

स्वास्थ्य सुशासन पर नागरिक रूढ

प्रतिवेदन
2011

सोशल वॉच छत्तीसगढ़

आमुख

नेशनल सोशल वॉच कोलिशन द्वारा सन् 2003 में सुशासन और विकास पर पहली नागरिक रिपोर्ट प्रस्तुत की गई थी। यह अपनी तरह की पहली रिपोर्ट थी और पूरे देश से इस पर अनुकूल प्रतिक्रियाएं सामने आइ थी। इस अवधारणा को लोगों ने सराहा कि जनतांत्रिक समाज में शासन के विभिन्न अवयवों के कार्यकलापों की सीमाक्षा प्रबुद्ध समाज के द्वारा हो। इसके बाद से प्रतिवर्ष नागरिक रपट को प्रकाशित किया जा रहा है।

छत्तीसगढ़ सोशल वॉच कोलिशन 2005 में अस्तित्व में आया तथा कोलिशन की प्रथम रपट “विकास और सुशासन पर नागरिक रपट” वर्ष 2008 में प्रकाशित की गई। दूसरी रपट स्वास्थ्य सुशासन पर आधारित है क्योंकि बेहतर स्वास्थ्य एवं उसमें सुशासन नागरिकों की महत्वपूर्ण आवश्यकता है। प्रतिवेदन के लिए जो भी आंकड़े एवं तथ्य जुटाए हैं वे शासन के अधिकृत दस्तावेजों एवं प्रदेश में सक्रिय स्वैच्छिक संगठनों की रिपोर्ट से ली गई है। यह शोध इस पर ही आधारित है। यह प्रतिवेदन गैर राजनैतिक मंतव्य से तैयार की गई है और इसमें स्वास्थ्य सुशासन के मुद्दों को शासन की जिम्मेदारी व नागरिकों की आकांक्षाओं के बीच वांछित समन्वय लाने की दृष्टि से उठाया गया है।

इस प्रतिवेदन को तैयार करने में कोलिशन को अनेक विशेषज्ञों और विद्वानों से समय-समय पर परामर्श व सहयोग मिलता रहा है। इन सबके प्रति आभार व्यक्त करना एवं अनिवार्य औपचारिकता का निर्वाह करना है। छत्तीसगढ़ शासन में विविध स्तरों पर जो अधिकारिक जानकारियों प्राप्त हुई उस हेतु भी धन्यवाद देते हैं। नेशनल सोशल वॉच कोलिशन में जो साथी हैं उनके सक्रिय सहयोग के प्रति भी हम आभार मानते हैं।

डॉ कमलेश जैन, स्वास्थ्य विशेषज्ञ द्वारा प्रतिवेदन में तटस्थता का स्वरूप प्रदान करने में योगदान किया है। डॉ सुशील त्रिवेदी, पूर्व चुनाव आयोग द्वारा प्रतिवेदन की बारीकियों को उभारा गया है। प्रतिवेदन के प्रथम ड्राफ्ट को तैयार करने में जगन्नाथ, पीएफआई एवं विजेन्द्र, एन.सी.ए.एस की भूमिका महत्वपूर्ण थी। विशाल नायक, समर्थन ने प्रतिवेदन पूर्ण करने में यथेष्ट परिश्रम किया है। समर्थन एवं कार्ट ने प्रक्रिया के दौरान प्रबंध एवं समन्वय की महत्वपूर्ण भूमिका निभाई है। इन सब के सहयोग के बिना यह कार्य संभव नहीं हो सकता था।

रायपुर

..... मार्च 2012

छत्तीसगढ़ सोशल वॉच कोलिशन

परामर्श मण्डल

डॉ कमलेश जैन
डॉ सुशील त्रिवेदी

संपादक

ललित सुरजन
गौतम बंदोपाध्याय

संकलन, शोध एवं लेखन

विशाल नायक,
जगन्नाथ

प्रतिवेदन प्रकाशन के लिए सहयोग

.....
.....

सर्वाधिकार सुरक्षित

सहयोग राशि रू. 100/-

अनुक्रमणिका

1	पृष्ठभूमि	1
1.1	भारत में स्वास्थ्य की स्थिति	1
1.2	छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य की स्थिति	2
1.2.1	छत्तीसगढ़ राज्य स्वास्थ्य नीति 2006	9
1.2.2	राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन	11
1.2.3	छत्तीसगढ़ स्वास्थ्य बजट	11
1.3	छत्तीसगढ़ सोशल वॉच	13
1.3.1	उद्देश्य	13
1.3.2	अध्ययन पद्धति	13
2	लोक स्वास्थ्य व्यवस्था/सुशासन (उपलब्धता, पहुँच एवं गुणवत्ता विश्लेषण)	15
2.1	लोक स्वास्थ्य की संरचनात्मक व्यवस्था	15
2.2	लोक स्वास्थ्य अधोसंरचनाएं	17
2.2.1	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	18
2.2.2	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	20
2.2.3	उप स्वास्थ्य केन्द्र	22
3	स्वास्थ्य व्यवस्था में जीवनदीप समिति की स्थिति	24
3.1.1	जीवनदीप समिति की बैठकों की स्थिति	24
3.1.2	दुर्ग में जीवनदीप समितियों की स्थिति	25
3.1.3	कांकेर में जीवनदीप समितियों की स्थिति	26
3.1.4	जीवनदीप समिति – निष्कर्ष एवं सुझाव	30
4	छत्तीसगढ़ में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की स्थिति	31
4.1.1	ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की स्थिति	32
5	स्वास्थ्य समस्याएं एवं चुनौतियां : एक विश्लेषण	34
5.1	सुशासन की कमी से कमजोर हुई स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता	34
5.2	मानव संसाधन की कमी सबसे बड़ी चुनौती	35
5.3	गरीब नागरिक अभी भी इलाज से दूर	35
5.4	सुपर स्पेशलिटी हास्पिटल और निजी नर्सिंग होम क्या दे सकेंगे गरीब आदमी को स्वास्थ्य सेवाएं?	36
5.5	जागरूकता का अभाव एक कुपोषण	37
5.6	मच्छरों ने प्रदेश को मलेरिया के चक्र में घेरा	38
5.7	प्रदेश में बढ़ रहे हैं रोगी की संख्या	39
5.1	स्थानीय नीम हकीमों के प्रति रुझान	41
5.2	पारंपरिक चिकित्सा ज्ञान के लिए सम्मान का अभाव	41

सोशल वॉच छत्तीसगढ़

स्वास्थ्य सुशासन पर नागरिक रपट

1 पृष्ठभूमि

किसी भी राष्ट्र की खुशहाली, वहां के नागरिकों की खुशी एवं बेहतर स्वास्थ्य पर निर्भर करता है। एवं नागरिकों को निरंतर एवं बेहतर स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराना, एक अच्छी एवं सुचारु क्रियान्वित प्रणाली द्वारा ही सुनिश्चित कराया जा सकता है। स्वास्थ्य प्रणाली के मुख्य कार्यों में स्वास्थ्य संबंधित भौतिक बुनियादी ढांचों का निर्माण एवं स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए सक्षम मानव संसाधन तैयार करना महत्वपूर्ण है। प्रभावी ढंग से स्वास्थ्य प्रणाली चलाने के लिए दोनों का आपसी तालमेल होना भी अत्यंत आवश्यक है। अधिकांशतः इनमें आपसी तालमेल की कमी का परिणामों पर सीधा प्रभाव होता है। यह देखा गया है कि भौतिक संसाधन, जैसे—स्वास्थ्य भवन, जॉच यंत्र एवं उपकरण इत्यादि, उपलब्ध होने पर भी उनका उचित उपयोग नहीं हो पाता है क्योंकि कौशल मानव संसाधन की कमी रहती है।

स्वास्थ्य प्रणाली का निर्माण एवं उसका बेहतर क्रियान्वयन केन्द्र एवं राज्य की बड़ी जिम्मेदारी का हिस्सा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) की विश्व स्वास्थ्य रिपोर्ट (2000) में उल्लेख है कि स्वास्थ्य प्रणाली के सुशासन में वह जिम्मेदारी निहित है, जिसमें सरकार की मुख्य भूमिका है। आम नागरिक के बेहतर स्वास्थ्य के लिए हमारे देश में शासकीय लोक स्वास्थ्य व्यवस्था है। इस व्यवस्था के अंतर्गत ग्रामीण एवं नगरीय क्षेत्रों में स्वास्थ्य केन्द्रों का संचालन किया जाता है। हालांकि स्वास्थ्य सुविधाओं की गुणवत्ता एवं सुशासन पर लगातार सवाल खड़े होते रहते हैं। यह ऐसा विषय है जिससे बच्चे से लेकर वृद्ध व जन्म से लेकर मृत्यु तक सभी प्रभावित होते हैं। लोक स्वास्थ्य व्यवस्था के परिणामों को बेहतर बनाना आम नागरिक की पहली आवश्यकता की पूर्ति करना है, जिसे सरकार द्वारा गंभीरता से लिया जाना आवश्यक है।

1.1 भारत में स्वास्थ्य की स्थिति

सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों पर नवीनतम रिपोर्ट के अनुसार शिक्षा, बाल मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर पर भारत की स्थिति चिंताजनक प्रतीत होती है। 23 जून 2010 को जारी रिपोर्ट अनुसार गरीबी और चरम भूख संबंधी सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों को भारत में 2015 तक पा लेने की स्थिति संतोषजनक नहीं है। भारत में माध्यमिक शिक्षा में लिंग असमानता को नष्ट करने का लक्ष्य 2005 तक पूरा होना था, उसको भी पूरा करने की क्षमता किसी तरह ही विश्वसनीय नहीं है। जब भारत में बच्चे की मृत्यु दर और मातृ मृत्यु दर की बात आती है तो स्थिति इतनी ही गंभीर दिखती है। शिशु और मातृ मृत्यु दर में कमी के लक्ष्यों को पूरा करने का रास्ता लम्बा है।

1.2 छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य की स्थिति

छत्तीसगढ़ 2.5 करोड़ से अधिक जनसंख्या के साथ देश में 9^{वां} सबसे बड़ा राज्य है, जहां 80 प्रतिशत आबादी ग्रामीण क्षेत्रों में निवासरत है। एक-तिहाई से ज्यादा जनसंख्या आदिवासी एवं 34 प्रतिशत विशेष जनजाति के अंतर्गत है। साथ ही 44 प्रतिशत भौगोलिक क्षेत्र वनों से आच्छादित है जिसके फलस्वरूप यहां के गाँवों में आबादी अलग-अलग मजराओं टोलों में विभाजित रहती है। नवम्बर 2000 में मध्य प्रदेश राज्य से अलग कर छत्तीसगढ़ राज्य को गठित करते समय स्वास्थ्य की स्थिति अच्छी नहीं थी (जन्म दर 26.3 एवं मृत्यु दर 8.8 तथा शिशु मृत्यु दर 1000 जीवित बच्चों पर 76 बच्चों, मातृ मृत्यु दर 100000 पर 548) जो कि देश के औसत से भी खराब थी। पिछले एक दशक में छत्तीसगढ़ एवं भारत की तुलनात्मक स्थिति को प्रमुख स्वास्थ्य संकेतक पर निम्नत दिखाया जा रहा है, जिससे स्पष्ट है कि स्थिति चिंताजनक रहीं है।

प्रदेश में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की पहुँच 10 में से मात्र 2 नागरिकों तक

संकेतक	भारत				छत्तीसगढ़			
	वर्ष 2000	वर्ष 2005	वर्ष 2008	वर्ष 2009	वर्ष 2000	वर्ष 2005	वर्ष 2008	वर्ष 2009
शिशु मृत्यु दर –कुल	68.00	58.00	55.00	53.00	79.00	63.00	59.00	57.00
शिशु मृत्यु दर –ग्रामीण	74.00	64.00	61.00	58.00	95.00	65.00	61.00	59.00
शिशु मृत्यु दर –नगरीय	44.00	40.00	37.00	36.00	49.00	52.00	49.00	48.00
जन्म दर –कुल	25.80	23.80	23.10	22.80	26.70	27.20	26.50	26.10
जन्म दर –ग्रामीण	27.60	25.60	24.70	24.40	29.20	29.00	28.00	27.60
जन्म दर –नगरीय	20.70	19.10	18.60	18.50	22.80	20.00	19.90	19.30
मृत्यु दर –कुल	8.50	7.60	7.40	7.40	9.60	8.10	8.50	8.10
मृत्यु दर –ग्रामीण	9.30	8.10	8.00	8.00	11.20	8.40	8.50	8.50
मृत्यु दर –नगरीय	6.30	6.00	6.00	5.90	7.10	6.90	6.50	6.40
प्राकृतिक वृद्धि दर –कुल	17.30	16.30	15.70	15.40	17.10	19.10	18.40	18.00
प्राकृतिक वृद्धि दर –ग्रामीण	18.30	17.50	16.80	16.50	18.10	20.60	19.50	19.20
प्राकृतिक वृद्धि दर –नगरीय	14.40	13.10	12.70	12.60	15.70	13.10	13.10	12.90

(Source: RHS Bulletin, March 2007, M/O Health & F.W., GOI)

प्रदेश के कुल 18 जिलों में से 12 जिले पिछड़े, आदिवासी बहुल एवं संकटग्रस्त श्रेणी में आते हैं। स्वास्थ्य अधोसंरचनाओं की कमी के कारण सभी गाँवों/मजराओं तक स्वास्थ्य सेवाओं को सुलभ करना एक चुनौतीपूर्ण है – 2.5 करोड़ जनसंख्या के लिए मात्र 3818 उप स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध हैं वहीं दूसरी तरफ 79.8 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में जरूरी उपकरण एवं मानव संसाधन की कमी के चलते लोक स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ देना मुश्किल प्रतीत होता है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की पहुँच भी मात्र 21.9 प्रतिशत जनसंख्या तक ही है, अधिकांश जिलों में क्रियाशील जिला अस्पताल की कमी साफ देखी जा सकती है¹। पिछले 5 वर्षों में राज्य में 1600 द्वितीय ग्रेड विकलांगता के मामलों सूचीबद्ध किये गये हैं। राज्य में मलेरिया एवं फायलेरिया के मरीजों की संख्या कम होने का नाम ही नहीं ले रही है। यही नहीं हर साल राज्य में बड़ी संख्या में कुष्ठ रोग के नए मामले पाये जा रहे हैं। इसका प्रमुख कारण स्वास्थ्य प्रणाली का बेहतर क्रियान्वयन न होना है। साथ ही, समुदाय में जागरूकता की कमी भी इसके लिए जिम्मेदार है।

हालांकि, पिछले एक दशक से स्वास्थ्य सूचकांको को सुधारने के लिए छत्तीसगढ़ शासन लगातार प्रयासरत है। मितानिन कार्यक्रम की सफलता एवं उसके अनुभवों से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा कार्यकर्ता की भूमिका को स्वरूप मिलना, लोक स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुँच बढ़ाने की दिशा में अद्वितीय योगदान रहा है। इसके परिणाम स्वरूप, लोक स्वास्थ्य सेवाओं की जानकारी गाँव-गाँव तक पहुँच पा रही है, जिसका असर विशेष तौर पर शिशु एवं मातृ मृत्यु दर पर देखा जा सकता है। नमूना पंजीकरण प्रणाली (एस.आर.एस) के अनुमान अनुसार छत्तीसगढ़ में वर्ष 2000 से 2009 के बीच ग्रामीण क्षेत्र में शिशु मृत्यु दर में 40 पाईट की कमी देखी गई, जबकि देश में औसत 19 पाईट ही रही। यह देखा गया कि 2003 से 2004 के दौरान मितानित कार्यक्रम में यह स्थिति सबसे बेहतर थी।

छत्तीसगढ़ के अनुभवों से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में आशा कार्यकर्ता की भूमिका को मिला स्वरूप

इसके साथ ही, पिछले एक दशक में राज्य के स्वास्थ्य संबंधित विभिन्न प्रयासों को निम्नवत देखा जा सकता है :

- राज्य को वर्ष 2009 में बेहतर स्वास्थ्य सेवा वितरण के लिए 4 जेआरडी टाटा पुरस्कार से सम्मानित किया गया।
- राज्य ने स्वास्थ्य क्षेत्र में सुधार (**health sector reforms**) पूरा कर लिया है
- ग्रामीण चिकित्सा कोर (**Rural Medical Corps**) एक अच्छा प्रयास है जिससे 600 से अधिक कुशल मानव संसाधन को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप केंद्रों में भेजने से मानव संसाधन की कमी को दूर करने में मदद मिलेगी।
- YAWS रोग राज्य में समाप्त कर दिया गया है।
- राज्य में प्रभावी निगरानी से नए पोलियो के मामलों की रिपोर्टिंग नहीं हुई है।
- कुष्ठ रोग व्यापकता दर 7.20 10000 प्रति (2003) से कम होकर 1.99 (2008) दर्ज की गई है।

¹ Ibid.

- टीबी नियंत्रण कार्यक्रम का सभी जिलों में विस्तार हुआ है।
- अस्पताल के प्रदर्शन में सुधार के लिए जीवन दीप योजना लागू की गयी है।
- पंचायत एजेंडा में स्वास्थ्य के मुद्दे को शामिल करते हुए स्वास्थ्य पंचायत योजना की सफलतापूर्वक शुरुआत की गयी है।
- स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के लिए राज्य संस्थान का गठन किया गया है।
- भारतीय चिकित्सा पद्धति (आयुष) को मुख्यधारा में शामिल करने में सर्वोच्च प्राथमिकता दी गयी है।
- राज्य औषधि परीक्षण प्रयोगशाला की स्थापना की गई है।
- तकनीकी सहायता और गैर सरकारी संगठनों के सुझाव (राज्य स्वास्थ्य व संसाधन केन्द्र) को महत्व दिया गया है।

छत्तीसगढ़ शासन के प्रयासों से स्थिति में बदलाव आया है, जिसे निम्नवत संकेतक पर देखा जा सकता है।

स्वास्थ्य संकेतक विवरण	छत्तीसगढ़		
	डी.एल.एच. एस-2	डी.एल.एच. एस-3	परीवर्तन
माताओं के अनुपात, जिनकी प्रसव पूर्व कम से कम 3 जाँच की गई	44.4	51.2	6.8
संस्थागत प्रसव	18.1	18.1	00
जन्मों के अनुपात जिसमें स्वास्थ्य कर्मियों द्वारा सहायता की गई	11.1	14.1	3.0
3 साल से कम उम्र के बच्चों के अनुपात, जिन्हें जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान दिया	29.5	50.1	20.6
बच्चों का अनुपात जिन्हें 5 महीने तक सिर्फ स्तनपान दिया गया	78.3
12-23 महीने के बच्चों का अनुपात जिनका पूर्ण टीकाकरण हुआ	56.9	59.6	2.7
12-23 महीने के बच्चों का अनुपात जिनका खसरा टीकाकरण किया गया	66.7	69.7	3.0
12-23 महीने के बच्चों का अनुपात जिन्हें पिछले 6 महीनों में विटामिन 'ए' दिया गया	32.4	65.1	32.7
बच्चों का अनुपात जिन्हें पिछले 2 हफ्तों में दस्त की तकलीफ होने पर ओआरएस प्राप्त हुआ	41.7	36.6	-5.1
बच्चों का अनुपात जिन्हें पिछले 2 सप्ताह में सांस संबंधित संक्रमण होने पर स्वास्थ्य सुविधा में देखा गया	63.3	68.1	4.8

दूसरी तरफ, अभी भी स्वस्थ छत्तीसगढ़ का सपना पूरा होने के लिए अधिक प्रयासों एवं उर्जा की आवश्यकता है। राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण (एन.एफ.एच.एस.)-3, के अनुसार छत्तीसगढ़ में 25 प्रतिशत से अधिक प्रसव पहुंच के बाहर अटेंडेंट के बिना ही हो जाते हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में जो प्रसव अटेंडेंटों के द्वारा दर्ज किये गए उनमें से 42.7 प्रतिशत प्रसव प्रशिक्षित दाई (टी.बी.ए.) द्वारा कराये गये।

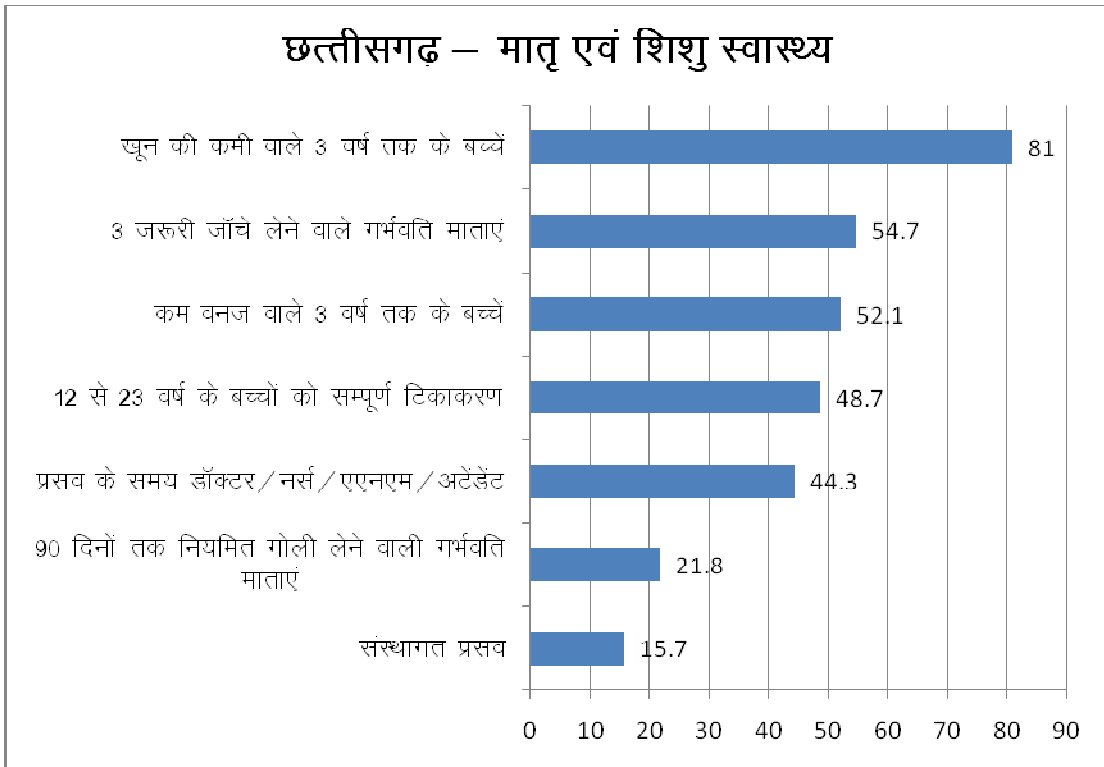
प्रदेश में चार में से एक प्रसव अटेंडेंट के अभाव में हो जाते हैं

तीन वर्ष की उम्र से कम आदिवासी बच्चों में डयरिया की समस्या अधिकांशतः होती है। वहीं डयरिया विषय पर जागरूकता एवं जानकारी एकदम सीमित होती है।

एक हजार आदिवासी जीवित जन्मे बच्चों में से 91 नहीं देख पाते अपना पहला जन्मदिवस

अनुसूचित जन जाति के 1000 जीवित जन्मे बच्चों पर प्रति वर्ष 91 बच्चों अपने प्रथम जन्मदिवस नहीं देख पाते हैं, जबकि अनुसूचित जाति में यह आंकड़ा 63 बच्चों का है। 5 वर्ष से कम उम्र वाले बच्चों में भी अनुसूचित जन जाति के 78 प्रतिशत बच्चे रक्त अल्पता वाले पाये गए, वहीं सामान्य वर्ग

में 53.5 और अनुसूचित जाति वर्ग में 69.3 प्रतिशत रक्त अल्पता वाले पाये गए।



छत्तीसगढ़ राज्य महाराष्ट्र, मध्य प्रदेश, उड़ीसा आदि राज्यों की सीमा से जुड़ा हुआ है और लोगों का इधर उधर आना जाना लगा रहता है, जिसके कारण सीमावर्ती जिलों में रोग निगरानी की बड़ी चुनौती प्रस्तुत होती है। और विशेष रूप से मलेरिया और टाइफाइड आदि की घटनाओं को ट्रैक करने के कठिनाई होती है। राज्य में नयी औद्योगिक इकाइयों के कारण प्रदूषण बढ़ने से भी अच्छी स्वास्थ्य सेवाओं की मांग हो रही है।

आदिवासी स्वास्थ्य: आदिवासी आबादी जो गांवों में स्थित हैं। वहां तक सुविधाओं को पहुंचाने में बहुत मुश्किलें होती हैं। साथ ही आधुनिक सेवाओं को अपनाने में संकोच भी करते हैं। आदिवासी जनसंख्या आज भी पारंपरिक स्वास्थ्य चिकित्सकों पर निर्भर करती है जिसमें गुनिया एवं बैगा जाति के ओझा एवं वेद्य प्रमुख है। यह पारंपरिक चिकित्सा पद्धति आधुनिक चिकित्सा सेवा का सही विकल्प नहीं हो सकती है। हालांकि आदिवासियों की पुरानी मानसिकता बदलने की एक बड़ी चुनौती है।

देखा जाये तो छत्तीसगढ़ में आदिवासियों के बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति हमेशा से ही चिंता का विषय रही है। यही नहीं वयस्क आदिवासी भी मलेरिया, हैजा, कुष्ठ रोग एवं क्षयरोग जैसी बीमारियों से काफी ग्रस्त होते हैं। डॉक्टर एवं जनसंख्या अनुपात 1: 3100 है²। साथ ही 45 प्रतिशत परिवार बीमारी की स्थिति में निजी डॉक्टरों से निजी अस्पताल या दवाखानों में ईलाज करवाते हैं। हालांकि निजी स्वस्थ्य सेवाओं को लेने का प्रतिशत नगरीय क्षेत्रों में अधिक है क्योंकि दुरस्त एवं वनाच्छादित क्षेत्रों में लोक स्वास्थ्य सेवाए ही एक मात्र साधन होती हैं।

**डॉक्टर एक मरीज अनेक -
प्रदेश में 3100 की जनसंख्या पर
मात्र एक डॉक्टर उपलब्ध**

मानव संसाधन की स्थिति : राज्य स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए मानव संसाधन की गंभीर कमी से प्रभावित है जो सेवा वितरण इकाइयों के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य लाभ दे सके। एनआरएचएम कार्यक्रम और अन्य कार्यक्रमों के तहत कई अस्पतालों और बुनियादी सुविधाओं जुटाई गई हैं, इसके बावजूद वहाँ भी डॉक्टरों की गंभीर कमी है।

हालांकि, सरकार द्वारा आयुर्वेद डॉक्टरों और ग्रामीण चिकित्सा कोर को समायोजित करने का प्रयास किया गया है, लेकिन अभी भी कई इकाइयों के सामने चुनौती है और अभी भी नागरिक डॉक्टरों के लिए इंतजार कर रहे हैं। देखा जाये तो कई विकल्प को लेकर प्रयास किये गये हैं, लेकिन असली सफलता की अभी भी प्रतीक्षा है।

² भारत की ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकी 2005

छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य मानवसंसाधन की स्थिति			
पद	स्वीकृत	कार्यरत	कमी
चिकित्सा अधिकारी	2147	1109	1038
विशेषज्ञ	701	248	453
स्टाफ नर्स	935	866	69
रेडियोग्राफर	153	99	54
प्रयोगशाला तकनीषियन	731	357	374
नेत्र सहायक	620	295	325
फारमेस्टिक	974	614	360
ड्रेसर	936	630	306
पुरुष पर्यवेक्षक	872	722	150
एम.पी.डब्लू. – पुरुष	4784	2514	2270
एम.पी.डब्लू. – ए.एन.एम.	5653	4984	669
नर्सिंग सिस्टर	185	39	146
एल.एच.वी.	1034	749	285
ग्रामीण चिकित्सा सहायक – आर.एम.एस.	398	303	95

इस दृष्टि से लोक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच एवं गुणवत्ता को तय मानको पर सुनिश्चित करना सरकार की जिम्मेदारी ही नहीं, कर्तव्य भी है। साथ ही नागरिकों के द्वारा सरकार के प्रयासों की प्रगति की निगरानी की जानी भी अत्यंत आवश्यक है। जनसाधारण की चेतना एवं सरकार के प्रयासों से ही राज्य में स्वास्थ्य के मानकों को तेजी से सुधारा जा सकता है।

छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य कर्मचारी उपलब्धता एवं आवश्यकता



स्वास्थ्य
सेवाएं बढहाल

शामपुर बुधवार 3 नवम्बर 2010
नक्सल प्रभावित जिलों में नहीं जाना चाहते चिकित्सक
सरकारी नीति भी कारगर साबित नहीं हो रही

डॉक्टर ! कब आओगे

प्रदेश के नक्सल प्रभावित जिलों में स्वास्थ्य सेवाओं का बुरा हाल है। यहां कई विशेषज्ञ डॉक्टरों की जरूरत होते हुए भी सिर्फ एक-दो से ही काम चलाया जा रहा है। इससे आए दिन हो रही नक्सल घटनाओं में घायल होने वालों को जितना त्वरित व पर्याप्त इलाज मिलना चाहिए, नहीं मिल पा रहा है। इन्हें विशेषज्ञ डॉक्टरों का इंतजार रहता है। वहीं दूसरी ओर अन्य जिलों में यहां की तुलना में कई गुना ज्यादा डॉक्टर कार्यरत हैं।

सिटी रिपोर्टर @ रायपुर

नक्सल प्रभावित जिलों बीजापुर व नागयणपुर में एक-एक और दंतेवाड़ा अस्पताल में सिर्फ दो विशेषज्ञ डॉक्टर हैं। वहीं जशपुर, जांजगीर में चार-पांच विशेषज्ञ और जगदलपुर, दुर्ग, राजनांदगांव, रायगढ़, रायपुर, बिलासपुर, कोरबा आदि जिलों में इसकी तुलना में कई गुना विशेषज्ञ कार्यरत हैं। राज्य के दूर-दराज एवं नक्सल प्रभावित इलाकों में स्वास्थ्य सुविधा को बेहतर बनाने की कोशिश उस समय नाकाम होती नजर आती है, जब वहां कोई विशेषज्ञ डॉक्टर जाना ही न चाहे। या फिर असुविधा का बहाना बनाकर लौट आए।

कोई ठोस नीति नहीं

राज्य विभाजन के 10 साल बाद भी सरकार स्वास्थ्य सुविधाओं को लेकर कोई ठोस नीति नहीं बना पाई है। और न ही शासन ऐसी स्थिति से निपटने की कोई कोशिश भी कर रहा है। विशेषज्ञों की भर्ती सूची निकालकर वह सिर्फ खानापूर्ति कर रहा है, जबकि वहां विशेषज्ञों का बेसब्री से इंतजार हो रहा है। इसका खामियाजा नक्सल क्षेत्रों में रह रहे आदिवासी एवं अन्य वर्गों के लोगों को भुगतना पड़ रहा है।

खाली हैं 75 फीसदी पद

राज्य में विशेषज्ञ डॉक्टरों के 75 फीसदी पद खाली पड़े हैं। 866 पदों के विरुद्ध सिर्फ 215 विशेषज्ञ ही काम कर रहे हैं। बाकी 651 पद खाली हैं। सरकार की ओर से भी इन्हें भरने कोई ठोस कदम नहीं उठाया जा रहा है।

छोटे अस्पतालों को भवन भी नसीब नहीं

राज्य के 737 छोटे अस्पताल ऐसे हैं, जिनके पास खुद का भवन भी नहीं है। ये या तो किसी के मकान में किराए पर चल रहे हैं या फिर पंचायत अथवा किसी अन्य भवन में। ये खुद के भवन में कब जाएंगे, कोई समय निश्चित नहीं है। अपना भवन नहीं होने के कारण यहां सुविधाएं भी मात्र औपचारिक ही हैं।

गांवों में बुरा हाल

राज्य के गांव-देहातों में प्राथमिक और उपस्वास्थ्य केन्द्र खोले गए हैं। शासन यहां हर सुविधा देने की योजना तो बनाता है, पर वह सब कागजों में ही सिमटकर रह जाता है। लोगों तक पहुंचने के पहले ही योजनाओं का अस्तित्व खत्म हो

प्रदेश में चिकित्सकों की स्थिति

जिला	विशेषज्ञ कार्यरत स्वीकृत
धमतरी	26 7
कोरिया	30 7
महासमुंद्र	31 7
सरखुजा	105 16
दंतेवाड़ा	36 2
जशपुर	47 4
जांजगीर	45 5
जगदलपुर	57 10
नागयणपुर	20 1
बीजापुर	12 1
कोरबा	49 18
कांकेर	44 9
कवर्धा	31 12
रायपुर	83 19
रायगढ़	49 24
राजनांदगांव	48 16
दुर्ग	84 27



खुले हैं 5491 अस्पताल

स्वास्थ्य सुविधा को बेहतर बनाने राज्यभर में 715 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र खोले गए हैं। इनमें से 404 अस्पताल खुद के भवन में चल रहे हैं। 43 अस्पताल अशासकीय भवनों पर संचालित हैं। बाकी भवन बन रहे हैं या प्रस्तावित हैं। इसी तरह कुल 4776 उपस्वास्थ्य केन्द्रों में 2358 सरकारी भवनों में हैं। 694 निजी भवनों में चल रहे हैं। बाकी 1724 भवन निर्माणाधीन और प्रस्तावित हैं।

जाता है। यही वजह है कि आज भी ये छोटे अस्पताल अपने भवनों को तरस रहे हैं।

ग्रामीणों को समुचित स्वास्थ्य सेवाएं आज भी शहरी इलाकों की तुलना में ठीक से नहीं मिल पा रही हैं। स्थिति यह है कि जचकी कराने से लेकर सामान्य बीमारी का इलाज भी सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों में भी नहीं हो पा रहा है। दुखद तो यह है कि स्थानीय प्रतिनिधि भी इस ओर ध्यान नहीं दे रहे हैं।



समय-समय पर डॉक्टरों की भर्ती की जा रही है। दूरदराज व नक्सल इलाकों में भी डॉक्टर भेजे जा रहे हैं। भवन बनाने का काम लोक निर्माण विभाग का है। जहां अस्पताल भवन नहीं बने हैं, वहां इसकी तैयारी चल रही है। कहां भवन है कहां नहीं, यह बात पाना अभी मुश्किल है। डॉ. बलदाऊ सोनी, उप संचालक, स्वास्थ्य संचालनालय रायपुर

1.2.1 छत्तीसगढ़ राज्य स्वास्थ्य नीति 2006

छत्तीसगढ़ राज्य के गठन के प्रारंभिक चरण में ही स्वास्थ्य नीति तैयार करना एक महत्वपूर्ण कदम था। लेकिन विभिन्न कारणों से इसे जारी नहीं किया जा सका है। वही प्रस्ताव पर वर्ष 2005 में सरकार ने वरिष्ठ विशेषज्ञ और मेडिकल कॉलेज के प्रोफेसर को इसका मसौदा तैयार करने की जिम्मेदारी सौंपी। नीतिगत दस्तावेज का मसौदा बनाने की प्रक्रिया में, विशेषज्ञ ने कई संगठनों से परामर्श लिया, जिनकी विभिन्न राज्यों में स्वास्थ्य और युवाओं की नीतियों का मसौदा तैयार करने में साख थी। इन संगठनों में छत्तीसगढ़ सरकार को मसौदे के लिए एक रोचक आयाम देते हुए एक एकीकृत स्वास्थ्य और जनसंख्या नीति बनाने का सुझाव दिया। सुझावों के सन्दर्भ में सकारात्मक जवाब में राज्य सरकार ने पापुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया को नीति मसौदा तैयार करने का काम सौंपा। उक्त मसौदे के अनुसार निम्नवत लक्ष्यों को 2016 तक प्राप्त किया जाना चाहिए।

मसौदे के अनुसार वर्ष 2016 लक्ष्यों का विवरण		
स्वास्थ्य सूचकांक	वर्तमान	2016 का लक्ष्य
जन्मदर	27.4	<15
मृत्यु दर	7.7	<5
जन्म के समय जीवन प्रत्याशा	61.4	72
शिशु मृत्यु दर (आईएमआर)	63	30
बाल मृत्यु दर	122.7	60
मातृ मृत्यु दर अनुपात (एमएमआर)	379	100
कुल प्रजनन दर (टीएफआर)	2.62	2.1
गर्भनिरोधक व्यापकता दर (सीपीआर) (प्रतिषत)	53.2	65
जन्म, मृत्यु और विवाह का पंजीकरण	-	100
अंतर रखने के तरीकों के उपयोग के माध्य महीने	31.6	48
महिलाओं की शादी पर माध्य आयु	18.1	21
महिलाओं की पहले प्रसव पर माध्य आयु	18.1	21
पहली तिमाही (प्रतिषत) में प्रसव पूर्व पंजीकरण (एएनसी)	26.7	100
सुरक्षित प्रसव का प्रतिशत	44.3	100
संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	16	80
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर आपातकालीन प्रसूति देखभाल तक पहुंच	-	100
बच्चों को पूरी तरह से प्रतिरक्षित/टिकाकरण (प्रतिषत)	60.9	100
बच्चों का प्रतिशत विटामिन ए प्राप्त	35	100
तीव्र श्वसन संक्रमण के साथ बच्चों का प्रतिशत (एआरआई)	69.5	0
मलेरिया व्याप्तता वार्षिक परजीवी सूचकांक (एपीआई)	10.21	<2.1
कुष्ठ रोग, खसरा, पोलियो, याज, हैजा, टिटनेस की व्याप्तता	-	0
प्राथमिक शिक्षा युक्त बच्चे (प्रतिशत)	72.1	100

छत्तीसगढ़ ड्राफ्ट एकीकृत स्वास्थ्य एवं जनसंख्या नीति (संक्षिप्त में महत्वपूर्ण पहलुओं पर एक दृष्टि)

इस नीति का उद्देश्य

- व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए सार्वभौमिक पहुँच सुनिश्चित करना।
- गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में समानता सुनिश्चित करना।
- स्वास्थ्य अधोसंरचना और स्वास्थ्य प्रणालियों की पर्याप्तता को सुनिश्चित करना और स्वास्थ्य के लिए मानव संसाधन का विकास करना।
- जनसंख्या स्थिरीकरण को गुणवत्तापूर्ण प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल, परिवार नियोजन एवं अन्य प्रासांगिक सामाजिक विकास के कार्यान्वयन से प्राप्त करना।

सामरिक दिशा

- विकेन्द्रीकृत नियोजन एवं कार्यान्वयन
- सामुदायिक भागीदारी
- व्यापक स्वास्थ्य देखभाल.
- स्वास्थ्य देखभाल में समानता
- स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता और मानकों
- व्यवहार परिवर्तन और संचार
- एक दूसरे से मौखिक समन्वय

प्राथमिकता वाले क्षेत्र

- पोषण
- स्वास्थ्य के लिए सामाजिक सुरक्षा
- जेण्डर और महिला के सशक्तिकरण के मुद्दों को मुख्यधारा में लाना
- आदिवासी स्वास्थ्य
- निजी क्षेत्र की भागीदारी
- नागरिक समाज की भागीदारी

हस्तक्षेप का सुझाव दिया

- प्रजनन स्वास्थ्य
- बाल स्वास्थ्य
- किशोरों का स्वास्थ्य
- संचारी रोग
- एचआईवी / एड्स
- गैर संचारी रोग
- मातृ स्वास्थ्य
- आपातकालीन स्वास्थ्य देखभाल
- आयुष
- स्वास्थ्य योजना और प्रबंधन
- मानव संसाधन
- चिकित्सा शिक्षा
- स्वास्थ्य वित्तपोषण
- पहुँच एवं दवाओं के तर्कसंगत उपयोग
- जनसंख्या स्थिरीकरण
- स्वास्थ्य प्रणाली की निगरानी और मूल्यांकन

1.2.2 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) की शुरुआत 12 अप्रैल 2005 को की थी। मिशन का लक्ष्य स्वास्थ्य व्यवस्था में संरचनात्मक सुधार लाना व ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों, विशेषकर गरीबों महिलाओं एवं बच्चों तक समान रूप से कारगर प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं सुलभ कराना है। यह मिशन छत्तीसगढ़ के साथ-साथ देश के सभी राज्यों में क्रियान्वित किया जाता है। मिशन के अंतर्गत देश के 18 राज्यों पर विशेष ध्यान दिया जा रहा है, जिसमें छत्तीसगढ़ भी एक राज्य है। इसी श्रेणी में अरुणाचल प्रदेश, असम, बिहार, हिमाचल प्रदेश, झारखण्ड, जम्मू एवं कश्मीर, मणिपुर, मिजोरम, मेघालय, मध्यप्रदेश, नागालैंड, उड़ीसा, राजस्थान, सिक्किम, त्रिपुरा, उत्तरांचल एवं उत्तर प्रदेश भी राज्य शामिल है।

स्वास्थ्य क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ाने के लिए सामुदायिक निगरानी एवं प्रबंधन पर बल

देखा जाये तो यह मिशन सभी स्वास्थ्य योजनाओं की एक छतरी की तरह है, जिसमें ग्रामीण क्षेत्र में चलाई जानेवाली अधिकांश योजनाओं को शामिल कर एक नया स्वरूप दिया गया है। इसके प्रमुख उद्देश्यों में गरीब तबके के लोगों को प्राथमिकता के आधार पर बेहतर स्वास्थ्य सेवाएँ देना है, जिससे कि शिशु मृत्युदर व मातृ मृत्युदर में कमी हो। साथ ही सफाई तथा स्वच्छता, आहार व पोषण तथा स्थानीय महामारियों सहित संचारी और गैर संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण के लिए सुलभता प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना है।

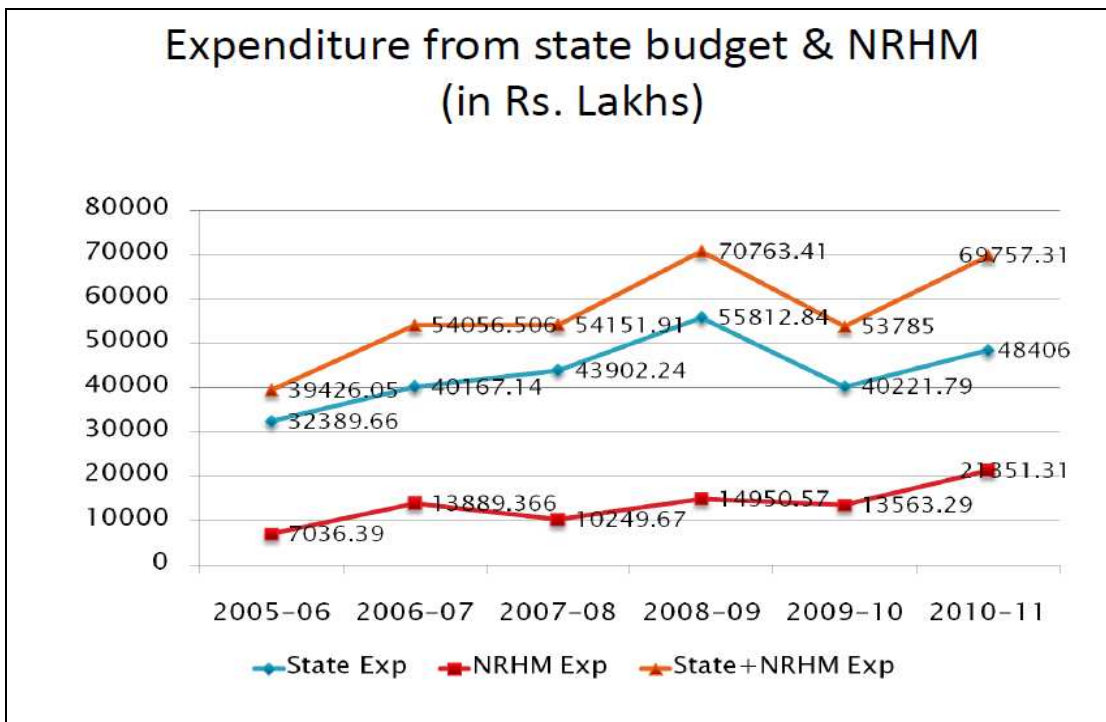
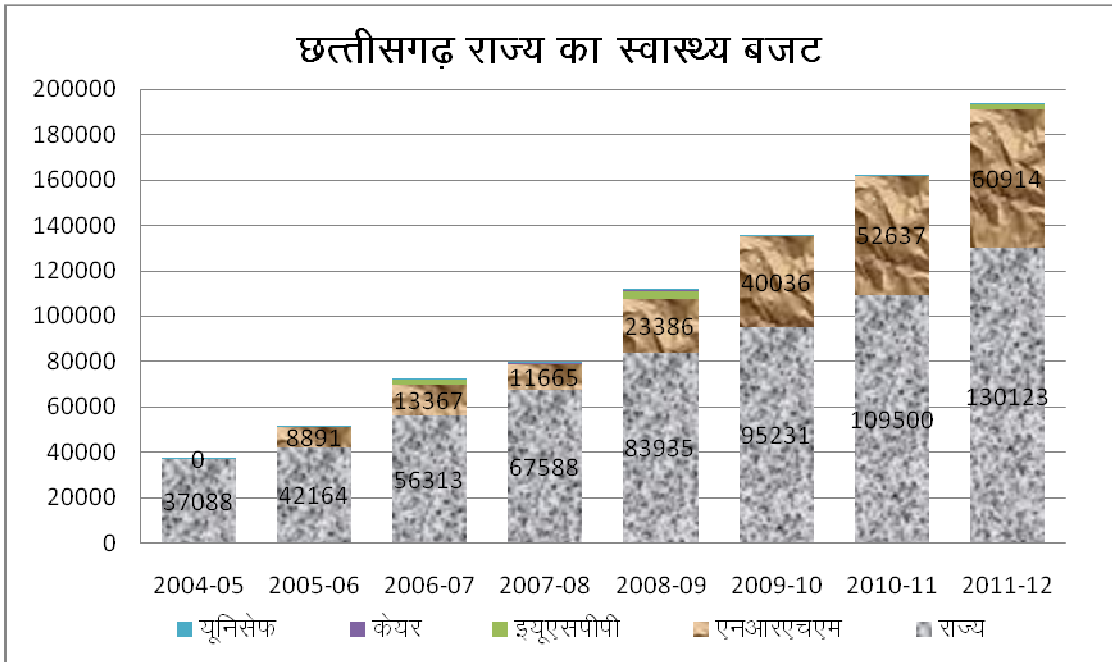
सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि इसमें विकेन्द्रीकरण प्रक्रियाओं को नियोजन, लक्ष्य एवं प्रबंधन के लिए महत्व दिया गया है। स्वास्थ्य क्षेत्र में सामुदायिक भागीदारी को बढ़ाने के लिए सामुदायिक निगरानी एवं प्रबंधन पर बल दिया गया है। इसके अंतर्गत स्वास्थ्य केन्द्रों के प्रबंधन में रोगी कल्याण समिति/जीवनदीप समिति तथा गाँवों में नियोजन व निगरानी के लिए ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति व आशा कार्यकर्ताओं को देखा जा सकता है।

हालांकि, विकेन्द्रीकृत स्वास्थ्य नियोजन एवं समितियों की प्रभाविकता व क्रियाशीलता पर शुरू से ही प्रश्नचिन्ह लगाये जा रहे हैं।

1.2.3 छत्तीसगढ़ स्वास्थ्य बजट

यह अच्छी बात है कि पिछले पाँच वर्षों में छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य पर व्यय लगभग 12.56 प्रतिशत की दर से बढ़ा है। राज्य में वर्ष 2008-09 में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य पर 378 रुपये व्यय किये गए हैं। विभिन्न स्रोतों से प्राप्त बजट को नीचे देखा जा सकता है। इससे स्पष्ट है कि राज्य

सरकार द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं को लगातार बेहतर बनाने के लिए राज्यांश को बढ़ाया जा रहा है। दूसरी तरफ एनआरएचएम के अंतर्गत भी राज्य में बजट की उपलब्धता बढ़ी है।



1.3 छत्तीसगढ़ सोशल वॉच

पिछले दस साल में छत्तीसगढ़ राज्य ने स्वास्थ्य क्षेत्र के वितरण में कई बदलाव देखे हैं। राज्य में विशेष रूप से आदिवासी और ग्रामीण क्षेत्रों में नागरिकों को बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं को सुनिश्चित कराने के मामले में कई चुनौतियों का सामना करना पड़ा है और ये चुनौतियां आज भी हैं। हालांकि प्रयास अभी भी जारी है, लेकिन मानव संसाधन की कमी और सेवाओं की गुणवत्ता संबंधित समस्याओं को दूर करने के लिए स्वास्थ्य में सुशासन को सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है।

इसी दिशा में छत्तीसगढ़ के नागरिकों के नजरिये से सोशल वॉच रिपोर्ट का प्रकाशन एक महत्वपूर्ण पहल है क्योंकि स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण विषय है और आम नागरिक को सीधे प्रभावित करता है। अतः राज्य में नागरिकों के नजरिये से स्वास्थ्य की स्थिति को समझना अत्यंत आवश्यक है।

1.3.1 उद्देश्य

इस रिपोर्ट का व्यापक उद्देश्य है कि छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य क्षेत्र में प्रशासन पर एक विश्लेषण प्रदान किया जाये और प्रासंगिक नीति तैयार करने के लिए नागरिकों के नजरिये से सिफारिशों को प्रस्तुत किया जाये

इसके विशिष्ट उद्देश्यों में शामिल है :-

- स्वास्थ्य क्षेत्र में सुशासन की वर्तमान स्थिति की समीक्षा के लिए स्वास्थ्य नीति, सांविधिक निकायों के कार्यों, और नैतिक मानकों और प्रथाओं का विश्लेषण किया जाये।
- राज्य में स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता का समीक्षात्मक विश्लेषण किया जाये जिससे कि उसे बेहतर करने के तरीकों और आगे की राह पर ध्यान केन्द्रित किया जा सके।

1.3.2 अध्ययन पद्धति

छत्तीसगढ़ सोशल वॉच प्रदेश में कार्यरत विभिन्न स्वैच्छिक संगठन एवं जागरूक नागरिकों का एक साझा प्रयास है। इस प्रतिवेदन के निर्माण में जानकारी का स्रोत द्वितीय आंकड़े एवं विभिन्न शासकीय एवं गैर शासकीय संगठनों की रिपोर्ट हैं। साथ ही, विभिन्न समाचार पत्रों में प्रकाशित स्वास्थ्य से जुड़ी खबरों का उपयोग भी विश्लेषण में किया गया है।

प्रयास यह किया गया है कि इन जानकारियों से प्रदेश में स्वास्थ्य की स्थिति को बताया जा सके एवं आम नागरिक की सोच को नीति निर्माणकर्ता एवं क्रियान्वय संस्थाओं के संज्ञान में

लाया जा सके। ताकि स्वास्थ्य विकास एवं स्वास्थ्य सुशासन में आम जनता की भागिदारी को सुनिश्चित किया जा सके।

वर्ष 2009 से इस प्रतिवेदन को तैयार करने का प्रयास किया गया है। इस समयावधि में कई औपचारिक चर्चा से प्रदेश में स्वास्थ्य की स्थिति को इस प्रतिवेदन में लाया गया है। अध्ययन की सीमाएं निम्नवत: है –

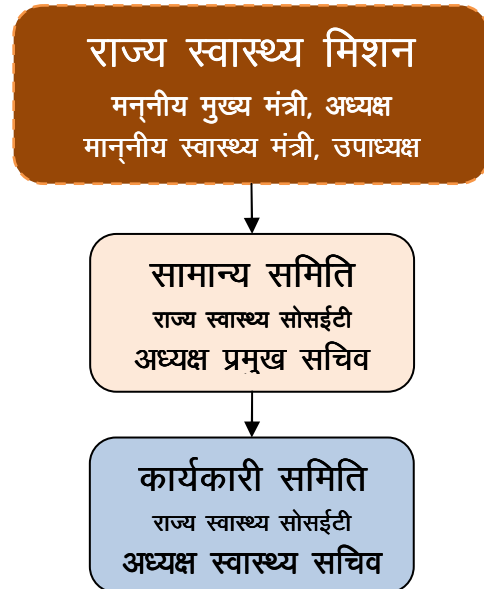
- स्वास्थ्य आंकड़े एवं जानकारी अलग-अलग अवधि की होने से उसके विश्लेषण एवं वर्तमान स्थिति में भिन्नता हो सकती है।
- स्वास्थ्य एक वृहद सेवा क्षेत्र है, जिसके कई आयाम हैं एवं स्वास्थ्य की स्थिति का विश्लेषण कई पहलुओं पर किया जा सकता है। हालांकि, समय-समय पर सर्वोच्च न्यायालय भी स्वास्थ्य मुद्दों पर राज्यों को दिशा-निर्देश देते रहे हैं। इस अध्ययन में नागरिकों से जुड़े प्रमुख विषयों को ही लिया गया है।
- स्वास्थ्य विषय से संबंधित तकनीकी शब्दकोष को हिन्दी भाषा में अनुवादित नहीं किया गया।
- यह एक नागरिक रपट है और इसके विश्लेषण में शोध की विशिष्ट तकनीकों एवं पद्धतियों का उपयोग नहीं किया गया है। जबकि यह रपट आम नागरिक के नजरिये से प्रदेश में स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति आकांक्षों का एक दर्पण है।

2 लोक स्वास्थ्य व्यवस्था / सुशासन (उपलब्धता, पहुँच एवं गुणवत्ता विश्लेषण)

2.1 लोक स्वास्थ्य की संरचनात्मक व्यवस्था

छत्तीसगढ़ लोक स्वास्थ्य संरचनात्मक व्यवस्था में चार स्तरीय व्यवस्था है। इसके अंतर्गत राज्य स्तर पर माननीय मुख्यमंत्री, राज्य स्वास्थ्य मंत्री, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के सचिव तथा संचालक एवं अधीनस्थ अमला होते हैं। जिला स्तर पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, ब्लॉक स्तर पर ब्लॉक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी तथा ग्राम स्तरों पर स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य कार्यकर्ता एवं तदर्थ समिति होती है।

लोक स्वास्थ्य प्रणाली के मुखिया मुख्यमंत्री होते हैं, जो राज्य की लोकतांत्रिक व्यवस्था के भी प्रमुख हैं। इनके नीचे में परिषद के राज्य स्वास्थ्य मंत्री जो कि राज्य स्वास्थ्य मिशन के उपाध्यक्ष होते हैं। स्वास्थ्य मंत्री के अधीन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग आता है। राज्य स्वास्थ्य मिशन के उद्देश्यों की पूर्ति के लिए राज्य स्वास्थ्य सोसाईटी का गठन किया गया है। सोसाईटी की सामान्य समिति की अध्यक्षता मुख्य सचिव करते हैं। सोसाईटी की कार्यकारी समिति की अध्यक्षता स्वास्थ्य सचिव के द्वारा की जाती है। देखा जाये तो राज्य में कार्यकारी निर्णय मुख्य सचिव एवं स्वास्थ्य सचिव के माध्यम से ही किये जाते हैं।



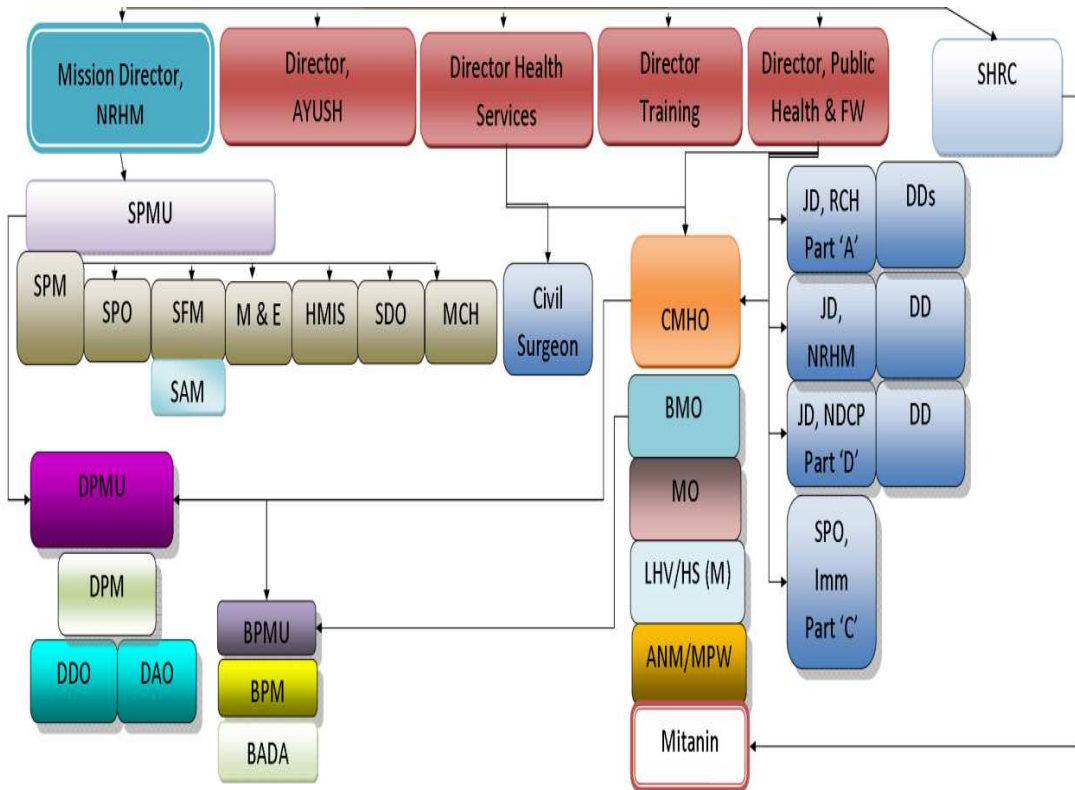
स्वास्थ्य सचिव के प्रत्यक्ष नियंत्रण में पांच संचालक होते हैं, जो कार्यकारी निर्णय के क्रियान्वयन में सहयोग करते हैं। इन संचालकों में मिशन संचालक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, आयुष्य, स्वास्थ्य सेवाएं, प्रशिक्षण, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण होते हैं। छत्तीसगढ़ में इन संचालकों के अतिरिक्त एक राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र (एस.एच.आर.सी.) के संचालक भी हैं, जो स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के लिए तकनीकी समर्थन देने का कार्य करते हैं।

1. मिशन संचालक, एनआरएचएम मिशन के लिए संबंधित कार्यों के लिए मुख्य प्राधिकरण है। के संचालक कार्यक्रम क्रियान्वयन प्लान (पीआईपी) निर्माण और स्वास्थ्य विभाग के अलावा कई अन्य विभागों से समन्वय कर योजनाओं का निष्पादन करते हैं। साथ ही राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाइयों एवं ब्लॉक कार्यक्रम प्रबंधन इकाइयों के माध्यम से पीआईपी के सफल क्रियान्वयन हेतु सहयोग करते हैं।
2. संचालक **आयुष**, भारतीय चिकित्सा पद्धति जैसे आयुर्वेद, योग, यूनानी, सिद्धा और होम्योपैथी से संबंधित कार्यक्रमों में नियोजन, क्रियान्वयन, निगरानी एवं मूल्यांकन गतिविधियों को करते हैं।

3. संचालक स्वास्थ्य सेवाओं, के साथ सिविल सर्जन होते है।
4. संचालक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण का राज्य के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों के साथ संबंध है।
5. संचालक चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण, राज्य भर में चिकित्सा शिक्षा और प्रशिक्षण गतिविधियों का साथ संबंध है।
6. संचालक एस.एच.आर.सी., नीति निर्माण, रणनीति निष्पादन, निगरानी, और योजनाओं के मूल्यांकन के लिए अतिरिक्त तकनीकी जानकारी प्रदान करते है। इसके अलावा, एस.एच.आर.सी. 60000 मितानिन कार्यकर्ताओं (सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवक) के कार्यक्रम एवं अन्य महत्वपूर्ण स्वास्थ्य के क्षेत्र में शामिल है।

स्वास्थ्य प्रणाली के प्रभावी और बेहतर कामकाज में संचालकों के सहयोग के लिए संयुक्त संचालक और उप संचालक होते है।

जिला स्वास्थ्य प्रणाली के प्रभावी क्रियान्वयन के लिए मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (सी.एच.एम.ओ.) जिम्मेदार होते है, जबकि सिविल सर्जन जिला अस्पतालों के समुचित कार्य के लिए जिम्मेदार है। जिला कार्यक्रम मूल्यांकन इकाई सी.एच.एम.ओ. के कार्यों में सहयोग करता है जबकि ब्लॉक कार्यक्रम मूल्यांकन इकाई ब्लॉक चिकित्सा अधिकारियों द्वारा एन.आर.एच.एम. की गतिविधियों के कार्यान्वयन में सहयोग करता है। इसी तरह ग्राम स्तर के लिए चिकित्सा अधिकारी एवं स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की भूमिका महत्वपूर्ण है। इस व्यवस्था को नीचे दिखया गया है।



2.2 लोक स्वास्थ्य अधोसंरचनाएं

आज किसी भी राज्य के मानव संसाधन के विकास में स्वास्थ्य का योगदान प्रमुख है जन स्वास्थ्य के कार्यक्रम में जहाँ बीमारियों की रोकथाम अत्यंत महत्वपूर्ण है वहीं बीमारियों के इलाज के लिए अस्पताल का भी बड़ा ही महत्व है। छत्तीसगढ़ शासन के द्वारा इन्हीं बातों को ध्यान में रखते हुए बड़ी संख्या में सरकारी अस्पताल स्थापित किये गये हैं। राज्य के वनांचल एवं दूरस्थ आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र जहाँ की निजी क्षेत्रों की उपस्थिति नगण्य है वहाँ सरकारी अस्पताल ही बीमारियों के ईलाज तथा जन स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए मुख्य आधार बना हुआ है। राज्य में सभी 18 जिलों में एक-एक जिला अस्पताल उपलब्ध है, जो कि जनसंख्या के मान पर पर्याप्त है। यदि भवनों की उपलब्धता की बात की जाये तो वर्ष 2008 तक 15 जिले में ही शासकीय भवन उपलब्ध थे। हालांकि वर्ष 2009 के दौन तीन जिला अस्पतालों में से दो के लिए शासकीय भवन की व्यवस्था कर दी गई है। लेकिन अभी भी एक जिला अस्पताल शासकीय भवन में संचालित नहीं हो रहा है।

	वर्ष 2006-07	वर्ष 2007-08	वर्ष 2008-09
मेडीकल कालेज	3	3	3
जिला अस्पताल	14	14	17
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	113	137	143
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	659	721	716
उप स्वास्थ्य केन्द्र	4164	4758	4776
आयुर्वेदिक कालेज	6	6	6
आयुर्वेदिक डीसपेसरी	633	634	634
यूनानी अस्पताल	0	0	0
यूनानी डीसपेसरी	6	6	6
होम्योपैथीक अस्पताल	0	0	0
होम्योपैथीक डीसपेसरी	52	52	52

सुविधाएं	वर्तमान स्थिति	जनसंख्या के मान से आवश्यकता	कमी	शासकीय भवनयुक्त	भवन विहीन	वर्ष 2009-10 में स्वीकृत
जिला अस्पताल	18	18	0	15	3	2
मेडीकल कालेज	03	6	3	3	0	
दंत मेडीकल कालेज	01 शासकीय 3 प्राईवेट	4	0	4	0	

यह बड़े हर्ष की बात है कि जनसंख्या के मान से मेडीकल कालेज एवं दंत मेडीकल कालेज की संख्या राज्य में पर्याप्त है। राज्य में स्वास्थ्य मानव संसाधन सबसे बड़ी समस्या है। राज्य में प्राथमिक एवं उप स्वास्थ्य केन्द्रों में आई.पी.एच.एस. की मार्गदर्शिका के अनुसान 1344 स्टाफ नर्सों के बजाय 540 ही उपलब्ध है। वहीं एम.बी.बी.एस. डॉक्टर या विशेषज्ञ की उपलब्धता लगभग 72 प्रतिशत की होने से प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों 1737 पदों के स्थान पर मात्र 455 ही मेडीकल ऑफिसर पदस्थ है। इसका मुख्य कारण उपलब्ध डाक्टरों का शहरी क्षेत्रों की प्रति रुझान रहा है। पिछड़े एवं दूरस्थ इलाकों में कार्य करने में आमतौर पर अरुचि साफ देखी जा

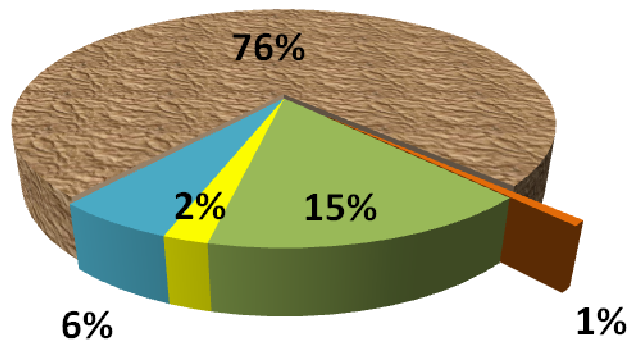
सकती है। इसका एक कारण यह भी है कि जब छत्तीसगढ़ राज्य का गठन किया गया था तब प्रदेश में एक ही प्राइवेट नर्सिंग कॉलेज था। इस कालेज में प्रतिवर्ष 30 विद्यार्थियों का ही नाम दर्ज होता था जिसके परिणाम स्वरूप नर्सिंग स्टाफ की पर्याप्त पूर्ति संभव नहीं थी। हालांकि, आज प्रदेश में नर्सिंग कालेज तो है लेकिन एक विद्यार्थी को अपनी सेवा देने में कम से कम चार वर्ष की पढ़ाई पूरी करनी आवश्यक है। ग्रामीण एवं दूरस्थ क्षेत्रों में अरुचि एवं मेडीकल डिग्री लेने में लगने वाले लम्बे समय को देखते हुए छत्तीसगढ़ में तीन वर्षीय डिप्लोमा कोर्स प्रारंभ किया गया है जिसके माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों के होनहार विद्यार्थियों को स्वास्थ्य देखभाल के लिए तैयार किया जा रहा है।

इस कार्यक्रम की शुरु करने के लिए दो तर्क दिये गए हैं। पहला, इसमें ग्रामीण क्षेत्र के युवाओं को मौका दिया जायेगा, जो कि ग्रामीण क्षेत्र में वापिस लोटकर अपनी सेवाएं प्रदान करेंगे। दूसरा, ग्रामीण क्षेत्र में प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवकों की गुणवत्ता एवं जिम्मेदारी झोलाछाप डॉक्टरों की तुलना में बेहतर साबित होगी। अब यह बात कितनी सही साबित होती है, इसके लिए नागरिकों को इसे समय के साथ परखना एवं जांचना आवश्यक है।

2.2.1 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

मेडीकल कालेज एवं जिला अस्पताल महत्वपूर्ण हैं, किन्तु उससे कई अधिक आम नागरिक के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र की जरूरत है। यह एक महत्वपूर्ण लोक स्वास्थ्य सेवा की इकई मानी जाती है। जनपद/ब्लॉक के स्तर पर स्थापित इन केन्द्रों की संख्या राज्य में 136 है, जबकि जनसंख्या के मान से इन्हें 201 होने चाहिए थे। कुल उपलब्ध सामुदायिक केन्द्रों में से 56 केन्द्रों में से प्रत्येक में 30 पलंग की क्षमता है और 73 में से प्रत्येक में 10 पलंग की ही क्षमता है।

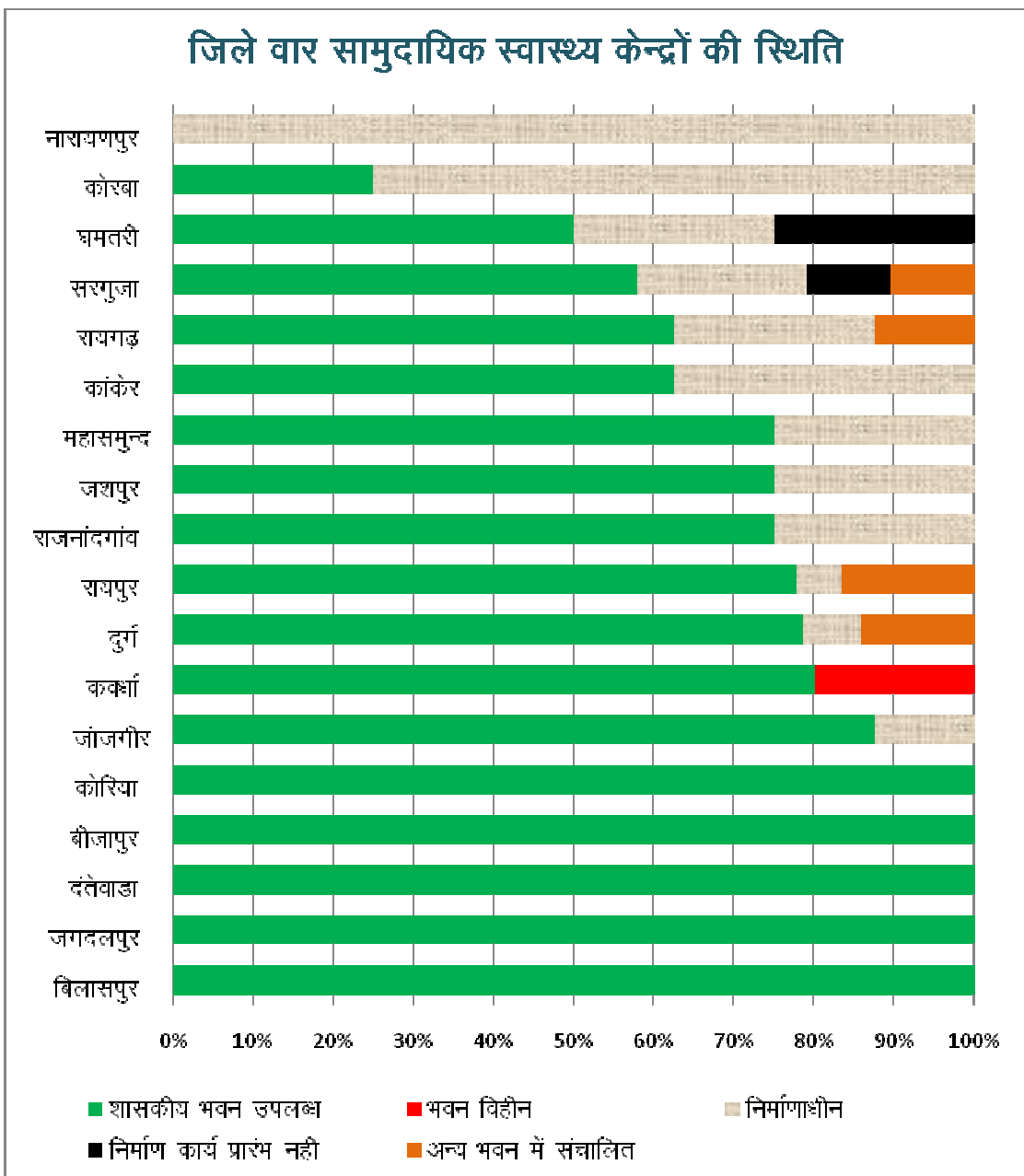
छत्तीसगढ़ में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति



- शासकीय भवन उपलब्ध
- भवन विहीन
- निर्माण कार्य प्रारंभ नहीं
- अन्य भवन में संचालित
- निर्माणधीन

जहां तक इन केन्द्रों के लिए शासकीय भवन की बात है तो आंकड़े बताते हैं कि वर्तमान में प्रत्येक चार में से तीन (75 प्रतिशत) सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के लिए तो शासकीय भवन उपलब्ध हैं। यह अच्छी बात है कि जिन केन्द्रों के लिए शासकीय भवन उपलब्ध नहीं हैं उनमें से 15 प्रतिशत केन्द्र के लिए भवन निर्माणाधीन है। वहीं दो प्रतिशत सामुदायिक केन्द्र ऐसे भी हैं जिनके भवन की स्वीकृति होने के बाद भी कार्य प्रारंभ नहीं हो सका है। प्रदेश में मानव संसाधन की कमी के साथ-साथ सामुदायिक केन्द्र का भवन न होना निश्चित ही ग्रामीणों की मुश्किलों को और बढ़ाने वाला है।

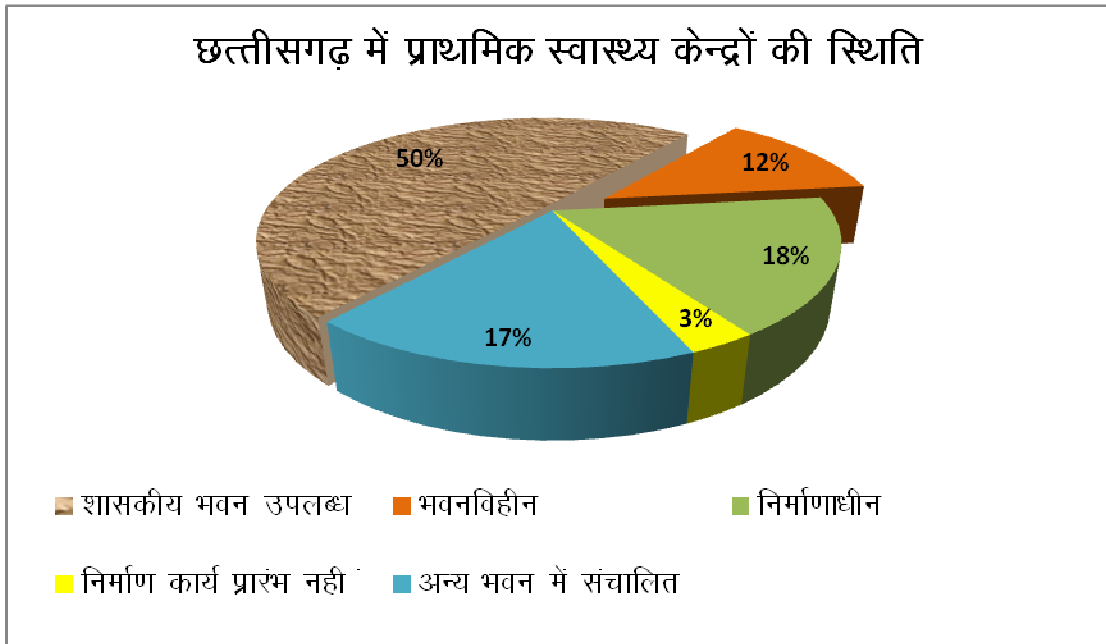
राज्य में जिले वार सामुदायिक भवनों की स्थिति के चार्ट से स्पष्ट है कि राज्य में 18 में से मात्र पाँच (जगदलपुर, दंतेवाडा, बिलासपुर, कोरिया एवं बीजापुर) जिलों में ही सभी केन्द्रों के भवन शासकीय हैं। जिलेवार सामुदायिक भवनों की स्थिति नीचे स्पष्ट की गई है।



जहां तक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं को उपलब्ध कराने की बात है तो डीएलएचएस-3 के अनुसार प्रदेश के मात्र 7.7 प्रतिशत केन्द्रों में ही ब्लड स्टोरेज सुविधा उपलब्ध है, 22 प्रतिशत केन्द्रों में शल्यक्रिया इकाई उपलब्ध है, 73 प्रतिशत केन्द्रों में आपरेषन थियेटर उपलब्ध है। लेकिन जहां तक स्त्री रोग विशेषज्ञ या दाई की बात है मात्र 19.7 प्रतिशत केन्द्रों पर ही यह उपलब्ध है। यह स्पष्ट है कि बाल मृत्यु दर को कम करने के प्रयासों में और सुधार करने की आवश्यकता है।

2.2.2 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

राज्य में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की संख्या राज्य की जनसंख्या के अनुपात में बताई गई है। 18 जिलों में कुल 721 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र है, जिनमें से लगभग 50 प्रतिशत केन्द्र शासकीय भवन में लगाये जाते हैं। वर्ष 2009-10 तक 240 भवनों का निर्माण कार्य चालू हो गया था और 102 के लिए स्वीकृति दे दी गई थी। अभी भी 33 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के लिए शासकीय भवन की उपलब्धता वांछित है स्वयं के शासकीय भवनों की उपलब्धता, अभी भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के लिए चिंता का एक विषय है।

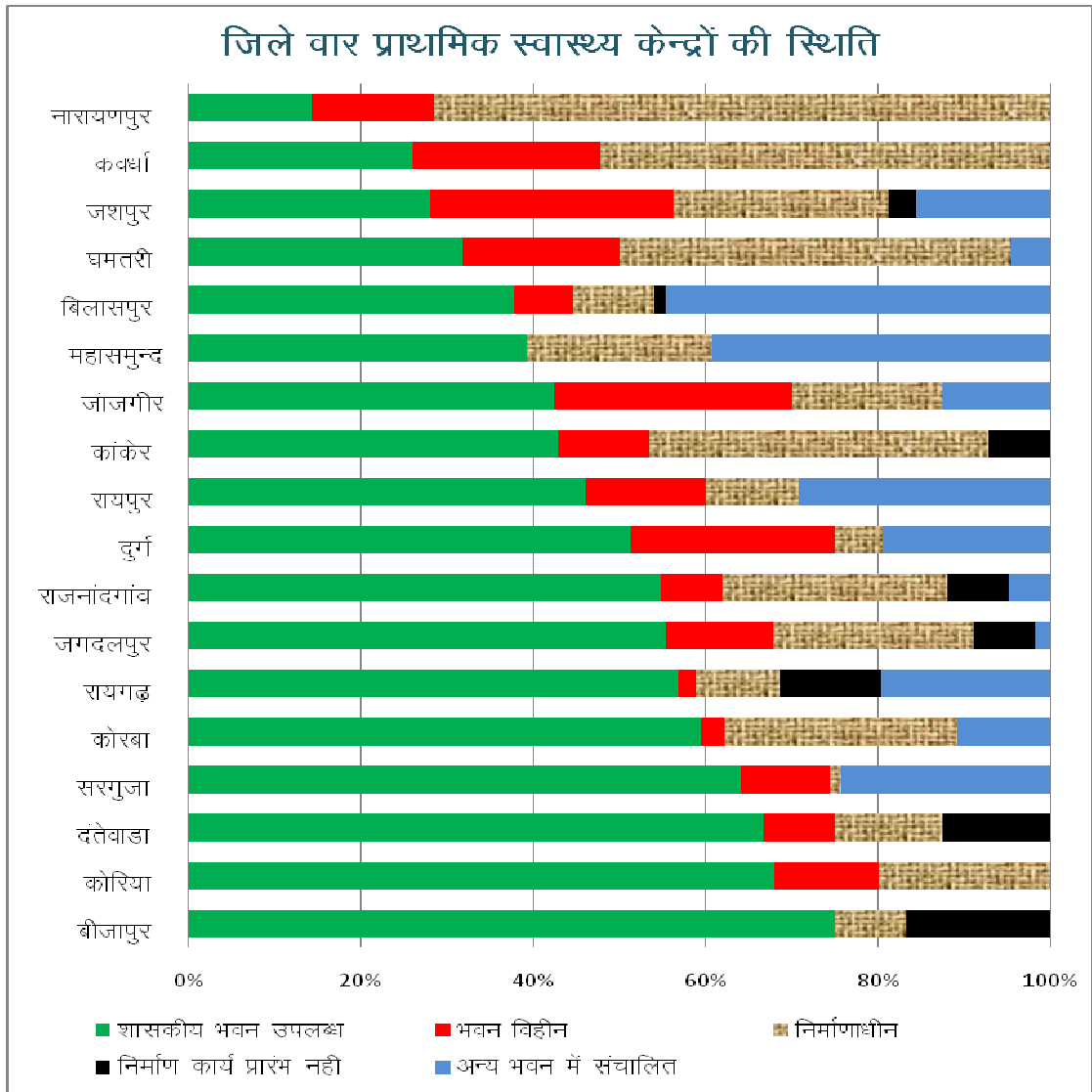


डीएलएचएस-3 के अनुसार प्रदेश में मात्र 6.8 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ही महिला स्वास्थ्य अधिकारी उपलब्ध है और 18.3 प्रतिशत में आयुष स्वास्थ्य अधिकारी के तौर पर नियुक्त पाये गये। प्राथमिक स्वास्थ्यों में स्वास्थ्य अधिकारी की कमी का मुद्दा नया नहीं है, इसके कारण आम गरीब बेहतर स्वास्थ्य की सेवाओं से वंचित होने को मजबूर है। दूसरी तरफ प्रत्येक पाँच प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर सिर्फ दो केन्द्रों में ही प्रत्येक में 4 पलंग की व्यवस्था बताई गई है। इसे निश्चित ही तौर पर जल्द से जल्द सुधारा जाना चाहिए क्योंकि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सामान्य महिला के लिए सुरक्षित प्रसव करवाने का एक महत्वपूर्ण स्थान है। डीएलएचएस-3 के अनुसार चार में से एक केन्द्र प्रत्येक माह कम से कम 10 संस्थागत प्रसव करवाते हैं। यह

इसलिए भी आवश्यक है क्योंकि लगभग आधे केन्द्रों पर गर्भवती माताओं के लिए रिफरल सेवा उपलब्ध नहीं है।

सरकार द्वारा 24 घण्टे व सातों दिन केन्द्रों द्वारा स्वास्थ्य सेवाएं दिये जाने के वादे भी पूरे नहीं होते दिख रहे हैं। प्रदेश के मात्र 58.6 प्रतिशत केन्द्रों में ही यह सुविधा उपलब्ध है, लेकिन डॉक्टर की उपलब्धता एवं स्वास्थ्य सेवा की गुणवत्ता को लेकर अभी भी प्रयासों में सुधार की गुंजाईश है। अभी भी प्रदेश में स्वास्थ्य अधिकारियों के निवास की व्यवस्था इन केन्द्रों पर नहीं है। हालांकि, आंकड़ों के अनुसार लगभग 39 प्रतिशत केन्द्रों में स्टाफ क्वार्टर की व्यवस्था है।

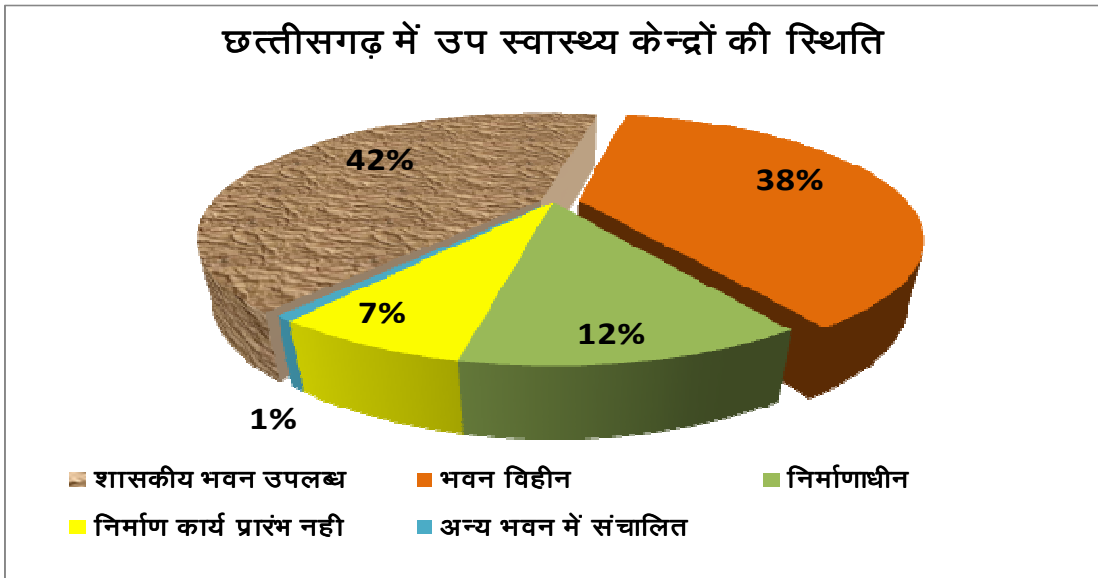
यह अच्छी बात है कि केन्द्रों के शासकीय भवनों के लिए काफी प्रयास किया जा रहा है, लेकिन इन भवनों के साथ-साथ स्टाफ क्वार्टर की व्यवस्था को सुनिश्चित नहीं किया जायेगा तब तक स्वास्थ्य सेवाओं को 24x7 उपलब्ध किया जाना संभव नहीं होगा। जिले वार प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के भवनों की स्थिति को नीचे दी गयी है :



2.2.3 उप स्वास्थ्य केन्द्र

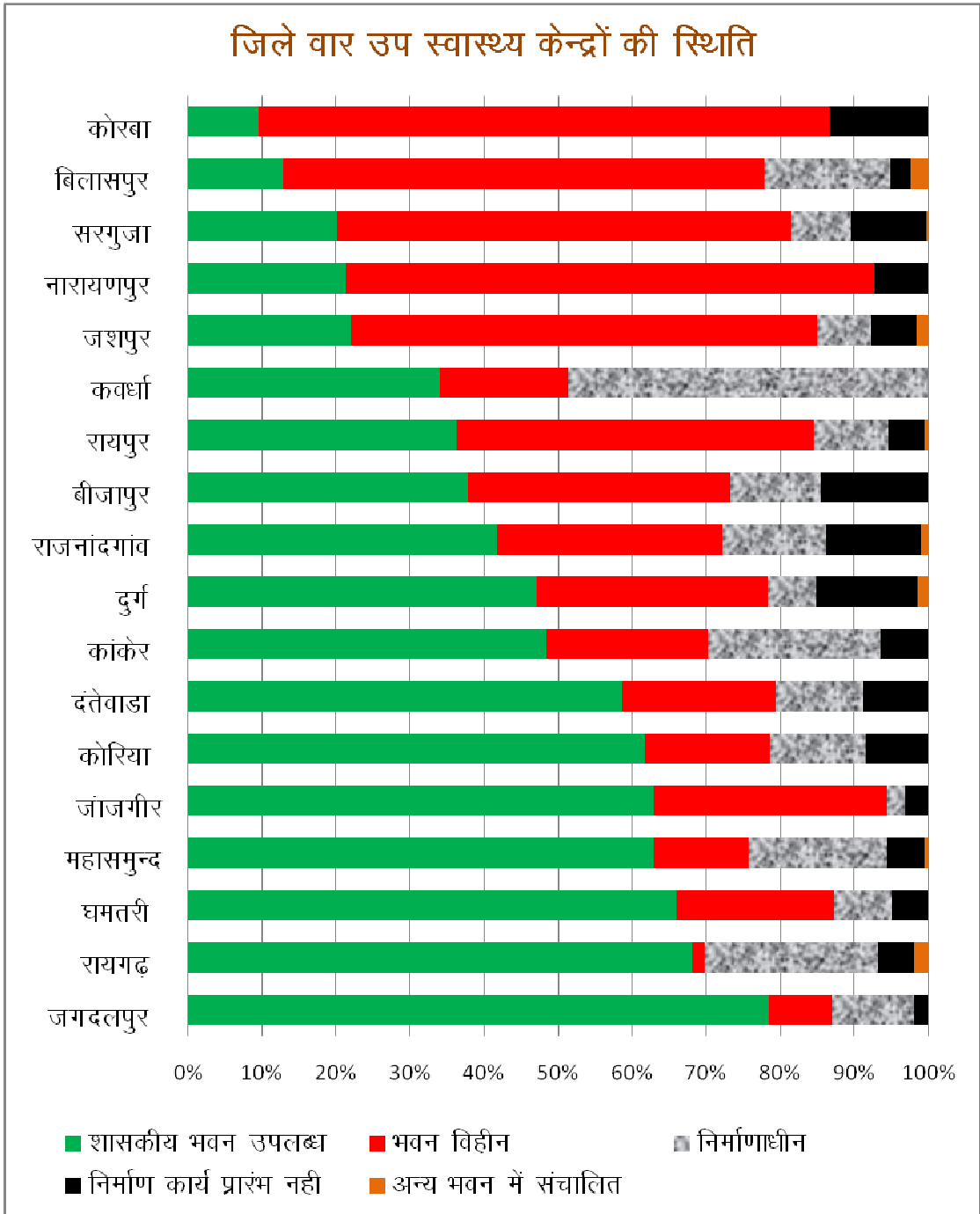
प्रत्येक 2 से 5 गांवो के स्तर पर प्राथमिक उपचार की व्यवस्था के रूप में उप-स्वास्थ्य केन्द्र –स्वास्थ्य केन्द्र लोक स्वास्थ्य की महत्वपूर्ण इकाई है। प्रदेश में 20308 गांवों में कुल 4741 उप स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध है। जनसंख्या के अनुपात में अभी भी प्रदेश में 308 केन्द्रों की आवश्यकता हैं। इन केन्द्रों को ए.एन.एम. द्वारा चलाया जाता है, जिसकी मुख्य भूमिका गांव में टीकाकरण, गर्भवती माता एव शिशु की देखभाल तथा छोटी मोटी बीमारियों का उपचार करना है। गांव में भ्रमण कर किशोरावस्था की समस्याओं पर युवाओं को जानकारी देना भी इसकी एक महत्वपूर्ण जिम्मेदारी है। लेकिन वस्तुस्थिति यह है कि प्रदेश के एक-तिहाई केन्द्रों में एक भी ए.एन.एम. उपलब्ध नहीं है, जबकि प्रत्येक केन्द्र पर दो ए.एन.एम. की उम्मीद की जाती है। परिणाम स्वरूप जहां एक ए.एन.एम. का कार्यक्षेत्र 5 गांव होना चाहिए वह कहीं कहीं तो 15 से 20 गांव भी है। ऐसी स्थिति में प्रत्येक गांव में पर्याप्त समय देना संभव नहीं हो पाता है और आम नागरिकों को प्राथमिक उपचार की जो सुविधा सुलभ होना चाहिए वह नहीं मिल पाती है।

ग्रामीण क्षेत्र में आम नागरिकों के नजरिये से स्वास्थ्य की सुविधा न मिलने का सबसे बड़ा कारण स्वास्थ्यकर्ता की अनुपलब्धता या क्षमता की कमी को माना जाता है। यहीं नहीं इनकी भूमिका आंगनवाड़ी केन्द्रों पर भी होती है, जिसके माध्यम से टीकाकरण, ग्रोथ चार्ट, गर्भवती माता का पंजीयन जैसी महत्वपूर्ण सुविधाएं इनकी सक्रियता से जूड़ी होती है। ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक उपचार की सुविधा सुगम न होने का कारण झोलाछाप डॉक्टर या ओझा या प्राईवेट स्वास्थ्य सुविधा की ओर आम नागरिक का रुझान होता है।



दूसरी तरफ जहां तक भौतिक संसाधनों की स्थिति है, प्रदेश में उप-स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति अन्य केन्द्रों से भी बदतर है। वस्तुस्थिति यह है कि लगभग 42 प्रतिशत केन्द्र ही शासकीय भवन में लगाये जाते हैं।

जिलावार उप-स्वास्थ्य केन्द्र की स्थिति नीचे दिखाई जा रही है, जिससे स्पष्ट है कि एक भी जिले में सभी उप-स्वास्थ्य केन्द्र के लिए स्वयं का शासकीय भवन उपलब्ध नहीं है। हांलाकि, राज्य में बैकवर्ड रिज़न ग्रांट फण्ड प्रोग्राम जैसे कार्यक्रम चलाये जा रहे हैं। साथ ही, आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र होने के कारण विशेष कार्यक्रमों की अपार संभावना है। मानव संसाधन की कमी को दूर करने के लिए जिस तरह प्रशासन गतिशील है उसी तरह भौतिक संसाधनों की स्थिति को सुलभ करे।



3 स्वास्थ्य व्यवस्था में जीवनदीप समिति की स्थिति

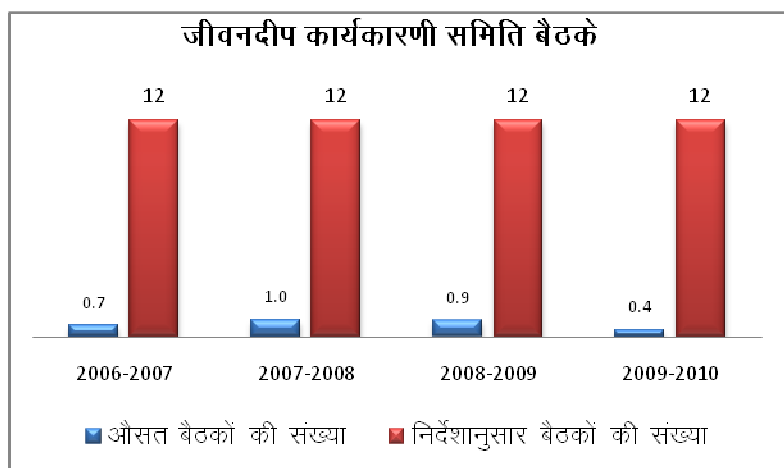
लोक स्वास्थ्य व्यवस्था में शासकीय अस्पतालों/ स्वास्थ्य केन्द्रों द्वारा बेहतर एवं गुणवत्ता पूर्ण सेवाएं उपलब्ध कराने के प्रयास में रोगी कल्याण समिति की स्थापना एक महत्वपूर्ण कदम रहा है। "राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन 2005-2012" के अंतर्गत भी अस्पताल प्रबंधन समितियों का गठन कर सेवाओं का स्तर ऊँचा उठाने के लिए काफी बल दिया गया है। छत्तीसगढ़ राज्य ने इस दिशा में अपने प्रयासों को और बेहतर बनाने के लिए "रोगी कल्याण समितियों" के स्थान पर सभी अस्पतालों/ स्वास्थ्य केन्द्रों में नवीन "जीवनदीप" समितियों का गठन किये जाने का नीतिगत निर्णय लिया गया है।

दिशा-निर्देशानुसार सभी शासकीय अस्पताल/स्वास्थ्य केन्द्रों में जीवनदीप समितियों का गठन किया जाना है। समिति का प्रमुख जिम्मेदारियों में मुख्य रूप से प्रबंधन, निगरानी एवं नियोजन संबंधित कार्य सौंपे गये हैं। केन्द्र में मानव संसाधन व्यवस्था की बात हो, चाहे साफ-सफाई की व्यवस्था, चाहे उपकरण, एम्बुलेंस, भवन इत्यादि सभी की गुणवत्ता एवं प्रबंधन को बनाये रखना समिति का मुख्य कार्य है। समिति निगरानी कर सकती है और आवश्यकता अनुसार जरूरी सामग्री को क़य भी कर सकती है। बेहतर सुविधाएं उपलब्ध कराने के लिए समिति मरीजों से शुल्क भी ले सकती है। जीवनदीप समिति द्वारा इन कार्यों को बेहतर ढंग से करने बाबत यह तय किया गया है कि कार्यकारणी समिति की बैठक प्रत्येक माह अनिवार्य रूप से हो एवं साधारण सभा की बैठक एक वर्ष में कम से कम चार बार अनिवार्य रूप से हो।

समर्थन रायपुर द्वारा राज्य के तीन जिलों (बस्तर, कांकेर एवं दुर्ग) के 23 केन्द्रों में जीवनदीप समिति की स्थिति पर अध्ययन किया गया। उसके परिणाम निम्नवत: है जिससे स्पष्ट है कि यह समितियां भी एक औपचारिकता की प्रतीत होती हैं, जबकि इनके सशक्तिकरण से राज्य में स्वास्थ्य की स्थिति को बेहतर बनाया जा सकता है।

3.1.1 जीवनदीप समिति की बैठकों की स्थिति

यह देखा गया कि पिछले चार वर्ष में कार्यकारणी समिति की औसत एक से भी कम बैठक हो पाई है। इससे जीवनदीप समिति की सक्रियता पर सवाल खड़े होते हैं। अधिकांश केन्द्रों में साल भर में एक भी बैठक का संचालन नहीं हुआ है। यह बड़ी चिंता का विषय है कि



किसी भी केन्द्र में चार से अधिक बैठकें नहीं हो सकी हैं। आयोजित बैठकें जो भी की गयी हैं में अस्पताल एवं योजनाओं का बेहतर संचालन के लिए ठोस निर्णय कम लिये गये हैं, सिर्फ आय एवं व्यय के निर्धारण जैसे मुद्दे पर ज्यादातर चर्चा की गयी एवं उन पर निर्णय लिये गये

है। जिसके कारण जीवनदीप समिति गठन होने के पश्चात् भी स्वास्थ्य केन्द्रों में अपेक्षाकृत खास बदलाव नहीं देखा जा रहा है।

उपरोक्त स्वास्थ्य केन्द्रों में किये गये बैठक के कुछ महत्वपूर्ण निर्णयो को यहाँ रेखांकित किया गया है।

जीवनदीप समिति कार्यकारणी की बैठकों की स्थिति				
केन्द्र / बैठक	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10
कोई बैठक नहीं हुई	15	12	12	15
एक बैठक हुई	4	4	5	7
दो बैठके हुई	2	3	4	1
तीन बैठके हुई	1	4	1	0
चार बैठके हुई	1	0	1	0
चार से अधिक बैठके	0	0	0	0
कुल केन्द्र	23	23	23	23

3.1.2 दुर्ग में जीवनदीप समितियों की स्थिति

दुर्ग जिले में कुछ उप-स्वास्थ्य केन्द्रों को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में तथा कुछ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में बदला गया है। इसके परिणाम स्वरूप स्वास्थ्य केन्द्रों के मध्य आपसी खींचतान हाने से पदस्थ अधिकारी/कर्मचारी को ज्यादा स्पष्टता नहीं है। जिला चिकित्साल, दुर्ग में जीवनदीप समिति की बैठके नियमित नहीं हो पा रहीं है। एक भी उपलब्ध जानकारी के अनुसार वर्ष 2007 एवं 2009 में साधारण सभा की बैठक सम्पन्न नहीं हो सकीं। जिला स्तर के अस्पतालों में जहां जीवनदीप समिति में मंत्री एवं कलेक्टर भी शामिल होते है उसकी स्थिति खराब है तो नीचे के स्तरों पर इनकी सक्रियता का सुनिश्चित होना, एक बड़ा सवाल है। दुर्ग जिले के स्वास्थ्य केन्द्रों में जीवनदीप समिति की स्थिति निम्नवत देखी गई।

बैठकों का विवरण – चयनित सामुदायिक एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जिला दुर्ग

चयनित स्वास्थ्य केन्द्र	कार्यकारणी बैठक (वर्ष में न्यूनतम 12 बैठक)				साधारण सभा बैठक (वर्ष में न्यूनतम 4 बैठक)			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
जिला चिकित्सालय, दुर्ग	1	3	3	1	1	0	1	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, बेरला	1	1	1	0	0	0	0	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, उतई	0	0	0	0	2	2	3	1
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, अहिंवारा	0	0	0	0	1	2	0	1
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, गुधेली	0	0	0	1	0	0	0	0
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, निकुम	0	0	0	0	0	1	1	0
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, धमधा	2	2	0	1	1	1	0	0
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, गुण्डरदेही	0	1	1	0	1	1	1	1
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, पाटन	1	0	0	0	1	2	1	0
प्रा.स्वास्थ्य केन्द्र, भिलाई-3	0	1	0	0	1	0	2	0

जीवनदीप समिति की साधारण सभा की बैठकें नियमानुसार वर्ष में 4 बार आयोजित की जानी चाहिए किन्तु जिला चिकित्सालय दुर्ग में वर्ष 2006 से 2009 तक मात्र 2 ही बैठकें आयोजित हो सकी हैं। साधारण सभा के समक्ष वर्ष में एक बार वित्तीय लेखा आय-व्यय पत्रक अनुमोदन के लिए प्रस्तुत किया जाता है एवं आगामी वर्ष के लिए बजट प्रस्तुत किया जाता है किन्तु जिला चिकित्सालय दुर्ग में ऐसा केवल 1 बार ही हो सका। इसी क्रम में यदि हम सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की जीवनदीप समिति की साधारण सभाओं की बैठकों की समीक्षा करें तो पाते हैं कि 3 सामुदायिक केन्द्रों में वर्ष 2006 से 2009 तक कुल 12 ही बैठकें सम्पन्न हुई जबकि यहां 48 बैठकें होनी थीं। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में वर्ष 2006 से 2009 तक कुल अनिवार्य 96 साधारण सभाओं की बैठकों की तुलना में मात्र 11 बैठक ही आयोजित हुई। साधारण सभा का मुख्य कार्य नीतिगत निर्णयों को लेना है किन्तु जब नियमित रूप से बैठकें ही आयोजित नहीं हो रही हो तो नीतिगत निर्णयों की बात करना बेईमानी है।

कार्यकारिणी समितियों की बैठकों के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में वर्ष 2006 से 2009 तक 108 अनिवार्य बैठकों में से मात्र 03 ही सम्पन्न हो पाई तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में 10 ही बैठकें हुई थी इन्हें कुल 286 आयोजित करना था।

3.1.3 कांकेर में जीवनदीप समितियों की स्थिति

साधारण सभा की बैठकें वर्ष में 4 बार होना अनिवार्य होता है। यदि हम कांकेर जिला के पिछले दो वर्षों का विवरण देखें तो यह समझ में आता है कि तीनों स्तरों (जिला अस्पताल, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र) में साधारण सभा की बैठकों के आयोजन को महत्व नहीं दिया जा रहा है।

साधारण सभा की बैठक में वित्तीय वर्ष का लेखाजोखा और आय - व्यय पत्रक अनुमोदन के लिए रखा जाना होता है। इस केन्द्र के द्वारा अपने अस्पताल की कार्य योजना तो तैयार की गई है परन्तु इसका अनुमोदन साधारण सभा में नहीं बल्कि कार्यकारिणी सभाओं में अनुमोदन किया जाता है। साथ ही वर्षभर के आय-व्यय का लेखा जोखा भी इसी बैठक में अनुमोदित किया जाता है। आगामी वर्ष की कार्ययोजना की बात की जाए तो उसका अनुमोदन भी साधारण सभा के द्वारा किया जाना होता है।

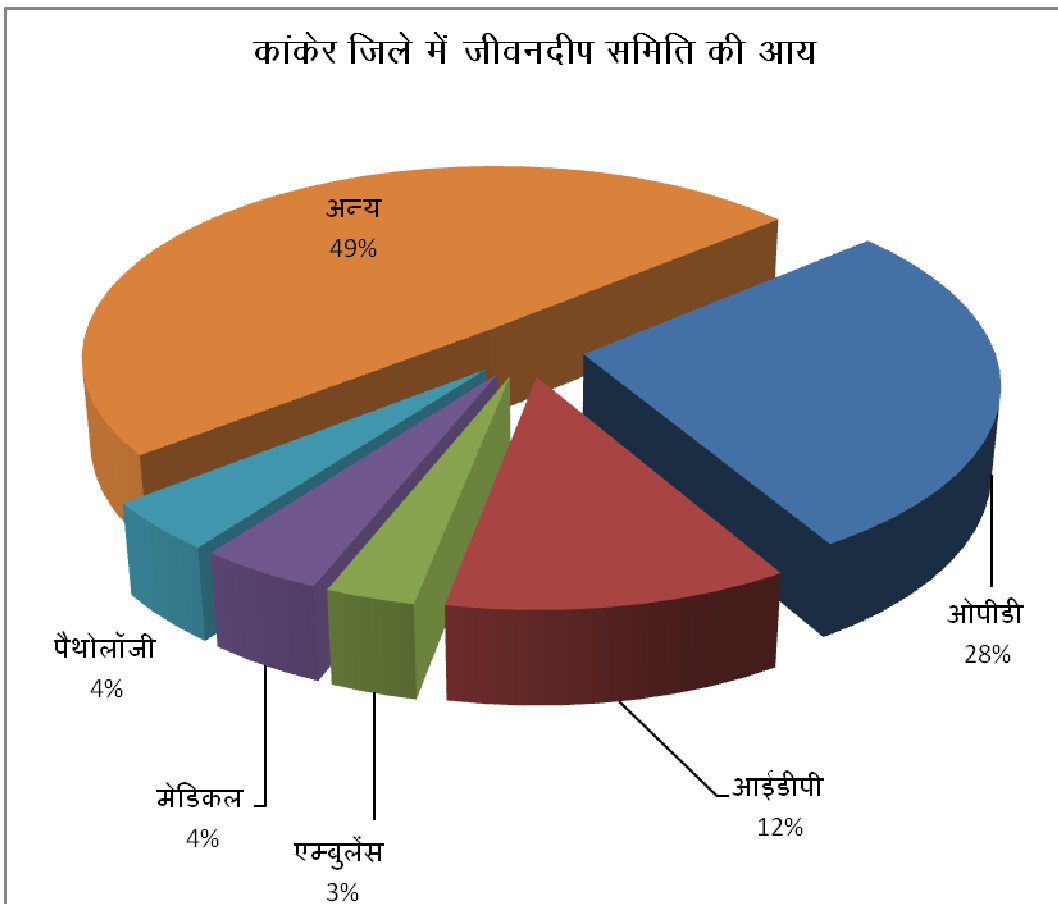
बैठकों का विवरण – चयनित सामुदायिक एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र जिला कांकेर

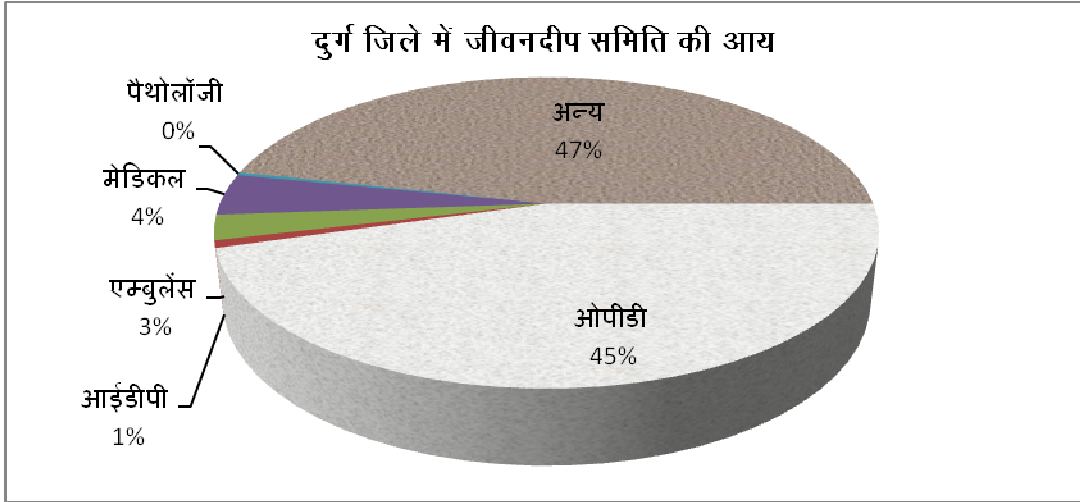
चयनित स्वास्थ्य केन्द्र	कार्यकारिणी बैठक (वर्ष में न्यूनतम 12 बैठक)				साधारण सभा बैठक (वर्ष में न्यूनतम 4 बैठक)			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
जिला अस्पताल, कांकेर	4	3	5	0	2	0	0	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, चारामा	0	0	0	0	1	4	1	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, अमोड़ा	2	2	2	0	1	0	0	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, भानुप्रतापपुर	0	3	1	0	0	0	0	0
सा.स्वास्थ्य केन्द्र, धनेली कन्हार	0	0	2	0	0	0	0	0

साधारण सभा की बैठकों को देखा जाय तो यह स्पष्ट होता है कि इस स्तर पर भी साधारण सभा की बैठकों का आयोजन नियमानुसार नहीं किया जाता है। कार्यकारिणी सभा की बैठकों की बात की जाए तो जिला अस्पताल की जीवनदीप समिति की कुल 5 बैठकें पिछले दो वर्षों में हुई हैं जिनमें मुख्यरूप से सिर्फ 06 निर्णय लिए गए हैं।

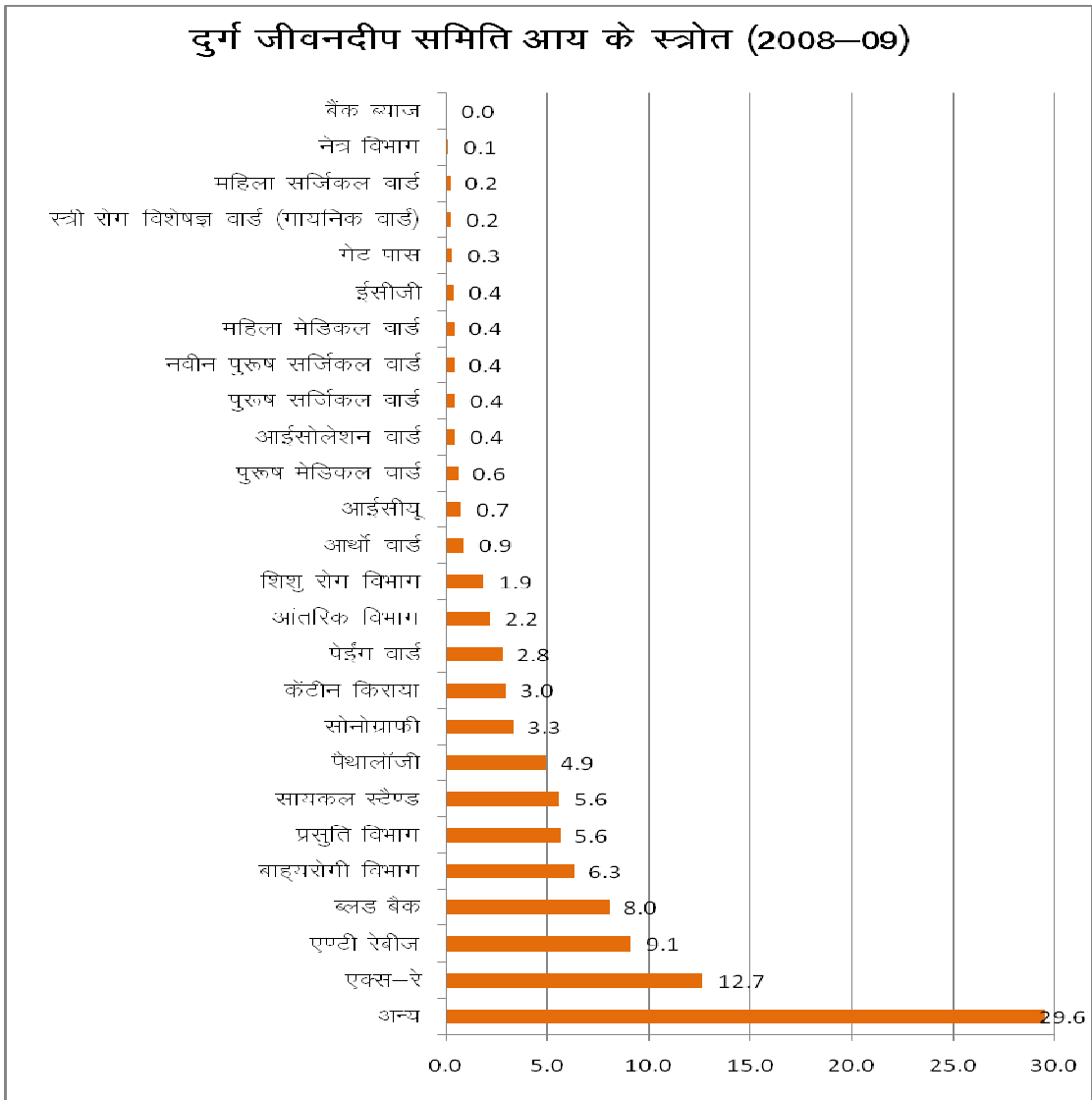
सीएचसी एवं पीएचसी के स्तर पर कार्यकारिणी समिति की बैठक की बात की जाए तो यह समझ में आता है कि इस स्तर पर भी कार्य कारिणी समिति के द्वारा बैठक का नियमानुसार आयोजन तो किया जाता है परन्तु बैठक की सूचना नियमानुसार सदस्यों को नहीं दी जाती है। बैठकों को लेकर सबसे बड़ी जो समस्या यह है कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के स्तर पर तहसीलदार अध्यक्ष होते हैं जिनके द्वारा अपने समयानुसार एवं अपने एजेण्डा के अनुसार बैठक का आयोजन किया जाता है। समय कम होने के कारण सभी सदस्यों की उपस्थिति नहीं हो पाती है।

समिति में स्थायी सदस्यता प्रदान करने अथवा अजीवन सदस्यता प्रदान करके भी आय को बढ़ाया जा सकता है। जीवनदीप समिति के दिशा निर्देश में यह प्रावधान है परन्तु किसी भी स्तर पर अनुदान की राशि आय के रूप में खाते में दिखाई नहीं देती है जबकि समिति गठन में ऐसे लोगों को शामिल किया गया है। स्वास्थ्य केन्द्र के द्वारा यदि पहल की जाय तो निश्चित रूप से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की अस्पताल सुधार योजना सफल हो पाएगी।

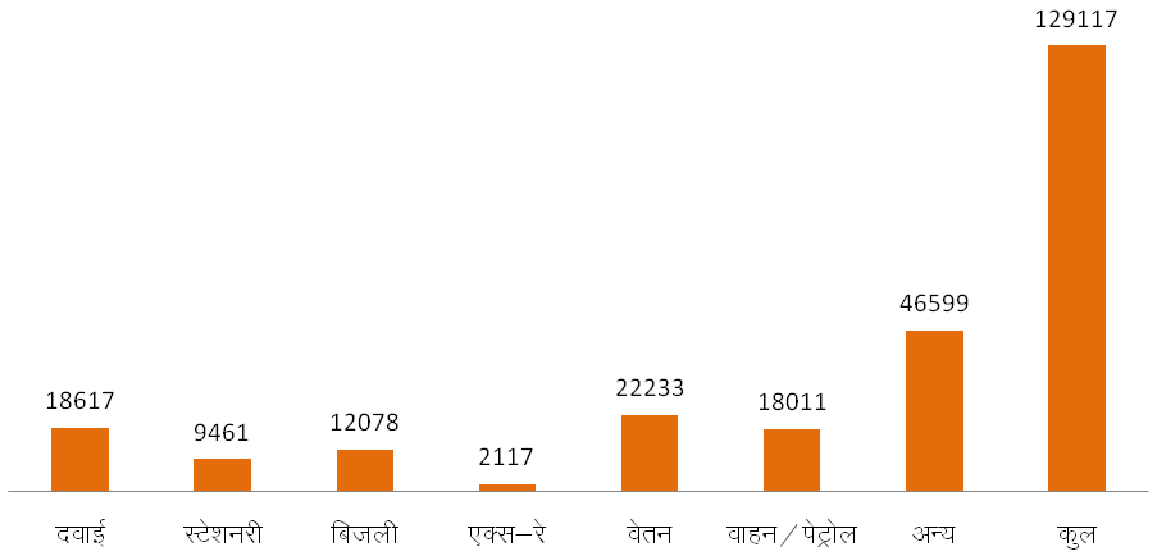




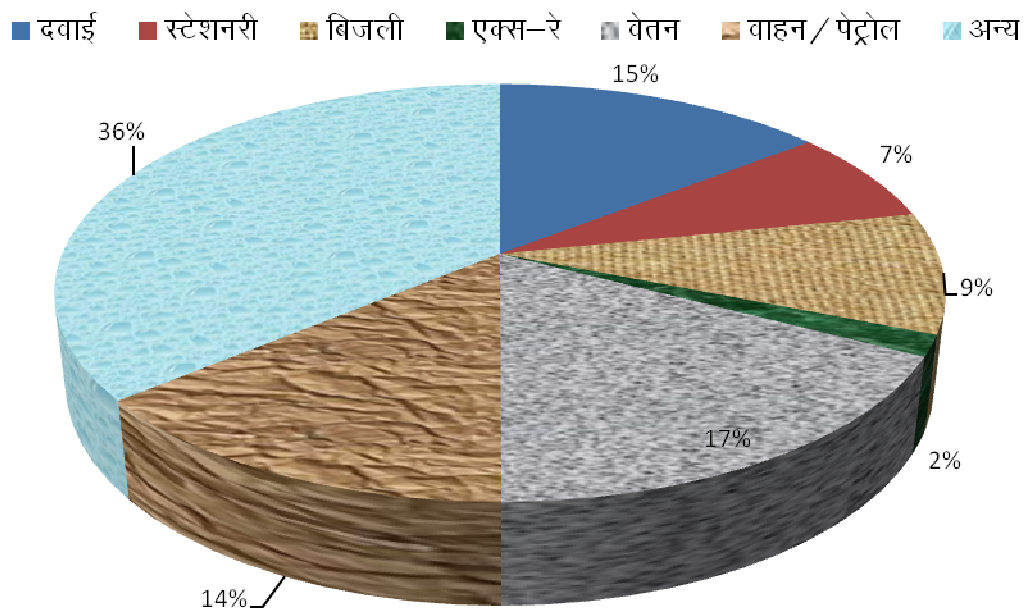
जीवनदीप समिति, दुर्ग के वर्ष 2008-09 की कुल प्राप्तियाँ 24 मद एवं 01 अन्य विविध से हुई है जिसमें सर्वाधिक राशि की प्राप्ति विविध मद से लगभग 30 प्रतिशत (29.56) हुई है।



जीवनदीप समितियों द्वारा औसत व्यय – कांकर एवं बस्तर



जीवनदीप समितियों का व्यय विभाजन



3.1.4 जीवनदीप समिति – निष्कर्ष एवं सुझाव

- समिति सदस्यों में महिलाओं का प्रतिनिधित्व अत्यंत कम है जिसे बढ़ाया जाना चाहिए ताकि महिलाओं से जुड़े मुद्दे और भी बेहतर ढंग से उठाए जाएं।
- नियमानुसार साधारण सभा एवं कार्यकारिणी की बैठक आयोजित की जानी चाहिए। कार्यकारिणी समिति एवं सामान्य सभा की बैठके अलग-अलग एवं नियमित होनी चाहिये एवं बैठक रजिस्टर भी अलग होने चाहिये।
- आवश्यक है कि व्यवस्थाओं में सुधार हेतु ठोस कदम उठाये और अस्पताल को एक बेहतर व्यवस्था एवं सुविधा उपलब्ध कराकर आम नागरिकों को समस्याओं से छुटकारा दिलवाया जाये। वर्तमान में समिति के द्वारा जो भी निर्णय लिये जाते हैं वह सिर्फ औपचारिकताओं की पूर्ति के लिये किया जाता है। ऐसा प्रतीत होता है कि सही क्रियान्वयन के लिए गंभीर बैठकों में विचार विमर्श हो और ठोस निर्णय लिये जाएं।
- अधिकांश सामुदायिक एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के बैठक-विवरणों से स्पष्ट समझ आता है कि विभिन्न प्रकार की खरीदी सम्बंधी निर्णयों के अतिरिक्त मरीजों को अधिक स्वास्थ्य लाभ पहुँचाने हेतु लिए जाने वाले निर्णयों का अभाव है।
- बैठकों के प्रतिवेदन में गत बैठक में लिए गए निर्णय के पालन के सम्बंध में जानकारी नहीं दी जाती है अतः इन्हें विस्तारपूर्वक लिखा जाना चाहिए।
- जीवनदीप समिति क्यों बनायी गयी है, इसकी जानकारी समिति के सदस्यों को होना अनिवार्य है।
- बैठक का आयोजन एकाएक नहीं करना चाहिये उसके लिए समिति के सभी सदस्यों से अनुमति ले लेनी चाहिये तभी बैठक का आयोजन किया जाना चाहिये। साथ ही, बैठक का एजेण्डा समिति के सभी सदस्यों तक पहुँचना चाहिये, वह भी कम से कम एक सप्ताह पहले।
- बैठक के अधिकांश विषय सुविधाओं को बेहतर बनाने हेतु होने चाहिये।
- जिले के बस्तर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में दवाई के मदों में एक भी रूपये खर्च नहीं किया गया है। अन्य मदों में किये जाने वाले खर्च को कम किया जाना चाहिये। दवाइयों में खर्च अधिक होना चाहिये। कौशबुक खर्च की प्रविष्टियाँ स्पष्ट रूप से हो और कोरबा संधारण उचित ढंग से हो।

4 छत्तीसगढ़ में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की स्थिति

छत्तीसगढ़ में “ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति” के गठन के आरंभ से ही ठोस प्रयास किए गए हैं। राज्य ने पहले से ही स्वास्थ्य पंचायत योजना एवं मजरा/टोला बैठकों के माध्यम से गांव की स्वास्थ्य योजनाओं को मजबूती प्रदान करने के साथ साथ स्वास्थ्य की स्थिति को मापने का बीड़ा उठाया है। वर्ष 2006 में पहली बार स्वास्थ्य पंचायत योजना के अंतर्गत 26 स्वास्थ्य और स्वास्थ्य से संबंधित संकेतक पर जानकारी एकत्रित की गई थी और दूसरे सर्वेक्षण में संकेतकों की संख्या 32 कर दी गई है। रणनीतिक हस्तक्षेप एवं पंचायतों की तुलनात्मक भिन्नताओं के विश्लेषण की दृष्टि से गई सर्वेक्षण बहुत उपयोगी रहा। इसमें ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की भूमिका को प्रभावी बनाने के लिए दिशा निर्देशों का एक विस्तृत मौसौदा तैयार किया गया, जिसमें इसके साथ तालमेल सुनिश्चित करने और किसी भी दोहराव को रोकने पर बल दिया गया है।

यह देखते हुए कि मितानित कार्यक्रम बहुत ही सफल और कारगर साबित हो गया है, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति एक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकती है। छत्तीसगढ़ में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के गठन में पंचायती राज संस्थाओं और एनएम व आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं जैसे स्थानीय सेवा प्रदाताओं में आपसी जुड़ाव का लक्ष्य रखा गया। यह तय किया गया कि ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति ग्राम पंचायत की स्थाई समितियों के अन्तर्गत कार्य करेगी। स्थाई समिति के सदस्य पंच इस समिति के अध्यक्ष होंगे तथा गांव के सभी पंच इसके सदस्य होंगे। लेकिन पंचायत एवं ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति में इस तरह का तालमेल जमीनी स्तर पर कहीं दिखाई नहीं देता है। समिति की मुख्य भूमिका निम्नवत है :-

- गांव में उपलब्ध स्वास्थ्य सेवाओं और उनके स्वास्थ्य अधिकारों के बारे में जागरूकता बनाना,
- ग्राम स्वास्थ्य स्थिति और समुदाय की प्राथमिकताओं के आकलन के आधार पर योजना विकसित करना,
- स्वास्थ्य रजिस्टर और स्वास्थ्य सूचना पटल और कैलेंडर रखना,
- महत्वपूर्ण मुद्दों और गांव स्तर के स्वास्थ्य और पोषण गतिविधियों से संबंधित समस्याओं का विश्लेषण करना और प्रासंगिक पदाधिकारियों और अधिकारियों को अवगत कराना,
- ग्राम सभा में एक वार्षिक स्वास्थ्य रिपोर्ट पेश करना।

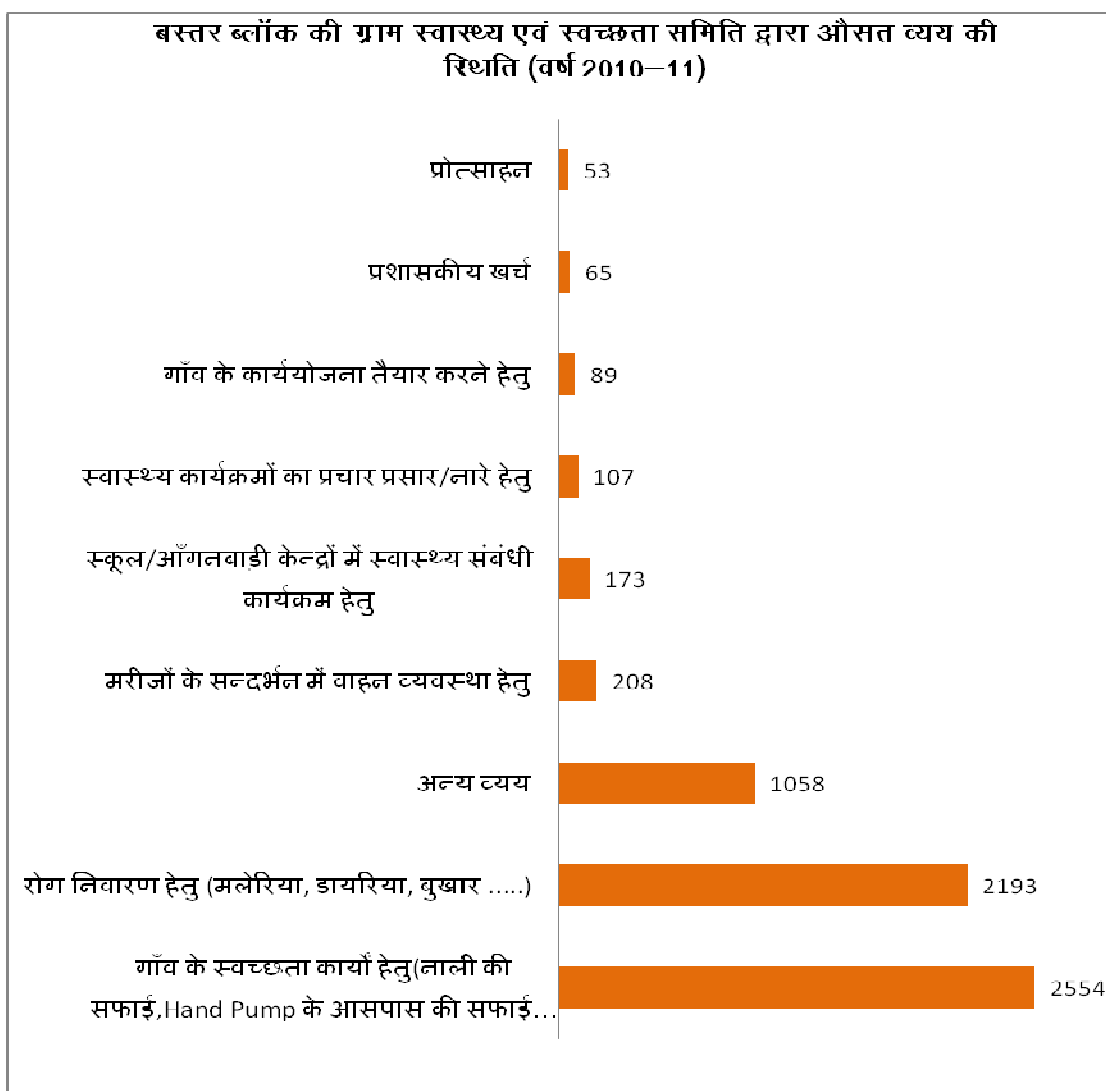
राज्य सरकार के दिशा-निर्देशों के अनुसार ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के बैंक खाते का संचालक ग्राम पंचायत के पंचायत सचिव तथा नियुक्त मितानिन करेंगे। हालांकि खाता प्रबंधन में स्थानीय समुदाय के लिए अधिक स्वायत्तता देने की दिशा में 3 अप्रैल 2010 को सरकार ने आदेश कर पंचायत सचिव को इससे हटा दिया। अब ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का खाता संयुक्त रूप से एक मितानिन और एक महिला पंचायत सदस्य द्वारा किया जा रहा है।

यदि किसी गांव में कोई महिला पंचायत सदस्य नहीं हो तो अन्य पंचायत सदस्य को मनोनीत किया जा सकता है।

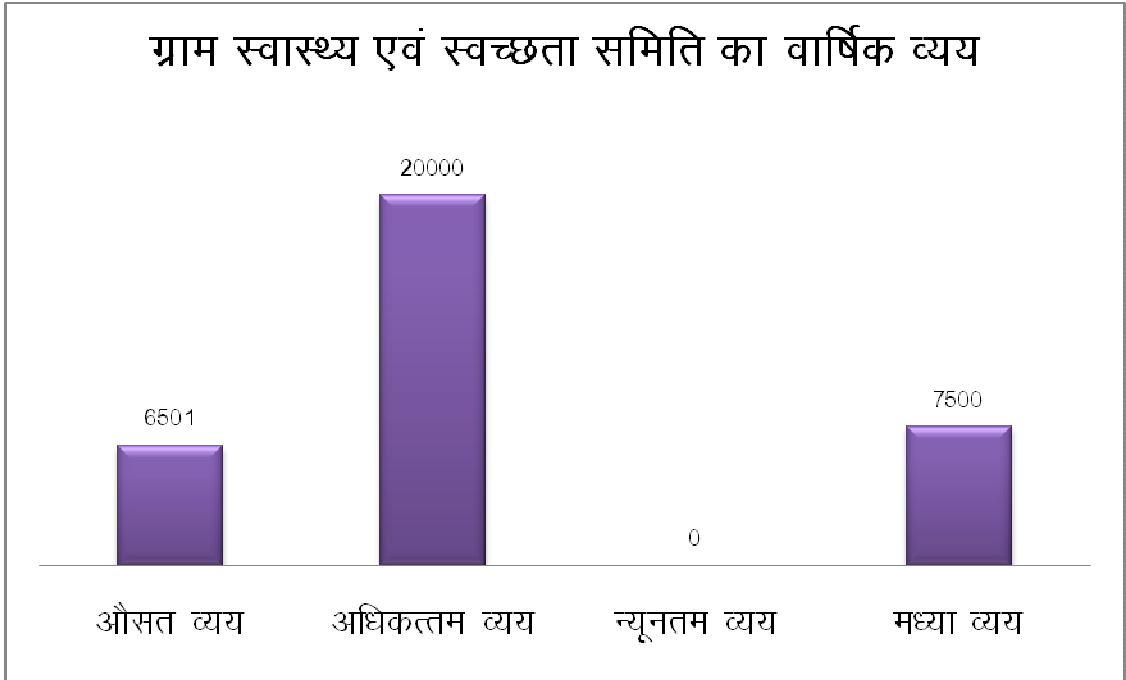
4.1.1 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की स्थिति

समिति की अवधारणा 2007-08 में एनआरएचएम के अंतर्गत की गयी थी। देखा जाये तो इन समितियों का गठन कागज पर ज्यादातर गांवों में किया जा चुका है। लेकिन वस्तुस्थिति यह है कि मितानिन एवं ए.एन.एम. के कुछ उन्मुखीकरण के अतिरिक्त समितियों के सदस्यों में जागरूकता का अभाव है।

बस्तर जिले के बस्तर ब्लॉक में कुल 110 गांवों में से 107 गांवों में से प्रत्येक को 10000 रुपये का अनुदान प्राप्त तो हुआ है, लेकिन कई गांवों में चर्चा से स्पष्ट है कि गांव के पंच तक को इसकी जानकारी नहीं है। जिन सदस्यों को ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति की जानकारी है, उन्हें इसके नियम एवं क्रियान्वयन की समझ न के बराबर देखी गई। केवल अध्यक्ष एवं सचिव को ही इस बारे में पता है।



बस्तर जिले में पंचायत मुखिया के अनुसार, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति शायद ही मौजूद है और यहां तक कि इसकी कोई भी विधिवत बैठक नहीं हुई है, इसलिए सदस्य निर्वाचित नहीं हुए हैं। बस्तर ब्लॉक की ग्राम एवं स्वच्छता समिति द्वारा औसत व्यय की स्थिति से स्पष्ट है कि गाँव की स्वच्छता पर सर्वाधिक व्यय किया जा रहा है। इसका प्रमुख कारण यह है कि राज्य में इन समितियों का स्वच्छता अभियान कार्यक्रम के साथ कन्वर्जेंस पर अधिक जोर दिया जा रहा है। जहां तक समिति द्वारा प्रशासकीय खर्च किये जाने की बात है, ग्राफ से स्पष्ट है कि मात्र 65 रुपये वार्षिक व्यय किया गया है।



प्रावधान के अनुसार प्रत्येक ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता को 10000 रुपये की राशि दी जाती है। जिला बस्तर के बस्तर विकासखण्ड में वर्ष 2010-11 के दौरान किये गए व्यय के अनुसार यह समितियां औसत 6501 रुपये व्यय करती हैं। विभिन्न समितियों के व्यय में काफी अंतर देखा गया है। जो समितियां सक्रिय हैं वहां अधिकतम 20000 रुपये की भी व्यय बताया गया है।

5 स्वास्थ्य समस्याएं एवं चुनौतियां : एक विश्लेषण

5.1 सुशासन की कमी से कमजोर हुई स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता

छत्तीसगढ़ में स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता पर लगातार उठ रहे सवालों से आम नागरिक सकते में हैं। जहां एक ओर डॉक्टर एवं स्वास्थ्यकर्मी लोक स्वास्थ्य सेवाओं को आय अर्जन का तरीका मान रहे हैं। और सरकारी अस्पताल एवं स्वास्थ्य केन्द्रों के अंदर बैठकर ही सरकारी खर्च पर आम आदमी के लिए उपलब्ध सेवाओं को बेच रहे हैं। गौरतलब है कि प्रदेश में गोगांव उप-स्वास्थ्य केन्द्र में नर्स द्वारा प्राइवेट प्रैक्टिस किये जाने से, आम गरीब को इलाज के लिए फीस देनी पड़ी। यही नहीं, नसबंदी प्रोत्साहन राशि का दुरोपयोग एवं सरकारी दवाएं बेचने का मामला प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र भवरपुर में महिला नसबंदी शिविर में देखा गया।

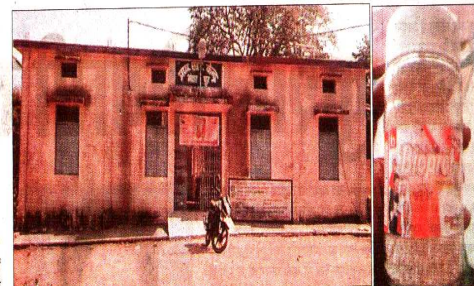
स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता की चिंता किये बिना, सरकारी इलाज किये जा रहे हैं। बालोद नेत्र कांड में 48 लोगों की आँखें और तीन की मौत की घटना हो, या 30 मिनट के नसबंदी के ऑपरेशन को महज पाँच मिनट में निपटाने की आयुर्वेदिक कॉलेज में संचालित शहरी परिवार कल्याण केन्द्र की घटना हो। आम आदमी की जींदगी खतरे में है – यदि सरकारी स्वास्थ्य सेवाएं वास्तव में बेहतर हैं तो क्यों नहीं उच्चय सरकारी अधिकारी एवं मंत्रीमण्डल बीमार होने पर सरकारी अस्पताल में अपना इलाज कराते हैं?



सरकार की मंशा की कमी नहीं है, मुद्दा स्वास्थ्य सेवाओं में सुशासन व्यवस्थाओं का है। क्योंकि बजट के रूप में पिछले एक दशक में स्वास्थ्य पर खर्च बढ़ाया गया है, लेकिन सुशासन एवं निगरानी की कमी के चलते एक ही मलेरिया सुपरवाइजर के लिए छह बाइक उपलब्ध की जाती है तो कभी बाल कल्याण परिषद जो की बच्चों में कुपोषण दूर करने के लिए काम कर रहा है उसपर केन्द्र की राशि के उपयोग पर गोलमाल की बात सामने आती है। समाचार पत्रों में लगातार स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता पर सवाल खड़े किये जा रहे हैं।

नसबंदी प्रोत्साहन राशि पर डाका सरकारी दवाएं बेच रहे डॉक्टर

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र भवरपुर में गुरुवार को महिला नसबंदी शिविर का समापन हुआ। इसमें क्षेत्र के 30 महिलाओं की नसबंदी की गई। इस महती योजनांतर्गत आई दवाई बेचकर डॉक्टर ने राशि काट ली है।



हरिप्रिय न्यून, भवरपुर
लेकिन भवरपुर के प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में नसबंदी प्रोत्साहन राशि को बेचकर डॉक्टर ने दवाएं बेचीं

ऐसी स्थिति में प्रदेश में स्वास्थ्य सूचकांक बेहतर हो रहे हैं कहना महज आंकड़ों का खेल प्रतीत होता है। वास्तविकता में जब तक सरकार स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता के लिए बेहतर सुशासन एवं निगरानी की व्यवस्था सुनिश्चित नहीं करेगी तब तक इन घटनाओं पर काबू पाना बड़ा ही मुश्किल होगा।

5.2 मानव संसाधन की कमी सबसे बड़ी चुनौती

विश्व स्वास्थ्य संगठन के मापदंडों के अनुसार छत्तीसगढ़ को चाहिए 25 हजार डॉक्टर, लेकिन राज्य में सरकारी और निजी मिलाकर सिर्फ 63 सौ डॉक्टर उपलब्ध हैं। भारत सरकार ने प्रति एक हजार की आबादी पर 2020 तक एक डॉक्टर की उपलब्धता सुनिश्चित करने का लक्ष्य लिया है। इस हिसाब से राज्य में 19 हजार डॉक्टरों की जरूरत है।

अभी राज्य के सरकारी अस्पतालों में ही डॉक्टरों के 12 सौ से ज्यादा पद खाली पड़े हैं। इन पदों को भरना भी राज्य सरकार के लिए चुनौती साबित हो रही है। डॉक्टरों की कमी से जूझ रहे छत्तीसगढ़ शासन ने दूरस्थ इलाकों में अस्पतालों का संचालन एनजीओ से कराने का फैसला किया है। प्रदेश सरकार ने इन अस्पतालों के लिए देशव्यापी आवेदन मंगवाए हैं। विभाग को छह एनजीओ के आवेदन मिले हैं इनमें से आधे राज्य के और आधे दूसरे प्रदेशों से हैं। रोटी, कपड़ा और मकान जीवन की मूलभूत आवश्यकता अवश्य है। परन्तु इसके अलावा चिकित्सा सुविधा भी परम आवश्यक है।

5.3 गरीब नागरिक अभी भी इलाज से दूर

राज्य के लाखों बीपीएल परिवारों का स्वास्थ्य बीमा कर उन्हें स्मार्ट कार्ड दिया गया है, लेकिन यह कार्ड निजी अस्पतालों की ओपीडी में नहीं चल पा रही है। ओपीडी में होने वाली कोई भी जांच या इलाज के लिए उसे नकद भुगतान करना पड़ रहा है या भटकना पड़ रहा है।

मुख्यालय से 20 किलोमीटर की दूरी पर स्थित उप स्वास्थ्य केंद्र कोरकोमा में गरीबी रेखा से नीचे जीवन यापन करने वाले परिवारों से भी जांच के नाम पर शुल्क लिया जा रहा है, जो नियम विरुद्ध है। इस केंद्र में पदस्थ चिकित्सक द्वारा मरीजों को शुल्क संबंधी जानकारी देने के लिए एक सूचना पटल भी लगाया गया है, जिससे मरीजों से ली जाने वाली शुल्क का विवरण है।

नहीं चलेगा स्मार्ट कार्ड!
निजी अस्पतालों के ओपीडी में योजना का लाभ नहीं

- केस 1** ब्राह्मणगारा की कुमुबवाई इलाक के लिए हरिद्वेज अस्पताल विदेह नगर खुशी। डॉक्टर ने उन्को जांच को। इसके बाद उसे परसे-2 और खुन जांचा जांच करने कहा। जब उसने पैसा न होने और साथ में स्मार्ट कार्ड लेकर आने की बात कही, तो उसे यह दिखाया कि जांच में कोई कार्ड नहीं चलता। यह सब काम नकद होना है।
- केस 2** लालवेगार की रामेश्वरी बाई अम्बे पेट के इलाके के लिए मीका रिजत काली अस्पताल खुशी। उसे जांच जांच के बाद कहा गया कि अभी अम्बेपत्रन की जरूरत नहीं है। खुन, पैसाब जांच करा लो, फिर देखते हैं। जब वह महिला जांच के लिए लंबे में गई, तो उसे इलाका पैसा जमा करने कहा। उसे वह भी कहा कि वह कार्ड अम्बेपत्रन में करेगा।
- केस 3** पंडरी की सुमन वर्मा को छत्ती में चंद उठा। उसे उसके परिवारों बाहिर अस्पताल राजवालाखण लेकर खुशी। वहां जांच के बाद उनका इन्सीजी और खुन-पैसाब जांच करने कहा। जब उसने स्मार्ट कार्डकारी होना बताया, तो कह दिया गया कि वह कार्ड अभी विद्युत नहीं चलेगा। भती होने के बाद ही वह काम आयेगा।

हरिभूमि न्यून
राजपुर। (राज्य के लाखों बीपीएल परिवारों का स्वास्थ्य बीमा कर उन्हें स्मार्ट कार्ड दिया गया है, लेकिन यह कार्ड निजी अस्पतालों की ओपीडी में नहीं चल पा रहा है। ओपीडी में होने वाली कोई भी जांच या इलाज के लिए उसे नकद भुगतान करना पड़ रहा है या भटकना पड़ रहा है।) जबकि ये इलाका की आबादी में 200000 है। लेकिन हर दिन हजारों संख्या में अस्पतालों में पहुंच रहे हैं। ये मुख्यमंत्री डॉ. रमनसिंह का नाम लेते हुए स्मार्ट कार्ड चलाने के लिए लाया है। भी जांच रहे हैं, लेकिन यहां उनकी कोई सुनवाई नहीं की रही। (केंद्र सरकार के सहयोग से शुरू की गई यह योजना राज्य में काफी रफ्तार से चल रही है।) निजी अस्पतालों से चिकित्सक बनाने में भी योजना का फायदा उठा रहे हैं। नहीं कुछ काम बीमार लोगों को अस्वस्थ फायदा नहीं मिल पा रहा है। वे निजी अस्पतालों की ओपीडी में तो रिक्त नकद लेकर रहे हैं। डॉक्टर जांच के बाद उन्हें कह दिया है कि इलाज के लिए नकद खर्च करना होगा। पक्का-2, योनोपारसी या खुन, पैसाब जांच के लिए उसे नकद रफ्तार जमा करनी होगी। यह कार्ड नहीं चल पाएगा। जब अम्बेपत्रन या भती को नकद आयेगी, तब इसे लेकर आना।

चलेगा अंबेडकर अस्पताल में
अंबेडकर अस्पताल में यह कार्ड ओपीडी और आइसीडी दोनों जगहों पर चल रहा है। अस्पताल अधिकतम डा. शिफे चौधरी का कहना है कि उनके यहां योजना के तहत विस दम से इलाज का कार्ड तय किया गया है, पैसा लिया जा रहा है। चाहे वह ओपीडी का मरीज हो या आइसीडी को।

“ स्मार्ट कार्ड ओपीडी में नहीं चल पाएगा। भती या अम्बेपत्रन होने पर ही वह काम आयेगा। जब इसे शुरू से चला रहे हैं।
” डॉ. संजय पांडेय, डायरेक्टर, हरिद्वेज अस्पताल, खुशी।
स्मार्ट कार्ड हम उस समय तक नहीं देते, जब तक मरीज की ओपीडी जांच पूरी नहीं हो जाती। यहां जांच के बाद ही वह काम चलता है।
“ कि आगे क्या करना है। कैसे यहां यह कार्ड आइसीडी में ही चल पाए।
” डॉ. दिवेंद्र नाथ, डायरेक्टर, बालाजी हॉस्पिटल, खुशी।
कोई भी जांच नकद करनी होगी। स्मार्ट कार्ड अम्बेपत्रन या भती होने पर ही चल पाएगा। आपको कोई मरीज हो तो ले आओ, देख लेंगे।
” डॉ. रजेंद्र बाहिया, डायरेक्टर, बाहिया नर्सिंग होम, खुशी।
“ अम्बेडकर अस्पताल के तहत ओपीडी में इलाज की सुविधा नहीं है। और वहां से पैसाब जांच करने का इलाज स्मार्ट कार्ड से होना है। यह सब कुछ गहर से लेकर गोपी कड विभिन्न माध्यमों से बताया गया है। एवं भी बांटे गए हैं। इसके बाद भी लोग कार्ड लेकर छोटी बीमारियों का इलाज करने पहुंचते, तो इस बात को समझते हैं। इसलिए, अम्बेडकर अस्पताल, पंचायत प्रतिनिधि समेत सारे लोगों को केंद्र तक लेकर आना चाहिए।
” डॉ. मदन गोपाल, अतिरिक्त सीडीओ, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

कोरकोमा उपस्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सक एम एल भारिया द्वारा बीपीएल कार्डधारियों से उपचार के नाम पर ली जा रही शुल्क के संबंध में जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी पी आर कुंभकार ने कहा कि जीवनदीप समिति मरीजों से न्यूनतम शुल्क ले सकती है। बीपीएल कार्डधारी से कोई शुल्क नहीं लिया जा सकता।

5.4 सुपर स्पेशलिटी हास्पिटल और निजी नर्सिंग होम क्या दे सकेगे गरीब आदमी को स्वास्थ्य सेवाएं?

राज्य में स्वास्थ्य सुविधाएं बढ़ाने के लिए सरकार निजी डॉक्टरों और चिकित्सालयों को भी काफी सुविधाएं देने के लिए तैयार है खासकर आदिवासी क्षेत्रों में। सरकार ने घोषणा की है कि बस्तर और सरगुजा संभाग में सुपर स्पेशलिटी हास्पिटल और निजी नर्सिंग होम शुरू करने पर उन्हें एक रूपए में जमीन उपलब्ध करायी जाएगी। इसी तरह, सुपर स्पेशलिटी हास्पिटल के लिए शहरी क्षेत्र में दो एकड़ की सीमा तक और ग्रामीण क्षेत्र में 5 एकड़ की सीमा तक जमीन एक रूपए की टोकन कीमत पर दी जाएगी। 10 बिस्तर वाले अंतः रोगी चिकित्सा सुविधा वाले निजी नर्सिंग होम ही स्थापना के लिए नगर पंचायत अथवा विकासखंड मुख्यालय में 22 हजार 5 सौ वर्गफीट तक की जमीन एक रूपए में 30 साल की लीज पर दी जाएगी। जिसके लिए ऐसे नर्सिंग होम में गरीबी रेखा से नीचे वाले लोगों का स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत 30 हजार रूपए तक इलाज करना होगा।

सरकार भले ही जमीन मुफ्त दे, लेकिन सवाल यह है कि क्या यह अस्पताल बीमा योजना हितग्राहियों का इलाज करेगे?

गौरतलब है कि हाल ही में दिल्ली के प्राइवेट अस्पतालों के रवैये पर नाराजगी जताते हुए सुप्रीम कोर्ट ने उन्हें कड़ी फटकार लगाई है और इन अस्पतालों को आदेश दिया है कि वे 25 प्रतिशत

बड़े-बड़े पॉश अस्पतालों के अलावा अन्य कालोनियों में भी छोटे और आधुनिकतम सुविधाओं से लैस अस्पताल हैं। उन्हें भी सरकार की तरफ से इसी शर्त पर मुफ्त या रियायती दरों पर जमीन दी गई थी कि वे 25 प्रतिशत मरीजों का मुफ्त इलाज करेंगे। परन्तु वे भी बड़े अस्पतालों की देखा देखी अपने वादों से मुकर गए।

रोगियों का मुफ्त इलाज करें। सुप्रीम कोर्ट का कहना है कि दिल्ली के पॉश इलाकों में कई वर्ष पहले इन प्राइवेट अस्पतालों के मालिकों को अस्पताल बनाने के लिए

कौड़ियों के भव बड़े-बड़े प्लॉट दिए गए थे। उस समय शर्त यही थी कि वे 25 प्रतिशत बेड गरीबों के लिए आरक्षित रखेंगे उन दिनों भी इन प्लॉटों की कीमत करोड़ों रूपए थी, आज तो अरबों में है।

5.5 जागरूकता का अभाव एक कुपोषण

शिशु टीकाकरण के बारे में कोई जागरूकता नहीं है और कई मामलों में लोग केवल विरोधी पोलियो टीकाकरण के बारे में ही जानते हैं। समुदाय को उनके लिए बने कोष के बारे में जानकारी नहीं है। जीवनदीप समिति/ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति को प्राप्त होने वाली 10000 रुपये की राशि पीएचसी और एएनएम द्वारा संभाली जा रही है और भले ही पैसा खर्च हो जाता है लेकिन समुदाय को खर्च के बारे में कोई जानकारी नहीं है। इसके अलावा, ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति का गठन केवल औपचारिक रूप से हुआ है, जबकि इनके द्वारा कोई भी काम को पूरा करने में नेतृत्व का अभाव साफ दिखाई देता है।

वहीं जागरूकता की कमी के चलते भारत की स्थिति कुपोषण के मामले में श्रीलंका और पाकिस्तान से खराब है। भूख और कुपोषण पर नजर रखने वाली एक अंतरराष्ट्रीय संस्था की ताजा रिपोर्ट में भारत की स्थिति को पाकिस्तान और श्रीलंका से भी बदतर बताया गया है। इस सूची में भारत 67वें नंबर पर है जबकि पड़ोसी पाकिस्तान का नंबर 52वाँ है। श्रीलंका में हालात और बेहतर हैं और उसका नंबर 39वाँ है।

वर्ष 2001 में उच्चतर न्यायालय ने भूख एवं कुपोषण से लड़ाई के लिए 60 दिशा निर्देश दिये थे।

राज्य में बाल कल्याण परिषद चाइल्ड वेल्फेयर के लिए सरकारी एनजीओ की तरह काम करता है। झूलाघरों के अलावा आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं के आधा प्रतिशत केंद्रों के संचालन की जिम्मेदारी भी इसकी है। इसका ज्यादातर फंड केंद्र सरकार से आता है। भोजन और अन्य मदों के खर्च में केवल 10 प्रतिशत राज्य का हिस्सा है। सूचना के अधिकार के तहत 8 फरवरी 2011 में लिये गये जानकारी के अनुसार इंडियन काउंसिल फॉर चाइल्ड वेल्फेयर से जानकारी ली गई है कि केंद्र से अब तक डेढ़ करोड़ रूपए मिल चुके हैं। इसी के हिसाब-किताब में गोलमाल है।

हरिभूमि

रायपुर, बुधवार, 10 अगस्त 2011

हमर छत्तीसगढ़

धमतरी जिले के आधे बच्चों में खून की कमी

लाख प्रयास के बाद भी बढ़ रहे एनीमिया पीड़ित

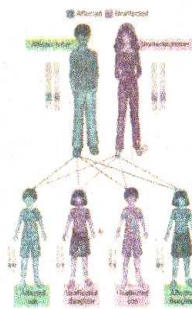
हरिभूमि न्यत्र

धमतरी। केंद्र और राज्य सरकार बच्चों को सेहतमंद बनाने कई प्रयास कर रही है। शिशु संरक्षक पखवाड़ा के अलावा समय समय पर अभियान चलाया जाता है। इसके बावजूद बच्चे सेहतमंद नहीं बन पा रहे हैं।

स्वास्थ्य विभाग की मानें तो जिले के 50 फीसदी बच्चों को खून की कमी की शिकायत है, इनमें 5 फीसदी बच्चे सिकलिन के मरीज हैं। जिले में एनीमिया

पर कानून पाने व्यापक स्तर पर अभियान चलाया जा रहा है। इसके बावजूद बच्चों में खून की कमी के ज्यादातर मामले सामने आ रहे हैं।

स्वास्थ्य विभाग के शिशुरोग विशेषज्ञ डा. वीरेंद्र साहू ने बताया कि शरीर में लौहत्व की कमी से ही एनीमिया होती है। जिसे खून की कमी कहा जाता है। बच्चों को सही अनुपात में चूना, प्रोटीन और लौहत्व नहीं मिल पाता इस कारण उनमें इस तरह की शिकायत सामने आती है। इसके लिए ज्यादा जिम्मेदार पालक



हैं। जिले में अधिकतर गर्भवती माताएं कमजोर रहती हैं। इस कारण बच्चे भी जन्म से कमजोर रह जाते हैं। मां के दूध का सही फायदा बच्चे उठाने से वंचित हो जाते हैं। बच्चा अगर 6 माह का हो जाता है तो उसे दाल चावल के साथ सब्जी भी खिलाना चाहिए, किंतु जिले में 8 या 9 माह में बच्चों को खाना खिलाने की शुरुआत की जाती है।

सही तरीके से खानपान नहीं करना इस बीमारी का मुख्य कारण है। हालांकि लौहत्व की पूर्ति करने समय समय पर बच्चों को आयरन का डोज प्रदान किया जाता है। इसके अलावा कृमिनाशक गोली, विटामिन ए पिलाया जाता है।

आंगनबाड़ी के जरिए बच्चों को चिन्हित कर खासी नजर रखी जाती है। आंगनबाड़ियों के जरिए कुपोषण दूर करने की कवायद चल रही है।

चाय है ज्यादा नुकसानदायक

बच्चों के लिए चाय नुकसानदायक है। डॉ. श्री साहू ने बताया कि अधिकतर घरों में सुबह शाम के अलावा कई बार चाय बनाई जाती है। चाय बच्चों को भूख खत्म कर देती है। सही मात्रा में लौह तत्व न मिलने के कारण बच्चों के शरीर में खून का बनना बंद हो जाता है और उन्हें बीमारियां घेरने लगती हैं।

5.6 मच्छरों ने प्रदेश को मलेरिया के चक्र में घेरा

राज्य में मलेरिया से मौते के आकड़ें चौंकाने वाले हैं जहाँ पिछले 2004 से 2009 तक कुल 25 मौते हुयीं। वहीं 2010 में 50 से अधिक व्यक्ति मलेरिया के शिकार को कर मारे गये। हालांकि, सरकार की ओर से जिलास्तर मलेरिया उन्मूलन के लिये इकाई हैं गांव-गांव में लिकं वर्कर की नियुक्ति की गयी है। इनके अलावा गाव स्तर पर कार्यरत स्वास्थ्य कर्ताओं की जिम्मेदारी है कि वे गांव में स्वास्थ्य संबंधी किसी भी स्थिति की सूचना जिला ब्लाक मुख्यालय स्वास्थ्य अधिकारिया दे। इसके बाद भी मलेरिया से हो रही मौतें एक चिंता का विषय है।

1997 से राज्य में विश्व बैंक के सहयोग से मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम में नियुक्त 2472 पुरुष 4618 महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता - फिर भी मलेरिया पर काबू नहीं

प्रदेश में मलेरिया का कहर, विभाग लाचा

रायपुर, 19 नवम्बर (दिशबन्धु)। यह मलेरिया पीड़ितों का संस्कार आंकड़ा 2000 को पार कर गया है। कई मौतें भी हुई हैं, लेकिन स्वास्थ्य के लक्ष्य तक नहीं पहुँच पाया है। जिला के अंतर्गत आने वाले सभी 39 गांवों में मलेरिया रोगी होने की जानकारी मिल रही है। इधर निजी अस्पताल के डॉक्टरों ने पाया है कि पिछले कुछ दिनों के दौरान मलेरिया से पीड़ित 10 से ज्यादा मरीजों की मौत हो चुकी है। कोरबा के दो विकासखंड घोड़ा और गाली में असर ज्यादा है।

पीड़ित 12 से अधिक लोगों की मृत्यु हो चुकी है जिनमें से आठ बच्चे हैं। गोंदरीला गांव में पांच से अधिक बच्चे मरे हैं। दलही राजबहा अस्पताल में दो सौ से अधिक मरीज मलेरिया से पीड़ित हैं। रायपुर जिला के अंतर्गत पायरेथ्राइड के अभाव में मलेरिया का कहर जारी है। तीन से ज्यादा लोगों की मौत हो चुकी है इधर दलेवाड़ा में लगातार तीन मलेरिया की चपेट में आकर दम हो चुके हैं। स्वास्थ्य विभाग के पास इस संबंध में 722 पुरुष परिवर्तक अपनी सेवारत मलेरिया संयोजक क्षेत्रों में पदस्थ हैं।

मलेरिया रोगी कार्यक्रम के तहत कीटनामक दवाईयों का छिड़काव करना होता है। विभाग से मिली जानकारी के अनुसार दलेवाड़ा, कोरबा व बस्तर जिलों में सिंथेटिक पायरेथ्राइड का छिड़काव हो रहा है तथा सभी जिलों में डीडीटी का छिड़काव किया जाता है। 'देशबन्धु' के संवाददाताओं से मिली जानकारी के अनुसार जिलों में नियमित दवा का छिड़काव नहीं हो रहा है। मलेरिया से व्यक्तिगत सुरक्षा के लिए मच्छरदांनिष्य बीटी जालों से वर्ष 2004-05, 2005-06 और 2006-07 में कुल मिलाकर 7 लाख 16 हजार 5 सौ मच्छरदांनिष्य बीटी गईं। यह संख्या राष्ट्रीय को संख्या के हिसाब से अपर्याप्त है। वहीं 'देशबन्धु' के संवाददाताओं ने बताया कि मच्छरदांनिष्य बीटी का काम नहीं हो रहा है।

सरकारी आंकड़ों में एक और यह बताया जा रहा है कि मलेरिया से पीड़ितों की संख्या लगातार बढ़ रही है, वहीं मलेरिया से होने वाली मौतों की संख्या में 2000 में से घटकर 2008 में घुमा हो गई। इस मजह से आदिवासीयों को मच्छरदांनिष्य बीटी का काम भी स्थिति पड़ना इच्छा रहा है। वर्ष 2004-05 जहाँ स्वास्थ्य विभाग ने 2,30,000 मच्छरदांनिष्य बीटी व 2006-07 में घटकर 1 लाख 55 हजार हो गई। इन प्रकार आंकड़ेवाजी के चलते मलेरिया की स्थिति बदतर हो रही है। यह स्वास्थ्य विभाग की बड़ी नाकामी है। इससे विश्व बैंक की सहायता को जबरन हटा दें।

आंकड़ों से अलग है जमीनी हकीकत

राज्य में मलेरिया कहर बंधकर चला रहा है, स्वास्थ्य विभाग की ओर उदात्त खासियत प्रत्येक की जगह घुमा रहा है, अब तक कई लोग दरमो चपेट में आ चुके हैं देश के उन चुनिंदा राज्यों में एक है, जहाँ मलेरिया के संक्रमण का खतरा सबसे आर्द्र जलवायु क्षेत्र और घने जंगल से आच्छादित क्षेत्र में हर वर्ष लगभग 125 सौ, 1 है संक्रमण की भयानकता को अंजना इस बात से भी लगाया जा सकता है कि पिछले 10 वर्षों में संक्रामक रोगों और पाणु बढाविलेन के कई जनत मलेरिया की चपेट में 3 के गाल में रखा चुके हैं।

कारिब के बाद हर वर्ष राज्य में संक्रमण फैलने का संभावना नहीं रहती है, इस स्वास्थ्य विभाग ने पूरे जगह कने को कई अकल नहीं मंगरी, जिनके अंकड़ों से करने में ही अपनी अविश्वस्यता का परिचय दिया। वर्ष 2000-01 के दौरान प्रदेश के 3,61,000 मामले प्रकाश में आए थे, जिसमें से वर्ष 2000 में 63 व 2001 में 31 इतके बाद कि वर्षों में अभावित सरकारी आंकड़ों में मलेरिया से होने वाली मौतों में गूँ, जो कि कार्लिकिना से होकर बरत थी। वर्ष 2005 में यह आंकड़ा तीन मिली गया, इसके टीक विपरीत मलेरिया प्रोन जिन के अन्व राज्यों उड़ीसा, असम व पश्चिम में इसी वर्ष क्रमशः 132, 83 व 111 मौतें संक्रमण से हुई। कागजों में मलेरिया को ही चुका राज्य का स्वास्थ्य विभाग जमीनी हकीकत का सामना करना नहीं चाहता, इतनी ही होने वाली मौतों को दूरी बन कर बचाकर अपनी ही पीठ पश्चात में रखा है। बाद मलेरिया फैलने की सबसे ज्यादा संभावना होती है, अब जब इतने होने वाली संख्या लगातार बढ़ती जा रही और संक्रमण गूँ इलाकों में भी तेजी से पांच घरात स्वास्थ्य विभाग के तपस सिर्फ अंड के मुँह में जीरे के समान है। अगर पूर्व से रखा सरकारी मामलों, अपनी हिनोविलेन विपरीत ही मलेरिया को कागजों आंकड़ों से निकल में काय किया जा सकता है।

राज्य में विश्व बैंक की सहायता से राष्ट्रीय वेक्टर अनिल रोग नियंत्रण कार्यक्रम में है जिसमें मलेरिया से रोकथाम के लिए कई इलाकों का प्रकल्प है, जैसे कीटनामक विकल्प व न्यून मच्छरदांनिष्य का विकास करना। अपने इलाकों के पहले यह योजना परिणाम नहीं दे पा रही है, क्योंकि योजना का लागू अवसंरचना को नहीं मिल रहा है।

वर्ष	2005	2006	2007	2008
रायपुरटी संक्रम	38,74,911	36,09,628	34,47,058	322
मलेरिया के मामले	1,87,950	1,76,868	1,45,949	147
मलेरिया से मौत	03	03	00	04

हजारों पीड़ित, दर्जनों मृत

रायपुर जिले में कैदी व परार्थक जवान की मृत्यु मलेरिया से होने की पुष्टि हुई है। अब तक किले में 5250 लोगों को मलेरिया का पीजीटिव पाया गया है, अधिकतर मरीज कोई जानकारी तक नहीं आई है। **कहाँ बंटी है मच्छरदांनिष्य** 1997 से राज्य में विश्व बैंक के सहयोग से मलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम में नियुक्त 2472 पुरुष 4618 महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता - फिर भी मलेरिया पर काबू नहीं

देश के अन्य राज्यों की तरह छत्तीसगढ़ के मच्छरों ने भी डीडीटी पर जीत हासिल कर ली है। वे इतने ताकतवर हो चुके हैं कि डीडीटी का उन पर कोई असर नहीं हो रहा है। मलेरिया से मौतो का आकड़ा भी तेजी से बढ़ने लगा है। इमरजेंसी में म.प्र. में सिंथेटिक-पायरेथ्राइड उधार मंगवाया गया। कोरिया, सरगुजा, कोरबा और बस्तर संभाग के जिलों में डीडीटी की जगह सिंथेटिक पायरेथ्राइड का भी छिड़काव शुरू कर दिया गया। फिर भी हालात काबू में नहीं आये।

मलेरिया का कहर जनवरी 2010 में एक दृष्टि

- 26 मौते पाँच साल में
- 24 मौते एक साल में
- 21,44,4684 स्लाइड्स तैयार पांच साल में
- 292739 स्लाइड तैयार एक साल में
- 1013446 पाजीटिव प्रकरण तैयार पांच साल में
- 122939 पाजीटिव प्रकरण एक साल में

- 2010 में प्रदेश के सभी संभाग मलेरिया की चपेट में रहे। पेण्ड्रा-गोरेला, मानपुर मोहला, पाल-सामरी क्षेत्र में इसे कहा कुछ ज्यादा ही बरपा रहा। बिलासपुर जिले के पेण्ड्रा-गोरेला क्षेत्र में कई आदिवासियों की मरने की पुष्टि हो चुकी है। लेकिन इस आकड़े की पुष्टि राज्य स्वास्थ्य विभाग नहीं करता।
- कोरबा जिले में 10 से ज्यादा मौतें हुयी। रायगढ़ में एक कैदी और एक एस.ए.एफ. की मृत्यु हुयी राजनांदगांव में 12 से अधिक मृत्यु मलेरिया हो चुकी है। रायपुर के गरियाबंद में 3 से ज्यादा मौते हो चुकी है।
- स्वास्थ्य विभाग 1,00,833 में मलेरिया लक्षण पाये गये इनमें सर्वाधिक 19,468 बस्तर से, 18438 दंतेवाडा, 2548 बिलासपुर, 484 धमतरी, 1382 दुर्ग, 484 जांजगीर-चाम्पा, 11725 जशपुर, 880 कांकेर, 7786 कोरबा, 8191 कोरिया, 247 महासमुंद, 6657 रायगढ़, 955 रायपुर, 1513 राजनांदगांव, 1138 सरगुजा, में मलेरिया पीडित है।

मच्छरो के प्रकोप को नियन्त्रित करने तथा उनसे बचाव के लिए मेडिकेटेड मच्छरदानियों बाटने की योजना को अभी भी प्रभावी ढंग से चलाने की जरूरत है। वर्ष 2004-2005, 05-06, 06-07 में कुल मिलाकर 7 लाख 16 हजार 5 सौ मच्छरदानी बांटी गयी जो कि ग्रामीणों की संख्या के हिसाब से अपर्याप्त है।

मच्छरों की समस्या राजधानी वासियों के लिये कभी खत्म न होने वाली समस्या बनती जा रही है बे मौसम बारिश ने इसे ओर बढ़ा देती है। मलेरिया विभाग व नगर निगम द्वारा मलेरिया रोधी पखवाड़ा मनाया गया है। लेकिन इसमें मच्छर कम होने की बजाय और बढ़ गये।

**मलेरिया उपकरण खरीदी में
बड़ी गडबडी संबंधि
दस्तावेज सी.बी.आई भी
नहीं जूटा पाई**

**वर्ष 2004-07 के बीच 11
करोड़ 59 लाख रुपये की
खरीदी**

5.7 प्रदेश में बढ़ रहे है रोगी की संख्या

सिकलसेल

वर्ष 2009 के अनुसार 26977 लोग पाजीटिव पाए गए जिसमें 26119 सिकलसेल वाहक और 858 रोगी थे। देखा जा रहा है कि इसके कारण बच्चे 5 साल की उम्र के आते-आते मर जाते है। छत्तीसगढ़ राज्य में साहू, कुर्मी और अधरिया जातियों में यह बीमारी ज्यादा पाई गई। जवाहर लाल नेहरू मेडिकल कॉलेज द्वारा वर्ष 2007 से जैव रसायन विभाग द्वारा प्रोजेक्ट शोध के लिए इसी कॉलेज में पं. दीनदयाल उपाध्याय रिजनल सेंटर फॉर जेनेटिक डिसिसेज और मालिक्वूटर बायोलाजी प्रयोगशाला की स्थापना की गई। सिकलसेल स्क्रीनिंग प्रोजेक्ट धरसीवा ब्लाक से प्रारंभ होकर अन्य 14 विकासखण्डों में क्रियान्वित करने का प्रयास किया गया। 1

नवम्बर 2009 तक कुल 287361 लोगों की स्क्रीनिंग इन प्रोजेक्ट के तहत की गई। मुख्यमंत्री डॉ. रमन सिंह द्वारा प्रतिवर्ष इस योजना के लिए डेढ़ करोड़ रुपये दिए जाते हैं।

राज्य के स्वास्थ्य केन्द्रों में उपचार में प्रयुक्त फौलिक एसिड पेनिसिलिन भी गोलिया तक सही है। चार साल पूर्व सिकलसेल ऑर्गेनाइजेशन ऑफ इण्डिया के प्रयास से 4 करोड़ रुपये की राशि मिली परन्तु राज्य शासन की उदासीनता के चलते यह राशि लैप्स हो गयी। इस बीमारी की रोकथाम के लिए सिकलसेल वाहकों को शादी पूर्व परामर्श, उचित चिकित्सा एवम् लोगों को इस बीमारी के प्रति जागरूक करना। वर्ष 2010 में राजधानी में सिकलसेल पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन हुआ परन्तु बातों के अतिरिक्त कोई प्रभावी योजना नहीं बन पायी।

एनीमिया

एनीमिया का मुख्य कारण पोषण की कमी, गर्भवती माता की कमजोरी, अनुचित खानपान हो सकता है। इससे बचाव के लिए पर्याप्त पोषण आहार, उचित खानपान, चाय आदि सेवन करना चाहिए। हालांकि, राज्य शासन के अपने स्तर पर आंगनबाड़ी के माध्यम से एवं बच्चों को चिन्हित कर कुपोषण दूर करने में प्रयास किया – जिसके तहत कृमिनाशक गोली, आयरन की गोली, विटामिन ए की खुराक गर्भवती माताओं व शिशुओं को दी जाती है। फिर भी प्रदेश में लगभग 50 प्रतिशत बच्चे एनीमिया से प्रभावित हैं। कहीं न कहीं योजना का सफल क्रियान्वयन एवं निरीक्षण के अभाव में पूरा लाभ नहीं मिल पा रहा है, जिसके परिणाम स्वरूप संख्या बढ़ रही है।

फाइलेरिया

यह वेक्टर जनित रोग है जो क्यूलेक्स मच्छर के काटने से होता है। यह किसी भी स्वस्थ दिखने वाले व्यक्ति हो सकती है इसलिए पाँच वर्ष तक प्रतिशत डी.ई.सी. व अल्बेंडाजॉट दवा का एक खुराक लेने पर आशंका खत्म हो जाती है। मार्च 2011 में रोकथाम के लिए, 13 मार्च से 15 मार्च तक तीन दिवसीय फाइलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम चलाया गया जिसमें 11257787 लोगों ने दवा पिलाने का लक्ष्य रखा गया। राज्य सरकार के पास आंकड़े उपलब्ध नहीं परन्तु राज्य के 9 जिले रायपुर, महासमुंद, दुर्ग, धमतरी, बिलासपुर, जांजगीर, चांपा, रायगढ़, जशपुर व सरगुजा इसकी चपेट में है।

क्षयरोग (टी.बी.)

संकमण, औद्योगिक प्रदूषण, धूल एवं धुँआ क्षय रोग का प्रमुख कारण रहा है। यह एक गंभीर बीमारी है। इसके टीकाकरण अभियान, जागरूकता कार्यक्रम हेतु प्रतिवर्ष लाखों रुपये खर्च किये जाते हैं। प्रभावितों के स्पष्ट आंकड़े उपलब्ध नहीं परन्तु दिनों दिन संख्या बढ़ती ही जा रही है। नागरिकों के अनुसार संबंधित कार्य सुचारु रूप से क्रियाशील नहीं हो रहे हैं परिणाम स्वरूप क्षयरोग राज्य शासन के लिए गंभीर चिंता का विषय बना हुआ है।

5.1 स्थानीय नीम हकीमों के प्रति रुझान

गरीब और उपेक्षित समुदायों के लिए आज भी स्थानीय नीम हकीमों/झोलाछाप डॉक्टरों तक पहुँच अधिक सुलभ हैं। उनका इनसे आपसी जुड़ाव और हमेशा उपलब्ध रहने के कौशल से लोक स्वास्थ्य सुविधाओं से पहले इन्हें प्राथमिकता दी जाती है। गरीब और उपेक्षित वर्गों को यह और भी हितकारी प्रतीत होता है क्योंकि अधिकांशतः नीम हकीमों द्वारा इलाज के लिए गैर ब्याज ऋण सुनिश्चित कर दिया जाता है। साथ ही इनकी दवा सस्ती होती है। गंभीर मामलों में वे अस्पताल में मरीज को भेजने के लिए परिवहन व्यवस्था भी सुनिश्चित कर देते हैं। आम गरीब के लिए नीम हकीम द्वारा इलाज कम गंभीर मामलों में भी सुविधाजनक और किफायती है। नीम हकीम डाक्टरों के प्रभाव के बढ़ने का एक कारण यह भी है कि सरकारी लोक स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता है किन्तु वे महज उपलब्ध नहीं है और निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली खर्चीली भी है। आज भी आदिवासी एवं दुरस्थ क्षेत्र में ग्रामीणों के अनुसार उपचार की परिभाषा इंजेक्शन लगाना या कोई खारा तरल पदार्थ का सेवन है। इसी धारणा से लाभ लेते हुए नीम हकीम अपने उपचार के लिए लोगों को प्रोत्साहित करते हैं।

5.2 पारंपरिक चिकित्सा ज्ञान के लिए सम्मान का अभाव

पारंपरिक चिकित्सा ज्ञान को नजरअंदाज कर दिया गया है और वह तेजी से गायब होता जा रहा है। बैगा जनजाति द्वारा जंगल में उपलब्ध पौधों से, पारंपरिक हर्बल दवाओं से, उपचार किया जाता रहा है। आधुनिक चिकित्सा के आगमन के साथ चिकित्सा पुरुषों को नजरअंदाज कर आदिवासियों अस्पतालों को महत्व देने लगे। इनके गायब होने के साथ जड़ी बूटियाँ भी जंगलों से लापता होने लगी है। इसका एक कारण युवाओं का पारंपरिक ज्ञान का अभाव एवं उनकी रूचि न होना भी