्टंटिंग और वेस्टिंग भारत के मुकाबले कम है।

जब आप कुपोषित हैं तो बीमारियां भी जल्दी घेरेंगी। एक अध्ययन में बताया गया है कि भारत के 35 फीसदी परिवार बीमारियों के 'विनाशकारी खर्च' (कैटास्ट्रोफिक हैल्थ एक्सपेंडिचर) के फंदे में फंसे हैं।

समस्याओं का वात्याचक्र

स्वास्थ्य तमाम फंदों का स्रोत बिन्दु है। अस्वास्थ्यकर माहौल में रहने वाले कामगारों को कई दिन काम बंद रखना पड़ता है। बच्चे बीमार रहते हैं तो स्कूली पढ़ाई ठीक से नहीं कर पाते। ऐसे माहौल में रहने वाली माताएं बीमार बच्चों को जन्म देती हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य केवल चिकित्सा का नाम नहीं है। खराब स्वास्थ्य केवल

एक समस्या नहीं है। यह समस्याओं का वात्याचक्र है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य के बारे में जब हम बात करते हैं तब उसके केंद्र में रोगों से लड़ने वाली व्यवस्था को कायम करना ही नहीं होता। गरीबी और अशिक्षा का खराब स्वास्थ्य से चोली–दामन का साथ है। हालांकि यह शहरों की समस्या भी है, पर गांव इससे बुरी तरह प्रभावित हैं। बढ़ता शहरीकरण भी अपने साथ समस्याएं लेकर आ रहा है। शहरों में काम करने वाले ज्यादातर मजदूर और छोटे व्यवसायी गांवों से आते हैं। जैसे–जैसे गांवों के लोग रोजगार की तलाश में शहरों की ओर जा रहे हैं, वैसे–वैसे प्रदूषण और संक्रमण शहरों से गांवों की ओर बढ़ रहा है।

राष्ट्रीय जनगणना के अनुसार देश के शहरों की आबादी 1991में 26 प्रतिशत (21.7 करोड़) से बढ़कर 2011 में 31 प्रतिशत (37.7 करोड़) हो गई। वह कितना भी बदले, सन 2031 तक तकरीबन 60 फीसदी यानी आधे से ज्यादा लोग फिर भी गांवों में होंगे। इसलिए हमें अगले कई दशक तक गांवों के जीवन और स्वास्थ्य के बारे में सोचना होगा। एक तरफ शहरों में हृदय रोग और डायबिटीज जैसी जीवनशैली से जुड़ी बीमारियां बढ़ रही हैं, वहीं गांव अब भी मलेरिया, डायरिया, माताओं और शिशुओं की मृत्यु और कुपोषण से जूझ रहे हैं।

स्वास्थ्य पर खर्च कम

तेज आर्थिक विकास के बावजूद भारत में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति खर्च दुनिया के तमाम विकासशील देशों के मुकाबले कम है। इस खर्च में सरकार की हिस्सेदारी और भी कम है। चीन में स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति व्यय भारत के मुकाबले 5.6 गुना है तो अमेरिका में 125 गुना। यही नहीं औसत भारतीय अपने स्वास्थ्य पर जो खर्च करता है, उसका 62 फीसदी उसे अपनी जेब से देना पड़ता है। एक औसत अमेरिकी को 13.4 फीसदी, ब्रिटिश नागरिक को 10 फीसदी और चीनी नागरिक को 54 फीसदी अपनी जेब से देना होता है। हालांकि देश में निजी स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार हो रहा है, पर ग्रामीण क्षेत्रों की गरीब जनता के पास सरकारी अस्पतालों के बाद दूसरा रास्ता नीम–हकीमों, ओझाओं और झोला डॉक्टरों की शरण में जाने का है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य कवरेज पर योजना आयोग द्वारा गठित उच्च–स्तरीय विशेषज्ञ समूह की सिफारिशों के अनुसार स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय को बारहवीं योजना के अंत तक जीडीपी के 2.5 प्रतिशत और 2022 तक कम से कम 3 प्रतिशत तक बढ़ाना चाहिए। इस समय यह जीडीपी का 1.4 प्रतिशत है। नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति में भी कहा गया है कि इसे 2.5 प्रतिशत पर लाना चाहिए।

राष्ट्रीय मोबाइल मेडिकल यूनिट सर्विस

- इसका उद्देश्य ग्रामीण और कम सुविधा सम्पन्न क्षेत्रों में आम लोगों के घर तक स्वास्थ्य सेवा पहुंचाना है।
- 335 जिलों में 1122 एमएमयू कार्य कर रही हैं।

प्रधानमंत्री नेशनल डायलिसिस प्रोग्राम

- गरीबों के लिए मुफ्त डायलिसिस तथा अन्य मरीजों के लिए सस्ती दरों पर डायलिसिस सेवाएं।
- अप्रैल 2016 में यह कार्यक्रम शुरू किया गया। अब तक 219 जिलों में इसकी शुरुआत हो चुकी है।
- इस कार्यक्रम के तहत जनवरी 2017 तक 11 लाख 4 हजार से अधिक सत्र आयोजित किए गए और 1 लाख 6717 मरीजों ने सेवाएं प्राप्त की।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के फ्रेमवर्क दस्तावेज में कहा गया है कि इसमें आधा हिस्सा केंद्र सरकार का होना चाहिए।

केपीएमजी की एक रिपोर्ट के अनुसार देश के कुल डॉक्टरों में से 74 फीसदी तकरीबन 44 करोड़ की शहरी आबादी को ही सेवाएं देते हैं। खासतौर से विशेषज्ञ डॉक्टरों की सेवाएं ग्रामीण क्षेत्र में बमुश्किल उपलब्ध हैं। भारत में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की औसत मृत्यु दर प्रति 1000 पर 50 की है। देश के सबसे बड़े राज्य उत्तर प्रदेश में यह दर 78 की है, अफ्रीकी देश मोजाम्बिक की दर 79 के आसपास। उत्तर प्रदेश के बाद बिहार, मध्य प्रदेश, असम और छत्तीसगढ़ की दर राष्ट्रीय औसत से ज्यादा है। कारण है इन राज्यों की ग्रामीण आबादी तक जल निस्तारण और पेयजल की सुविधा का नहीं पहुंच पाना। ज्यादातर घरों में शौचालय नहीं हैं। बच्चे कुपोषण के कारण अंडरवेट हैं और उनके सिर पर डायरिया, पीलिया और कॉलरा का खतरा हमेशा बना रहता है।

ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था

बेहतर स्वास्थ्य के लिए तीन सूत्र हैं– निवारण, निदान और चिकित्सा। उसके साथ पोषण, पेयजल और सफाई की जरूरत है। इसके लिए एक समेकित कार्यक्रम की जरूरत है। भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में सार्वजनिक स्वास्थ्य की व्यवस्था के तीन स्तर हैं–

- उप–केंद्र
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
- सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

इसका ताना–बाना इस प्रकार बनाया गया है कि नागरिकों के मन में स्वास्थ्य के प्रति चेतना जागे और जरूरत पड़ने पर उचित चिकित्सा उपलब्ध कराई जा सके। इस व्यवस्था में केंद्र और राज्य की भूमिका है और उसके अनुसार साधनों की व्यवस्था होती है। इसमें सबसे नीचे होते हैं उप–केंद्र, उनके ऊपर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और उनके ऊपर सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र। उसके ऊपर की व्यवस्थाएं शहरी व्यवस्था में शामिल हो जाती हैं। इन केंद्रों में कर्मचारियों तथा उपकरणों की व्यवस्था के लिए भारतीय जन–स्वास्थ्य मानक (आईपीएचएस) बनाए गए हैं।

इस व्यवस्था में सबसे महत्वपूर्ण हैं उप–केंद्र, क्योंकि ये पारस्परिक संपर्क के सबसे नजदीकी केंद्र हैं। इससे जुड़े कार्यकर्ताओं का इलाके की जनसंख्या के साथ सीधा संपर्क होता है। ये केंद्र नागरिकों के व्यवहार को बदलने में सबसे बड़ी भूमिका निभाते हैं।

त्रि–स्तरीय ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाएं		
केंद्र	जनसंख्या मानक	
	मैदानी क्षेत्र	पहाड़ी/जनजातीय/कठिन क्षेत्र
उप–केंद्र	5,000	3,000
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	30,000	20,000
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	1,20,000	80,000

ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाओं का इंफ्रास्ट्रक्चर 31 मार्च, 2016			
	उप–केंद्र	प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
लक्ष्य	1,79,240	29,337	7,322
उपलब्धि	1,55,069	25,353	5,510
कमी (प्रतिशत में)	20	22	30

स्रोत–स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय सांख्यिकी प्रभाग

नवजात एवं बाल मृत्यु दर प्रति 1000	एनएफएचएस–4 2015–16			एनएफएचएस–3 2005–06
	शहरी	ग्रामीण	कुल	कुल
नवजात शिशु मृत्यु दर	29	46	41	57
पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर	34	56	50	74

एनएचएम की मुफ्त दवा सेवा पहल

- एनएचएम के तहत उपलब्ध वित्तपोषण का उपयोग उन राज्यों को मदद देने और पुरस्कृत करने के लिए किया जाएगा जोकि फ्री ड्रग पॉलिसी को लागू करने के लिए तैयार हो गए हैं और इस उद्देश्य के लिए राज्य के अपने बजट को बढ़ाया है।
- विस्तृत संचालन संबंधी निर्देश राज्यों को जारी किए गए हैं। सभी राज्य फ्री ड्रग्स पॉलिसी को अधिसूचित कर चुके हैं।
- सुविधानुसार आवश्यक दवा सूची; रोबस प्रोक्योरमेंट सिस्टम।
- आईटी समर्थित संचालन और आपूर्ति श्रृंखला प्रबंधन।
- उचित भंडारण और आवश्यक दवा नियामक और गुणवत्ता आश्वासन तंत्र।
- मानक उपचार दिशानिर्देश।
- प्रिस्क्रिप्शन ऑडिट और शिकायत निवारण।
- गुणवत्तापूर्ण अनिवार्य दवाओं के प्रावधान सुनिश्चित करने का तंत्र।

अमृत स्टोर्स

AMRIT योजना (अफोर्डेबल मेडिसिंस एंड रिलाएबल इम्प्लांट्स फोर ट्रीटमेंट) के तहत रियायती दरों पर हृदय प्रत्यारोपण और हृदय रोग एवं कैंसर की दवाओं के वितरण के लिए AMRIT स्टोर्स खोले गए। मई 2017 तक कुल 83 अमृत स्टोर्स खुल चुके हैं और मरीजों को करीब 24 करोड़ 32 लाख से अधिक की बचत हो चुकी है।

माताओं और बच्चों के स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, पोषण, प्रतिरक्षण और संचारी रोगों के निवारण में इनकी बड़ी भूमिका है। हरेक उप–केंद्र में कम से कम एक सहायक नर्स मिडवाइफ (एएनएम)/महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता का होना अपेक्षित है। एक महिला स्वास्थ्य निरीक्षक को छह उप–केंद्रों के पर्यवेक्षण का कार्य सौंपा जाता है।

इसके ऊपर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (पीएचसी) होता है, जो ग्रामीण समुदाय और चिकित्सा अधिकारी के बीच संपर्क का पहला केंद्र है। इन केंद्रों की जिम्मेदारी नागरिकों को रोग–निरोधी स्वास्थ्य सेवा पहुंचाने की है। इन केंद्रों में एक चिकित्सा अधिकारी के साथ 14 परा–चिकित्सा एवं अन्य कर्मचारी होने चाहिए। केंद्र–प्रायोजित राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) के तहत पीएचसी में संविदा के आधार पर दो अतिरिक्त स्टाफ नर्सों का प्रावधान है। यह छह उप–केंद्रों के लिए रेफरल इकाई के रूप में काम करता है, जहां रोगियों के लिए 4–6 बिस्तर होते हैं।

पीएचसी के ऊपर होते हैं सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) जिनकी स्थापना और अनुरक्षण का काम राज्य सरकारें करती हैं। मानकों के अनुसार सीएचसी में चार चिकित्सा विशेषज्ञ अर्थात सर्जन, फिजीशियन, स्त्री रोग विशेषज्ञ और बाल चिकित्सक तथा उनके सहयोग के लिए 21 परा–चिकित्सक तथा अन्य कर्मचारी होने चाहिए। इन केंद्रों में एक ऑपरेशन थिएटर, एक्स–रे, प्रसूति–कक्ष और प्रयोगशाला सुविधाओं के साथ 30 बिस्तर होने चाहिए। यह चार प्राथमिक केंद्रों के लिए रेफरल केंद्र के रूप में काम करता है।

इस व्यवस्था में प्रथम रेफरल यूनिट (एफआरयू) को भी परिभाषित किया गया है, जो प्रायः जिला अस्पताल, उपमंडल अस्पताल या सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र हो सकता है। इसे एफआरयू तभी कहा जाएगा, जब उसमें हर तरह की आपातकालीन प्रसूति और नवजात शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं 24 घंटे उपलब्ध हों।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

शुरुआत राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) से हुई थी, जो अब राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का हिस्सा है। भारत सरकार ने 2013 में राष्ट्रीय नगरीय स्वास्थ्य मिशन भी शुरू करने का फैसला किया, जिसके बाद इन दोनों कार्यक्रमों को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन कर दिया गया। बहरहाल 12 अप्रैल, 2005 को एनआरएचएम की स्थापना देश के उन 18 राज्यों पर विशेष ध्यान देने के इरादे से की गई थी, जहां जन–स्वास्थ्य संकेतकों की स्थिति अच्छी नहीं थी। ये 18 राज्य हैं–अरुणाचल, असम, बिहार, छत्तीसगढ़, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, जम्मू–कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्य प्रदेश, नगालैंड, ओडिशा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तराखंड और उत्तर प्रदेश।

इसी कार्यक्रम के अंतर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक आशा (एक्रेडिटेड सोशल हेल्थ एक्टिविस्ट) कार्यक्रम शुरू हुआ। आशा कार्यकर्ता गांवों में हारी–बीमारी के मौके पर पहली मददगार हैं, खासतौर से महिलाओं और बच्चों के मामले में। आशा कार्यक्रम का विस्तार होता जा रहा है और इसकी वजह से लोगों का

सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में फिर से भरोसा कायम हुआ है। देश में इस वक्त करीब नौ लाख आशा कार्यकर्ता काम कर रही हैं। पर यह काम स्वयंसेवक के रूप में है, पूर्णकालिक नहीं है।

एनआरएचएम के कारण ग्रामीण स्वास्थ्य का इंफ्रास्ट्रक्चर बनने लगा है। सन 2005 में देश में छह लाख से ज्यादा गांवों के लिए 1,46,026 उप–केंद्र थे, जिनकी संख्या 31 मार्च, 2016 को 1,55,069 हो गई थी। इनमें सबसे बड़ी वृद्धि राजस्थान, गुजरात, छत्तीसगढ़, कर्नाटक, जम्मू–कश्मीर, ओडिशा, त्रिपुरा और मध्य प्रदेश में हुई। सन 2005 में 49.7 प्रतिशत उप–केंद्र सरकारी भवनों में थे, जिनका प्रतिशत 2016 में 67.6 प्रतिशत हो गया। फिर भी अभी तमाम राज्यों में उप–केंद्रों की संख्या मानकों के अनुसार जरूरत से कम है।

31 मार्च, 2016 को बिहार में 19,637 उप–केंद्रों की आवश्यकता के मुकाबले उपलब्ध केंद्रों की संख्या 9,729 थी। यानी कि जरूरत से 48 फीसदी कम। झारखंड में 6,060 की जरूरत के मुकाबले उपलब्धि थी 3,953 की। यानी कि 35 फीसदी की कमी थी। मध्य प्रदेश में 12,415 की जरूरत के मुकाबले 9,192 यानी 26 फीसदी की कमी थी। उत्तर प्रदेश में 31,200 की जरूरत के मुकाबले 20,521 की उपलब्धि थी जिसका मतलब है 34 फीसदी की कमी। इस कमी के बाद भी जो आधार ढांचा उपलब्ध है उसमें भी कार्यकर्ताओं के पद खाली रहते हैं।

नई स्वास्थ्य नीति

देश की पहली राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति स्वतंत्रता के 36 साल बाद सन 1983 में बन पाई, जिसका लक्ष्य था 'सन 2000 तक सबके लिए स्वास्थ्य।' यह लक्ष्य अब तक पूरा नहीं हो पाया। पिछले दो साल से नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के दस्तावेज पर सार्वजनिक विमर्श चल रहा था। 15 मार्च, 2017 को केंद्रीय कैबिनेट ने नई स्वास्थ्य नीति पर अपनी मोहर लगा दी। यह नीति नागरिकों को भरोसा दिला रही है कि उन्हें सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज प्रदान किया जाएगा, जिसमें सार्वजनिक निवेश की महत्वपूर्ण भूमिका होगी। इसमें प्राथमिक और सामुदायिक केंद्रों को 'स्वास्थ्य और आरोग्यता केंद्रों' के रूप में विकसित करने का आश्वासन दिया गया है, जिनमें निःशुल्क और व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का पैकेज उपलब्ध होगा।

इसमें यह भी कहा गया है कि सुदूर क्षेत्रों में डॉक्टरों की उपलब्धि बनाए रखने और रोगों पर नजर रखने का काम किया जाएगा। इसके पहले की दो राष्ट्रीय नीतियों में स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण पर खासा जोर था। इस मामले में इस नीति की दिशा बदली है। इसमें साफ कहा गया है कि स्वास्थ्य सेवाओं की डिलीवरी में सार्वजनिक क्षेत्र की भूमिका केंद्रीय होगी। इस नीति में जनजातीय और सामाजिक रूप से कमजोर आबादी के लिए गैर–सरकारी क्षेत्र के सहयोग से मोबाइल मेडिकल यूनिट्स (एमएमयू) के मार्फत स्वास्थ्य सेवाएं पहुंचाई जाएंगी। सरकारी अस्पतालों की कार्यपद्धति में भी बदलाव की योजना है।

निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाओं को भी इसके दायरे में लाने का विचार है। इसकी वजह से कुछ विसंगतियां भी पैदा होंगी। पिछले 15 साल में निजी क्षेत्र के साथ अनुबंध की व्यवस्था काम कर भी रही है। अनुबंध की इस व्यवस्था में स्थानीय–स्तर की छोटी स्वास्थ्य सेवाएं क्या बड़ी कम्पनियों के सामने टिक पाएंगी, यह भी एक सवाल है। चौदहवें वित्त आयोग की सिफारिशों के आधार पर कर राजस्व में राज्यों की हिस्सेदारी बढ़ी है। ज्यादातर राज्यों ने इस राजस्व का इस्तेमाल स्वास्थ्य सेवाओं के लिए नहीं किया है। इस दिशा में ध्यान देने की जरूरत होगी।

सरकार का लक्ष्य है कि देश के 80 फीसदी लोगों का इलाज पूरी तरह सरकारी अस्पताल में मुफ्त हो जिसमें दवा, जांच और इलाज शामिल होंगे। नई नीति के अनुसार देश के सभी नागरिकों को सरकारी इलाज की सुविधा मिलेगी और मरीज को इलाज के लिए मना नहीं किया जा सकेगा। इस समय देश में चिकित्सकीय परामर्श में 80 फीसदी और अस्पताल में भर्ती होने के मामले में 60 फीसदी हिस्सा प्राइवेट सेक्टर का है। इस नीति का महत्वपूर्ण सूत्र है स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय जीडीपी का 2.5 प्रतिशत करने का निश्चय। इस समय यह जीडीपी का 1.4 प्रतिशत है जबकि निजी क्षेत्र के खर्च को मिलाकर 4.7 फीसदी बनता है। नई नीति का लक्ष्य है 2025 तक पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर को कम करके 23 करना, नवजात शिशु मृत्यु दर को घटाकर 16 करना तथा मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) के वर्तमान स्तर को वर्ष 2020 तक घटाकर 100 करना।

क्षयरोग के नए स्पुटम पॉजिटिव रोगियों में 85 प्रतिशत से अधिक की इलाज दर को प्राप्त करना और उसे बनाए रखना तथा नए मामलों में कमी लाना ताकी वर्ष 2025 तक इसे समाप्त किया जा सके। वर्ष 2025 तक दृष्टिहीनता को घटाकर 0.25/1000 करना तथा रोगियों की संख्या को वर्तमान स्तर से घटाकर एक–तिहाई करना। हृदयवाहिका रोग, कैंसर, मधुमेह या सांस के पुराने रोगों से होने वाली अकाल मृत्यु को वर्ष 2025 तक घटाकर 25 प्रतिशत करना। इसके अलावा नीति में औषधियों और उपकरणों का सुलभता से विनिर्माण करने, मेक इन इंडिया को प्रोत्साहित करने तथा चिकित्सा शिक्षा में सुधार करने की अपेक्षा की गई है।

(लेखक वरिष्ठ पत्रकार हैं।)

ई–मेल : pjoshi23@gmail.com

राष्ट्रीय कृमि निवारण दिवस (एनडीडी)

लक्ष्य : बच्चों में मिट्टी से होने वाले संक्रमण से लड़ने के लिए स्कूलों और आंगनवाड़ियों के जरिए दवाई की खुराक देना।

- वर्ष 2014 से 75 करोड़ से अधिक बच्चों को एलबेंडेजोल की गोली खिलाई जा चुकी है।
- इस अभियान में 1–19 आयु वर्ग के बच्चे शामिल हैं।

सभी के लिए स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता और स्वास्थ्य का लक्ष्य

–डॉ. जगदीप सक्सेना

जहां एक ओर छोटे–बड़े तमाम शहर पीने के पानी के गंभीर संकट से जूझ रहे हैं, वहीं दूसरी ओर अधिसंख्य ग्रामीण आबादी के लिए पीने का साफ और सुरक्षित पानी लगभग दुर्लभ है। इसके साथ ही ग्रामीण क्षेत्रों में साफ–सफाई भी एक चुनौतीपूर्ण मुद्दा है, क्योंकि यह सीधे जनस्वास्थ्य से जुड़ा है। भारत सरकार इन दोनों ही चुनौतियों को लेकर गंभीर है और इनसे निपटने के लिए एक विशेष रणनीति और कार्ययोजना के अंतर्गत ठोस प्रयास किए जा रहे हैं।

पीने के लिए साफ और सुरक्षित पानी हर इंसान की बुनियादी जरूरत या कहें अनिवार्य आवश्यकता है। देश की लगभग 1.30 अरब आबादी की इस अहम् जरूरत को पूरा करना इस समय देश के समक्ष एक प्रमुख और गंभीर चुनौती है। जहां एक ओर छोटे–बड़े तमाम शहर पीने के पानी के गंभीर संकट से जूझ रहे हैं, वहीं दूसरी ओर अधिसंख्य ग्रामीण आबादी के लिए पीने का साफ और सुरक्षित पानी लगभग दुर्लभ है। कहीं महिलाओं को कड़ी मशक्कत करके मीलों दूर से पानी ढोकर लाना पड़ता है, तो कहीं पीने का पहुंचाने के लिए सरकार को विशेष रेलगाड़ी का बंदोबस्त करना पड़ता है। देश की विविध और विषम भौगोलिक दशाएं इस चुनौती को और अधिक विकट बना देती हैं। इसके साथ ही ग्रामीण क्षेत्रों में साफ–सफाई भी एक चुनौतीपूर्ण मुद्दा है, क्योंकि यह सीधे जनस्वास्थ्य से जुड़ा है। भारत सरकार इन दोनों ही चुनौतियों को लेकर गंभीर है और इनसे निपटने के लिए एक विशेष रणनीति और कार्ययोजना के अंतर्गत ठोस प्रयास किए जा रहे हैं। हालांकि पीने का पानी और साफ–सफाई दोनों ही राज्य के विषय हैं, परंतु भारत सरकार के पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय द्वारा इसके लिए विशेष लक्ष्य तय किए गए हैं, जिन्हें राज्य सरकारों के सहयोग से पूरा करने की कवायद जारी है। पीने के पानी के लिए सन् 2009 से एक व्यापक और प्रभावी 'राष्ट्रीय ग्रामीण पेयजल कार्यक्रम' चलाया जा रहा है, जबकि साफ–सफाई के लिए 'स्वच्छ भारत मिशन– ग्रामीण' तत्परता से कार्य कर रहा है।

कितना पानी, कितनी प्यास

आंकड़े बताते हैं कि जैस–जैसे देश की आबादी बढ़ रही है, वैसे–वैसे प्रति व्यक्ति जल उपलब्धता में गिरावट आती जा रही है। सन् 2001 और 2011 में प्रति व्यक्ति जल उपलब्धता क्रमशः 1820 घनमीटर और 1545 घनमीटर थी। गौरतलब है कि इस दशक के दौरान देश की आबादी 17.6 प्रतिशत बढ़कर 1.02 अरब से 1.21 अरब पर पहुंच गई। अनुमान है कि सन् 2025 और 2050 में यह उपलब्धता लगातार गिरती हुई क्रमशः 1341 घनमीटर और 1140 घनमीटर पर पहुंच जाएगी। पेयजल संकट के संदर्भ में यह विकट समस्या होगी, जिससे निपटने के लिए अभी से जोरदार तैयारी की जरूरत है। परंतु समस्या यह है कि जलवायु परिवर्तन के कारण भारत में सूखे का संकट लगातार गहराता जा रहा है, जिससे जलाशयों में पानी की मात्रा बहुत निचले स्तर तक पहुंच जाती है। सन् 2016 के राष्ट्रव्यापी सूखे के दौरान देश के लगभग 90 प्रमुख जलाशयों में पानी का स्तर इस दशक के निम्नतम स्तर तक पहुंच गया था, जिससे पेयजल के विकट संकट का सामना करना पड़ा। दूसरी ओर ग्रामीण क्षेत्रों में परंपरागत तालाबों और जोहड़ों के विलुप्त होने से या उनकी दुर्दशा होने से वर्षा जल के संग्रह और उपयोग का समीकरण गड़बड़ा गया है। जलसंग्रह की विभिन्न पारंपरिक और क्षेत्रीय प्रणालियां भी धीरे–धीरे लुप्त होने के कगार पर पहुंच गई हैं।

ग्रामीण आबादी की बात करें तो देश की लगभग 14.2 लाख ग्रामीण बस्तियों में 70 करोड़ लोग रहते हैं, जिन तक स्वच्छ और सुरक्षित पेयजल पहुंचाना भारत सरकार की संवैधानिक जिम्मेदारी है। लेकिन इसी वर्ष अंतरराष्ट्रीय संस्था 'वाटरएड' द्वारा दुनिया में पेयजल की दशा पर जारी रिपोर्ट (वाइल्ड वाटर–स्टेट ऑफ द वर्ल्ड्स वाटर–2017) बताती है कि ग्रामीण क्षेत्रों में बसने वाले लगभग 6.8 करोड़ भारतीयों की साफ पेयजल तक पहुंच नहीं है।

पानी में घुले–मिले खतरे

पीने के साफ पानी से जुड़ा एक महत्वपूर्ण मुद्दा पानी में मौजूद तत्वों का है, जो खासतौर से भूजल को पीने के लिए अयोग्य और असुरक्षित बना देता है। यह समस्या अपेक्षाकृत नई है, और इसके मूल में कहीं ना कहीं हमारी चूक भी है। हुआ यह कि सन् 1980 और 1990 के दशक में जल संकट गहराने से अधिकांश राज्यों में भूजल का प्रचुर दोहन और इस्तेमाल होने लगा, जिससे भूजल स्तर नीचे चला गया। और इससे भूजल में रासायनिक तत्वों की मौजूदगी उभर कर सामने आ गई और चिंता का विषय बन गई। इसका सबसे अच्छा उदाहरण पश्चिम बंगाल है, जहां के एक बड़े क्षेत्र में भूजल में आर्सेनिक विषाक्तता की समस्या देखी जा रही है। पानी में आर्सेनिक की मौजूदगी चमड़ी में घाव पैदा कर देती है और कैंसर भी पनपा सकती है। इसी तरह भूजल के अत्यधिक दोहन के कारण आंध्र प्रदेश, असम, गुजरात, कर्नाटक, मध्य प्रदेश और राजस्थान में भूजल में फ्लोराइड की मात्रा बढ़ गई है। समुद्रतटीय क्षेत्रों के भूजल में आयरन और नाइट्रेट्स की मात्रा बढ़ने से अब इस पानी को सुरक्षित पेयजल नहीं कहा जा सकता। अनुमान है कि देश के 20 राज्यों में 6.6 करोड़ आबादी को फ्लोराइड की अधिकता से खतरा है, जबकि 1 करोड़ लोग भूजल में आर्सेनिक की मात्रा बढ़ने से त्रस्त हैं। इसी वर्ष लोकसभा में सरकार की ओर से बताया गया कि लगभग 30 प्रतिशत ग्रामीण बस्तियों में आपूर्ति किए जा रहे पेयजल में आयरन की मात्रा स्वीकार्य सीमा से अधिक थी, जबकि लगभग 21 प्रतिशत ग्रामीण बस्तियों के पेयजल में आर्सेनिक की अधिकता देखी गई।

इन रासायनिक प्रदूषकों के अलावा सतही जल और भूजल, दोनों को ही लगातार बढ़ते जल प्रदूषण से भी खतरा है। शहरी मल–जल (सीवेज), उद्योगों से निकलने वाला अप्रवाह और खेतों से बहकर आने वाला पानी पेयजल के इन दोनों ही स्रोतों को प्रदूषित और खतरनाक बना रहा है। यही वजह है कि जल प्रदूषण के कारण पनपने वाले रोगों का प्रकोप और तीव्रता लगातार बढ़ती जा रही है। देश के कम से कम 16 राज्यों में औद्योगिक जल प्रदूषण के कारण भूजल खतरनाक बन गया है। गुजरात, आंध्र प्रदेश, केरल, दिल्ली और हरियाणा के भूजल में हानिकारक भारी धातुओं की मौजूदगी देखी गई है, जबकि झारखंड, पश्चिम बंगाल, हिमाचल प्रदेश और दिल्ली में कीटनाशक अवशेषों की मात्रा स्वीकार्य सीमा से अधिक पाई गई। इसलिए अनिवार्य हो गया है कि ग्रामीण आबादी को साफ और सुरक्षित पेयजल पहुंचाने की कवायद तत्परता और गंभीरता से पूरी की जाए।

यह संख्या पंजाब, हरियाणा और उत्तराखंड की कुल आबादी से भी अधिक है। पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय ने इसी वर्ष फरवरी में राज्यसभा को एक लिखित उत्तर में बताया कि ग्रामीण भारत के लगभग 16.8 करोड़ परिवारों में से केवल लगभग 2.7 करोड़ परिवारों को पाइप द्वारा पेयजल उपलब्ध कराया जाता है। इस विषय में ताजा जानकारी देते हुए मंत्रालय ने बताया कि राष्ट्रीय ग्रामीण पेयजल कार्यक्रम के अंतर्गत देश की 17 लाख ग्रामीण बस्तियों में से 13 लाख (लगभग 77 प्रतिशत) को पेयजल की उपलब्धता पूरी तरह से सुनिश्चित कर दी गई है। ज़मीनी हकीकत पर इसका मतलब है कि इन बस्तियों में प्रत्येक व्यक्ति को प्रतिदिन 40 लीटर सुरक्षित पानी उपलब्ध है। दूसरी ओर 3,30,086 (19 प्रतिशत) बस्तियों तक पेयजल की पहुंच आंशिक रूप से सुनिश्चित की गई है। मतलब यह है कि इन बस्तियों के निवासियों को सुरक्षित पेयजल उपलब्ध तो है, परंतु इसकी मात्रा 40 लीटर प्रतिदिन के तय मानदंड से कम है। इससे आगे बढ़ते हुए यह भी बताया गया कि 64,094 (लगभग 3.73 प्रतिशत) बस्तियों में साफ पानी उपलब्ध नहीं है, यहां संदूषित पेयजल है।

परंतु हाल के वर्षों में ग्रामीण क्षेत्रों में सुरक्षित पेयजल को लेकर जागरूकता बढ़ी है और विभिन्न मंचों से मांग उठी है कि इन क्षेत्रों को भी भारतीय मानक ब्यूरो (बीआईएस) द्वारा तय किए गए मानदंडों के अनुसार पीने और खाना पकाने के लिए साफ पानी उपलब्ध कराया जाए। ग्रामीण क्षेत्रों में पशुओं की प्यास बुझाने के लिए भी पानी की व्यवस्था करना एक चुनौती है। इन तमाम आवश्यकताओं और आकांक्षाओं के बीच पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय ने सन् 2022 (स्वतंत्रता के 75 वर्ष) के लिए एक महत्वाकांक्षी लक्ष्य तय किया है। देश के प्रत्येक ग्रामीण व्यक्ति को कम से कम 70 लीटर साफ पानी प्रतिदिन उसके घर में उपलब्ध कराया जाए और/या पानी का स्रोत ज्यादा से ज्यादा 50 मीटर की दूरी पर हो। यदि राज्यों में पानी की पर्याप्त उपलब्धता हो तो इस सीमा को बढ़ाकर 100 लीटर तक किया जा सकता है। इस लक्ष्य तक पहुंचने के लिए मंत्रालय ने वर्ष 2011 से 2022 तक के लिए एक रणनीतिक कार्ययोजना भी तैयार की है। सन् 2017 और 2022 के लिए अलग–अलग लक्ष्य तय किए गए हैं। सन् 2017 के लक्ष्य के अनुसार इस वर्ष के अंत तक कम से कम 55 प्रतिशत ग्रामीण परिवारों तक पाइप से साफ पानी पहुंचना चाहिए, और 35 प्रतिशत परिवारों के घर में पानी का कनेक्शन हो, यानी पानी का नलका हो। लक्ष्य यह भी है कि 20 प्रतिशत से कम ग्रामीण परिवार सार्वजनिक नल का इस्तेमाल करें और 45 प्रतिशत से कम हैंडपम्प या किसी अन्य सुरक्षित जल स्रोत पर निर्भर हों। परिवारों के अलावा ग्रामीण स्कूलों और आंगनवाड़ी केंद्रों को भी सुरक्षित पेयजल पहुंचाने का लक्ष्य तय किया गया है। इसके लिए पंचायती राज संस्थाओं और स्थानीय समुदायों को कम से कम 60 प्रतिशत ग्रामीण पेयजल स्रोतों और प्रणालियों के प्रबंध की जिम्मेदारी सौंपने का निर्णय लिया गया है। लगातार आगे कदम बढ़ाते हुए सन् 2022 तक सुनिश्चित किया जाएगा कि कम से कम 90 प्रतिशत ग्रामीण परिवारों तक पाइप से पानी की आपूर्ति हो और कम से कम 80 प्रतिशत परिवारों के घर में पानी का कनेक्शन हो। इसके साथ यह भी पक्का किया जाएगा कि 10 प्रतिशत से कम परिवार सार्वजनिक

विश्व बैंक मददगार बना पेयजल पहुंचाने में

विश्व बैंक की परियोजनाओं के अंतर्गत पूरे देश में सफलता की कहानियां लिखी जा रही हैं। उत्तराखंड में वर्ष 2015 तक 8,000 से अधिक बस्तियों ने अपनी पेयजल प्रणाली विकसित कर ली थी, जिससे लगभग 15 लाख ग्रामीण आबादी को लाभ मिल रहा था। पहाड़ी क्षेत्र होने के कारण यहां मात्र गुरूत्वाकर्षण की शक्ति से घरों में चौबीसों घंटे पाइप प्रणाली से पानी पहुंचाया जा रहा है। केरल में सन् 2001 से 2008 तक जलनिधि नामक परियोजना चलाकर 13 जिलों में 1,92,000 ग्रामीण घरों तक पाइप से पानी पहुंचाया गया। इसकी कीमत इतनी कम थी कि कम आमदनी वाले परिवारों को भी कोई समस्या नहीं हुई। महाराष्ट्र में सन् 2003 से 2009 के बीच जलस्वराज्य नामक परियोजना चलाकर 12 लाख से अधिक ग्रामीण परिवारों में स्वच्छ और सुरक्षित पेयजल पहुंचाया गया। इनमें से आधे परिवार गरीबी–रेखा से नीचे गुजर–बसर करने वाले वर्ग के थे। उत्तरी कर्नाटक में जलनिर्मल परियोजना (2002–2013) ने 13 जिलों की 70 लाख ग्रामीण बस्तियों को स्वच्छ पेयजल का लाभ पहुंचाया। पंजाब में विश्व बैंक की परियोजना के कारण लगभग 54 लाख लोगों को स्वच्छ पेयजल की सुविधा हासिल हुई, जो राज्य की लगभग 31 प्रतिशत ग्रामीण आबादी है।

नल का इस्तेमाल करें और 10 प्रतिशत से कम परिवारों की हैंडपम्प या साफ पानी के अन्य स्रोतों तक पहुंच हो।

मंजिल तक पहुंचाने की राह

पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय द्वारा तैयार की गई रणनीतिक कार्ययोजना में इस महत्वाकांक्षी लक्ष्य तक पहुंचने की विस्तृत रूपरेखा प्रस्तुत की गई है, जिस पर तत्परता के साथ अमल किया जा रहा है। इसके तहत राष्ट्रीय ग्रामीण पेयजल कार्यक्रम को शीर्ष स्थान देकर राज्यों को वित्तीय अनुदान देने की व्यवस्था की गई है। कार्यक्रम द्वारा ग्रामीण पेयजल आपूर्ति योजनाओं को अनुदान दिया जाता है, जिसमें पहले से ही पानी की कमी से जूझ रहे क्षेत्रों को प्राथमिकता दी जाती हैं। प्रयास किया जा रहा है कि कोई भी ग्रामीण क्षेत्र पानी के किसी एक स्रोत पर निर्भर नहीं रहे, बल्कि उस क्षेत्र में सतही जल, भूजल और वर्षा संग्रहित जल का समेकित और संतुलित उपयोग हो, जिससे प्राकृतिक आपदा के समय भी पेयजल का संकट उत्पन्न ना हो। इसके लिए जहां एक ओर वर्षा–संग्रह संरचनाओं के निर्माण और विकास पर जोर दिया जा रहा है, वहीं दूसरी ओर भूजल के रिचार्ज के उपायों को भी बढ़ावा दिया जा रहा है। पहले से स्थापित जल आपूर्ति प्रणालियों के रखरखाव और मरम्मत कार्य को भी प्राथमिकता दी जा रही है। पेयजल की योजनाओं को भारत सरकार के अन्य कार्यक्रमों जैसे महात्मा गांधी नरेगा योजना और जलसंभर विकास कार्यक्रमों से भी जोड़ा गया है। इसके अंतर्गत गांवों में नए तालाबों के निर्माण और जीर्ण–शीर्ण तालाबों के पुनरुद्धार के कार्य को वित्तीय सहायता द्वारा प्रोत्साहित किया जा रहा है। इन सभी प्रयासों को संस्थानात्मक आधार देने के लिए राज्यों में जल एवं स्वच्छता मिशन तथा जल एवं स्वच्छता सहायक संगठनों का गठन किया गया है। इस प्रकार के संगठनों की श्रृंखला जिला, ब्लॉक और गांव के स्तर तक विकसित की गई है और इसमें समुदाय की भागीदारी को भी निश्चित किया गया है। इस संदर्भ में यह भी गौरतलब है कि ग्रामीण क्षेत्रों में आर्थिक रूप से वंचित और अनुसूचित जाति तथा जनजाति–बहुल बस्तियों को प्राथमिकता दी जा रही है, क्योंकि आंकड़े बताते हैं कि ऐसी बस्तियों में पेयजल आपूर्ति का कार्य अपेक्षा से अधिक पिछड़ा हुआ है। भारत सरकार ने इस दशा को बदलने का संकल्प लिया है। रणनीतिक कार्ययोजना में राज्यों से आग्रह किया गया है कि वे अपनी आवश्यकताओं, क्षमता और उपलब्ध संसाधनों के अनुसार लक्ष्य तक पहुंचने का रोडमैप तैयार करें और उस पर अमल करें। ग्रामीण पेयजल आपूर्ति की योजनाओं में निवेश के लिए निजी क्षेत्र को भी भागीदार बनाया जा रहा है, और अनेक योजनाओं को पीपीपी–मॉडल के आधार पर विकसित किया गया है।

इस संदर्भ में भूजल के दोहन के नियमन और नियंत्रण की महत्वपूर्ण भूमिका है, क्योंकि ग्रामीण क्षेत्रों में पेयजल की 85 प्रतिशत आपूर्ति भूजल पर निर्भर है। परंतु बिना किसी नियंत्रण और बाध्यकारी निर्देशों के ग्रामीण इलाकों में भूजल का अंधाधुंध दोहन हुआ है, जिससे पानी की कमी के साथ इसकी गुणवत्ता भी प्रभावित हुई है। इसलिए पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय और जल संसाधन मंत्रालय द्वारा संयुक्त रूप से एक प्रभावी कानून बनाने और इस पर अमल करने की कवायद जारी है। इसके साथ ही केंद्रीय भूजल प्राधिकरण द्वारा अति–दोहित ब्लॉकों की पहचान भी की जा रही है, जिससे इन्हें जल्दी से जल्दी संकट से उबारा जा सके। इन ब्लॉकों में भूजल के विवेकपूर्ण और संतुलित दोहन के लिए किसानों की भागीदारी से भूजल प्रबंधन संघ स्थापित करने की पहल की गई है, जिसके नतीजे काफी उत्साहजनक हैं। व्यवस्था की जा रही है कि गांव के स्तर पर उपलब्ध पानी का बजट बनाया जाए और इसके लिए एक स्पष्ट नजरिया हो जो पानी की आपूर्ति को सतत् आधार दे सके। जल बजट बनाते समय जलवायु परिवर्तन और प्राकृतिक

'स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र'

बेहतर स्वच्छता एवं ज्यादा जागरूकता और स्वस्थ जीवनशैली के जरिए बेहतर स्वास्थ्य का लक्ष्य हासिल करने के उद्देश्य से 'स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र' दरअसल स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय और पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय की एक संयुक्त पहल है। 29 दिसंबर, 2016 को इस संयुक्त पहल का शुभारंभ किया गया। 'स्वच्छ स्वस्थ सर्वत्र' के तीन प्रमुख घटक हैं–

- ओडीएफ ब्लॉकों में अवस्थित सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों (सीएचसी) को कायाकल्प प्रमाणन हासिल करने के लिए सहायता।
- कायाकल्प प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों (पीएचसी) की ग्राम पंचायत को ओडीएफ बनाने के लिए प्राथमिकता।
- सीएचसी/पीएचसी के नामित व्यक्तियों को वॉश (जल, स्वच्छता एवं सफाई) से जुड़ा प्रशिक्षण।

आपदाओं को भी विचार के दायरे में रखना होगा। पेयजल आपूर्ति की व्यवस्था के साथ इसकी गुणवत्ता पर नियंत्रण रखने के लिए भी व्यवस्था की जा रही है, जिसके अंतर्गत नियमित रूप से पेयजल की रासायनिक जांच का प्रावधान किया गया है। साथ ही पेयजल की गुणवत्ता को बनाए रखने के लिए ग्रामीणों को जागरूक और प्रशिक्षित भी किया जा रहा है। पूरा जोर इस बात पर है कि जल स्रोत प्रदूषित ना हों और इसके लिए केंद्रीय प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड तथा राज्यों के प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड को जिम्मेदारी सौंपी गई है।

रणनीतिक कार्ययोजना को शुरुआती सफलताएं मिल चुकी हैं, परंतु प्रगति की रफ्तार अभी अपेक्षित दर तक नहीं पहुंच पाई है। जानकारों की मानें तो इस महत्वाकांक्षी योजना को अंजाम देने के लिए पर्याप्त बजट की व्यवस्था नहीं की गई है और दूसरे विभिन्न योजनाओं को ज़मीनी–स्तर पर लागू करने के लिए कार्यबल की कमी भी है। फिलहाल यह जिम्मेदारी राज्यों के जनस्वास्थ्य इंजीनियरी विभागों को सौंपी गई है, जो स्वयं कार्यबल की कमी से जूझ रहे हैं। कुछ विशेषज्ञों का यह भी मानना है कि हैंडपम्प पर आधारित पेयजल आपूर्ति की व्यवस्था को पाइप प्रणाली में बदलना तकनीकी और व्यावहारिक रूप से जटिल प्रक्रिया है, जिसमें अपेक्षा से अधिक समय लग सकता है। ग्रामीण क्षेत्रों में पाइप प्रणाली की लागत, देखरेख और मरम्मत भी एक समस्या तथा चुनौती है। एक घर में पानी का कनेक्शन देने की लागत 1500 से 2000 रुपये के बीच बैठती है, जबकि इसकी वसूली केवल 3 रुपये की दर से की जाती है। पूरी प्रणाली को चलाने की लागत का ज्यादा से ज्यादा 40 प्रतिशत उपभोक्ताओं से प्राप्त किया जा सकता है। अनुभव बताते हैं कि किसी भी सामुदायिक सेवा योजना की कामयाबी के लिए जरूरी है कि वो आर्थिक रूप से व्यवहार्य हो। सरकार बहुत लंबे समय तक ऐसी योजना को वित्तीय संबल प्रदान नहीं कर सकती। जिन गांवों में पाइप बिछाए गए हैं, वहां भी इनकी कामयाबी की दर कमजोर है। बिजली की वोल्टेज में उतार–चढ़ाव के कारण अक्सर मोटरें जल जाती हैं, जिससे पेयजल की आपूर्ति ठप्प पड़ जाती है। जगह–जगह पाइप के लीकेज की समस्या भी रहती है। देखा गया है कि पाइप प्रणाली के प्रचालन और मरम्मत की लागत हैंडपम्प की तुलना में कहीं अधिक आती है। ऐसा माना जा रहा है कि पाइप प्रणाली के विकास के साथ ग्रामीण क्षेत्रों में व्यर्थ जल को निपटाने की समस्या पहले से अधिक गंभीर हो जाएगी और इसके लिए विशेष उपाय करने होंगे।

लेकिन चुनौतियों से निपटने के लिए नई–नई नवोन्मेषी तकनीकें भी अपनाई जा रही हैं। उदाहरण के तौर पर कुछ चुने गए जिलों में सोलर ड्युअल पम्प लगाने की पहल की गई है। इसके तहत बोरवेल में 900 वाट क्षमता का सबमर्सिबल पम्प लगाया जाता है, जो सौर ऊर्जा से चलता है। लेकिन इसके साथ एक हैंडपम्प भी लगा होता है जिसे सौर ऊर्जा उपलब्ध ना होने पर इस्तेमाल में लाया जा सकता है। सौर ऊर्जा पम्प को चलाकर जलाशय में 5000 लीटर पानी इकट्ठा किया जाता है, जिसे पाइप द्वारा घर–घर पहुंचाया जाता है। इस तरह 250 व्यक्तियों की पेयजल की जरूरत को पूरा किया जा सकता है। इस योजना के तहत अब तक देश के विभिन्न भागों में 10,000 से ज्यादा सोलर ड्युअल पम्प लगाए जा चुके हैं।

स्वच्छ और सुरक्षित पेयजल के लिए 'टेराफिल'

ग्रामीण क्षेत्रों में आज भी आबादी का एक बड़ा भाग प्यास बुझाने के लिए नदियों या ताल–तलैयों के पानी पर निर्भर रहता है, या भूजल का इस्तेमाल करता है। इस पानी में अक्सर धूल या मिट्टी के कण मौजूद होते हैं, आयरन (लौह) घुला–मिला हो सकता है या कई बीमारियां पैदा करने वाले सूक्ष्मजीव (बैक्टीरिया) मौजूद रहते हैं। इस गंदे पानी को साफ और सुरक्षित बनाने के लिए भारत सरकार के वैज्ञानिक एवं औद्योगिक अनुसंधान परिषद (सीएसआईआर) के भुवनेश्वर स्थित खनिज एवं पदार्थ प्रौद्योगिकी संस्थान ने एक कम लागत वाली लेकिन प्रभावी फिल्टर डिस्क विकसित की है। इसे टेराफिल डिस्क का नाम दिया गया है। इस डिस्क को पानी के बर्तन या कंटनेर में लगाकर, गंदे पानी को छानकर, आसानी से स्वच्छ और सुरक्षित बनाया जा सकता है। यह डिस्क पानी से धूल और मिट्टी के महीन कणों को छानकर अलग कर देती है। इसके साथ ही आयरन और सूक्ष्मजीवों की भी छंटाई हो जाती है। यदि पानी का रंग खराब हो और इसमें गंध हो तो ये दोष भी दूर हो जाते हैं। साथ ही पानी के स्वाद में भी सुधार होता है। वैज्ञानिकों के अनुसार टेराफिल डिस्क लगभग 99 प्रतिशत घुलनशील मटमैलापन (टर्बिडिटी), 95–100 प्रतिशत सूक्ष्म जीव, 90–95 प्रतिशत घुलनशील आयरन और अप्रिय रंग व गंध दूर करने में सक्षम है। इस डिस्क को लाल मिट्टी (रेड क्ले) में नदी की बालू और लकड़ी का बुरादा मिलाकर बनाया गया है। इस डिस्क की मदद से घरेलू फिल्टर, सामुदायिक स्तर के फिल्टर और ऑन–लाइन प्रेशर फिल्टर बनाए जा सकते हैं। घरेलू फिल्टर आमतौर पर 20 से 30 लीटर क्षमता के होते हैं, जबकि सामुदायिक फिल्टर की प्रतिदिन क्षमता 1,000 से 1,00,000 लीटर तक हो सकती है। ऑन–लाइन फिल्टर 60 से 10,000 लीटर प्रति घंटे की दर से पानी साफ कर सकते हैं। स्कूलों, आंगनवाड़ी केंद्रों जैसी संस्थाओं के लिए 1,000 लीटर प्रतिदिन की क्षमता वाले टेराफिल्टर तैयार किए गए हैं और ऐसे लगभग एक लाख फिल्टर उड़ीसा के जनजातीय जिलों की संस्थाओं में लगाए गए हैं। इसी तरह कर्नाटक के 12 जिलों के ग्रामीण इलाकों में भी ये कामयाबी से काम कर रहे हैं। इनकी लागत क्षमता के अनुसार होती है, जो अन्य आधुनिक फिल्टर की तुलना में कम है। ग्रामीण क्षेत्रों के लिए यह एक आदर्श और व्यावहारिक तकनीक है।

साफ–सफाई चुस्त, तो सेहत दुरूस्त

हमारे देश के ग्रामीण इलाकों में गंदगी एक प्रमुख समस्या है, जिसके मूल में खुले में शौच करने की पुरानी आदत है। मानव मल की गंदगी विशेष रूप से बच्चों की सेहत को विकट रूप से प्रभावित कर रही है। इस संदर्भ में हुए अध्ययन बताते हैं कि पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की ऊंची मृत्युदर का यह एक प्रमुख कारण है। लगभग 40 प्रतिशत भारतीय बच्चों के शारीरिक और बौद्धिक विकास में कमजोरी की मुख्य वजह भी इसी गंदगी को बताया गया है। इस कारण बच्चे अपनी पूरी क्षमता के अनुसार विकास नहीं कर पाते, जिससे देश का विकास पिछड़ता है। वैसे भी खुले में शौच

करना महिलाओं के सम्मान और सुरक्षा के लिए एक बड़ा खतरा है और भारत के विकास के नाम पर एक कलंक भी है। इस पृष्ठभूमि में भारत सरकार ने एक बड़ा फैसला लेते हुए 2 अक्तूबर, 2019 तक देश के सभी ग्रामीण क्षेत्रों को खुले में शौच से मुक्त करने का संकल्प लिया है। गौरतलब है कि इस तारीख को राष्ट्रपिता महात्मा गांधी की 150वीं जयंती मनाई जाएगी। इस लक्ष्य तक पहुंचने के लिए भारत सरकार ने एक व्यापक स्वच्छ भारत मिशन–ग्रामीण की शुरुआत की है। इसका उद्देश्य ग्रामीण घरों में केवल शौचालय का निर्माण करना नहीं है, बल्कि ग्रामीण समुदाय के आचार–व्यवहार और सोच में बदलाव करना भी है। इसलिए इस मिशन के अंतर्गत क्षमता निर्माण, जानकारी की साझेदारी, प्रशिक्षण और जागरूकता कार्यक्रमों को बढ़ावा दिया जा रहा है। घरों में शौचालय के निर्माण के लिए आर्थिक सहायता की व्यवस्था भी की गई है।

स्वच्छ भारत मिशन– ग्रामीण को लागू करने के लिए पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय केंद्रीय नोडल एजेंसी के रूप में कार्य कर रहा है, परंतु इसमें अनेक अन्य मंत्रालय तथा विभाग भी सहयोग कर रहे हैं। निजी क्षेत्र के संगठन, एनजीओ और सामाजिक संस्थाएं भी इस कार्य में सहयोग कर रही हैं। इसलिए इस मिशन को बहुत कम समय में ही असाधारण कामयाबी हासिल हुई है। मिशन की शुरुआत के समय देश में ग्रामीण स्वच्छता की कवरेज केवल 42 प्रतिशत थी, जो अब बढ़कर 60 प्रतिशत से अधिक हो गई है। मंत्रालय की रिपोर्ट के अनुसार 1 फरवरी, 2017 तक 1,51,451 गांव, 85 जिले और तीन राज्य खुले में शौच से मुक्त घोषित किए जा चुके हैं। यह कामयाबी इशारा करती है कि प्रगति की दशा और दिशा ठीक है, और हम लक्ष्य तक पहुंच जाएंगे। इस मिशन को कामयाब बनाने में विज्ञान एवं प्रौद्योगिकी भी एक अहम् भूमिका अदा कर रही है। ग्रामीण क्षेत्रों में कम लागत और कम पानी वाले शौचालयों के निर्माण की तकनीक को लोकप्रिय बनाया जा रहा है। मानव मल या/और पशुओं के गोबर का इस्तेमाल करके स्वच्छ और हरित ऊर्जा (बायोगैस) के उत्पादन की प्रणालियां स्थापित करने के कार्य को बढ़ावा दिया जा रहा है। इससे संपूर्ण ग्रामीण विकास की संकल्पना को मजबूत बनाने में भी मदद मिल रही है। इसी तरह कृषि व्यर्थ से कम्पोस्ट खाद बनाने की प्रणालियों को भी बढ़ावा दिया जा रहा है। ग्रामीण क्षेत्रों के लिए व्यर्थ जल के उपचार की प्रभावी और कम लागत वाली प्रणालियां विकसित की गई हैं और इन्हें स्थापित करने के लिए प्रोत्साहन भी दिया जा रहा है।

पिछले अनेक वर्षों से ग्रामीण क्षेत्रों में स्वच्छ और सुरक्षित पेयजल की आपूर्ति एक प्रमुख चुनौती बनी हुई थी, जिसका अब एक विशेष अभियान/कार्यक्रम चलाकर समयबद्ध रूप से समाधान किया जा रहा है। और इसके साथ ही ग्रामीण क्षेत्रों में स्वच्छता की एक जोरदार लहर भी चल पड़ी है, जिसका प्रभाव स्पष्ट रूप से दिखाई भी देने लगा है। वर्तमान सरकार के नेतृत्व में ग्रामीण क्षेत्रों की तस्वीर तेजी से बदल रही है। संपूर्ण विकास के अनेक रंग दिखाई दे रहे हैं। एक नए भारत का निर्माण और विकास हो रहा है।

(पूर्व प्रधान संपादक (हिंदी प्रकाशन), भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद पूसा रोड, नई दिल्ली)

ईमेल : jgdsaxena@gmail.com

उत्तराखंड और हरियाणा देश के चौथे और पांचवें खुले में शौचमुक्त राज्य घोषित

स्वच्छ भारत

एक कदम स्वच्छता की ओर

स्वच्छ भारत मिशन ग्रामीण के अंतर्गत ग्रामीण उत्तराखंड और ग्रामीण हरियाणा ने खुद को देश का चौथा और पांचवां खुले में शौचमुक्त राज्य घोषित किया है। ये दोनों राज्य सिक्किम, हिमाचल प्रदेश और केरल की श्रेणी में शामिल हो गए हैं, जो पहले ही खुले में शौच–मुक्त राज्य घोषित हो चुके हैं। स्वच्छ भारत मिशन ग्रामीण शुरू होने के ढाई साल के भीतर ही राष्ट्रीय–स्तर पर स्वच्छता का दायरा 42 प्रतिशत से बढ़कर 64 प्रतिशत हो गया है। उत्तराखंड में 13 जिले, 95 ब्लॉक, 7256 ग्राम पंचायतें और 15751 गांव हैं, जबकि हरियाणा में 21 जिले, 124 ब्लॉक और 6083 ग्राम पंचायतें हैं। इन सभी ने क्रमशः देहरादून और चंडीगढ़ में खुद को खुले में शौच–मुक्त घोषित किया। इस अवसर पर पेयजल और स्वच्छता मंत्री नरेन्द्र सिंह तोमर ने देहरादून में कहा कि 2 अक्टूबर, 2014 को प्रधानमंत्री श्री नरेन्द्र मोदी ने स्वच्छ भारत मिशन की शुरुआत की थी। आज यह वास्तव में जन–आंदोलन बन चुका है। इस मील के पत्थर तक पहुंचने में उत्तराखंड और हरियाणा की जनता, सरकारी अधिकारियों और अन्य संस्थानों के प्रतिनिधियों ने योगदान दिया। पेयजल और स्वच्छता मंत्रालय के सचिव श्री परमेश्वरन अय्यर ने कहा कि देशभर में खुले में शौचमुक्त की दिशा में जबर्दस्त प्रगति के बाद स्वच्छ भारत ग्रामीण के लिए अगला कदम इस स्थिति को लम्बे समय तक बनाए रखने के साथ ही ग्रामीण भारत में ठोस और कचरा प्रबंधन की नियमित व्यवस्था करना होगा।

केंद्रीय ग्रामीण विकास, पंचायती राज और स्वच्छता एवं पेयजल मंत्री श्री नरेंद्र सिंह तोमर, उत्तराखंड के मुख्यमंत्री श्री त्रिवेन्द्र सिंह रावत और पेयजल एवं स्वच्छता मंत्रालय के सचिव श्री परमेश्वरन अय्यर सहित अन्य गणमान्य लोग।

पांच राज्यों के खुले में शौचमुक्त होने के साथ ही देशभर में दो लाख से ज्यादा गांवों और 147 जिलों को खुले में शौचमुक्त घोषित किया जा चुका है।

स्वच्छता पखवाड़ा लेखा-जोखा

कृषि एवं किसान कल्याण मंत्रालय ने मनाया स्वच्छता पखवाड़ा

कृषि एवं किसान कल्याण मंत्रालय ने 16 मई से 31 मई, 2017 तक स्वच्छता पखवाड़ा मनाया। इस दौरान मंत्रालय के परिसर में चलाए जाने वाले स्वच्छता अभियान से बाहर निकलकर कृषि मंडियों, मछली बाजारों तथा कृषि विज्ञान केंद्रों के आसपास स्थित गांवों में जागरूकता कार्यक्रम एवं सफाई अभियान चलाया गया। स्वच्छता अभियान के संदेश का मीडिया के माध्यम से व्यापक प्रचार–प्रसार किया गया। स्वच्छता पखवाड़े के दौरान कुछ ऐसे महत्वपूर्ण विषयों पर विशेष बल दिया गया जिन्हें अनुकूल परिणाम प्राप्त करने के लिए पखवाड़े के बाद भी जारी रखा जाएगा।

कृषि, सहकारिता एवं किसान कल्याण विभाग ने किसानों को सफाई के प्रति जागरूक करने के लिए स्वच्छता पखवाड़े का आयोजन किया। **स्वच्छ भारत मिशन के तहत गांवों को स्वच्छ रखने एवं किसानों की आय में वृद्धि करने के लिए राष्ट्रीय जैविक खेती केंद्र (एनसीओएफ) द्वारा एक कचरा निपटान तकनीक (वेस्ट डी–कम्पोजर तकनीक) का विकास किया गया है जिसके द्वारा जानवरों के गोबर एवं गांवों के जैविक कचरे को बहुत कम लागत में एक अच्छी गुणवत्ता वाली जैविक खाद में बदला जा सकता है। पखवाड़े के दौरान एनसीओएफ द्वारा 142 गांवों/कृषि मंडियों में इस तकनीक का प्रदर्शन किया गया।** देश में इस तकनीक के बारे में जानकारी का प्रचार–प्रसार करने के लिए इस तकनीक के संबंध में विभिन्न भाषाओं में प्रकाशित होने वाले 80 समाचार–पत्रों में विज्ञापन जारी किए गए। इसके अतिरिक्त वर्ष 2017–18 के दौरान कम्पोस्ट वेस्ट मैनेजमेंट प्लांट स्थापित करने के लिए आरकेवीवाई के तहत राज्यों को 36 करोड़ रुपये की निधि एवं 250 ई–नेम एपीएमसी को 12.5 करोड़ रुपये जारी करने का निर्णय भी लिया गया।

इसके अतिरिक्त इस विभाग के अंतर्गत आने वाले विभिन्न कार्यालयों में सामान्य स्वच्छता गतिविधियों के अलावा गहन सफाई अभियान चलाया गया। विस्तार निदेशालय द्वारा 'दीवार' नामक पत्रिका का स्वच्छता संस्करण प्रकाशित किया गया जिसमें स्वच्छता संबंधी लेख, स्तंभ, नारे और कविताएं आदि शामिल हैं। पखवाड़े के दौरान भारतीय मृदा एवं भू–उपयोग सर्वेक्षण केंद्रों, सीसीएस राष्ट्रीय कृषि विपणन संस्थान, मैनेज (डीएसी एंड एफडब्ल्यू के अंतर्गत आने वाले अधीनस्थ/स्वायत्तशासी कार्यालय) द्वारा आसपास के गांवों/क्षेत्रों में सफाई जागरूकता अभियान चलाया गया तथा स्वच्छता अभियान में स्थानीय जनप्रतिनिधियों/मंत्रियों की भागीदारी भी सुनिश्चित की गई। इसके अलावा रसायनों, कीटनाशी पदार्थों के सुरक्षित उपयोग तथा उपयोग के पश्चात कीटनाशी कंटेनरों के सुरक्षित निपटान के संबंध में किसानों के लिए जागरूकता कार्यक्रम भी चलाया गया।

पशुपालन, डेयरी एवं मत्स्य पालन विभाग के मुख्यालय तथा इस विभाग के संबद्ध, अधीनस्थ एवं स्वायत्तशासी संस्थानों/कार्यालयों में भी स्वच्छता पखवाड़ा मनाया गया। पखवाड़े के दौरान 11 राज्यों के 20 मछली बाजारों में सफाई अभियान चलाया गया। इसके अलावा, एक स्वच्छता पदयात्रा निकालने के साथ–साथ 23 जागरूकता अभियान चलाए गए तथा मछली रखरखाव पर राज्य–स्तर की 3 कार्यशालाएं भी आयोजित की गईं। स्वच्छता अभियानों में स्थानीय जनप्रतिनिधियों/मंत्रालयों और सरकारी अधिकारियों तथा आम लोगों की प्रतिभागिता भी सुनिश्चित की गई। नियमित सफाई कार्यों के अलावा क्षेत्रीय चारा केंद्र, हिसार द्वारा राजकीय वरिष्ठ माध्यमिक विद्यालय, मिर्जापुर और हिसार के मिर्जापुर गांव में जागरूकता अभियान चलाया गया। इसी प्रकार सेंट्रल हर्ड रजिस्ट्रेशन स्कूल, रोहतक के स्टाफ द्वारा सीसाना में स्थित अस्पताल परिसर में विशेष सफाई अभियान चलाया गया। इस विभाग के अधीन प्रजनन सुधार संस्थानों ने विभिन्न फार्मों, राजकीय, कृषि और पशुपालन प्रबंधन कार्यों में लगे हुए कार्मिकों/कर्मचारियों के लिए जागरूकता सत्र जैसे कार्यकलाप भी किए गए। इसके अतिरिक्त पशुपालन स्वास्थ्य प्रभाग के अधीनस्थ संस्थानों के अधिकारियों ने अपने अधीनस्थ कार्मिकों को जैविक निपटान प्रणाली और स्वच्छ उर्जा उपयोग के बारे में जानकारी दी। विभाग में वर्ष 2017–18 के दौरान स्वच्छता कार्ययोजना (एसएपी) के तहत स्वच्छता संबंधी बुनियादी कार्यकलापों यथा वर्मी कम्पोस्ट इकाइयों की स्थापना, जैव बायोगैस संयंत्रों को स्थापित करने, अपशिष्ट पुनर्चक्रण पर राज्य–स्तर की कार्यशालाओं के आयोजन और स्लरी/वाश वाटर टैंकों आदि को स्थापित करने के लिए 5.32 करोड़ आबंटित किए हैं।

स्वच्छता पखवाड़े के दौरान आईसीएआर के नई दिल्ली स्थित मुख्यालय, सभी 102 अनुसंधान संस्थान और 671 कृषि विज्ञान केंद्रों ने पखवाड़ा कार्यकलापों में सक्रिय भाग लेने के साथ–साथ व्यापक आधार पर सफाई अभियान चलाया। आईसीएआर के संस्थानों द्वारा कार्यशालाओं, संगोष्ठियों, जागरूकता शिविरों, रैलियों, नुक्कड़ नाटकों और वाद–विवाद प्रतियोगिताओं स्वच्छता संबंधी विषयों पर आयोजन किया गया। आईसीएआर संस्थानों और 671 केवीके के माध्यम से गोद लिए गए गांवों में जागरूकता और संवेदनशीलता कार्यक्रमों का भी आयोजन किया गया। किसानों और ग्रामीण युवकों की सक्रिय प्रतिभागिता के साथ विभिन्न आईसीएआर संस्थानों और केवीके द्वारा 5200 से अधिक गांवों में स्वच्छता कार्यकलाप किए गए। इन कार्यकलापों के एक भाग के रूप में स्वच्छ कृषि प्रौद्योगिकियों, अभ्यासों और कृषि संबंधी व्यर्थ पदार्थों से आमदनी करने की 130 संबंधित प्रौद्योगिकियों को प्रोत्साहित किया गया जिसमें जैव कम्पोस्ट, वर्मी कम्पोस्ट को तैयार करने, छाछ के अपेक्षित उपयोग, स्ट्रा संवर्धन, गंदे पानी का परिष्करण, कपास और मत्स्य से संबंधित व्यर्थ पदार्थों का उपयोग आदि शामिल हैं। इसके अतिरिक्त पखवाड़े के दौरान विभिन्न खेत संबंधी और कृषि कार्यकलापों को प्रोत्साहित किया गया। ❑

वस्तु एवं सेवाकर

एक राष्ट्र, एक कर, एक बाजार

वस्तु एवं सेवाकर 1 जुलाई, 2017 से लागू होने जा रहा है। यह स्वतंत्रता के बाद सबसे बड़े कर सुधारों में से एक है। इससे कर अदा करने के हमारे तरीके में क्रांतिकारी बदलाव आएगा। प्रधानमंत्री के शब्दों में –जीएसटी परिवर्तन और पारदर्शिता की दिशा में एक बड़ा कदम है। उन्होंने व्यापार में सुगमता लाने के लिए इसे अप्रत्यक्ष करों में एक व्यापक सुधार की संज्ञा दी है। इस श्रृंखला के अंतर्गत हम नई कर व्यवस्था, उसके फायदों और यह कैसे वर्तमान कर व्यवस्था में सुधार लाएगी और अन्य अति–आवश्यक प्रश्नों के जवाब देंगे।

जीएसटी समूचे राष्ट्र के लिए एक परोक्ष कर है, जो भारत को एकीकृत साझा बाजार बनाएगा। यह वस्तुओं और सेवाओं की आपूर्ति पर विनिर्माण से लेकर उपभोक्ता तक एकल कर है। पिछले चरण पर अदा किए गए इन्पुट करों का क्रेडिट मूल्य संवर्द्धन के परवर्ती चरण में उपलब्ध होगा, यह प्रावधान जीएसटी को अनिवार्यतः एक ऐसा कर बनाता है जो प्रत्येक चरण में केवल मूल्य संवर्द्धन पर लगेगा। इस तरह अंतिम उपभोक्ता को केवल उतना जीएसटी वहन करना होगा, जो आपूर्ति श्रृंखला में अंतिम व्यापारी द्वारा वसूल किया जाएगा, और साथ ही पिछले सभी चरणों पर अदा किए गए कर के लिए सेट–ऑफ लाभ प्रदान किया जाएगा।

जीएसटी के लाभ

व्यापार और उद्योग के लिए

'आसान अनुपालनः भारत में जीएसटी व्यवस्था का आधार एक सुदृढ़ और व्यापक आईटी प्रणाली होगी। अतः सभी करदाता सेवाएं, जैसे पंजीकरण, रिटर्न, भुगतान आदि ऑनलाइन प्रदान की जाएंगी, जिससे अनुपालन में सुगमता और पारदर्शिता आएगी।

'कर की दरों और संरचनाओं में एकरूपता : जीएसटी यह सुनिश्चित करेगा कि परोक्ष कर की दरें और संरचनाएं देशभर में एक समान रहें, जिससे व्यापार करने की अवश्यंभाविता और सुगमता में वृद्धि होगी। दूसरे शब्दों में, जीएसटी देश में व्यापार प्रक्रिया को कर की दृष्टि से तटस्थ बनाएगा, चाहे आप किसी भी स्थान पर व्यापार करने का विकल्प चुनें।

'प्रपाती प्रभाव की समाप्ति : समूची मूल्य श्रृंखला में कर–क्रेडिट की सीवनरहित प्रणाली, यह सुनिश्चित करेगी कि करों का प्रपाती प्रभाव न्यूनतम हो। इससे व्यापार संचालन की प्रच्छन्न लागत में कमी आएगी।

'प्रतिस्पर्धात्मकता में सुधारः व्यापार करने की लागत में कमी आने से अंततः व्यापार और उद्योग की प्रतिस्पर्धात्मक क्षमता में सुधार होगा।

'विनिर्माताओं और निर्यातकों को लाभः प्रमुख केन्द्रीय और राज्य करों के जीएसटी में समाहित होने, इन्पुट वस्तुओं एवं सेवाओं का पूर्ण और व्यापक सेट–ऑफ और केन्द्रीय बिक्री कर (सीएसटी) की चरणबद्ध रूप में समाप्ति जैसे प्रावधानों से स्थानीय रूप में विनिर्मित वस्तुओं और सेवाओं की लागत में कमी आएगी। इससे अंतर्राष्ट्रीय बाजार में भारतीय वस्तुओं और सेवाओं की प्रतिस्पर्धा क्षमता में वृद्धि होगी और भारतीय निर्यात को बढ़ावा मिलेगा। समूचे देश में कर की दरों और प्रक्रियाओं में एकरूपता से अनुपालन लागत में भी काफी कमी आएगी।

केन्द्र सरकार और राज्य सरकारों के लिए

'संचालन की दृष्टि से सामान्य और सरलः केन्द्र और राज्यों के स्तर पर लगाए जाने वाले अनेक परोक्ष करों का स्थान जीएसटी लेगा। एक छोर से दूसरे छोर तक सुदृढ़ आईटी प्रणाली द्वारा समर्थित जीएसटी का संचालन केन्द्र और राज्यों के अब तक के सभी अन्य परोक्ष करों की तुलना में अधिक सामान्य और सरल किस्म का होगा।

'रिसाव पर कारगर नियंत्रणः एक मजबूत आईटी ढांचे के कारण जीएसटी का कर–अनुपालन बेहतर होगा। मूल्य संवर्द्धन श्रृंखला में एक चरण से दूसरे चरण तक इन्पुट टैक्स क्रेडिट अबाधित होने की बदौलत जीएसटी के डिजाइन में ऐसी अन्तर–निहित व्यवस्था की गई है, जो व्यापारियों को कर अनुपालन के लिए प्रेरित करेगी।

'उच्चतर राजस्व सक्षमताः जीएसटी से यह अपेक्षा की जा रही है कि सरकार के कर–राजस्व संग्रह की लागत में कमी आएगी और नतीजतन राजस्व सक्षमता में वृद्धि होगी।

उपभोक्ताओं के लिए

'वस्तुओं और सेवाओं के अनुपात में एकल और पारदर्शी करः केन्द्र और राज्यों द्वारा लगाए जाने वाले बहुसंख्य करों और मूल्य श्रृंखला के परवर्ती चरणों में कोई इनपुट कर क्रेडिट की व्यवस्था न होने या अधूरी व्यवस्था होने के कारण आज देश में अधिकतर वस्तुओं और सेवाओं की लागत में प्रच्छन्न कर समाहित रहते हैं। जीएसटी के अंतर्गत विनिर्माता से उपभोक्ता तक केवल एक ही कर होगा, जिससे अंतिम उपभोक्ता तक अदा किए गए करों में पारदर्शिता रहेगी।

'समग्र कर बोझ में राहतः सक्षमता में वृद्धि और रिसाव की रोकथाम होने से ज्यादातर वस्तुओं पर कर का बोझ कम होगा, जिससे उपभोक्ताओं को लाभ पहुंचेगा।

आगामी अंक

अगस्त, 2017 – डिजिटल होता ग्रामीण भारत

सूचना एवं प्रसारण मंत्री ने लोकसभा अध्यक्ष को भेंट की सीडब्ल्यूएमजी

सूचना एवं प्रसारण मंत्री एम. वेंकैयानायडू ने 100 खंडों में प्रकाशित महात्मा गांधी के संग्रहित कार्यों के सेट को लोकसभा की माननीया अध्यक्ष सुमित्रा महाजन को लोकसभा पुस्तकालय के लिए गत 13 जून को भेंट किया।

इस अवसर पर माननीया अध्यक्ष सुमित्रा महाजन ने कहा कि राष्ट्रीय आंदोलन के दौरान गांधी जी द्वारा आम लोगों को दिए गए सरल संदेश ने उनमें लोकप्रिय भागीदारी की भावना और देश के लिए एकता की भावना पैदा की। आजादी पाने के लिए नमक सत्याग्रह में जनभागीदारी एक उत्कृष्ट उदाहरण था। देश की सेवा से संबंधित उनके दर्शन ने वैश्विक समुदाय को भी प्रभावित किया।

केंद्रीय शहरी विकास, आवास एवं शहरी गरीबी उन्मूलन और सूचना एवं प्रसारण मंत्री श्री एम. वैंकयानायडू माननीया लोकसभा अध्यक्ष श्रीमती सुमित्रा महाजन को संसद के पुस्तकालय हेतु संपूर्ण गांधी वाङ्मय के 100 खंडों का सेट भेंट करते हुए।

संपूर्ण गांधी वाङ्मय के 100 खंडों में प्रकाशित सामग्री प्राप्त करने के अवसर पर माननीया अध्यक्ष ने कहा कि सदस्यों के लिए यह संग्रह संसद में रखा जाएगा जो उन्हें विरासत को समझने में सक्षम बनाएगा। माननीया अध्यक्ष ने सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय की इस नई पहल और सरकार के विकास एजेंडा को आगे ले जाने के प्रयास के लिए सूचना एवं प्रसारण मंत्री की सराहना की।

इस अवसर पर माननीय सूचना और प्रसारण मंत्री ने कहा कि महात्मा गांधी के लेखन ने सच्चाई, नैतिकता और अहिंसा के साथ स्वतंत्रता आंदोलन को खड़ा करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाई। महात्मा गांधी का उल्लेख करते हुए उन्होंने कहा, हमारा जीवन सभी के लिए खुली किताब की तरह होना चाहिए। उन्होंने कहा कि संपूर्ण गांधी वाङ्मय से राष्ट्रपिता के जीवन से सीखने का एक अनूठा अवसर प्राप्त होता है। उनके विचारों/लेखों को संरक्षित करने और इसे भावी पीढ़ी तक पहुंचाने की जिम्मेदारी हमारी है।

सीडब्ल्यूएमजी के 100 खंडों वाला सेट तैयार करना, प्रकाशन विभाग का सबसे महत्वपूर्ण कार्य है, क्योंकि यह गांधीजी के शब्दों का एक महत्वपूर्ण दस्तावेज है जिसमें गांधीजी ने 1884 से लेकर 30 जनवरी, 1948 को अपनी हत्या के दिन तक दिन–ब–दिन, वर्ष–दर–वर्ष, जो बोला और लिखा, संग्रहित है। सीडब्ल्यूएमजी–मूल–(केएस–संस्करण), जिसे प्रोफेसर के.एस. स्वामीनाथन ने तैयार किया और इसे पूरा करने में इस मुख्य निर्माणकर्ता को 38 वर्ष (1956–1994) लगे, उसके पूरे सेट को डिजिटल मास्टर कॉपी से लेकर दोबारा प्रकाशित किया गया है।

इस मास्टर कॉपी को प्रकाशन विभाग ने गुजरात विद्यापीठ, अहमदाबाद के साथ समझौते के तहत तैयार किया था। इस डिजिटल मास्टर कॉपी को गांधी विरासत पोर्टल पर भी अपलोड किया गया है जिसका रखरखाव साबरमती आश्रम संरक्षण एवं मेमोरियल ट्रस्ट, अहमदाबाद द्वारा किया जाता है। सभी प्रकाशित खंड बिक्री के लिए ऑनलाइन उपलब्ध हैं। प्रत्येक खंड 100 रुपये की मामूली दर पर उपलब्ध है और पूरा सेट 25 प्रतिशत की छूट पर यानी सभी 100 खंड 7,500 रुपये में उपलब्ध हैं। 100 खंडों वाली डीवीडी 800 रुपये की कीमत पर उपलब्ध है। ❑

आर. एन. आई./708/57
डाक-तार पंजीकरण संख्या : डी.एल. (एस)-05/3164/2015-17
आई.एस.एस.एन. 0971-8451, पूर्व भुगतान के बिना आर.एम.एस.
दिल्ली में डाक में डालने के लिए लाइसेंस : यू (डी.एन.)-54/2015-17
1 जुलाई 2017 को प्रकाशित एवं 5-6 जुलाई 2017 को डाक द्वारा जारी

R.N.I/708/57
P&T Regd. No. DL (S)-05/3164/2015-17
ISSN 0971-8451, Licenced under U (DN)-54/2015-17
to Post without pre-payment at R.M.S. Delhi.

Think IAS...

दृष्टि The Vision

Think Drishti

सिविल सेवा परीक्षा की तैयारी को समर्पित मासिक पत्रिका

- ☑ समसामयिक मुद्दों पर आधारित महत्त्वपूर्ण लेख।
- ☑ आगामी प्रारंभिक परीक्षा के लिये सामान्य अध्ययन पर महत्त्वपूर्ण सामग्री।
- ☑ प्रारंभिक और मुख्य परीक्षा के लिये प्रत्येक महीने सामान्य अध्ययन के विभिन्न खण्डों के रिवीज़न के लिये 'टू द पॉइंट' सामग्री।
- ☑ प्रमुख पत्र-पत्रिकाओं (साइंस रिपोर्टर, डाउन टू अर्थ, इकॉनमिक एंड पोलिटिकल वीकली, द हिन्दू आदि) के महत्त्वपूर्ण लेखों का सारांश।
- ☑ मुख्य परीक्षा के लिये समसामयिक मुद्दों पर आधारित प्रश्न और उनके उत्तर।
- ☑ तैयारी कर रहे अभ्यर्थियों के लिये प्रेरणादायक कॉलम।
- ☑ इंटरव्यू की तैयारी के लिये महत्त्वपूर्ण सामग्री।

पत्रिका का सैम्पल निःशुल्क पढ़ने के लिये हमारी वेबसाइट: www.drishtiias.com पर विज़िट करें।

To Subscribe, Call - 8130392351, 59

For business/advertising enquiry, Call - 8130392355

Web : www.drishtiias.com, Email : info@drishtipublications.com

प्रकाशक और मुद्रक: डॉ. साधना राउत, महानिदेशक, प्रकाशन विभाग, सूचना भवन, सीजीओ कॉम्पलेक्स, लोधी रोड, नई दिल्ली-110003.
मुद्रक : जे.के. ऑफसेट, बी-278, ओखला इंडस्ट्रीयल एरिया, फेस-1, नई दिल्ली-110020, संपादक: ललिता खुराना