

# गोरखपुर त्रासदी से कठोर सबक

साभार : लाइव मिंट

14 अगस्त, 2017

यह आलेख सामान्य अध्ययन प्रश्न पत्र-II (स्वास्थ्य, शासन व्यवस्था) के लिए महत्वपूर्ण है।

**अभी हाल ही में गोरखपुर में जो कुछ भी हुआ वह न केवल ऑक्सीजन सिलेंडर की कमी और इसके बिल न चुकाए जाने के मामले से संबंधित है बल्कि यह देश के स्वास्थ्य प्रणाली में व्याप्त कई गहरी समस्याओं से भी संबंधित है।**

पिछले हफ्ते गोरखपुर में बाबा राघव दास (बीआरडी) मेडिकल कॉलेज अस्पताल में 48 घंटे के अंतराल में 30 से अधिक बच्चों की मौत होना एक दुखद, शर्मनाक और अपमानजनक घटना है। लेकिन छोटे बच्चों की मौत की तुलना में शायद सबसे अधिक कष्टकारी बात तो यह है कि गोरखपुर में जो कुछ हुआ वह न तो कोई पहली घटना थी और न ही ये आखिरी होगी। हमें मलकानगिरी और मालदा वाली घटनाओं को भी याद रखना चाहिए? क्योंकि इस घटना से भी किसी ने कुछ नहीं सिखा।

वर्ष 2012 से अब तक जापानी एन्सेफलाइटिस से पीड़ित 3000 बच्चे इस बीमारी के कारण मारे जा चुके हैं, जो इस क्षेत्र के सभी मामलों के लिए नोडल बिंदु के रूप में कार्य करता है। वैसे इस बार हुई मौतें अधिक ध्यान आकर्षित करती हैं क्योंकि राज्य की उदासीनता एक नए आयाम तक पहुंच चुकी है। प्रारंभिक रिपोर्टों के मुताबिक, कई बच्चों की मौत सिर्फ इस वजह से हो गयी क्योंकि उनकी ऑक्सीजन की आपूर्ति बंद कर दी गयी थी, जो सिर्फ इस वजह से हुआ क्योंकि अस्पताल ने आपूर्तिकर्ता को बकाया राशि का भुगतान नहीं किया था, हालांकि उत्तर प्रदेश सरकार ने इन आरोपों से इनकार किया है और अभी मामले की जांच चल रही है।

लेकिन अगर ये आरोप सही भी साबित होते हैं, तो भी तथ्य यही रहेगा कि गोरखपुर में जो कुछ भी हुआ वो केवल ऑक्सीजन सिलेंडरों की कमी और बकाया राशि के भुगतान नहीं करने तक ही सिमित नहीं है बल्कि यह स्वास्थ्य प्रणाली में छिपी कई गहरी समस्याओं को दर्शा रहा है। वैसे सबसे महत्वपूर्ण बात तो यह है कि भारत स्वास्थ्य सेवा पर सार्वजनिक रूप से कम व्यय करता है। जो आंशिक रूप से बताता है कि देश की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की स्थिति इतनी दयनीय क्यों है। सार्वजनिक खर्च में पिछले दो दशकों में मामूली वृद्धि हुई है अर्थात् वर्ष 1995 में सकल घरेलू उत्पाद के 1.1% से 2014 में मात्र 1.4% की वृद्धि। वर्ष 2015 में भारत में शिशु मृत्यु दर 38 थी, जो कि विश्व बैंक के मुताबिक वर्ष 1960 में 165 के आंकड़े से काफी बेहतर थी, लेकिन अपना देश फिर भी बांग्लादेश (31), इंडोनेशिया (23) और श्रीलंका (08) जैसे देशों की तुलना में पीछे था। देखा जाये तो उत्तर प्रदेश जैसे कुछ बड़े राज्यों में भी स्थिति बदतर हो गई है, जहां हर पांच में से करीब 50 मृत पांच साल की उम्र के होते हैं।

भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के साथ एक अन्य समस्या एक तीव्र जनशक्ति की कमी है। देश में हर 1,700 रोगियों के लिए केवल एक डॉक्टर है, जबकि विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के अनुसार प्रत्येक 1,000 रोगियों के लिए कम से कम एक डॉक्टर निर्धारित होना चाहिए। दूसरे शब्दों में कहे तो देश में लगभग 500,000 डॉक्टरों की कमी है। जिसकी पूर्ति के लिए भारतीय चिकित्सा परिषद (एमसीआई) को पूरे मेडिकल शिक्षा प्रणाली में सुधार करना होगा, लेकिन ऐसा करना आसान नहीं होगा, क्योंकि इसके लिए अधिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को नर्सों, ऑप्टोमेट्रिस्ट्स, एनेस्थेतिस्ट्स और आयुष (आयुर्वेद, योग और नैचुरोपैथी, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी) कार्यकर्ताओं इस प्रणाली में शामिल करना होगा। नर्सों को विशेष रूप से सशक्त किया जाना चाहिए ताकि चिकित्सकों पर से कुछ भार को कम किया जा सके।

तीसरी समस्या यह है कि देश में अधिकांश लोगों के पास स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध नहीं है जिससे सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली ढह जाती है। स्वास्थ्य प्रणाली में कमी होने की वजह से सबसे अधिक लोग गरीबी की चपेट में आ जाते हैं। पिछले एक दशक या उससे भी ज्यादा समय तक कवरेज बढ़ाने के भारत के प्रयासों ने कुछ परिणामों को जन्म दिया है, भले ही जर्मनी, जापान और थाईलैंड जैसे अन्य देशों ने संसाधनों के पूर्व भुगतान और पूलिंग के किसी फार्म पर जोर देकर प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का निर्माण किया हो। भारत के अपने लिए एक व्यावहारिक मॉडल खोजने में असमर्थता ने गरीबों को विशेष रूप से कमजोर छोड़ दिया है।

ऐसा नहीं है कि यह समस्या सिर्फ गरीबों के लिए ही है बल्कि यह उन लोगों के लिए भी है जो बेहतर खर्च कर सकते हैं, उनके पास भी विकल्प सीमित हैं। अधिकांश राज्य चलाने वाली सुविधाएं इतनी खराब हैं कि वे वास्तव में कभी एक विकल्प नहीं हो सकते हैं। निजी सुविधाएं सेवाएं प्रदान कर सकती हैं, लेकिन गरीबों की बातों के मुताबिक गंभीर गुणवत्ता के मुद्दे हैं सरकार स्वास्थ्य सेवा के क्षेत्र में निजी क्षेत्र के साथ एक मजबूत भागीदारी के बारे में बात कर रही है लेकिन जमीनी स्तर पर बहुत कम प्रगति देखने को मिली है।

समस्याएं और समाधान नए नहीं हैं स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को ठीक करने के लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति का अभाव दुर्भाग्यवश प्रतीत होता है, क्योंकि इससे भविष्य में गोरखपुर जैसे संकट पूरे देश में रोगग्रस्त आवृत्ति के साथ जारी रहेगा। यहाँ यह प्रश्न पूछना सबसे जरूरी है कि क्या इन बच्चों की मौत से लोगों के अन्दर ये भावना जागेगी कि वे अपने नेताओं से देश की बिखरी हुई स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को ठीक करने की मांग करें? या क्या यह राजनेताओं को एक गंभीर अभियान मंच तैयार करने के लिए मजबूर करेगी? यहाँ, कुछ आत्मा-विश्लेषण की जरूरत है। सार्वजनिक बहस मांग की कमी की तुलना में स्वास्थ्य देखभाल की अपर्याप्त आपूर्ति के बारे में अधिक है। भारतीय मतदाताओं को सार्वजनिक वस्तुओं जैसे स्वच्छ पानी या अच्छे स्वच्छता के बजाय सब्सिडी के जरिए निजी लाभ पसंद है। इसलिए इस पर आधारित संरक्षण राजनीति का एक संपूर्ण पारिस्थितिकी तंत्र है।

जैसा कि मैरीलैंड पॉप्युलेशन रिसर्च सेंटर के एक शोध प्रोफेसर मोनिका दास गुप्ता ने एक शोध पत्र में बताया है कि कि मतदाता

आम तौर पर सार्वजनिक सामान (जैसे संपूर्ण जनसंख्या के स्वास्थ्य की सुरक्षा के लिए स्वच्छता उपायों के लिए) के बजाय निजी सामान (जैसे चिकित्सा देखभाल) प्रदान करने के लिए सार्वजनिक धन का उपयोग करना पसंद करते हैं। देखा जाये तो पूर्व एशिया के गैर-लोकतांत्रिक शासनों ने उन्नत स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराने के बजाय सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल के उपाय पर दुर्लभ संसाधनों को निर्देशित करके बेहतर परिणाम प्राप्त किए। चुनौती यह है कि सार्वजनिक वस्तुओं का प्रावधान हमारी लोकतांत्रिक राजनीति की एक केंद्रीय विशेषता है। इसलिए गोरखपुर त्रासदी से जितनी जल्दी सबक सीख लिया जाये उतना सभी के लिए बेहतर होगा।

### राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति

नई स्वास्थ्य नीति में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को प्राथमिकता दिए जाने के साथ-साथ स्वास्थ्य खर्च को समयबद्ध ढंग से जीडीपी के 2.5 प्रतिशत तक बढ़ाने तथा सार्वजनिक अस्पतालों में निःशुल्क दवाएं मुहैया कराने एवं अनिवार्य स्वास्थ्य देखभाल करने पर जोर दिया गया है। नीति में विशिष्ट मात्रात्मक लक्ष्यों को भी निर्धारित किया गया है, जिनका उद्देश्य 3 व्यापक घटकों अर्थात् (क) स्वास्थ्य स्थिति और कार्यक्रम प्रभाव, (ख) स्वास्थ्य प्रणाली निष्पादन, तथा (ग) स्वास्थ्य प्रणाली का सुदृढीकरण के द्वारा बीमारियों को कम करना है जो नीतिगत उद्देश्यों के अनुरूप हों। नीति में जिन कुछेक प्रमुख लक्ष्यों को प्राप्त करने की अपेक्षा की गई है, वे निम्नलिखित हैं:-

#### जीवन प्रत्याशा और स्वस्थ जीवन

- जन्म के समय आजीवन प्रत्याशा को 67.5 से बढ़ाकर 2025 तक 70 करना। 2022 तक प्रमुख वर्गों में रोगों की व्याप्तता तथा इसके रूझान को मापने के लिए विक्लांगता समायोजित आयु वर्ष (डीएएलवाई) सूचकांक की नियमित निगरानी करना। 2025 तक राष्ट्रीय और उप-राष्ट्रीय स्तर पर टीएफआर को घटाकर 2.1 तक लाना।

#### आयु और/या कारणों द्वारा मृत्यु दर

- 2025 तक पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों में मृत्यु दर को कम करके 23 करना तथा एमएमआर के वर्तमान स्तर को 2020 तक घटाकर 100 करना। नवजात शिशु मृत्यु दर को घटाकर 16 करना तथा मृत जन्म लेने वाले बच्चों की दर को 2025 तक घटाकर “एक अंक” में लाना।

#### रोगों की व्याप्तता/घटनाओं में कमी लाना

- 2020 के वैश्विक लक्ष्य को प्राप्त करना, जिसे एचआईवी / एड्स के लिए 90:90:90 के लक्ष्य के रूप में भी परिभाषित किया गया है अर्थात् एचआईवी पीड़ित सभी 90% लोग अपनी एचआईवी स्थिति के बारे में जानते हैं-एचआईवी संक्रमण से पीड़ित सभी 90% लोग स्थायी एंटीरोट्रोवाइरल चिकित्सा प्राप्त करते हैं तथा एंटीरोट्रोवाइरल चिकित्सा प्राप्त करने वाले सभी 90% लोगों में वॉयरल रोकथाम होगी।
- 2018 तक कृष्ठ रोग, 2017 तक कालाजार तथा 2017 तक स्थानीय बीमारी वाले क्षेत्रों में लिम्फेटिक फिलारिएसिस का उन्मूलन करना तथा इस स्थिति को बनाए रखना। क्षयरोग के नए स्पुटम पाजिटिव रोगियों में 85% से अधिक की इलाज दर को प्राप्त करना और उसे बनाए रखना तथा नए मामलों की व्याप्तता में कमी लाना ताकि 2025 तक इसके उन्मूलन की स्थिति प्राप्त की जा सके।
- 2025 तक दृष्टिहीनता की व्याप्तता को घटाकर 25/1000 करना तथा रोगियों की संख्या को वर्तमान स्तर से घटाकर एक-तिहाई करना।
- हृदवाहिका रोग, कैंसर, मधुमेह या सांस के पुराने रोगों से होने वाली अकाल मृत्यु को 2025 तक घटाकर 25% करना।
- इस नीति में गैर-संचारी रोगों की उभरती चुनौतियों से निपटने पर ध्यान केंद्रित किया गया है। यह समन्वित दृष्टिकोण का समर्थन करती है, जिसमें द्वितीयक स्तर पर रोकथाम सहित सर्वाधिक प्रचलित एनसीडी की जांच से रुग्णता को कम करने और रोकी जा सकने वाली मृत्यु दर पर पर्याप्त प्रभाव पड़ेगा।
- नीति में आयुष प्रणाली के त्रि-आयामी एकीकरण की परिकल्पना की गई है जिसमें क्रॉस रेफरल, सह-स्थल और औषधियों की एकीकृत पद्धतियां शामिल हैं। इसमें प्रभावी रोकथाम तथा चिकित्सा करने की व्यापक क्षमता है, जो सुरक्षित और किफायती है। योग को अच्छे स्वास्थ्य के संवर्धन के भाग के रूप में स्कूलों और कार्यस्थलों में और अधिक व्यापक ढंग से लागू किया जाएगा।
- विनियामक परिवेश में सुधार करने और उसे सुदृढ बनाने के लिए नीति में मानक तय करने के लिए प्रणालियां निर्धारित करने तथा स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता सुनिश्चित करने की परिकल्पना की गई है। यह नीति रोगी आधारित है और इसमें रोगियों को उनकी सभी समस्याओं का निदान करने का अधिकार प्रदान किया गया है।
- नीति में औषधियों और उपकरणों का सुलभता से विनिर्माण करने, मेक इन इंडिया को प्रोत्साहित करने तथा चिकित्सा शिक्षा में सुधार करने की भी अपेक्षा की गई है। यह नीति व्यक्ति आधारित है, जो चिकित्सा परिचर्चा चाहता है।
- नीति में मध्य स्तरीय सेवा प्रदायक कैंडर, नर्स प्रेक्टिशनरों, जन स्वास्थ्य कैंडर का विकास करने की हिमायत की गई है ताकि उपयुक्त स्वास्थ्य मानव संसाधन की उपलब्धता में सुधार हो सके।
- नीति में स्वास्थ्य सुरक्षा का समाधान करने तथा औषधियों और उपकरणों के लिए मेक इन इंडिया को लागू करने की परिकल्पना की गई है। इसमें जन स्वास्थ्य लक्ष्यों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सा उपकरणों तथा उपस्करों के लिए अन्य नीतियों के साथ सामंजस्य स्थापित करने की भी परिकल्पना की गई है।
- नीति में नीतिगत लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए स्पष्ट प्रदानगी तथा उपलब्धियों सहित एक समयबद्ध कार्यान्वयन ढांचा लागू करने की परिकल्पना की गई है।

### संभावित प्रश्न

“गोरखपुर त्रासदी जैसी घटनाएं भारत की स्वास्थ्य सेवा प्रणाली को बेहतर बनाने के लिए राजनीतिक इच्छाशक्ति की कमी को दर्शाती है।” इस कथन के संदर्भ में इस प्रणाली को बेहतर बनाने के लिए केंद्र सरकार को क्या अपेक्षित कदम उठाया जाना चाहिए? चर्चा कीजिए।