इकाई 9 पर्यावरण एवं स्वास्थ्य पर वाद–विवाद*

इकाई की रूपरेखा

9.0 उद्देश्य

9.1 प्रस्तावना

9.2 स्वास्थ्य

  9.2.1 अल्मा–अता घोषणा

  9.2.2 भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था/प्रणालीः बहस

  9.2.3 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एनएचपी N.H.P.), 1983

  9.2.4 संरचनात्मक समायोजन नीति

  9.2.5 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2002

  9.2.6 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

  9.2.7 सार्वभौमिक स्वास्थ्य व्याप्ति पर उच्च स्तरीय नियति समूह

  9.2.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017

9.3 पर्यावरण

  9.3.1 पर्यावरण का महत्व

* डॉ. दिव्या वर्मा, सहायक प्राध्यापक, वनस्पति विज्ञान विभाग, कालिंदी महाविद्यालय, दिल्ली विश्वविद्यालय।

ignou THE PEOPLE'S UNIVERSITY

9.3.2 पर्यावरण का विकास के साथ संबंध

9.3.3 विधायी और नीति विकास

9.3.4 टिकाऊ विकास के साथ वृद्धि

9.4 सारांश

9.5 शब्दावली

9.6 बोध प्रश्नों के उत्तर

9.7 संदर्भ ग्रन्थ

9.0 उद्देश्य

इस इकाई को पढ़ने के पश्चात, आप जानेंगे:

- विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार साथ में भारत की स्वास्थ्य व्यवस्था कैसे विकसित हुई;
- भारतीय स्वास्थ्य व्यवस्था की विभिन्न नीतियों के बारे में;
- स्वास्थ्य सेवाओं का सार्वजनिक से निजी क्षेत्र में फैलाव और उसके निहितार्थ के बारे में;
- पर्यावरण के क्षेत्र में विभिन्न विधायी और नीति विकास के बारे में; और
- पर्यावरण और विकास कैसे एक दूसरे से संबंधित है।

9.1 प्रस्तावना

''स्वास्थ्य एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है न कि केवल रोग की अनुपस्थिति है''

विश्व स्वास्थ्य संगठन का संविधान

''पर्यावरण शब्द का प्रयोग समस्त बाह्य शक्तियों, प्रभाव और दशाओं के कुल योग के वर्णन के लिए किया जाता है, जो जीवित प्राणी के जीवन, स्वभाव, व्यवहार, विकास और परिपक्वता को प्रभावित करता है।''

विश्व स्वास्थ्य संगठन की मान्यता प्राप्त परिभाषा के अनुरूप स्वास्थ्य से आशय रोगों की अनुपस्थिति से कही अधिक है। स्वास्थ्य केवल तभी संभव है जहाँ मनुष्य की आवश्यकताओं के अनुरूप संसाधन उपलब्ध है और जहाँ रह रहे हो और कार्य का वातावरण (पर्यावरण एवं स्वास्थ्य को भयभीत करने वाले प्रदूषण रोगजननम और शारीरिक खतरों से सुरक्षित हो। स्वास्थ्य में सुरक्षा और भलाई का भाव भी सम्मिलित हो। खराब रहन–सहन और कार्य करने का पर्यावरण शारीरिक और मनोवैज्ञानिक दोनों प्रकार की स्वास्थ्य समस्याओं से संबंधित है। स्वास्थ्य एवं पर्यावरण के बीच जटिल संबंध समाज के सभी समूहों के लिए स्वास्थ्य को बढ़ावा देने की जिम्मेदारी को विस्तार देता है।

मानव पर्यावरण के साथ निरस्तर अन्तःक्रिया करता है। यह अंतःक्रियाऐं जीवन की गुणवत्ता स्वस्थ जीवन पर्यावरणीय स्वास्थ्य में रोग से बचाव या नियंत्रण, चोट, अक्षमता लोगों के और उनके पर्यावरण के बीच संबंधित अन्तःक्रियाऐं सम्मिलित हैं। हवा, भोजन, पानी, स्थान और ऊर्जा को बिना कम किये अथवा वैश्विक संसाधनों के आधार को बिना हानि पहुँचाये, औद्योगीकरण और अनियंत्रित शहरीकरण के परिणामस्वरूप विपरीत स्वास्थ्य और पर्यावरण को बचाते हुए, विश्व जनसंख्या की वर्तमान और भविष्य की आवश्यकताओं को केवल तभी प्राप्त किया जा सकता है, यदि लोगों के पास ज्ञान एवं कार्य को

ignou THE PEOPLE'S UNIVERSITY

प्रभावित करने के संसाधन हो। हमारे पर्यावरण के बहुत से पहलुओं – दोनों निर्मित एवं प्राकृतिक पर्यावरण, हमारे स्वास्थ्य पर प्रभाव डालते है। यह है महत्वपूर्ण कि हम जहाँ रहते है वहां व्यापक संदर्भ में स्वास्थ्य मुद्दों एवं पर्यावरण की व्याख्या करें।

9.2 स्वास्थ्य

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, स्वास्थ्य को प्रारंभिक स्वास्थ्य देखभाल (पी. एच.सी.) और समानता के साथ एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति के रूप में स्वीकार किया गया है।'' 1946 में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने अपने संविधान में निश्चित करते हुए एक भविष्यकालीन लक्ष्य को अपनाया कि उच्च्तम प्राप्य स्वास्थ्य मानक प्रत्येक मानव प्राणी का आदर्श मौलिक अधिकार हैं। 1948 में स्वास्थ्य के उक्त अधिकार मानव अधिकार को मानव अधिकार सार्वभौमिक घोषणा के अनुच्छेद 25 में सम्मिलित किया गया और 1966 में अंतर्राष्ट्रीय कानून द्वारा आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों पर अंतर्राष्ट्रीय संयोजक द्वारा समर्थन किया गया था।

9.2.1 अल्मा–अता घोषणा

यह प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की महत्ता का उल्लेख करने वाला प्रथम अंतर्राष्ट्रीय घोषणा पत्र था। 1978 में अल्मा–अता सम्मेलन के सीमा–चिन्ह पर सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल का विचार विकसित किया गया, जिसमें विश्व के अधिकांश देशों ने 'सबके के लिए स्वास्थ्य' का संकल्प लिया। उक्त सम्मेलन नये अंतर्राष्ट्रीय व्यवस्था के स्वरूप के अंदर संपूर्ण विश्व विशेष रूप से तीसरी

दुनिया अर्थात विकासशील देशों के आधारभूत स्वास्थ्य सुविधा के लिए भी कदम उठाने एवं तत्काल कार्यान्वित करने पर केन्द्रित था। वास्तव में यह मुद्दों के अंतर्राष्ट्रीयकरण में पहला कदम था।

यह घोषणा दोष रहित नहीं थी क्योंकि यह अपनी पहुँच में अत्यधिक रूप से विस्तृत एवं आदर्शवादी थी और अवास्तविक रेखा के निकट थी। वास्तव में इसका नारा 'सबके लिए स्वास्थ्य एक अव्यवहारिक विचार था। इसकी नीतियों में कमियों को उजागर करने के लिए रॉम्फेलर फाउन्उेशन द्वारा अल्मा–अटा सम्मेलन के ठीक एक वर्ष पश्चात् 1979 में इटली के वेलाजिओ केन्द्र में स्वास्थ्य एवं जनसंख्या विकास सम्मेलन को आयोजित किया गया। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के उद्देश्यों को पूरा करने के आधारभूत विचार पर यह उक्त सम्मेलन केन्द्रित था और प्रबल उपगामों (पहुँच) को अपनाने पर था। अल्मा–अता घोषणा के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को समावेशित करने के विपरीत चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, मृत्यु के आधारभूत कारणों के कम लागत वाले समाधान पर केन्द्रित था। चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पी.एच.सी.) के उद्देश्य और प्रभाव यथार्थ और मापन पर केन्द्रित थे तथा निगरानी एवं निरीक्षण करने में अक्षम थे। वह इसलिए क्योंकि चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पी.एच.सी.) के पास स्पष्ट केन्द्रित क्षेत्र था जो सबसे महत्वपूर्ण समझा जाता था वे गोवी (**growth monitoring, oral rehydration treatment, breastfeedingand immunization)** और बाद में गोवी एफ.एफ.एफ **(adding food supplementation, female literacyand family planning**) के रूप में जाने गये। अल्मा–अता घोषणा

के असमान (विपरीत) रूप (पहलू) बहुत विशिष्ट और संक्षिप्त थे और वैश्विक स्वास्थ्य उतना सफल और प्राप्य बनाना चाहते थे जितना सम्भव हो सकता था; तो भी कई समर्थक थे जो चयनात्मक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पी.एच.सी.) की अपेक्षा प्रस्तावित अल्मा–अता प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (पी.एच.सी.) को व्यापक रूप से अधिक पसंद करते थे और बाद वाले की आलोचना इसलिए करते थे कि यह मौलिक घोषणा पक्ष के कुछ अन्तरतम् भाग का गलत प्रतिनिधित्व करता था। मुख्य आलोचकगण चयनात्मक देखभाल की पैरवी करते थे क्योंकि वे इसे स्वास्थ का प्रतिबन्धात्मक उपागम (पहुँच) मानते थे। क्योंकि प्राथमिक देखभाल के ऐसे उपागम एकीकृत देखभाल की और ध्यान नहीं देते है और सामाजिक संकल्पों को बीमारी के मौलिक पहलू के रूप में संबोधित नहीं करते है जो स्वास्थ्य देखभाल योजना के लिए आवश्यक है।

9.2.2 भारत का स्वास्थ्य तंत्रः एक बहस

वर्तमान स्वास्थ देखभाल संरचना (ढांचा) एक स्थिर विकासात्मक इतिहास लिये है। भारत के स्वास्थ्य देखभाल की व्यवस्था (प्रणाली) को तीन रूपों में विभाजित किया जा सकता है।

1) प्रारंभिक चरण, 1947 से 1983 तक प्रारंभ, स्वास्थ्य नीति प्रारंभिक रूप से दो सिद्धांतों पर आधारित तथा

   अ) किसी भी व्यक्ति को अपनी उपचार सुविधा वहन करने की अक्षमता के कारण स्वास्थ्य सुविधा से इंकार नहीं किया जा सकता था और

ब) संबंधित राज्य लोगों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए उत्तरदायी है।

2) दूसरा चरण, 1983 में प्रथम राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति के साथ प्रारंभ होती हैं। यह स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं में निजी पहल की महत्ता को प्रकाशित करती है; इसके साथ सार्वजनिक निधि पर आधारित स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को भारत के ग्रामीण भागों में आधारभूत स्वास्थ्य सुविधाओं की व्यवस्था के लिए विस्तारित किया गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (एन.एच.पी.), 1983 में स्वास्थ्य देखभाल का अनुशरण करते हुए देश के प्रत्येक कोने, विशेष रूप से दूर दराज के क्षेत्रों में 6वीं और 7वीं पंचवर्षीय योजना क्षेत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को विस्तारित किया गया।

3) सन् 2000 के बाद स्वास्थ्य क्षेत्र में तीसरा चरण नमूनों के बदलाव का साक्षी बना। सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए निजी क्षेत्रों को लाने के लिए जोर दिया गया। जीवन बीमा क्षेत्र को स्वास्थ्य वित्तीय सुविधाओं की और उन्मुख होने के लिए ढील दी गयी और अन्ततः राज्य स्वास्थ्य व्यवस्था में बदले स्वास्थ्य सेवाओं का वित्तीय प्रबंधन हुआ।

इमराना कदीर सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल की वर्तमान धारणा पर बहस में हस्तक्षेप किया और मुख्य वैधानिक और नीति प्रपत्रों का परीक्षण करने के बाद वाद–विवाद करती है और सिफारिश करती है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में राज्य अपने उत्तरदायित्व का अधित्याग करें और जोर देती है कि स्वास्थ्य सेवाओं की पहुँच रणनीति की व्यवस्था की जाये। स्वास्थ सेवाओं की पहुँच

सबके लिए सरल होगी। यदि स्वास्थ सेवाओं की व्यवस्था बाजार नियंत्रित हो। आयोग के अधिनियम (सार्वजनिक निजी भागीदारी के लिए सिफारिश (PPP), परिभाषा, भेदन करने योग्य जनसंख्या भी व्यवस्था के लिए आवश्यक स्वास्थ को एक छोटी आर्थिक गठरी (Pakage) के सार्वजनिक पहुँच और भूल–चूक सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और समाज के अन्तिम पायदान पर खड़े व्यक्ति तक इसकी पहुँच के लिए पूँजीवादी क्षेत्र को सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल से हर कीमत पर मजबूत बनाया जाय। इस प्रकार वर्तमान स्वास्थ्य की देखभाल की रणनीति सबको स्वास्थ्य देने के बजाय निजी क्षेत्र को समानता के औजार के रूप में प्रस्तुत करती है। सरकार का स्वास्थ्य सेवाओं से हाथ हटा लेने का पर्यावरणीय प्रभाव भी है जबकि स्वास्थ्य देखभाल के लिए 1980 के बहस में निजी उद्योग की तुलना में सरकारी क्षेत्र का विश्लेषण करते यह निश्चित किया गया कि सार्वजनिक संस्थाओं द्वारा संचालित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों को बन्द कर निजी क्षेत्रों को स्वास्थ्य देखभाल के लिए आमंत्रित किया जाय। स्वास्थ्य सेवाओं का निजीकरण और औद्योगिक घरानों की स्वतंत्र भागीदारी से चिकित्सा और औषधि का व्यय प्रमुख और आवश्यक रूप से बढ़ जाता हैं। वह कहती है कि इस प्रक्रिया से पर्यावरण के रास्ते में स्वास्थ्य के संबंध में गम्भीर जटिलताऐं उत्पन्न होती हैं।

9.2.3 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (NHP)1983

2000 तक 'सबके लिए स्वास्थ्य' राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 का प्राथमिक लक्ष्य था। यह छठी पंचवर्षीय योजना के दौरान घोषित किया गया। अगला दशक कार्यक्रमों की अधिकता का साक्षी बना, जिसका उद्देश्य प्राथमिक स्वास्थ्य

सुविधाओं में ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल को विस्तार दिया जाना था। यह विशेष ध्यान देने की बात थी। स्वास्थ्य ढांचों का अधिक से अधिक क्षेत्रों में महान विस्तार था लेकिन उनका ठीक प्रकार से उपयोग नहीं किया जा सका। स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपने कर्तव्यों एवं उत्तरदायित्वों के अनुसार प्रशिक्षित नहीं किये गये। स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के अधिक से अधिक उत्पादन समय परिवार नियोजन कार्यक्रम में व्यतीत कर दिये गये। प्रमुख बाधाओं में से एक था कि स्थानीय ग्रामीण जनता प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के नये विचार को स्वीकार नहीं कर सकी। और इस प्रकार सामुदायिक भागीदारी लगभग उपक्षेणीय थी। जनसंख्या विषयक लक्ष्य के मामलों में इसमें केवल रूखी मृत्युदर और जीवन प्रत्याशा सम्मिलित थी। उर्वरता और रोग मुक्ति कार्यक्रम अपने लक्ष्यों को नहीं प्राप्त कर सके और संक्रामक बीमारियों का पुनरुत्थान भी देखा गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 एक ऐसे लागत के बारे में कहती थी कि स्वास्थ्य देखभाल सेवाऐं स्वतंत्र नहीं होगी। यह उपचारात्मक देखरेख में निजीकरण का पक्ष लेती थी। यह ध्यान में रखते हुए कि राज्य संसाधनों की चिन्ता से पीड़ित है। राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण 1987 द्वारा एक रिपोर्ट के अनुसार निजी स्वास्थ्य क्षेत्र संपूर्ण प्राथमिक देखभाल का 70 प्रतिशत उत्तरदायित्व रखता है और 40 प्रतिशत अन्य सभी चिकित्सालय देखभाल का, जो जनसंख्या के लिए स्वस्थ संकेत नहीं था जिसकी 75 प्रतिशत जनसंख्या जीविका रेखा में नीचे जीवनयापन करती है। विश्लेषणोंपरान्त यह संकेत मिलता है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 में सार्वभौमिक विस्तृत लक्ष्य और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाऐं प्राप्त होने से बहुत दूर होती जा रही है।

बोध प्रश्न–1

1) अल्मा–अता (अल्माटा) सम्मेलन कब हुआ?

....

....

....

....

....

....

2) भारत में स्वास्थ्य देखभाल तंत्र में क्रमिक विकासात्मक चरणों का वर्णन करें।

....

....

....

....

....

....

3) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 1983 का प्राथमिक लक्ष्य क्या था?

....

....

....

....

....

....

9.2.4 संरचनात्मक समायोजन नीति

संरचनात्मक समायोजन आर्थिक सुधारों का एक समूह है कि एक देश को अंतर्राष्ट्रीय मुद्राकोष अथवा विश्व बैंक से ऋण प्राप्त करने के लिए उससे जुड़ रहना चाहिए। संरचनात्मक समायोजन अक्सर आर्थिक नीतियों का समूह होते है, जिसमें सम्मिलित हैः

1) सरकार के व्यय को कम करना,

2) मुक्त व्यापार के लिए स्वतंत्र रूप से खोलना।

1980 और 1990 में विदेशी ऋण बढ़े होने के कारण तीसरी दुनिया के देशों को स्वास्थ्य पर सार्वजनिक व्यय को कम करना पड़ा। इसके अतिरिक्त अंतर्राष्ट्रीय दान दाताओं द्वारा उन्हें विवश किया गया कि वे बाजार नियंत्रित आर्थिक–सुधारों को अपनाएँ यदि वे सहायता और ऋण में राहत चाहते हैं। संरचनात्मक समायोजन कार्यक्रमों में विकासशील देशों ने सार्वजनिक क्षेत्रों में निवेश बन्द कर दिया और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को आघात झेलना पड़ा। सातवीं पंचवर्षीय योजना (1985–90) नव–उदारवादी नीतियों, निजी क्षेत्र की भागीदारी और गैर–सरकारी संगठनों के मानचित्र में उपस्थित हुआ। स्वास्थ्य क्षेत्र नीतियों में अब सम्मिलित थेः

1) सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल में कटौती,

2) सार्वजनिक अस्पतालों में निजी निवेश,

3) शुद्ध रूप से तकनीकी केन्द्रित सार्वजनिक हस्तक्षेप, और

4) उपयोगकर्ता शुल्क की भूमिका।

औद्योगीकरण पूँजीवाद के प्रसार के साथ और बड़े निगमों के उत्थान के साथ एक (नये मध्यमवर्ग का उदय हुआ जिससे उन्नत चिकित्सा सेवाओं की मांग की। चिकित्सा अफसरशाही और जैव चिकित्सा पेशेवरों ने उस प्रवृत्ति का समर्थन किया। इन सब ने मिलकर राज्य को 1990 के बाद के उसके उसकी नयी उदार नीति में सहायता दी।

आठवीं पंचवर्षीय योजना (1992–97) में 'सब के लिए स्वास्थ्य' के बदले 'वंचितों के लिए स्वास्थ्य' नये मूलमंत्र के साथ घोषित किया गया। इसने समग्रता को घटाया और स्वास्थ्य देखभाल में निजीकरण पर ध्यान केन्द्रित किया। नवीं और दसवीं पंचवर्षीय योजनाओं के दौरान इस विचार को बढ़ावा मिला और इसमें फलस्वरूप सहायता प्राप्त चिकित्सा सहायता प्राप्त चिकित्सा बाजार की अत्यधिक वृद्धि हुई। तृतीय देखभाल की उन्नति और निजी बीमा के खिलाफ जनसंख्या के मांग के अनुपात में ऐसी सुविधाओं को केवल घटाने को उन्मुख हुए हैं। उपयोगकर्ता शुल्क भूमिका ने फिर जनमानस को आवश्यक सेवाओं से दूर कर दिया है। 1990 के दशक के चलते लिखित व्यवस्था प्रदान करने का कार्यक्रम असफल हो गया।

1) राष्ट्रीय बीमा प्रणाली

2) स्वास्थ्य उपकर

3) स्वास्थ्य सहकारिता और

4) निर्धन जरूरत मंद को मुक्त सेवाएँ।

9.2.5 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 ने विधिम अनुज्ञा और न्यूनतम स्तर की निगरानी के कार्यान्वयन के लिए एक नियामक यंत्र रचना (प्रकम) के निर्माण द्वारा निजी स्वास्थ्य क्षेत्र के नियमन के अपनी चिन्ता व्यक्त की। निजी स्वास्थ्य क्षेत्र के अंतर्गत इसने उत्तरदायित्व बनाने पर ध्यान केन्द्रित किया। इसने स्वास्थ्य में सुधार के लिए जनसंख्या विषयक आंकड़ों में सुधार के लिए और राष्ट्रीय स्वास्थ्य लेखों में सुधार के लिए अपनी चिंता व्यक्त की और सार्वजनिक प्रणाली और निजी क्षेत्र द्वारा एक विधिक सूचना की यंत्र रचना (प्रक्रम) सुनिश्चित हो के लिए अपनी चिंता व्यक्त की। नीतियाँ और कार्यक्रम बनाने के लिए स्वास्थ्य तंत्र के माध्यम से सार्थक आंकड़ा प्राप्त करने की तीव्र आवश्यकता थी।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 का मुख्य उद्देश्य देश की सामान्य जनसंख्या के मध्य आधारभूत स्तर प्राप्त करना था। नीति में अंकित लक्ष्य अच्छे थे लेकिन इन लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए कोई विशेष समय की रूपरेखा नहीं दी गयी थी। उदाहरणार्थ, नीति में एक लक्ष्य में वर्तमान स्तर के 25 से 75 प्रतिशत तक

सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की उपयोगिता बढाने पर जोर दिया गया था।

वास्तव मेंयह ध्यान देने योग्य था फिर भी वर्तमान उपयोगी तरीके नकारात्मक थे क्योंकि ये निजी स्वास्थ्य पर अधिक ध्यान निर्भर थे। वास्तव में कई संस्तुतियों में नीतियों का पक्ष लिया गया जिसने निजी स्वास्थ्य क्षेत्र को और मजबूत बनाने का प्रयाग किया और इसलिए ये लक्षित लक्ष्यों के विपरीत थे। निष्कर्ष रूप में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 केवल विच्छेदित नीतियों का संग्रह था, जिसने भ्रमित रूप से उन्नत निजी स्वास्थ्य क्षेत्र पर ध्यान केन्द्रित किया और पूर्व की नीति में लक्षित सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की भूमिका को घटाया।

भारत में 2002 में दो प्रमुख विकास थे।

1) भारतीय सरकार द्वारा राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की घोषणा (राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के रूप में ज्ञात) जिसके द्वारा भारत सहस्त्राब्दी विकास लक्ष्यों के प्रति हस्ताक्षर करने के लिए गम्भीरतापूर्वक वचनबद्ध।

2) राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 के बारे में घोषणा।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति सहस्त्राब्दी विकास लक्ष्यों के बारे में और अधिक चिन्तित थी। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002 को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अग्रदूत के रूप में समझा जा सकता हे जिसका प्रारंभ 2055 से माना जाता है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति और राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की संस्तुति जनसंख्यात्मक सुधार और वृद्धि पर शून्य थी। यह जनसंख्यात्मक चिन्ता राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य

मिशन को व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के बदले चिकित्सा स्वास्थ्य देखभाल तंत्र में बदलने में महत्वपूर्ण संधि था।

9.3.6 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन को स्वास्थ्य के क्षेत्र में राज्य संचालित हस्तक्षेप के रूप में देखा जा सकता है। विशेष रूप से शिशु मृत्यु दर (IMR) और मातृ मृत्यु दर (MMR) एवं सामान्य स्वास्थ्य दशाओं को सुधार करते हुए और राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) की महत्ता को देखते हुए इसमें अस्तित्व का विस्तार 2017 तक कर दिया है। बारहवीं पंचवर्षीय योजना में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का विस्तार 'शहरी गरीब' तक कर दिया गया और उसका नाम राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के स्थान पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन कर दिया गया। उसने संयुक्त निधियों के विचार, सार्वजनिक निजी भागीदारी और स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं (जैसे जल, शिक्षा, पोषण, सफाई, सामाजिक और लिंग समानता) को अधिक महत्व भी प्रदान किया तथा गांवों से जनपद जैसे अधिक वर्ग इकाईयों को प्रत्येक स्तर पर पूर्ण रूप से कार्यात्मक स्वास्थ्य देखभाल तंत्र क्रियान्वित करने के लिए जोड़े गये और इसने महिलाओं की पहुँच को स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक बढ़ाने और लिंग समानता के विचार पर केन्द्रित किया।

ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, 2009 से जितनी आशा की गई थी और जितना अपरिहार्य था इससे बहुत दूर हैं। राज्यों के मध्य विभिन्न स्तर पर कई असमानताऐं थी। यद्यपि राष्ट्रीय मातृ मृत्यु दर की संख्या अच्छी दिखती हैं,

विभिन्न राज्यों के मध्य अंतर्राज्यीय, अस्थिरता बहुत नहीं थी जहाँ केरल में 81 मातृ मृत्यु दर थी तो वहीं असम में अप्रत्याशित रूप से संख्या 390 पर पहुँच चुकी थी। सूचना महत्वपूर्ण रूप से दिखाती है कि नये निर्मित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र डाक्टर एवं कर्मचारियों की अनुपलब्धता के कारण प्रयोग में नहीं आते हैं और उपकरण जिसे सुधार की आवश्यकता है, निष्क्रिय और बेकार पड़े हैं। राज्य में कार्यक्रम क्रियान्वयन योजना (PIP) प्राथमिकता वाले जिलों में दिखाई नहीं देती हैं। विशेषज्ञों, डाक्टरों, चिकित्सा अधिकारियों और परिचारिकाओं की अत्यधिक कमी हैं। प्रशिक्षण की कमी है; और प्रशिक्षण संस्थाओं की अत्यंत कमी हैं। ग्यारहवीं योजना पोषण, स्वच्छ पानी, स्वच्छता, स्वास्थ्य विज्ञान जैसी सेवाओं में सुधार को स्वीकार करती हैं। जो देश के स्वास्थ्य के लिए निर्णायक निर्धारक हैं। यह स्वीकार किया कि सबको स्वास्थ्य देखभाल के लिए देश में अच्छी और क्षमता वाली संस्थाऐं नहीं हैं। विशेषकर प्रतिवर्ष जन्म देने वाली माताओं के लिए उत्तम स्वास्थ्य सुविधा। आधी मातृ मृत्यु गर्भपात के दौरान गर्भावस्था और प्रसवोत्तर जटिलताओं में घटित होती हैं। नयी उदार शासन व्यवस्था में आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं, आशा और गरीबों के लिए स्वास्थ्य बीमा भूमिका के संलग्नता के बावजूद स्वास्थ्य देखभाल एवं कमजोर होता हुआ प्रतीत होता है।

9.2.7 सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन उच्च स्तरीय पर उच्चस्तरीय विशेषज्ञ समूह

राष्ट्रीय स्वास्थ्य विधेयक 2009 स्वास्थ्य को एक मौलिक मानव अधिकार घोषित करता है और जेनेवा की 65वीं विश्व स्वास्थ्य सभा भी सार्वभौमिक स्वास्थ्य

आच्छादन की मान्यता दी और कहा कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा प्रगति के लिए सभी देश तत्काल मिलजुलकर कार्य करे। बाद में 2010 में योजना आयोग ने एक उच्चस्तरीय विशेषज्ञ समिति समूह (HLEG) का गठन किया। एचएलईजी के सभी सदस्य सार्वजनिक स्वास्थ्य के पेशेवर लोग थे। वे इन सिद्धांतों में विश्वास करते थे:

1) समानता और सार्वभौमिकता

समिति के अनुसार राज्य को प्रधान रूप से और प्राथमिक रूप से सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन (UHC) के लिए उत्तरदायी होना चाहिए जिसे विस्तृत स्वास्थ्य सुरक्षा का अधिकार है जिसमें विस्तृत क्षेत्र वाली कल्याण सेवाएँ सम्मिलित हैं। इसलिए सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र भी मजबूत, परिष्कृत बनाया जाना चाहिए और प्रकाश में लाना चाहिए ताकि गुणवत्तापूर्ण सेवाएं समाज के सभी वर्गों तक पहुँच सुनिश्चित कर सकें। समिति ने सार्वजनिक संस्थाओं में उपयोगकर्ता भुगतान और निजी बीमा दोनों को अस्वीकृत किया और जनता के यथार्थ भागीदारी को सुझाव दिया। इसने (समिति) तक प्रस्तुत किया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य आच्छादन केवल तभी सफल हो सकता है यदि यह सामाजिक प्रति सहायता और सामाजिक सुदृढ़ता पर निर्मित हो। इसलिए इसने वित्त प्रदान करने का एक सरल सार्वभौमिक तरीके का परामर्श दिया जिसे सामानय एवं भेदपूर्ण करा रोपड़ से प्राप्त किया जाय और संस्तुति की कि इसका 70 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को जाना चाहिए।

इन संस्तुतियों पर आधारित चार आधारभूत समस्याएं उपर आयी:

1) सेवाओं में सुधार की संस्तुति एक विचार के साथ थी कि निजी क्षेत्र की संस्थाओं और व्यक्तियों को एक संविदात्मक तरीके से सम्मिलित किया जा सके। यह स्पष्ट रूप से निर्धारित संविधान शर्तों के अधीन विशिष्ट स्वास्थ्य आच्छादन को सम्मिलित करता था जो अज्ञात रहते है और इसने पर्याप्त संरचनात्मक नियामक प्रक्रम को भी देखा।

2) दूसरा समस्यापूर्ण पूर्ण प्रश्न सेवाओं की एक मुक्त आर्थिक गठरी (पैकेज) से था जो विशेषज्ञों और अधिकारियों के लिए छोड़ा गया था। दुर्भाग्य से वे कोई प्रक्रम (प्रणाली या व्यवस्था रचना) नहीं कर पाये जिससे वे लम्बवत् कार्यक्रमों को एकीकृत करें। वे स्पष्ट रूप से क्षेत्र का सीमा निर्धारण नहीं कर सके।

   अ) चिकित्सा सेवा

   ब) स्वास्थ्य देखभाल सेवा और

   स) स्वास्थ्य व्यवस्था (तंत्र)।

   न तो वे स्वीकार कर सके कि सफलता उसी सामाजिक कारकों में निहित है जो स्वास्थ्य देखभाल असफलता का कारण बनते हैं।

3) संस्तुतियाँ पूर्णरूप से प्रारंभिक स्वास्थ्य देखभाल करने वाली आवश्यकताओं की विशाल उपस्थिति को उपेक्षित और यह तथ्य कि लगभग 18 बड़े राज्य अपने जनसंख्या का लगभग 10–18 प्रतिशत (औसत 57 प्रतिशत) अपनी सेवाओं को प्राप्त करते हुए पाये गये।

4) चतुर्थ रूप से भोजन, पीने का पानी और स्वास्थ्य दशा सुधारने की स्वच्छता और यह भी कि ये सब कैसे सामाजिक निर्धारकों को प्रभावित करेंगे, आदि की उपलब्धता के प्रभाव की महत्ता को प्रदर्शित करने का कोई प्रमाण नहीं हैं। परिणामस्वरूप भीतरी तंत्र एवं शिल्प प्रबन्ध संबंधी समाधानों की उपेक्षा करते हुए थे सब फिर उनसे संबंधित विभाग को छोड़ दिये जाते हैं। सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन अब सबको स्वास्थ्य प्रदान करने के स्थान पर केवल सबको सेवाएँ प्रदान करने पर समाप्त हो जाती है।

9.2.8 राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017

2017 नीति का उद्देश्य एक भारत में व्यापक स्वास्थ्य देखभाल वितरण व्यवस्था की प्राथमिकताओं में परिवर्तन हो रहा है। भारी–भकरम व्यय को कम करते हुए एक अधिक मजबूत स्वास्थ्य देखभाल उद्योग का विकास इसमें सम्मिलित था। यह स्वास्थ्य देखभाल लागत पर केन्द्रित तथा और अधिक राजस्व क्षमता बढ़ाना इसका लक्ष्य था जिससे विस्तृत स्वास्थ्य देखभाल वित्तीय व्यय का मुकाबला किया जा सके। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 ने एक नीति प्रस्ताव दिखाया जो आशा और वादे में उच्चता और सुन्दर गद्य में लिखा था जो अपने आपको दो प्रकार के आलोचना में दिखाता है।

1) संस्था–योग्यता

2) संभावना या सुगमता

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 ग्रामीण शहरी क्षेत्रों में महिलाओं की स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच और उनके संबंधित आवश्यकता का भी उल्लेख करती हैं। स्त्रियों के प्रति लिंग आधारित भेदभाव, अस्पतालों में हिंसा की घटना आपातकालीन देखभाल ''एकीकृत आपात उत्तरदायी प्रणाली या तंत्र'' को निर्मित करने की आशा करते हुए आपदा तैयारी सम्मिलित है जो समर्पित सार्वभौमिक पहुँच संख्या से जुड़ा है। यह निम्नलिखित पर भी केन्द्रित है:

1) आयुष मार्ग से मुख्य धारा स्वदेशी ज्ञानतंत्र

2) समस्याओं से संबंधित मानसिक स्वास्थ्य के साथ लेन–देन (व्यवहार) (राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति 2014 के कुछ उपबंधों पर विचार करते हुए)

3) जीवन संभावना लक्ष्य में सुधार करते हुए (2025 तक 67.5 प्रतिशत से 70 प्रतिशत तक)

4) 2020 तक राज्य क्षेत्र के स्वास्थ्य निधि का सुधार करते हुए उनके पूरे बजट का 8 प्रतिशत से अधिक करना और दूसरे महत्वपूर्ण देखभाल कारकों को ठीक करना।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 की समीक्षा में एक विस्तृत बहु–धारक, सहमति आधारित नीति उपागम के परिणाम को कोई देख सकता है। जहाँ नीति अधिक प्रभावी ढंग से भारत में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के तीन के संबंध के साथ (पहुँच, वहसीयता, उत्तरदायित्व) समस्याओं की जरूरत को पहचानती है किन्तु यह नीति दयनीय रूप से असफल हो जाती है क्योंकि यह किसी के संबंध में

समस्याओं को दृढ़ करने की व्यवहारिक कार्य योजना प्रदान करती है। वृहद और सूक्ष्म प्रबन्धकीय अकुशलताओं और सरकार से प्राप्त अपर्याप्त निधि अकुशल, प्रशिक्षण और क्षमता निर्माण प्रयासों की कमी विशेष रूप से जब वर्तमान सार्वजनिक स्वास्थ्य निर्माण की मशीन बेकार हो जाती है।

नीति स्वीकार करती है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में बहुत खतरनाक खाली स्थान है जिसे ''रणनीति खरीद'' द्वारा भरा जा सकता है। ऐसी रणनीतिक खरीद निजी निवेशकी देखभाल करने में अग्रणी भूमिका निभायेगी और उन क्षेत्रों और सेवाओं में आगे बढ़ायेगी जब प्रबंधक नहीं है अथवा बहुत कम प्रबन्धक हो। कुल मिलाकर नीति का उद्देश्य है:

1) तीसरी और दूसरे क्षेत्र के स्वास्थ्य देखभाल में निजो क्षेत्र के बीमा कार्यक्रमों को मजबूत बनाना।

2) सार्वजनिक क्षेत्र को समाप्त करना।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य और परिवार सर्वेक्षण भारत में रोगी के स्वास्थ्य देखभाल विकल्प तरीके के बारे में कुछ उल्लेखनीय निरीक्षण प्रस्तुत करता है। इस तथ्य के बावजूद कि अतीत में निजी और सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल दोनों अपने मरीजों को *'फोर्टिस तमाचा'* के साथ असफल कर चुके हैं, क्योंकि उनके ऊपर सात वर्षीय डेंगू मरीज के उपचार में आवश्यकता से अधिक पैसा लेने का अभियोग लगा और उत्तरप्रदेश के एक सरकारी अस्पताल के विरुद्ध भी प्रदेश सूचना में ऑक्सीजन की कमी से 23 बच्चों की मृत्यु हो गयी। लगभग 52 प्रतिशत भारतोय अब भी निश्चित रूप से सार्वजनिक संस्थाओं की अपेक्षा निजी

चिकित्सा संस्थाओं को चुनते हैं। निजी संस्थाओं की यह पसन्द शहरी क्षेत्रों में बहुत बड़ी है जहाँ बड़ी संख्या में निजी स्वास्थ्य देखभाल अस्पताल उच्च स्तर के है, फिर भी यह सर्वेक्षण महत्वपूर्ण मुद्दा बना है कि सार्वजनिक देखभाल केन्द्रों की अपेक्षा निजी चिकित्सालयों की पसन्द जनता के प्रमुख मुद्दे है। सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों को जनता द्वारा पसन्द नहीं किये जाते हैं क्योंकिः

1) दीर्घावधि प्रतिक्षा समय

2) संसाधनों की कमी

3) आधारभूत अनुपस्थिति और चिकित्सा कर्मचारियों का रूखा व्यवहार

4) आधारभूत संरचना की कमी और

5) स्वास्थ्य, देखभाल सेवाओं की निम्न गुणवत्ता।

अब तो ग्रामीण जनसंख्या भी अपने स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के लिए नजदीक के शहरी केन्द्रों पर जाना अधिक पसन्द करती है। उसने वर्तमान सरकार द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को ''कल्याण केन्द्रों'' में बदलवा दिया है और उसमें आवश्यक बदलाव और सुधार प्रदान किया है जिसकी उन्हें आवश्यकता थी। अधिकतर हैरान कर देने वाला आँकड़ा राज्यों से आ रहा है जो राज्य संपन्न नहीं प्रतीत होते हैं अथवा भारत के अन्य राज्यों की अपेक्षा तुलनात्मक रूप से कम से कम विकसित है वे संकेत करते है किः

1) उत्तरप्रदेश की लगभग 80 प्रतिशत जनता अपने स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के लिए निजी अस्पतालों को जाना पसन्द करती है।

2) बिहार में 77.6 प्रतिशत और पंजाब में 72.9 प्रतिशत जनता द्वारा उत्तरप्रदेश का अनुकरण किया जाता है।

इससे अलग एक दूसरी प्रमुख और उल्लेखनीय समस्या है कि आयुष विभाग के कोशिशों के बावजूद केवल शहरी जनसंख्या 0.5 प्रतिशत तथा ग्रामीण जनसंख्या का 1.2 प्रतिशत वैकल्पिक दवाओं के लिए जाती हैं। राष्ट्रीय आयोग चिकित्सा विधेयक 2017 न भारतीय पारम्परिक दवा व्यवसायियों के लिए एक सेतु पाठ्यक्रम करने का सुझाव दिया है जो उन्हें अब प्राथमिक स्वास्थ्य मुद्दे के लिए एलोपैथिक दवाईयाँ लिखने की आज्ञा प्रदान करेगा। इसके बावजूद कि यह गति न केवल एलोपैथिक और होम्योपैथिक अभ्यासियों द्वारा विवादित किया जा रही है। बल्कि यह एक विवादित मुद्दा बन गया है।

बोध प्रश्न 2

1) संरचना समाधान नीति क्या है? इसके निहितार्थ के बारे में लिखे।

....

....

....

....

....

....

2) HELG कमेटी की रिपोर्ट की असुविधा पर प्रकाश डालिए।

....

....

....

....

....

....

9.3 पर्यावरण

मनुष्य और पर्यावरण अनादिकाल से साथ–साथ अस्तित्व में रहे हैं। यह उल्लेखनीय है कि मानव का पर्यावरण के साथ संबंध बिल्कुल गतिशील रहा है और कई चरणों से होकर गुजरा है। आदिकाल से ही मानव का प्रकृति के साथ सहजीवी संबंध रह चुका है। धीरे–धीरे यह अन्यान्योश्रित मानव द्वारा प्रति स्थापित कर दी गई। जब मानव ने प्रकृति के ऊपर के प्रभुत्व स्थापित कर लिया। वर्तमान परिदृश्य में उद्योगों की माँगों ने सामग्री गहन विकास के परिणाम दिये है। यह उल्लेखनीय हो सकता है कि जनसंख्या, पर्यावरण और विकास के बीच संबंध बिल्कुल जटिल है। ये संस्थाएँ एक दूसरे का नियमन भी करती ह। विकास और पर्यावरण कई स्तरों पर एक दूसरे को प्रभावित करते हुए दिखाई दे सकते है।। यही कारण है नीति–निर्माताओं का ध्यान एक ही समय में दोनों पर जाता है। एक दूसरे के बिना दोनों अपूर्ण हैं।

9.3.1 पर्यावरण का महत्व

किसी क्षेत्र की अर्थव्यवस्था प्रत्यक्ष रूप से उसके पर्यावरण से संबंधित होती है। किसी क्षेत्र के पर्यावरणीय आर्थिक महत्व को विभिन्न पारिस्थितिकीय तंत्र सेवाओं द्वारा सर्वोत्तम ढंग से समझा जा सकता है। जो विशेष पर्यावरण उस क्षेत्र में पलता है। ये पारिस्थितिकीय तंत्र सेवाएं सम्मिलित करती हैः

1) प्रावधान करने वाली सेवाएँ जैसे, सिंचाई, भोजन, पीने का पानी।

2) नियामक सेवाएं जैसे, पानी की गुणवत्ता का नियमन, जलवायु नियमन,

3) सहारा देने वाली सेवाएँ जैसे, पोषण, पनुर्चक्रीय, मृदा निर्माण, और

4) सांस्कृतिक सेवाएं जैसे धार्मिक एवं अमोद प्रमोद की सेवाएं।

यहां यह उल्लेखनीय है कि लाखों की संख्या में परिवारों और विकास सम्बंधी गतिविधियों, इन सेवाओं का उपयोग उत्पादन एवं उपभोग के लिए करती है।

9.3.2 पर्यावरण का विकास के साथ संबंध

औद्योगीकरण के बाद शहरीकरण वांछित आर्थिक विकास लाभ के लिए साधक रहा है। यह ध्यान देने योग्य है कि इसमें परिणामस्वरूप प्रति व्यक्ति आय में वृद्धि हुई है फिर भी निष्कर्ष रूप में ये आय पैदा करने वाली गतिविधियाँ पर्यावरण पर केवल नकारात्मक प्रभाव डालती है। जनसंख्या वृद्धि उनमें से दूर है। जनसमूह को रोजगार देने और गरीबी में कमी के लिए पर्यावरण की गुणवत्ता और लक्ष्यों के बीच समझौता किया जा रहा है। यह सामान्य रूप से माना जाता है कि आय का बढ़ता स्तर, बेहतर जीवन की गुणवत्ता और तकनीकी सुधार पर्यावरण की बहाली में सहायता करेंगे। फिर भी यह विचार

झूठा सिद्ध हुआ है। यह देखा जा रहा है कि तकनोकी विकास और आय में वृद्धि के साथ पर्यावरण का अत्यधिक रूप से पीड़ित होना जारी हो चुका है।

पर्यावरणीय स्थायित्व (टिकाऊपन) पर्यावरणीय स्वीकृति के अभाव के कारण व्यापक रूप से प्रभावित हुआ है। इस अस्वीकृति का परिणाम प्राकृतिक संकट के रूप में देखा जा चुका है जो टालने योग्य (बचने योग्य) विभिन्न प्रकार की दुर्घटनाओं की और ले जाते हैं। इन संकटों से उत्पन्न खतरों का पता लगाने के लिए किसी वैज्ञानिकता पूर्ण विकसित प्रक्रम (यंत्र रचना) का क्रियान्वयन मुश्किल से देखा गया है। पहाड़ियों में अवैज्ञानिक ढंग से ढलानों का कटाव अनियमित रूप से पत्थरों एवं मिट्टी के निकालने के परिणामस्वरूप बड़े स्तर पर मृदा क्षरण और भूमि रूखलन का खतरा बढ़ा है। भेदन भरने योग्य जनसंख्या के कष्टों को दुरूस्त करने के लिए सरकार ने कई प्रकार के आर्थिक सहायता की शुरूआत की है फिर भी यह ध्यान देने योग्य है कि इन अनुदानों के अपने पर्यावरण पर नकारात्मक प्रभाव है। ऊर्जा और बिजली के रूप में अनुदानित सेवाओं के दुरूपयोग और आवश्यकताओं से अधिक उपयोग देखे जा चुके हैं। पर्यावरण के स्थायित्व पर इन सबका प्रभाव पड़ता है।

चूंकि पर्यावरण तक पहुँच बिना भेदभाव के सबको है। अतः गिरते हुए पर्यावरण की जिम्मेदारी किसी एक व्यक्ति के ऊपर नहीं पड़ती है। दुरूपयोग आवश्यकता से अधिक उपयोग और पर्यावरण या कुप्रयोग, प्रकृति के असंतुलन की ओर ले जाता है। यह प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप से देखा जा सकता है। प्रत्यक्ष दुरूपयोग वनों के कटाव के रूप में देखा जा सकता है जबकि अप्रत्यक्ष प्रभाव वृक्षों को काटकर समाप्त करने के फलस्वरूप उत्पन्न ऑक्सीजन की

कमी के रूप में देखा जा सकता है। एक दूसरा अप्रत्यक्ष प्रभाव कार्बनडाइऑक्साइड के बढ़ते स्तर के रूप में देखा जा सकता है। जनसंख्या की वृद्धि न्यून विकास और पर्यावरणीय ह्रास के बीच कड़ी को बाधित करती है। कष्ट और बढ़ाने के लिए प्रोत्साहन बड़ी संख्या में उत्प्रवासन को बढ़ावा देता है। ये सब शहरी क्षेत्रों पर और बड़ा दवाब डालते हैं जो अन्यथा पर्यावरणीय रूप से टिकाऊ हैं। इस प्रकार यह देखा जा सकता है कि गरीबी और प्रोत्साहन (प्ररणा) भी पर्यावरण को बड़ी सीमा तक नुकसान पहुँचाते हैं।

9.3.3 विधायी ओर नीति विकास

यह ध्यान दिया जा सकता है कि 1990 से पहले ही भारत के पास विधायी श्रृंखलायें थी। वन्य जन्तु (संरक्षण) अधिनियम 1972, जल अधिनियम 1974, उसके बाद आया 1980 में वन संरक्षण अधिनियम, 1981 का वायु अधिनियम और 1986 का पर्यावरण संरक्षण अधिनियम। पर्यावरण बनाम विकास की बहस ने वास्तव में जटिल आयामों को ग्रहण कर लिया है। चूंकि विकास ने भारत में बाद के सुधारों से पर्यावरण की स्थिति को पहले की अपेक्षा खराब कर दिया है। अभिजात्य विचार से बहुत दूर होने के कारण इसकी बहस सेमिनारों सम्मेलनों और कार्यशालाओं तक सीमित थी। यहाँ धीरे–धीरे आम व्यक्ति की आवाज और चिन्तनीय हो गई है। लोगों के दैनिक जीवन में उनकी स्वास्थ्य चिन्ताओं और जीविकाओं में यह देखा जा सकता था और प्रतिबिम्बित था। पंजाब में कम होते हुए पानी के स्रोत तथा विदर्भ क्षेत्र में फैला हुआ सूखा और अभाव इसकी स्वभाव को समझने के लिए एक सर्वश्रेष्ठ उदाहरण है। खनन के फलस्वरूप महाराष्ट्र के चन्द्रपुर में बढ़ता हुआ प्रदूषण और तापीय ऊर्जा संयत्र

में निम्न गुणवत्ता में कोयल के उपयोग ने उस क्षेत्र के 10000 से अधिक लोगों को प्रभावित किया जो श्वसन संबंधी बीमारियों से पीड़ित पाये गये। मलभूत एवं उपचार यंत्र एवं बहने वाले गन्दे पदार्थों का उपचार यंत्र सुविधा गंगा में आये प्रदूषण को भी उपचार करने में समर्थ नहीं है। जो प्रतिदिन के आधार पर पवित्र नदी में डाले जाते हैं। परिणामस्वरूप इसके प्रभाव व्यापक स्तर पर जनता में देखे जा सकते हैं। जिसमें समाज के तथाकथित अभिजात्य वर्ग के लोग भी सम्मिलित हैं। यह जाड़े के दिनों में दिल्ली के बढ़ते प्रदूषण स्तर से सिद्ध है अथवा भारत के सबसे धनो आबादी वाले शहर मुंबई के देवनार में कचरे के विशाल ढेर से निकली आग बढ़ते प्रदूषण के उदाहरण हैं। प्रत्येक जगह पर्यावरण प्रदूषण का मानव पर प्रभाव बहुत कठोरता से सतह पर आ रहा हैं।

रिओ सभा (1992), क्योटो प्रलेख (Protocol)। 1997 और जलवायु परिवर्तन परिवर्तन पर पेरिस समझौता में शिखर वार्ता (2015) ने स्थापित किया है कि पर्यावरणीय चिंता वैश्विक मुद्दा है। भारत के संदर्भ में सूचना के अधिकार के अंतगर्त सार्वजनिक हित के विवाद में सरकारी एवं गैर–सरकारी संगठनों से सूचना प्राप्त करने से सरकार पर दवाब बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा की है। न्यायिक सक्रियता ने सुधारों की गति और नीतियों के क्रियान्वयन को और आगे बढ़ा दिया है। यह उच्चतम न्यायालय के 2000 के निर्णय से सिद्ध है जिससे उसने एक केन्द्रिय अधिकार प्राप्त समिति (CEC) अनवरत् रूप से अपनी निगरानी का कार्य कर रही है। इस न्यायिक सक्रियता की भूमिका इस तथ्य से देखी जा सकती है कि दिल्ली निगम के बसों के संपूर्ण बेड़े को 2001

में डीजल से सीएनजी में बदल दिया गया। ठीक इसी प्रकार की लेकिन महत्वपूर्ण बात 2011 में राष्ट्रीय हरित न्यायाधिकरण (NGT) की स्थापना के रूप में देखी जा सकती है। मनोरंजक रूप से कोई और नहीं बल्कि एनजीटी ने जिसने सरकार को बाध्य किया है कि राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र 15 वर्ष पुराने पेट्रोल और 10 वर्ष पुराने डीजल गाड़ियों को अपंजीकृत करे अर्थात उनका पंजीकरण रद्द कर दे।

9.3.4 टिकाऊ विकास के साथ वृद्धि

इस विकासों को दृष्टि में रखते हुए एक नया मुहावरा निकला है ''टिकाऊ पर्यावरण के साथ संतुलित विकास'' निःसन्देह यह नये प्रौद्योगिकियों के प्रकाट्य की ओर ले गया है फिर भी यह ध्यान दिया जा सकता है कि अभी हम ऐसी प्रणाली (प्रक्रमों) रचना को विकसित करने योग्य नहीं हुए है कि इस प्रकार के संतुलन को कायम कर सकें। उदाहरण के रूप में सरदार सरोवर बाँध का पर्यावरणीय मुद्दों का मामला, जैतापुर परमाणु ऊर्जा संयम और कानपुर की चमड़े के कारखाने अभी भी बिना पते (अज्ञात) में रहते है। स्थिति वास्तव में चिन्ताजनक है यदि राष्ट्रीय हरित न्यायाधिकरण (NGT) के वितरण पर ध्यान दे। यह कुतुहल का विषय है कि केवल कुछ वर्षों में न्यायाधिकरण ने इस प्रकार के 1600 से अधिक मामलों को प्राप्त किया है। गत दशक में इस विवादों का या विश्लेषण संकेत करता है कि पर्यावरण और आर्थिक विकास वार्तालाप 'या–अथवा' विकल्प के विषय नहीं है। इसलिए इस बिन्दु पर एक संतुलन कायम करना है तो केवल तभी संभव है यदि हम रचनात्मक रूप से विचार कर सके।

तीव्रतर व्यवस्थाओं (अधिनियमों) का होना समय की आवश्यकता है जो नवीनतम तकनीक का सर्वोत्तम प्रयोग कराता है। हम निश्चित रूप से ऐसे पर्यावरणीय कानूनों की अपेक्षा नहीं कर सकते है जो बीते वर्षों के लाइसेंस कोटा इस्पेक्टर राज की तरह हो। उदाहरणार्थ हम पर्यावरण एवं वन मंत्रालय द्वारा कल्पित उत्सर्जन व्यापार कार्यक्रम और 2011 में अब्दुल लतीफ जमील गरीबी कार्य प्रयोगशाला रख चुके हैं। जहाँ 'वास्तविक समय उत्सर्जन' निगरानी और व्यापार कार्यक्रम (संयुक्त राज्य के प्रसिद्ध अम्लवर्षा कार्यक्रम के नमूने पर आधारित) चयनित औद्योगिक समूहों में चलाया गया। समय की आवश्यकता हैं कि हमारे पास ऐसे सुव्यवस्थित कार्यक्रम हो। पुराने नियामक उपकरणों की पुनः मरम्मत की आवश्यकता हैं। भारत में वर्तमान पर्यावरणीय प्रभाव मूल्यांकन (EIA) के लिए किराये पर लिये गये परामर्शदाता जमीन पर व्यापार जन दृष्टि पर मुश्किल से विचार कर पाते हैं। पूर्णरूप से ईमसदारी की कमी का परिणाम आता है और वास्तविक क्षति मूल्यांकन को नियमित करने में असफल होता है। इसलिए पर्यावरणीय प्रभाव मूल्यांकन को नवीनतम उपकरणों के प्रयोग द्वारा उत्तरदायी अधिकृत पेशेवरों से कराने की आवश्यकता है जो आर्थिक लाभों और पर्यावरणीय मूल्यों को बढ़ा सकता है। अदला–बदली की आवश्यकताओं को बाहर लाने की आवश्यकता है और शमन उपायों की रूपरेखा बनाने को आवश्यकता है।

अन्तिम लेकिन न्यूनतम नहीं, संस्थागत यंत्र रचना (प्रक्रम) को मजबूत करने की आवश्यकता है। भारत को स्वायत्त और पेशेवर पर्यावरण नियामक रखने की आवश्यकता है। इसके लिए 2011 में स्थापित राष्ट्रीय पर्यावरणीय मूल्यांकन

प्राधिकरण (NEAMA) के सन्दर्भ में एक व्यापक दिशा निर्देश जारी किया गया। यह पर्याप्त शक्तियों एवं विशेषज्ञता के साथ एक पूर्णरूपेण निकाय थाः

1) परियोजनाओं को आंकना और मूल्य निर्धारित करना।

2) निगरानी द्वारा नियमों से हर लगाव को सुनिश्चित करना।

1991 में सुधारों के परिणामस्वरूप आर्थिक क्षेत्र उथल–पुथल से भरे थे। स्थिति को ध्यान में रखते हुए भारत की आर्थिक नीति नवोन्मेषक पथ के साथ बारह आयी। निःसन्देह आज देश एक महान पर्यावरणीय संकट में हैं। इसलिए अति आवश्यक है कि हम नवोन्मेष विधियों और रणनीतियों के साथ बाहर आये और भारत के पारिस्थितिकीय भविष्य के लिए योजना बनाएँ।

बोध प्रश्न 3

1) पर्यावरण द्वारा उपलब्ध कराये गये कुछ पारिस्थितिकीय सेवाओं का निरूपण या विवरण दीजिए।

....

....

....

....

....

....

2) वन्य जीव (संरक्षण) अधिनियम भारत में कब प्रारंभ हुआ?

....

....

....

....

....

....

3) केन्द्रिय अधिकार प्राप्त समिति की क्या भूमिका है?

....

....

....

....

....

....

9.4 सारांश

अल्मा–अता (अल्माटा) घोषणा के चार दशकों बाद भी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए जेब से भारी खर्च, स्पष्ट रूप से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल की अनुपलब्धता और स्वास्थ्य सेवा यंत्र पर सरकार के कम व्यय का संकेत करती है। विश्व के सबसे बड़े स्वास्थ्य दखभाल कार्यक्रम की घोषणा राष्ट्रीय स्वास्थ्य संरक्षण कार्यक्रम भारत के 50 करोड़ सबसे गरीब लोगों के लिए वृहद् बीमा कार्यक्रम। विपरीत रूप से जो सबसे

कम महत्वपूर्ण प्रतीत हुआ वह था सार्वभौमिक स्वास्थ्य आच्छादन का वादा और जो पूर्ण रूप से चूक गया वह था स्वास्थ्य की एक मौलिक अधिकार के रूप में स्वीकृति। सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुँच हो केवल इसको सुनिश्चित करते हुए जनता को स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने वाला प्रयास दूर होता जा रहा है। हमारी स्वास्थ्य प्रणाली में बहुत सी कमियात्र हैं जिसको दिशा–निर्देश की बहुत आवश्यकता हैं। उपर्युक्त वर्णित बिन्दू हमारे स्वास्थ्य यंत्र के लिए आधारभूत विवेकपूर्ण बातें हैं जो बहुसंख्यक जनता की आवश्यकताओं का उत्तर दे सकते हैं।

विकास एक जटिल प्राकृतिक घटना है क्योंकि यह एक अनुकरण है और मानवता के लिए एक चुनौती भी अप्रत्याशित सामाजिक और आर्थिक विकास क बावजूद जो गत दो दशकों में किये गये है, अकाल, गरीबी और पर्यावरणीय पतन वैश्विक स्तर पर अब भी देखे जा सकते हैं। इसके अतिरिक्त पर्यावरण को अपूरणीय बातें भी विशाल स्तर पर देखे जा सकते है। इसलिए बिना पर्यावरणीय अधिनियमों पर विचार किये विकास संबंधी लक्ष्यों को प्राप्त करने का अनुसरण न किया जाये।

9.5 शब्दावली

विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) : अंतर्राष्ट्रीय सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए उत्तरदायी संयुक्त राष्ट्र की एक विशिष्ट संस्था। विश्व स्वास्थ्य संगठन जो अपने शासन करने योग्य संरचना और

सिद्धांतों को स्थापित करती है। इसका मुख्य उद्देश्य है ''सर्वोच्च सम्भव स्तर तक सभी के द्वारा स्वास्थ्य प्राप्ति।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (PHC) : यह उल्लेख करता है ''आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल'' जो वैज्ञानिक रूप से स्वस्थ और सामाजिक रूप से स्वीकार्य विधियों एवं तकनीक पर आधारित है। यह सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल को सभी समुदायों, सभी व्यक्तिओं और परिवारों तक पहुँच सुनिश्चित करता है।

सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल (UHC) : ऐसा स्वास्थ्य देखभाल तंत्र जिसमें एक विशेष देश या क्षेत्र के निवासियों स्वास्थ्य देखभाल पहुँच के आश्वासन दिये जाते हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नोति (NHP) : भारत की केन्द्रीय सरकार समय–समय पर भविष्य के

स्वास्थ्य कार्यक्रम को निर्देशित करने के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति प्रकाशित करती है। भारतीय चिकित्सा संघ है। 1979 की पत्रिका में नीति की समीक्षा प्रकाशित हुई थी। पहला, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति (NHP) 1983 में। इसका लक्ष्य था कि भारत में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को 2000 तक प्रत्येक व्यक्ति तक पहुँचाया जाये। भारतीय दंत चिकित्सा संघ ने 1986 में मौखिक स्वास्थ्य की सिफारिश की। स्वास्थ्य और परिवार कल्याण को केन्द्रिय परिषद ने इसको भविष्य की योजना में सम्मिलित करने के लिए स्वीकार किया। आयुष्मान भारत राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 के क्रियान्वयनों में से एक है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य तंत्र नवीनतम बहस में सम्मिलित है।

राष्ट्रीय हरित न्यायाधिकरण (NGT) : राष्ट्रीय हरित न्यायाधिकरण अधिनियम 2010, भारत के संसद का एक अधिनियम है जो पर्यावरणीय मुद्दों से सम्बंधित मामलों का समाधान करने के लिए उसका शीघ्र निराकरण करती है। यह भारतीय संवैधानिक प्रावधानों (भारत का संविधान भाग 3) अनुच्छेद 21 जीवन की संरक्षण और व्यक्तिगत स्वतंत्रता से प्रेरणा प्राप्त करता है। दिल्ली प्रदूषण नियंत्रण समिति (DPCC) दिल्ली में प्रदूषण नियंत्रण के लिए एक विभाग है।

9.6 बोध प्रश्नों के उत्तर

बोध प्रश्न 1

1) 1978

2) 9.2.2 में उप अनुभाग को देखें।

3) सब के लिए स्वास्थ्य

बोध प्रश्न 2

1) 9.2.4 में उप–अनुभाग को देखें।

2) 9.2.7 में उप–अनुभाग को देखें।

बोध प्रश्न 3

1) 9.3.1 में उप–अनुभाग को देखें।

2) 1972

3) 9.3.3 में उप–अनुभाग को देखें।

9.7 संदर्भ ग्रंथ

Qadeer,Imrana(2013) 'Universal Health Care in India: Panacea for Whom?'. *Indian Journal of Public Health, Vol. 57,*pp. 225-30.

Bajpai, V. and Saraya, A. (2013) 'Factors that Influenced the Development of Health Services in India'. *National Medical Journal of India, Vol. 26, No. 4,*pp. 231-235.

Sharma, A. (2014) 'The National Rural Health Mission: A Critique'. *Sociological Bulletin, Vol. 63, No. 2,*pp. 287-301.

Ramesh, J. (2010) 'The Two Cultures Revisited: The Environment-Development Debate in India'. *Economic and Political Weekly, Vol. 45, No. 42,*pp. 13-16.

Kumar,A. and Mohanta,D. L. (2003) ‘Population, Environment and Development in India’.*Journal of Human Ecology, Vol. 14, No. 5,*pp. 383-392.

ignou
THE PEOPLE'S
UNIVERSITY